

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

ALEXANDRE AUGUSTO RUSCHI NETO

**LUZ NO FIM DO TÚNEL: PERCALÇOS NO ACESSO
À CIRURGIA DE CATARATA**

Vitória/ES
2017

ALEXANDRE AUGUSTO RUSCHI NETO

LUZ NO FIM DO TÚNEL: PERCALÇOS NO ACESSO À CIRURGIA DE CATARATA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Social da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, na Linha de Pesquisa Política de Saúde e Práticas Sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello-Araujo

Vitória/ES
2017

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

R951l Ruschi Neto, Alexandre Augusto.
Luz no fim do túnel : percalços no acesso à cirurgia de catarata
/ Alexandre Augusto Ruschi Neto. – Vitória: Emescam, 2017.
65 f. : il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello-Araujo.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2017.

1. Catarata - cirurgia. 2. Cegueira - tratamento. 3. Politização
da saúde – Espírito Santo (ES). 4. Itinerário terapêutico. 5.
Catarata – pacientes - relatos. I. Dalbello-Araujo, Maristela. II.
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDU: 614:617.7-089

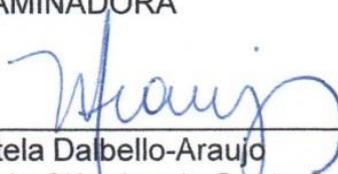
ALEXANDRE AUGUSTO RUSCHI NETO

LUZ NO FIM DO TÚNEL: PERCALÇOS NO ACESSO À CIRURGIA DE CATARATA

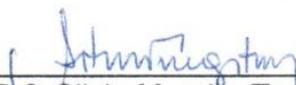
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Social da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, na Linha de pesquisa Política de Saúde e Práticas Sociais.

Aprovada em 28 de agosto de 2017.

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello-Araujo
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
Orientadora



Prof^a. Dr^a. Silvia Moreira Trugilho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia

Prof. Dr. Bruno de Freitas Valbon
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia

Não há como não dedicar esta obra a aqueles que sempre me estimularam a estudar. Meu pai Alexandre e minha mãe Margareth não cansavam de dizer que a única coisa que deixariam para mim de herança seria o estudo. A minha avó Otília e minha tia Ana que foram por muitos anos nossas professoras particulares. A vocês, muito obrigado por nunca terem desistido de mim. Jamais chegaria aqui sem o empenho de vocês.

AGRADECIMENTOS

A professora doutora Maristela, minha orientadora, pelo seu empenho, dedicação e tolerância comigo. A senhora sem dúvida tem o poder do ensino, da pesquisa. Muito obrigado por tudo.

Ao doutor Bruno de Freitas Valbon, por permitir que meu projeto fosse inserido na base de um projeto de sua autoria.

Ao primo e doutor Gustavo Ruschi Bechara pelas dicas e apoio na etapa final da tese, muito obrigado.

RESUMO

A cegueira é um grave problema de saúde em todo o mundo, e a catarata é uma das causas mais comuns. Felizmente, a catarata é uma causa de deficiência visual reversível após cirurgia. Sua incidência é alta e principalmente associada à idade, causando baixa qualidade de vida, comprometimento da locomoção, quedas e acidentes dos mais variados tipos. No Brasil, o Sistema Único de Saúde procura frequentemente formas de conter o número crescente de cataratas, através de parcerias com estados e municípios. No Espírito Santo, a Secretaria Estadual de Saúde estabeleceu uma parceria com o Hospital Santa Casa de Misericórdia em Vitória para atender pacientes de todo o estado. Há neste hospital três salas para atendimento clínico, uma sala de exames e uma sala de cirurgia onde 250 cataratas são realizadas mensalmente. Neste contexto, foi realizada uma pesquisa para avaliar o caminho e os desafios que os usuários enfrentam até atingir seu objetivo, ou seja, a realização da cirurgia de catarata. A estratégia metodológica adotada foi a descrição detalhada do percurso, que tem sido comumente chamado nas ciências sociais de "a construção do itinerário terapêutico", para que possamos entender o caminho percorrido e as dificuldades e desejos dos pacientes. Os itinerários foram construídos através de entrevistas com base em um roteiro semi-estruturado, que foram gravados e transcritos. Um total de 13 entrevistas foram realizadas, até o momento em que consideramos suficientes os dados coletados. Todos os pacientes foram entrevistados após a alta do serviço e assinando o TCLE. Dos 13 entrevistados, seis eram homens e sete mulheres. A idade média foi de 69,4 anos. Os itinerários terapêuticos foram basicamente divididos em 2 braços, o primeiro que seguiu o fluxo legal da referência do Sistema Único de Saúde, entrando na fila da Secretaria Estadual de Saúde, cujo tempo de resolução foi variado e, em alguns casos, podendo levar anos. O outro grupo, muito mais efetivo, seria através de uma lacuna no agendamento das instituições, seja por solicitações políticas, por funcionários, ou pelo conhecimento do próprio paciente de alguma facilidade em agendar direto com a instituição. Este último mostrou-se muito mais efetivo, já que o tempo de espera era, em geral, alguns meses.

Palavras-chaves: Itinerário terapêutico. Catarata. Cegueira. Politização da Saúde.

ABSTRACT

Blindness is a serious health problem worldwide, and cataract is one of the most common causes. Fortunately, cataract is a treatable disease of visual impairment and blindness. Its incidence is high and mainly associated to age, causing low quality of life, locomotion impairment, falls and accidents of the most varied types. In Brazil, the Health Unic System has often sought ways to contain the growing number of cataracts, through partnerships with states and municipalities. In Espírito Santo, the Government Department of health has established a partnership with Santa Casa de Misericórdia Hospital in Vitória to clinic patients from all over the state. There are in this hospital three clinical rooms, an examination room and a surgery room where 250 cataracts are performed monthly. In this context, a research was carried out to evaluate the course and challenges which the user face until reaching his goal, that is, the cataract surgery. The methodological strategy adopted was the detailed description of the way, which has been commonly called in the social sciences "the construction of the therapeutic itinerary", so that we could understand the means covered as well as the patients difficulties and desires. The itineraries were constructed through interviews based on a semi-structured script, which were recorded and transcribed. A total of 13 interviews were performed, until the moment we considered achieving data saturation. All patients were interviewed after discharged from the service and signing the TCLE. Of the 13 interviewees, six were men and seven women. The mean age was 69.4 years. The therapeutic itineraries were basically split into 2 arms, the first that followed the legal flow of Health Unic System reference, getting in the queue of Government Department of health, whose resolution time was varied and in some cases may take years. The other arm, much more effective, would be through a gap in the institution scheduling, either by political requests, public workers, or patient's own knowledge of some facility in direct appointment with the institution. This arm proved to be much more effective as the waiting time was in general a few months.

Keywords: Therapeutic Itinerary. Cataract. Blindness. Politicization of Health.

LISTA DE SIGLAS

- ACS – Agentes Comunitários da Saúde
- AMA – Agência Municipal de Agendamento
- CBO – Conselho Brasileiro de Oftalmologia
- ESF – Estratégia da Saúde da Família
- HUCAM – Hospital Cassiano de Moraes
- HSCMV – Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
- ICD – International Statistical Classification of Diseases
- LOS – Lei Orgânica da Saúde
- MS – Ministério da Saúde
- NOAS – Norma Operacional da Assistência a Saúde
- OMS – Organização do Ministério da Saúde
- PBA – Programa Brasil Alfabetizado
- PDR – Plano Diretor de Regionalização
- PSE – Programa de Saúde na Escola
- SCMV – Santa Casa de Misericórdia de Vitória
- SESA – Secretaria Estadual da Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- QV – Qualidade de Vida
- SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	13
2.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	13
2.1.1	Diretrizes e princípios organizativos	13
2.2	SAÚDE OCULAR	17
2.2.1	Catarata.....	23
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO OCULAR.....	24
2.4	POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE OCULAR	31
2.4.1	Fluxo de atendimento ao paciente oftálmico no Espírito Santo	31
2.5.1	OBJETIVO GERAL.....	32
2.5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
3.	MÉTODO	33
3.1	ÉTICA DA PESQUISA	37
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
4.1	O SETOR DE OFTALMOLOGIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA	38
4.1.1	Cotejar com os dados de atendimentos da Santa Casa.....	43
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
	REFERÊNCIAS	54
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	60
	APÊNDICE B - ENTREVISTAS	61
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO	65

1 INTRODUÇÃO

Este estudo analisa os itinerários terapêuticos dos pacientes com catarata e que foram submetidos à cirurgia corretiva na Santa Casa de Misericórdia de Vitória (SCMV). Neste trajeto damos ênfase às dificuldades encontradas por eles no caminho percorrido até a instituição.

O interesse em trabalhar com a temática de acesso aos serviços de saúde no âmbito da atenção oftalmológica surgiu a partir da minha experiência como oftalmologista do Hospital da Santa Casa, instituição filantrópica, que presta serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, localizada no bairro da Vila Rubim, centro do município de Vitória.

Durante os atendimentos, observei nas falas dos pacientes o quão trabalhoso e demorado é chegar até a consulta médica e mais, notei que muitos acabavam conseguindo uma vaga no ambulatório de forma indireta, ou seja, não eram encaminhados via Secretaria Estadual da Saúde. Diante disto surgiu o interesse de buscar compreender as lógicas do sistema de saúde e como este se articula para prover atenção oftálmica, os mecanismos utilizados na organização da rede de atenção à saúde ocular, as dificuldades que se apresentam na garantia do acesso da população e os aspectos socioculturais que definem a busca por cuidados em oftalmologia da população com a qual trabalho.

Segundo Lima (2015, p. 14),

A saúde ocular é uma área que ainda carece de discussão e acompanhamento. Cuidar da visão não é exatamente uma prática incorporada tão facilmente pelas pessoas e, em geral, a busca por atendimento ocorre quando há uma dificuldade específica, como a baixa visão ou cegueira, dificuldades de aprendizado, lesões e outros problemas mais graves. A situação agrava-se quando há uma dificuldade para o acesso aos serviços de saúde. Considerando que esta é uma área assistencial que exige tecnologia de alto custo e manutenção contínua, com profissionais especializados e qualificados, somam-se dificuldades para garantia do acesso.

A identificação de outras pesquisas sobre o tema é importante e necessária para refletir e discutir sobre o não cuidado para a saúde ocular e o impacto social causado pela perda da visão, reduzindo assim a autonomia do indivíduo quanto à capacidade laboral, locomoção, relações sociais, entre outros. Assim, delimitou-se como objetivo central deste estudo a compreensão das barreiras de acesso aos serviços de saúde públicos especializados em oftalmologia no estado do Espírito Santo, tendo como base uma instituição secular e referência em cirurgias de catarata, através do itinerário terapêutico relatado pelos pacientes atendidos. Destacamos que esta pesquisa não tem a finalidade de realizar um estudo avaliativo da instituição, sendo esta, apenas o campo de estudo para coleta de dados.

A escolha pelo caminho terapêutico relaciona-se ao fato deste relatar os sucessos, as barreiras encontradas na obtenção de assistência pretendida e também os aspectos socioculturais envolvidos. Assim, acredita-se que o itinerário terapêutico permite entender quais os obstáculos que os indivíduos encontram ao acessar o serviço de saúde e as atitudes presentes para enfrentar as barreiras encontradas. Percebemos que os obstáculos presentes no serviço de saúde, nas primeiras tentativas de acesso, podem variar conforme a sua natureza, público ou privado, e principalmente como o indivíduo vai reagir frente aquele obstáculo, em termos dos recursos acionados para dar prosseguimento às tentativas de resolução desta demanda, seja na rede pública ou privada.

Espera-se que este estudo venha contribuir para a reflexão e discussão de uma área assistencial pouco explorada nos estudos do campo das Políticas Públicas de saúde que seria a saúde pública ocular e suas barreiras de acesso.

Dividiremos o estudo em: saúde ocular no Brasil e no mundo, sistema de saúde no Brasil, políticas públicas na atenção ocular, e uma breve descrição do cenário onde se deu a pesquisa, o ambulatório da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, assim como a explicação sobre a estratégia metodológica escolhida, por meio do itinerário terapêutico dos pacientes atendidos.

Os resultados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, inspirada nos estudos de Bardim (2002) e também Minayo (2005) dos quais se extraíram categorias para discussão tais como sexo, idade, local de moradia (Grande Vitória e interior), escolaridade, ativo ou inativo quanto ao trabalho, época da primeira consulta, rede de atenção particular ou pública, meio de transporte (particular ou público), exames pré-operatórios. Alguns resultados foram descritos individualmente como o percurso até chegar a Santa Casa de Saúde e o que achou sobre a cirurgia de catarata.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição de 1988 por meio de uma conquista popular e visando a melhoria da saúde da população baseada em novos paradigmas. O texto constitucional demonstra concepção baseada em modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Essa visão refletia o momento político por que passava a sociedade brasileira, recém-saída de uma ditadura, na qual a cidadania nunca foi princípio de governo (SILVA et al., 2009).

O sistema de saúde do Brasil foi definido pela Lei nº 8080, de 1990, conhecida também como a Lei Orgânica da Saúde (LOS), é representado como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Na sua concepção, busca identificar e estabelecer os fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de políticas de saúde e a assistência a pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Criou-se princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, a fim de instituir uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

2.1.1 Diretrizes e princípios organizativos

A atenção integral à saúde é uma ferramenta de articulação para garantir condições satisfatórias de saúde da população, e acaba contribuindo para a organização das

redes de atenção, a partir dos determinantes do processo saúde e doença presentes na comunidade. Espera-se, assim que a organização dos serviços de saúde em rede permita a integração do cuidado através da universalidade do acesso em todos os níveis de complexidade e a igualdade na assistência à saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Um dos princípios norteadores do sistema de saúde, a integralidade da saúde é reconhecida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, encontrado em todos os níveis de complexidade do SUS (BRASIL, 2002c).

A regionalização e a hierarquização são diretrizes que buscam o reordenamento do sistema de saúde quanto à disponibilidade e distribuição dos serviços de saúde, estabelecendo um papel estratégico na política nacional, tendo como objetivo garantir o acesso da população às ações e aos serviços de saúde de forma integral e equânime (KUSCHNIR et al., 2009). Tais diretrizes fazem parte do processo de descentralização político-administrativo do sistema.

A descentralização é uma diretriz que tem como objetivo fortalecer as ações em saúde ao permitir a autonomia relativa dos governos na elaboração de suas próprias políticas (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). Assim, para a consolidação de um sistema público e universal uma das estratégias adotadas para a regulação da descentralização do SUS foi através das normas operacionais.

As normas operacionais de assistência à saúde são um exemplo da gestão descentralizada para o SUS, permite diferentes capacidades de gestão das secretarias municipais e estaduais de Saúde, envolvendo um conjunto de exigências e prerrogativas financeiras para os municípios e estados que se submetem a um processo de habilitação (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Como resultante do movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando a melhoria do SUS, a Portaria nº 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002, aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e ainda, estabelece o processo

de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e a busca de maior equidade (BRASIL, 2002c).

A implantação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) é um dos instrumentos da NOAS 01/02 fundamentais para o ordenamento do processo de regionalização da assistência nos estados. O PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra referências intermunicipais. Tem por objetivo garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2002c).

No modelo proposto, a atenção primária é a principal porta de entrada para o sistema, sendo fortemente orientada para as ações de promoção e prevenção da saúde, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Já as ações de média complexidade devem atender a demanda da atenção básica, a fim de alcançar um grau de resolutividade maior que não pode ser atendido no nível básico, evitando o agravamento e evolução do quadro clínico que possa demandar a atenção de alta complexidade (KUSCHNIR et al., 2009; BRASIL, 2002c).

Com a definição da hierarquização dos níveis de atenção, a construção da rede de atenção deve também basear-se da distribuição desigual da população. (KUSCHNIR et al., 2009; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A organização da rede e níveis de atenção permite acompanhar o fluxo de pacientes através do mecanismo de referência e contra referência. Ou seja, os usuários são encaminhados para unidades especializadas, quando necessário, e retornam à unidade básica de origem após tratamento para acompanhamento, promovendo um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitais, postos de saúde, unidades públicas ou privadas credenciadas ao SUS (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

O sistema de referência e contra-referência é entendido como estratégia para a integralidade da atenção à saúde e apesar de se constituírem como bases da mudança almejada para a saúde pública, ainda se encontram num estágio de pouco desenvolvimento, tanto em relação aos sentidos teóricos quanto à efetivação e divulgação de experiências (ARAUJO, 1989).

Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e clínicas especializadas. Já a contra-referência diz respeito a menor grau de complexidade, algo mais simples em que o usuário pode ser conduzido em nível primário, devendo ser na unidade de saúde mais próxima do domicílio (MAEDA, 2002).

A divisão de um território político-administrativo em regiões de saúde vai depender das características dos municípios. Uma região de saúde pode abranger várias cidades (municípios), englobar uma cidade e sua periferia ou ser apenas parte da mesma apresentando diferentes dinâmicas territoriais na oferta da assistência. Assim, devemos considerar que as regiões em saúde não funcionarão como uma barreira geográfica; o indivíduo na busca por cuidado irá ultrapassar os limites políticos territoriais para alcançar a assistência. Forma-se então fluxos de pacientes, que ao não conseguirem obter atendimento na suposta região de saúde a que pertence, irão se deslocar até encontrar um serviço que o atenda (KUSCHNIR et al., 2009).

As diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde são consolidadas pela Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 que estabelece as responsabilidades pactuadas entre as três esferas do SUS, busca reforçar a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional, qualificando o acesso da população a atenção integral à saúde. O Pacto promove inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006b).

Em 2010, a Portaria nº 4.279 do Brasil determina as diretrizes para a organização das redes de atenção a saúde no âmbito do SUS, a fim de superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional, na tentativa de assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessite de efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

Recentemente, o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, regulamentou alguns aspectos da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, relacionados à organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter-federativa. Dentre as alterações, destaca-se a incorporação do conceito de porta de entrada bem como a determinação dos serviços que darão início ao acesso para o sistema de saúde. Assim, quatro serviços são definidos como portas de entrada, respeitando a hierarquização do sistema, sendo eles: atenção básica, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e serviço especial de acesso aberto (BRASIL, 2011).

Desta definição emergem os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde, a missão e objetivos comuns, de forma a estabelecer que todos os pontos são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente.

2.2 SAÚDE OCULAR

A saúde ocular é uma área carente de discussão e acompanhamento, principalmente em nível de saúde pública primária. A visão é um sentido extremamente importante, se não o mais importante, mas é deixado de lado muitas vezes, só sendo lembrado quando sintomático, ou seja, quando apresenta uma dificuldade específica, como a baixa visão ou cegueira, dificuldades de aprendizado, lesões, traumas e outros problemas graves. Além disso, é sabido que muitas doenças sistêmicas tem a primeira manifestação no olho, como doenças reumatologias, tumores, metástases, hipertensão arterial, diabetes, entre outras. A situação agrava-se na medida em que há dificuldade para o acesso aos serviços de saúde. Esta é uma área assistencial que exige tecnologia de alto custo e

manutenção contínua, com profissionais especializados e qualificados, somam-se dificuldades para garantia do acesso. Soma-se ao fato da atenção básica ter como prerrogativa baixo custo e baixa tecnologia. Assim, compreender a importância desta área do cuidado em saúde e os impactos decorrentes das dificuldades de acesso é um primeiro aspecto a ser considerado neste debate.

Os graus de visão vão desde a visão perfeita, chamada também visão 20/20 até a cegueira total. A expressão 'deficiência visual' se refere ao espectro que vai da cegueira até a visão subnormal ou baixa visão (HERNANDES, 2005). Entre a cegueira total e a baixa visão existem patologias que causam deficiência visual momentânea, como miopia, astigmatismo, estrabismo, hipermetropia que devem ser identificadas e tratadas o mais rápido possível, sob pena de causarem uma deficiência visual permanente (GIL, 2000).

De acordo com o Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004), existem duas categorias para determinar a deficiência visual:

- Cegueira quando a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica. Isto significa que a pessoa com deficiência visual enxerga a 20 pés o que uma pessoa sem deficiência enxerga há 400 pés.
- Baixa visão quando acuidade visual é entre 0,3 (20/60) e 0,05(20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica, sendo classificada por níveis pela OMS em: leve, moderada, grave e profunda. Isto significa que a pessoa com deficiência visual enxerga a 20 pés o que uma pessoa sem deficiência enxerga entre 60 e 400 pés.

Segundo a International Statistical Classification of Diseases (ICD), há casos em que a deficiência visual está relacionada à perda da visão periférica, ou seja, quando a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores não passíveis de melhora na visão com terapêutica clínica ou cirúrgica.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) existe atualmente cerca de 39 milhões de cegos no mundo, além de outros 246 milhões com perda moderada a severa na visão. A prevalência da cegueira no mundo pode variar de 1% na África a 0,2% na Europa ocidental e nos Estados Unidos. Do mesmo modo, a prevalência de deficiência visual (baixa visual importante com melhor correção possível, ou seja, excluindo erros de refração (miopia, astigmatismo, hipermetria) varia de 3% na África a 1,1% na Europa ocidental.

Segundo Thylefors (1994), os casos de cegueira distribuem-se de forma desigual e concentram-se cerca de 90% nos países subdesenvolvidos, ou seja, 21 dos 39 milhões de cegos existentes no mundo. É certo que um dos fatores que influenciam esta desigualdade é a falta de organização dos recursos para o atendimento oftalmológico, sendo que 70% dos casos de cegueira poderiam ser evitados aplicando-se conhecimentos e técnicas atualmente disponíveis, havendo uma detecção precoce e possibilitando o encaminhamento dos problemas oculares.

Quando falamos em termos de faixa etária, cerca de 82% dos casos de cegueira no mundo estão entre os 50 anos ou mais (RESNIKOFF et al., 2004). Esta proporção deve aumentar nos próximos anos à medida que cresce a expectativa de vida da população, principalmente nos países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Esta previsão faz parte do programa da OMS para eliminação das causas evitáveis de cegueira até o ano 2020, chamado “VISÃO 2020”.

Nos países em desenvolvimento as maiores causas de cegueira são associadas a casos de desnutrição, infecções e falta de cuidado com os olhos principalmente nas populações rurais e regiões pobres urbanas. Já em países desenvolvidos as doenças degenerativas relacionadas com o envelhecimento prevalecem, especialmente associadas a fatores de risco em doenças como diabetes e hipertensão, além de hábitos não saudáveis, como o tabaco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

Dentre as causas de cegueira, as externas vêm diminuindo, como tracoma, xeroftalmia (deficiência de vitamina A) e oncocercose e as causas relacionadas ao envelhecimento vêm aumentando, tendo como principais as seguintes: catarata, glaucoma, degeneração macular relacionada à idade, opacidades corneanas e retinopatia diabética (RESNIKOFF et al., 2004).

Entre 1988 e 2008, as causas de cegueira mudaram em proporção e números. A catarata ainda é a principal causa de doença ocular tratável que leva a cegueira em aproximadamente 75% da população mundial, causando relação de dependência dos indivíduos aos seus familiares, incapacidade laboral e exclusão social. Já o número de pessoas cegas por tracoma, oncocercose e deficiência em vitamina A afeta principalmente crianças menores de cinco anos, diminuindo nos últimos 20 anos. Parte desse avanço pode ser atribuída a melhoras na condição de vida como: a alimentação, abastecimento de água, saneamento básico, imunização e o fornecimento de antibióticos e outros medicamentos (FOSTER; GILBERT; JOHNSON, 2008).

A catarata ainda persiste como primeira causa de baixa visão, em especial nos países em desenvolvimento, onde há dificuldade de acesso à assistência especializada. O único tratamento eficaz para catarata consiste em intervenção cirúrgica restaurando a capacidade visual.

O impacto da perda visual na vida de uma pessoa é profundo, tanto no lado pessoal, econômico e social. As consequências da cegueira constituem um sério problema de saúde coletiva (WEST; SOMMER, 2001). A pessoa cega tem um alto custo para o sistema de saúde, seja na questão trabalhista, de aposentadoria, invalidez, seja porque usualmente costuma se adoentar mais, ter mais co-morbidades, além do status depressivo e de dependência que normalmente existe, exigindo, em muitos casos, a dependência de um cuidador, que poderia ser um trabalhador ativo e produtivo.

Segundo Guedes (2007), a extensão da cegueira e da deficiência visual no mundo está sendo menor do que a projetada ao longo dos anos. Esta mudança se deve a

dois fatores: mais e melhores dados de estudos populacionais nos últimos 15 anos, permitindo estimativas mais apuradas; melhorias na prevenção e controle de causas evitáveis de cegueira, seguindo o programa “VISÃO 2020: o direito de ver” da OMS.

A OMS, através do Programa para Prevenção da Cegueira, com o apoio de organizações não governamentais e governamentais, grupos e instituições, lançou em 1999 o projeto *Vision 2020: The Right to Sight*, com o objetivo de eliminar os casos de cegueira evitáveis até o ano de 2020. Dentre as principais doenças a serem controladas estão: catarata, glaucoma, oncocercose, deficiência de vitamina A e outras causas oculares associadas a crianças como erros de refração, retinopatia diabética e tracoma.

As estratégias do projeto consistem em: controle específico de doenças, como o Programa de Controle de Onconercose em países da África, que tem como medida a distribuição do medicamento ivermectina no combate à doença em regiões endêmicas. Além disso, prevê o desenvolvimento de recursos humanos, com a disponibilidade de oftalmologistas e profissionais capacitados na área, fortalecimento da infraestrutura e desenvolvimento de tecnologias adequadas para a prestação de cuidados como a realização de exame de fundo de olho em pacientes diabéticos, cirurgias de catarata a baixo custo através de parcerias com outras instituições. A proposta é considerada audaciosa e caso o projeto seja bem-sucedido estima-se a redução de 24 milhões de cegos em todo o mundo (SAKATA et al., 2002; RESNIKOFF; PARARAJASEGRAM, 2001).

Recentemente, em 2013, o conselho diretor da Organização Pan-Americana de Saúde durante Assembleia Mundial da Saúde aprovou o “Plano de ação para prevenção da cegueira e deficiência visual 2014-2019”, com objetivo de priorizar a saúde ocular no contexto da redução das incapacidades passíveis de prevenção, do acesso aos serviços de reabilitação e da promoção do melhoramento da saúde e das condições de vida (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2014).

No Brasil, o número de cegos é estimado entre 0,4% e 0,5% da população total distribuídos de forma desigual pelo país. Para 204 milhões de brasileiros, estima-se

que 1,02 milhões de pessoas sejam cegas. Em áreas mais desenvolvidas, os índices são comparados a países desenvolvidos, com cerca de 0,25% da população com deficiência visual, enquanto regiões mais carentes apresentaram índices de 0,75%. As principais causas de deficiência visual em adultos incluem os erros de refração, glaucoma, catarata e doenças da retina. A catarata ainda é responsável por 40 a 50% dos casos de cegueira no Brasil (KARA-JOSE; ARIETA, 2000).

O elevado índice de cegueira e patologias relacionadas em nosso país não se deve ao baixo número de oftalmologistas, pelo contrário. No período de 1995 a 2000 houve aumento de 6.000 para 10.000 profissionais. O problema é que assim como outras especialidades médicas há uma má distribuição, uma grande concentração principalmente nas regiões sul e sudeste e em grandes centros urbanos, enquanto áreas interioranas ainda carecem da especialidade. Para um acompanhamento adequado da população nesta área é essencial a disponibilidade de infraestrutura como a organização de redes de atenção oftalmológica em termos de quantidade, qualidade e localização, visando facilitar o acesso ao serviço. Cabe, ainda, considerar o fator sociocultural como obstáculo para a atenção à saúde ocular, pelo desconhecimento da população quanto às doenças oftalmológicas (TEMPORINI; KARA-JOSÉ, 2004). É comum por exemplo, a confusão entre catarata que é a opacificação do cristalino com pterígio que é um tecido fibrovascular que sai da conjuntiva e invade superficialmente a córnea.

É importante destacar a diminuição das causas evitáveis de cegueira nas últimas décadas. Guedes (2007) reforça que tal controle foi possível devido a importantes fatores, tais como o crescente conhecimento e utilização dos serviços de saúde ocular pela população, a facilidade de acesso e condições de pagamento dos serviços de saúde ocular, o crescente compromisso global de políticas de prevenção de deficiência visual e dos profissionais da área para a prevenção de deficiência visual, o compromisso e apoio de organizações não governamentais, o envolvimento e parceria com o setor corporativo, além de atividades mais eficazes de Atenção Primária de Saúde (APS).

Mas, apesar do progresso na atenção à saúde ocular, a carência é exorbitante, o excesso de demanda é gritante. Certamente, tal fato está associado à falta de organização dos serviços e à dificuldade de acesso do usuário à atenção oftalmológica, o que faz com que se estabeleça um fluxo desordenado e vicioso no atendimento médico. Sabe-se que o maior obstáculo à atenção ocular parece não residir na falta de tecnologia adequada e sim na dificuldade de criar condições propícias para motivar pessoas, no pouco acesso aos serviços, na falta de infraestrutura e de organização da assistência oftalmológica (CARAZO, 1986).

2.2.1 Catarata

No atual estudo decidimos nos atentar quanto às barreiras de acesso que enfrentam os pacientes no ambulatório de catarata, por ser o Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória referência nessa patologia, e por ser a catarata a patologia ocular de maior incidência e de grande importância, já que interfere nas atividades laborais dos cidadãos.

Sabemos que a catarata é a principal causa de cegueira e deficiência visual reversível no mundo e é definida como opacificação do cristalino. Acomete cerca de 75% dos idosos acima de 70 anos de idade e afeta vários aspectos da visão, interferindo negativamente na qualidade de vida (QV) (MEULENERS, 2014).

Por levar à diminuição da acuidade visual, a catarata interfere negativamente na qualidade de vida, dificultando atividades do cotidiano e a leitura. De todos os sintomas pesquisados por Lee et al. (1997), apenas a dificuldade respiratória teve maior impacto na deterioração da qualidade de vida do que a diminuição de acuidade visual. O déficit visual também dá origem a problemas psicológicos, sociais e econômicos, pois implica em perda de auto estima, com restrição ocupacional e consequente perda de renda familiar. Para a sociedade representa encargo oneroso e perda da força de trabalho (FERRAZ, 2002).

Como consequência no acometimento de catarata ocorre a diminuição da comunicação visual, da estabilidade, do equilíbrio, da percepção de distância e profundidade e da adaptação ao escuro, o que acarreta dificuldades para o reconhecimento de perigos iminentes (MEULENERS, 2014).

O aumento da expectativa de vida e da população idosa em todo o mundo tem também aumentado a incidência de catarata. O número de cirurgias realizadas no Brasil aumentou de 90 mil no início da década de 1990 para cerca de 250 mil em 2000, apesar da expectativa de 450 mil para o período (CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 1999).

Para esta patologia, o único tratamento eficaz é o cirúrgico e possibilita a restauração da visão e a reabilitação dos pacientes em período curto de reabilitação, geralmente de uma semana, possibilitando sua reinserção na sociedade, inclusive com o retorno a algumas atividades laborais (REZENDE FILHO, 2001).

Entretanto, barreiras socioeconômicas e culturais dificultam o acesso dos portadores de cataratas aos serviços de saúde e aos recursos cirúrgicos, até mesmo em grandes capitais (MALERBI, 2000).

A necessidade de exames pré-operatórios aumenta o número de vezes que o paciente precisa retornar ao hospital até a realização da cirurgia, atrasando o tratamento, sendo comum a necessidade de se repetir exames, visto que estão com prazo de validade vencido quando da consulta de retorno, se tornando importante entrave ao acesso ao tratamento da catarata (PRADO JÚNIOR, 1997).

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO OCULAR

Não existem evidências que deem suporte às recomendações de periodicidade de realização de consultas oftalmológicas em cada faixa etária. O grupo VISION 2020: *the right to sight*, da Austrália, propôs um intervalo de 5 anos para a população geral

e de dois anos para pacientes com diabetes ou histórico de doenças oculares (BYLSMA, 2004).

A demanda por serviços de saúde ocular está concentrada na avaliação de problemas refrativos. Entretanto, é crescente a importância no diagnóstico e tratamento de morbidades oculares crônicas como catarata, glaucoma, retinopatia diabética.

Na pesquisa de Castagno (2009), verificou-se que os motivos que levam o paciente a procurar atendimento oftalmológico são muitos, porém a dificuldade de enxergar foi o principal em 70% dos casos, seguidos de sintomas oculares agudos (coceira, olho vermelho, dor) com 16%. Naqueles com menos de 50 anos os sintomas agudos atingem 20%, enquanto que naqueles com mais de 50 anos a baixa visual atingiu 80%.

Embora com necessidade, 34% das pessoas não procuraram oftalmologista nos últimos 5 anos. Os principais motivos seriam: falta de dinheiro (29%), falta de tempo (25%), descaso (19%). A baixa oferta de consultas no setor público é referida como principal motivo para ter deixado de consultar quando sentiu necessidade. Entretanto, os dois outros motivos: falta de tempo e descaso também podem estar relacionados à dificuldade de acesso (CASTAGNO, 2009).

A SESA por exemplo, não contratualiza mais com a SCMV apesar do número de consultas da instituição ser de aproximadamente 800 consultas mensais, enquanto contratualmente deveria ser de apenas 350 pacientes.

Há além disso, variáveis de acordo com gênero, mulheres consultam 27% mais que homens, brancos consultam 17% mais de negros. A idade também influencia, na medida que se verificou que indivíduos com 65 anos ou mais consultam duas vezes mais que indivíduos entre 20-39 anos. A escolaridade e nível econômico também influenciam na medida que maiores níveis consultaram 60% mais nos últimos 5 anos em relação ao grupo de base (CASTAGNO, 2009).

Aqueles que necessitam de correção ótica consultaram três vezes mais do que os que não usam correção ótica. Pacientes com catarata e glaucoma consultaram 30% mais. Diagnósticos sistêmicos que deveriam manter acompanhamento com maior periodicidade como diabetes e hipertensão não tiveram aumento na prevalência o que pode ser explicado por falta de conhecimento (CASTAGNO, 2009).

Ainda em relação ao acesso, os que possuem plano de saúde foram 25% mais ao oftalmologista nos últimos cinco anos se comparado aos que utilizam sobremaneira o sistema público (CASTAGNO, 2009).

O Ministério da saúde vem buscando, ao longo das últimas décadas, promover e incentivar a atenção à saúde ocular. Em 1990 eram realizadas aproximadamente 90 mil cirurgias de catarata por ano. Em 2000 este número passou para 250 mil. No entanto, para atender à demanda populacional seriam necessárias 450 mil cirurgias ao ano (LIMA et al., 2005).

Em 1999, a fim de ampliar a assistência oftalmológica em todo país, o Ministério da Saúde instituiu a Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas, através da Portaria GM/MS nº 279. Os mutirões de catarata foram utilizados como estratégia para aumentar o acesso da população economicamente menos favorecida à cirurgia, além de diminuir a demanda reprimida ocasionada pelas filas de espera e número de indivíduos que não recebiam o tratamento. A campanha contou com o apoio das secretarias de saúde estaduais, municipais e serviços credenciados em todo o território nacional e foi um grande avanço na saúde ocular da população (SILVEIRA, 2004).

Com objetivo de organizar a rede de atenção oftalmológica, em 2002 foi instituída a Portaria 866, que estabeleceu mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência em Oftalmologia no âmbito do SUS. Nesse sentido, foi, ainda, necessário estabelecer normas de classificação e cadastramento dos Centros de Referência em Oftalmologia. Para isso, a Portaria nº 339 de 5 de julho de 2002 determinou as providências necessárias para a integração da Rede Estadual de Assistência Oftalmológica com a definição de fluxos assistenciais, mecanismos

de referência e contra referência e articulação com demais serviços no estado como ambulatoriais e hospitalares (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b).

Segundo Lima (2015), as medidas adotadas pelo Brasil buscaram organizar a atenção oftalmológica no país e suprir as demandas presentes no SUS, como a formação da rede de atendimento oftalmológica, em vista do quadro epidemiológico do país. A condução da política nacional apontou para a necessidade de se promover o atendimento integral em oftalmologia aos usuários do SUS e buscou induzir novas políticas junto aos estados e municípios.

Em 2008, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) formulou a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia ao promover a discussão dos principais pontos, como: a acessibilidade que visa a promoção da equidade do acesso com dispersão no território estadual de serviços até então concentrados, visando à diminuição das distâncias de deslocamento dos usuários a um leque ampliado de serviços especializados, a reorganização da rede de serviços, definindo critérios e parâmetros assistenciais considerando as diferenças e características regionais, a economia de escala, que seleciona polos regionais cuja população referenciada justificasse a localização de serviços e equipamentos de maior agregação tecnológica e custo, o estímulo a mecanismos de acolhimento do paciente, além do reordenamento das ações de oftalmologia, com revisão e recomposição das várias portarias isoladas publicadas em efetividade.

O Projeto Olhar Brasil, criado em 2007, através de uma parceria entre Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, é um exemplo de cuidado da saúde ocular ao nível primário de atenção. Apresenta como objetivos a identificação e correção dos problemas de visão relacionados à refração e a garantia de assistência oftalmológica integral, nos casos que forem diagnosticadas outras patologias oculares que necessitem de intervenção. O público alvo do projeto são educandos de escolas vinculadas ao Programa Saúde nas Escolas (PSE) e os alfabetizandos cadastrados no Programa Brasil Alfabetizado (PBA) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIO DE SAÚDE, 2012).

A triagem da acuidade visual é importante para a prevenção e detecção de distúrbios oculares de maneira precoce, e é hoje realizada por não médicos, devido ao alto custo destes. Esta triagem ocorre em escolares por pessoal não médico treinado e/ou supervisionado ou na população de escolares que procura os serviços públicos de saúde, principalmente no âmbito da Atenção Básica.

Embora a atenção básica seja entendida como porta de entrada e base orientadora do sistema, deve ter visão integral da assistência à saúde para sua população adscrita. Ou seja, para atender às demandas presentes no agravo da saúde, que não podem ser tratados no nível primário, constituem-se os serviços de média e alta complexidade, onde se encontram profissionais especializados e recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIO DE SAÚDE, 2007).

Na organização oftalmológica, o nível secundário de atenção ou média complexidade está direcionado para atender a doenças oculares que necessitam de atendimento com profissional especializado como: catarata, glaucoma, retinopias, infecções intraoculares e outros. Este nível de atenção pode ser restrito a hospitais e clínicas de pequeno porte no âmbito local associados à infraestrutura médica hospitalar com a presença de oftalmologistas qualificados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

Já na atenção terciária ou alta complexidade o que se prevê são intervenções mais sofisticadas que necessitem de nível técnico mais elevado, como o transplante de córnea e cirurgias vítreo-retinianas, disponíveis em hospitais universitários ou instituições similares localizadas em grandes centros urbanos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

Para que haja integralidade nas ações em saúde, recomenda-se a participação do oftalmologista nos três níveis de atenção, promovendo ações educativas, orientações à população e triagem ao nível especializado. Por diversas vezes o atendimento pelo profissional especializado se dá no âmbito da atenção secundária, em nível ambulatorial ou em clínicas oftalmológicas, comprometendo as ações da

atenção primária. A carência na atenção oftalmológica primária dificulta a implementação de ações que poderiam contribuir na prevenção e controle de doenças oculares prevenindo assim a cegueira (LIMA, 2015).

Apesar da existência de portarias e pactuações que definem a atenção básica como porta de entrada para o SUS, não existe garantia de que haja acesso universal e integral dos indivíduos com demandas oftalmológicas, principalmente quando a atenção básica não está preparada para atendê-lo. O atendimento especializado em oftalmologia é concentrado no nível de média e alta complexidade. O acesso a esta especialidade é através do mecanismo de referência – contra referência, e não envolve apenas o simples encaminhamento, mas também a oferta de vagas por vezes limitadas e a disponibilidade da subespecialidade clínica oftalmológica, para o atendimento em hospitais presentes na rede de atenção, impedindo o acesso de diversos pacientes que aguardam pela assistência durante um longo tempo (LIMA, 2015).

Um fator importante a ser relatado é a ambiguidade existente na área oftalmológica, já que equipamentos para a detecção precoce de problemas oculares, teriam custos altos, alta tecnologia, o que vai contra a atenção básica, que deveria ser pautada no uso de baixa tecnologia. Ou seja, exames oftalmológicos básicos, como aferição ocular, não poderiam ser realizados neste nível de atenção, sobrecarregando o nível médio de complexidade com uma prática clínica comum ao ambulatório, e que poderia ser realizada por médicos clínicos capacitados por oftalmologistas (LIMA, 2015).

No ano de 2008, foi criada a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, através da Portaria nº 957, 15 de maio de 2008, que determinou a execução de ações e estratégias de prevenção e promoção da saúde ocular nos três níveis de atenção à saúde. A Política previu a organização do sistema de atenção em oftalmologia por intermédio de redes de atenção articuladas entre BRASIL, as Secretárias de Saúde dos estados, municípios e do distrito federal, estruturando uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada para gerar o cuidado integral e integrado (BRASIL, 2008).

A organização da linha de cuidados instituída pela Política Nacional de Atenção em Oftalmologia deveria passar por todos os níveis de atenção garantindo a integralidade do cuidado, iniciando na Atenção Básica através da promoção da saúde e à prevenção dos danos e recuperação, bem como ações clínicas para o controle das doenças que levam a alterações oftalmológicas e às próprias doenças oftalmológicas. Tais ações passariam a ter lugar na rede de serviços básicos de saúde. À Atenção Especializada em Oftalmologia compete a realização de atenção diagnóstica e terapêutica especializada e a promoção do acesso do paciente portador de doenças oftalmológicas aos procedimentos de média e alta complexidade, em serviços especializados de qualidade, restritos a hospitais gerais ou especializados, hospitais de ensino e ambulatórios especializados em oftalmologia. Dentre outros componentes fundamentais desta portaria destaca-se: “[...] o acesso à assistência farmacêutica especializada, o acesso a recursos ópticos, não ópticos e outras ajudas técnicas disponibilizadas pelo SUS” (BRASIL, 2008, p. 957).

Também em 2008, redefiniu-se Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, através da Portaria nº 958, de 15 de maio, que permitiu contemplar os procedimentos incluídos nos programas estratégicos definidos, estabelecendo mecanismos para a ampliação na oferta dos serviços e a diminuição do tempo de espera para a realização dos procedimentos. Dentre os cinco programas estratégicos criados destaca-se para a área oftalmológica, o Programa de Combate as Causas Prevalentes de Cegueira priorizando quatro doenças oftalmológicas para expansão de procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais: catarata, glaucoma, retinopatia diabética e degeneração macular relacionada à idade.

No ano de 2013, o Brasil ampliou o orçamento de estados e municípios para cirurgias eletivas no SUS, através da Portaria nº 1.557 de 31 de julho de 2013, a fim de atender especialidades de maior demanda e procura no sistema evitando assim o longo tempo de espera para a realização de procedimentos, como as cirurgias de catarata.

2.4 POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE OCULAR

A Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) é o órgão responsável pela interlocução entre a atenção básica na saúde, de responsabilidade municipal com os programas de diretriz federal.

Atualmente o tempo médio de espera para consultas oftalmológicas é de 18 meses, num total de 22,5 mil pessoas aguardando atendimento ambulatorial na especialidade (SESA, 2017).

2.4.1 Fluxo de atendimento ao paciente oftálmico no Espírito Santo

A princípio, o fluxo de pacientes deve seguir a seguinte sequência no estado do Espírito Santo no que se refere a atenção oftalmológica de catarata (SESA, 2016):

- 1) O paciente deve procurar a Unidade de Saúde de seu município;
- 2) A Unidade de Saúde encaminha o pedido para Agência Municipal de Agendamento (AMA), que é avaliado por especialista;
- 3) O pedido segue para a Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados das superintendências regionais de saúde;
- 4) Autorizada a solicitação retorna para a AMA, que realiza o agendamento.

Tendo exposto tal contextualização, optamos por realizar um estudo prospectivo do tipo itinerário terapêutico a fim que encontrar com detalhes as barreiras de acesso a saúde oftalmológica no que tange a patologia da catarata, sabidamente a que causa maior número de cegueira reversível.

2.5 OBJETIVOS

2.5.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as barreiras no atendimento oftalmológico na rede pública no estado do Espírito Santo, a partir do itinerário terapêutico dos pacientes assistidos na Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

2.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) identificar as dificuldades no acesso na perspectiva do paciente considerando a subjetividade implicada na busca por tratamento;
- b) identificar aspectos sócio-demográficos como região de residência, escolaridade, renda que interfiram no processo;
- c) identificar a rede de atenção à saúde oftalmológica pela qual os pacientes percorreram assim como suas dificuldades;
- d) conhecer o grau de satisfação quanto ao atendimento na Santa Casa de Misericórdia de Vitória;

3. MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, na qual se procurou estabelecer o Itinerário terapêutico dos usuários que realizaram cirurgia de catarata na Santa Casa de Misericórdia de Vitória. As entrevistas foram realizadas entre janeiro e março de 2017.

É possível encontrar diversas explicações e definições para o conceito de itinerário terapêutico. O estudo sobre os itinerários terapêuticos tem sua origem localizada na concepção, criada por Mechanic e Volkart (1960), de comportamento do enfermo, ou *illness behavior*. Essa teoria pressupõe que a escolha por um tratamento é realizada racionalmente pelo indivíduo, com o objetivo de satisfazer suas necessidades. Para Alves e Souza (1999, p. 126), trata-se de uma “[...] concepção voluntarista, racionalista e individualista, com base no pressuposto de que as pessoas avaliam suas escolhas em termos de custo benefício”.

Já uma segunda vertente dos estudos sobre comportamento do enfermo buscou investigar a influência exercida pelos valores culturais na escolha de respostas para os problemas de saúde, identificando os fatores culturais e/ou elementos cognitivos que determinavam a busca por determinado tipo de tratamento ou agência de saúde.

O esquema proposto por Kleinman (1978) é o mais utilizado e aceito atualmente. O autor propõe que os cuidados em saúde podem ser localizados em três subsistemas diferentes, dentro dos quais a experiência da doença é vivenciada: profissional, folk e popular. O subsistema profissional é composto pela medicina científica e pelos sistemas médicos tradicionais (chinês, ayurvédico etc.); O folk é composto por curandeiros, rezadores, benzedeiros e outros; e o popular diz respeito ao campo leigo, no qual estão localizados a automedicação, a ajuda de amigos e familiares, a assistência mútua etc. Para a compreensão dessas práticas, Kleinman (1978) desenvolveu o conceito de “modelo explicativo”, que pode ser definido como “[...] um conjunto articulado de explicações sobre doença e tratamento, que determina o que se pode considerar como evidência clínica relevante e como se organiza e interpreta

esta evidência com base em racionalizações construídas por perspectivas terapêuticas distintas” (ALVES; SOUZA, 1999, p. 129).

O itinerário terapêutico foi utilizado como técnica para a compreensão acerca da busca por atendimento oftalmológico, buscando evidenciar nas barreiras de acesso envolvidas o itinerário oftalmológico realizado do ponto de vista dos usuários. De acordo com a literatura sobre o tema, a construção do itinerário terapêutico é determinada pelo curso de ações, planos e estratégias que têm como objetivo tratar as aflições (RABELO, ALVES; SOUZA, 1999).

Segundo Rabello (1999), os indivíduos e grupos sociais encontram diversas maneiras de resolver seus problemas de saúde. O itinerário não fica restrito apenas à disponibilidade dos serviços de saúde bem como à utilização de métodos de cura, e sim à compreensão do processo sociocultural que acarreta na escolha do tratamento. É preciso discutir se a escolha do tratamento está relacionada ao custo benefício, assim como o conhecimento que o paciente pode ter em relação à sua própria doença, impulsionando para a procura por assistência quando é necessário o cuidado, contribuindo para a formação de itinerários terapêuticos.

O caminho percorrido pelos pacientes na busca de cuidados de saúde é variado e complexo, e se diferencia de um indivíduo a outro, pode variar em um mesmo indivíduo, de um episódio de doença a outro, e a procura de cuidados está sujeita a questionamentos repetidos em cada uma das etapas do processo de manutenção da saúde. Não há como negar que a natureza e a sequência dos encaminhamentos na procura de cuidados são determinadas por uma série de variáveis situacionais, sociais, psicológicas, econômicas e outras políticas. A busca por cuidados está condicionada tanto pelas atitudes, os valores e as ideologias quanto pelos perfis da doença, o acesso econômico e a disponibilidade de tecnologias (GERHARDT, 2006).

Em recente estudo sobre os percursos de cura, evidenciou-se que não há modelo único para o itinerário. Estes são construídos a partir de aspectos individuais, representações socioculturais referentes à doença e aos sistemas de cura,

condições socioeconômicas e estruturais relacionadas à facilidade ou não no acesso. Apenas considerando o indivíduo em sua rede de interações se podem compreender as decisões por ele tomadas, isto é, a tentativa de solucionar seus problemas de saúde se inscreve no cotidiano, uma vez que o enfrentamento da doença dele faz parte (FERREIRA; ESPÍRITO SANTO, 2012).

Outro aspecto relevante é que o itinerário terapêutico não deve ser compreendido como resultado de um plano esquematizado e predeterminado. Dessa forma, a unidade articulada só pode ser evidenciada no processo no qual a pessoa, ao narrar sua experiência passada, pode interpretá-la e avaliá-la de acordo com o seu momento atual. Assim, “[...] o itinerário terapêutico está relacionado concomitantemente à experiência vivida e ao próprio discurso sobre essa experiência” (ALVES; SOUZA, 1999, p. 133).

A disponibilidade de recursos também contribuirá no processo de escolha do indivíduo, a partir do qual ele irá reconhecer qual serviço de saúde pode atendê-lo dentro das suas possibilidades financeiras.

Tais itinerários foram desenhados junto aos pacientes através de uma entrevista com roteiro semiestruturado cujo principal objetivo não foi a busca de informações ou evidências que valham por si mesmas, mas sim fazer um registro “subjetivo” de como um homem, olha para trás e enxerga sua própria vida (THOMPSON, 1992). A subjetividade dos relatos fez parte da construção do itinerário.

Houve interesse em preservar a experiência vivida e incorporá-la como parte da análise. Mas para atender o objetivo da pesquisa que envolve buscar informações que evidenciem as barreiras no acesso, foi apropriado adotar um roteiro semiestruturado (Apêndice A), organizado de modo a criar um eixo a ser seguido dentro das expectativas da pesquisa. As narrativas obtidas foram analisadas com o objetivo de identificar as dificuldades no acesso na perspectiva do paciente considerando a subjetividade implicada na busca por tratamento, como já mencionado.

A escolha do roteiro semiestruturado permitiu guiar os participantes com maior facilidade no relato de suas experiências. A disposição das perguntas direcionou-o a relembrar sua procura por assistência em uma ordem minimamente cronológica, na maioria dos casos, a fim de facilitar a construção do percurso durante a organização dos dados. O roteiro utilizado foi adaptado de “Ensaio sobre cegueiras” de Lima et al. (2015). É preciso que se diga que tal roteiro foi testado em três situações distintas, anteriores ao início do campo propriamente dito, e algumas modificações foram agregadas no sentido de facilitar o entendimento por parte dos usuários que, em sua grande maioria, provém de regiões do estado menos favorecidas economicamente e também têm idade avançada. As entrevistas foram realizadas junto aos pacientes atendidos no ambulatório da Santa Casa de Misericórdia de Vitória que estavam de alta após realização da cirurgia de catarata.

Levando-se em consideração que são realizadas 250 cirurgias (250 olhos) mês, o que equivaleria a 125 pessoas, optamos por entrevistar 12 pacientes, ou seja, aproximadamente 10% do total de operados em um mês. Entretanto, o número foi alterado para 13 para que pudéssemos evidenciar a saturação dos dados, já que as pesquisas qualitativas em geral não têm necessidade de estabelecer porcentagens para suas amostras e sim buscar um grupo que represente o grande grupo ao qual se referem os dados.

Como nas pesquisas qualitativas os dados coletados não são transformados em números para serem analisados estatisticamente, a composição da amostra dessas pesquisas é bem diferente. Em alguns métodos de pesquisa qualitativa, a amostra se dá por saturação, ou seja, “[...] a amostra é proposital [...]. O fechamento do grupo de participantes é definido quando as informações coletadas com certo número de participantes passarem a repetir conteúdos e não proporcionarem acréscimos significativos ou quando o pesquisador já tiver atingido seus objetivos com as informações coletadas” (RAMOS; JUNQUEIRA; PUPLAKSIS, 2008, p. 195).

As 13 entrevistas foram realizadas pelo pesquisador no período de janeiro a março de 2017, em sala administrativa do ambulatório de oftalmologia, após alta do serviço, ou seja, já tendo concluído a cirurgia de catarata de ambos os olhos. Todas

foram gravadas em áudio para posterior transcrição. Ressaltamos que tais entrevistados foram submetidos à cirurgia de catarata com outro profissional do ambulatório que não o pesquisador, visando com isso a não interferência desta relação profissional e não tendo nenhum contato com o pesquisador durante seu tratamento na instituição, de forma que a entrevista em nenhum momento interferiu no tratamento do paciente, ou suas respostas possam ter sido influenciadas pela situação atual do tratamento e da condição clínica. As entrevistas foram realizadas com os pacientes na presença dos acompanhantes que em muitas das vezes contribuíam na complementação das respostas.

Como a Santa Casa atende pacientes de todas as regiões do estado, houve a preferência de se contemplar todas as 10 microrregiões do estado, ou seja: Metropolitana, Central Serrana, Sudoeste Serrana, Litoral Sul, Central Sul, Caparaó, Rio Doce, Centro-Oeste, Nordeste e Noroeste. Na impossibilidade de contemplar todas as regiões por ausência de entrevistados, já que a proporção não é a mesma, deu-se preferência pelas regiões mais frequentes, ou seja, metropolitana, centro-oeste, rio doce e nordeste.

3.1 ÉTICA DA PESQUISA

O projeto de pesquisa é parte componente do trabalho já submetido e aprovado sob o número 51435715.6.0000.5065 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, intitulado “Análise epidemiológica, socioeconômica e a satisfação e percepção dos pacientes submetidos à cirurgia de catarata em Hospital Filantrópico da Grande Vitória”. Todos os participantes foram devidamente orientados sobre a pesquisa, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram transcritas na íntegra e a partir delas foram traçados os itinerários que compõem o quadro que se encontra no Apêndice B. Tais itinerários foram analisados visando encontrar pontos em comum e daí extrair os nós da rede de atenção que dificultam o processo. Além disso poderemos cortejar com a literatura sobre acesso e as políticas de atenção à saúde ocular, verificando o que de fato está sendo executado e o que precisa ser alterado de modo que possamos oferecer uma assistência adequada a saúde ocular.

Foram definidos dois eixos para análise do itinerário terapêutico e as possíveis barreiras no acesso ao serviço de saúde oftalmológico da Santa Casa de Vitória:

- Eixo aspectos físicos: proximidade dos serviços de saúde à residência ou bairro do paciente.
- Eixo aspectos financeiros: disponibilidade de recursos financeiros para deslocamento utilizando transporte público, custos com: exames, terapia medicamentosa, procedimento cirúrgico e outros.
- Eixo aspecto político-social: disponibilidade de antecipação de consultas mediante favorecimento político ou social.

4.1 O SETOR DE OFTALMOLOGIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

Antes mesmo de darmos início às discussões que se podem depreender dos itinerários faz-se necessário conhecer o cenário em que se encontram tais usuários. Ou seja, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV). Trata-se de uma instituição secular, fundada em 1545 em Vila Velha. Em 1605 foi transferido para Vitória próximo ao Largo Pedro Palácios. O terreno atual foi doado em 1881 e o prédio foi inaugurado em 1912, hoje localizado no centro da cidade de Vitória. É caracterizado como Hospital Geral, de caráter filantrópico, que agrega atividades de ensino, pesquisa e assistência, conta com especialidades clínicas, cirúrgicas, ginecologia/obstetrícia e pediatria. Atende prioritariamente o público adulto (90% de

leitos) e do Sistema Único de Saúde (100% consultas ambulatoriais e 92% dos leitos). A base da assistência à saúde é fundamentada no ensino e pesquisa, uma vez que a instituição é Hospital-Escola (Plano Operativo Anual, 2º termo aditivo ao convênio nº 11/2015; Competência 2015/2016).

O HSCMV recebe incentivo financeiro do SUS através do Convênio nº 11/2015, que rege o programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos e de ensino no SUS. Tem por objetivo buscar a qualificação da assistência no processo de gestão hospitalar em razão das necessidades e da inserção do hospital na rede hierarquizada e regionalizada do SUS, garantindo a atenção integral à saúde dos munícipes que integram a região de saúde, na qual o hospital está inserido (Plano Operativo Anual, termo aditivo ao convênio nº 11/2015; Competência 2015/2016).

O Plano Operativo inclui:

- 1) Todas as ações e serviços disponíveis ao SUS pelo Hospital;
- 2) A estrutura tecnológica e a capacidade instalada;
- 3) Definição das metas físicas das internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com os seus quantitativos e fluxos de referência e contra-referência;
- 4) A definição das metas e indicadores de qualidade;
- 5) As atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar, em especial aquelas referentes:
 - a) Ao Sistema de Apropriação de Custos;
 - b) A prática de atenção humanizada aos usuários;
 - c) Ao trabalho de equipe multidisciplinar;

- d) Ao incremento de ações de garantia de acesso, mediante o complexo regulador de atenção à saúde;
- e) Ao funcionamento adequado das comissões obrigatórias, em destaque da avaliação de mortalidade por grupos de risco, principalmente no que se refere à mortalidade materna e neonatal, quando for o caso e à mortalidade institucional;
- f) A implantação de mecanismos eficazes de referência e contra referência, mediante protocolos de encaminhamento; elaboração de painel de indicadores de acompanhamento da performance institucional (Plano Operativo Anual, termo aditivo ao convênio nº 11/2015; Competência 2015/2016)

Este tipo de convênio prevê uma série de atividades que o Hospital se compromete a realizar e transcrevemos algumas delas:

- O hospital atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas (Plano Operativo Anual, termo aditivo ao convênio nº 11/2015; Competência 2015/2016).
- O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Concedente. (Plano Operativo Anual, termo aditivo ao convênio nº 11/2015; Competência 2015/2016).

No que diz respeito ao Atendimento Ambulatorial:

1) O atendimento ambulatorial compreende:

- a) Primeira consulta
- b) Interconsulta

- c) Consultas subsequentes (retornos)
 - d) Cirurgias Ambulatoriais
- 2) Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela regulação assistencial ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.
 - 3) Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.
 - 4) Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à regulação assistencial quanto às subsequentes das interconsultas.
 - 5) Será considerada intervenção cirúrgica ambulatorial aqueles atos cirúrgicos realizados nas salas de pequenas cirurgias do hospital que não requeiram hospitalização nem a presença obrigatória do profissional médico anestesista e nestes atos estão incluídos todos os procedimentos que sejam necessários realizar dentro do período de 15 dias subsequentes à intervenção cirúrgica propriamente dita. (Plano Operativo Anual, termo aditivo ao convênio nº 11/2015; Competência 2015/2016).

O HSCMV tem contrato com a SESA para a realização de 235 consultas reguladas pela central de regulação e 306 de auto-gestão mensais de oftalmologia, além de 1005 serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) mensais e a realização de 297 cirurgias oftalmológicas mensais, das quais 250 são de catarata (Plano Operativo Anual, termo aditivo ao convênio nº 11/2015; Competência 2015/2016).

Atualmente, o setor de oftalmologia do hospital da Santa Casa conta com duas salas para atendimento oftalmológico básico, que inclui medida da acuidade visual, exame oftalmológico de biomicroscopia, fundoscopia, tonometria, além de exame de refração, podendo, portanto, realizar diagnóstico de patologias como catarata,

glaucoma, alterações na retina, dentre outros e a prescrição de óculos. Possui também uma sala de atendimento para pós-operatório, e uma sala para realização de exames pré-operatórios de catarata como biometria, ceratoscopia e ultrassonografia.

Na parte cirúrgica dispõe de uma sala de uso exclusivo da oftalmologia que é equipada com um microscópio e um aparelho de facoemulsificação que é o aparelho básico da cirurgia de catarata.

Traçamos o itinerário de 13 usuários, dos quais seis homens e sete mulheres. A idade média dos pacientes é de 69,4 anos. O mais idoso tinha 84 anos e o mais novo 59 anos. Estes dados vão ao encontro da literatura, que mostram que pacientes com catarata são geralmente idosos. Meuleners (2014), cita que a catarata acomete cerca de 75% dos idosos acima de 70 anos de idade.

Quanto a escolaridade, três são analfabetos e os demais detinham apenas o ensino fundamental ou médio. Este dado corrobora a literatura que aponta que a população hoje idosa e usuária do SUS é uma população com baixo nível socioeconômico, utilizando-se do sistema de saúde para tratamentos mais dispendiosos, tais como a cirurgia de catarata.

Quando questionados sobre atividade de trabalho uma pessoa nunca trabalhou, seis ainda trabalhavam e seis se encontram aposentadas. Outro dado importante é que metade dos pacientes que trabalharam em alguma época da vida ainda trabalham, apesar da idade avançada. Este dado é importante pois sabemos que a catarata é incapacitante, limitante, prejudicando a qualidade e produtividade do trabalhador, o que foi diversas vezes relatado pelos pacientes, como por exemplo um dos entrevistados que exerce a profissão de motorista e que antes da cirurgia não estava conseguindo dirigir, devido ao déficit de visão, ou ainda outra paciente que foi obrigada a parar de costurar, sua principal função, pelo mesmo motivo, nas palavras dela “parei porque não enxergava a linha”.

Sabemos que a catarata interfere negativamente na qualidade de vida, dificultando atividades do cotidiano e a leitura. De todos os sintomas pesquisados por Lee, et al., (1997), apenas a dificuldade respiratória teve maior impacto na deterioração da qualidade de vida do que a diminuição de acuidade visual. O déficit visual também dá origem a problemas psicológicos, sociais e econômicos, pois implica em perda de auto estima, com restrição ocupacional e conseqüente perda de renda familiar. Para a sociedade representa encargo oneroso e perda da força de trabalho (FERRAZ, 2002).

Quanto à região de moradia, cinco são moradores das cidades do interior do estado e oito residem na Grande Vitória. Este dado vai ao encontro aos dados demográficos presentes no estado, afinal é sabido que a maior parte da população do Espírito Santo mora na Grande Vitória.

4.1.1 Cotejar com os dados de atendimentos da Santa Casa

Assim que perceberam os primeiros sintomas, os pacientes procuraram por ajuda profissional. A grande maioria realizou a primeira consulta oftalmológica no próprio município de moradia. Interessante perceber que mesmo em se tratando de pessoas de baixa renda, nove deles procuraram por serviços particulares e apenas quatro ingressaram no sistema pelo SUS. Este dado é alarmante, mostra que a primeira consulta oftalmológica é no geral realizada pela rede privada, ou seja, o SUS não consegue atingir atenção oftalmológica de base para seus usuários, conforme preveem suas diretrizes.

Este dado mostra que há lacuna na atenção oftalmológica pública, com deficiência na atenção primária. A mesma deficiência dificulta a linha de cuidado para o acesso aos procedimentos e consultas de média complexidade, pois não há interesse dos médicos particulares de darem continuidade da atenção ou encaminhar seus pacientes para realizarem os tratamentos no SUS. Tal dado é facilmente comprovado pelas entrevistas, pois os usuários afirmaram que em tais consultas receberam o diagnóstico de catarata e nenhuma orientação ou encaminhamento

para prosseguir com o tratamento. Devido a tal comportamento resta ao usuário procurar a atenção secundária por conta própria.

A análise deste item nos permite afirmar e corroborar os dados da literatura que apontam que a atenção básica oftalmológica, no âmbito da atenção primária é deficiente no Brasil. Lima (2005), por exemplo, relata que por diversas vezes o atendimento pelo profissional especializado se dá no âmbito da atenção secundária, em nível ambulatorial ou em clínicas oftalmológicas, comprometendo as ações da atenção primária. A carência na atenção oftalmológica primária dificulta a implementação de ações que poderiam contribuir na prevenção e controle de doenças oculares prevenindo a cegueira.

O tempo transcorrido entre o diagnóstico e a continuidade do tratamento foi de três anos para dois deles, de dois anos para cinco deles e para três dos 13 entrevistados foi de um ano. Ressalta-se que o paciente que teve o diagnóstico em 2000, e sofreu cirurgia apenas em 2017, o fez por vontade própria. Ele afirma que ficou com medo de operar pois uma colega informou que poderia ficar cego, só retornando ao oftalmologista para prosseguimento do tratamento em 2014. O entrevistado que teve o diagnóstico em 2011, relatou que ficou esperando o agendamento ser feito por meio da Unidade de saúde de sua cidade, Vila Velha, o que não ocorreu por seis anos. Findo este tempo, através de contatos pessoais com uma vizinha, soube que esta havia operado com um médico na Santa Casa, e pedindo favor conseguiu ser atendido pelo médico num procedimento de “encaixe”. Da parte do médico é compreensível a liberação do encaixe na medida em que o mesmo ficou sabendo do tempo de espera da paciente de 6 anos.

A grande maioria, nove dos treze pacientes tiveram um hiato de dois anos entre o diagnóstico e resolução, o que representa a média da SESA. Este tempo é considerado alto, considerando-se que a catarata causa limitações de locomoção, atividades laborais e incapacidade temporária. Temos que levar em conta que a cirurgia de catarata possui pré-operatório simples, recuperação rápida, muitas vezes indicando-se cirurgias com uma semana de intervalo entre os olhos, ou seja, é uma doença que permite a resolução com grande rapidez.

Analisando este item podemos constatar que enquanto, segundo a SESA (2017), a fila para consulta básica de oftalmologia no estado gira em torno de 18 meses, a fila para cirurgia de catarata é variável, demorando no geral mais de dois anos.

Quando analisamos o caminho de cada paciente para chegar à Santa Casa, observamos o quão variado foi. Segue abaixo os caminhos percorridos por cada paciente.

O entrevistado número um conhecia o Hospital Santa Casa, pois já havia sido consultado em um dos ambulatórios. Ele inclusive trabalhou no hospital, o que certamente facilitou a sua entrada no estabelecimento. Tal paciente obteve o diagnóstico em 2014 e dois anos depois conseguiu sua consulta na Santa Casa. Menos de seis meses após já havia operado ambos os olhos. Ou seja, neste caso, o conhecimento da rotina do hospital e colegas de trabalho foram fundamentais para um excelente tempo entre a consulta e as cirurgias. Além disso, como o paciente já possuía cadastro na instituição, isso pode ter facilitado o processo.

O itinerário terapêutico do segundo entrevistado, mostra como pode ser extenso o tempo entre o diagnóstico e a resolução do problema, devido a problemas do sistema de saúde. O entrevistado começou a sentir dificuldade para enxergar há três anos, procurou por médico particular que identificou catarata e encaminhou para a Unidade de Saúde mais próxima de sua casa. A Unidade conseguiu, via sistema, uma consulta com o especialista do Hospital Dório Silva em um tempo relativamente breve, seis meses. Porém o médico que o atendeu afirmou não se tratar de catarata e não confirmou o diagnóstico inicial. Frente a este impasse o usuário voltou ao médico particular que reafirmou o diagnóstico de catarata e sugeriu que a cirurgia seria feita por ele mesmo, porém mediante pagamento. Entretanto, sem condições de arcar com os custos das cirurgias e hospitais, o entrevistado retornou à Unidade de saúde insistindo para ser encaminhado a outro especialista. O próprio paciente sugeriu que o agendamento fosse feito para a Santa Casa ou Hospital Evangélico, hospitais nos quais ele sabia que eram realizadas cirurgias como estas. Finalmente, em dezembro de 2016 chegou à Santa Casa e em fevereiro de 2017 já havia sido operado de ambos os olhos. Este

itinerário mostra que o caminho do paciente foi confuso, tendo sido encaminhado pela AMA do município de residência, para o hospital Dório Silva, que não realiza cirurgia de catarata, mesmo com o diagnóstico e encaminhamento em mão, o que traduz perda de tempo por parte do paciente e de gasto público, pois a consulta poderia ter sido destinada a outro paciente. Outra observação importante é que após ingressar na Santa Casa o tempo médio entre a consulta e a cirurgia foram de menos de três meses.

O itinerário construído pelo entrevistado de número três revela o seguinte: obteve o diagnóstico de catarata há três anos em uma cidade do interior do estado. Entretanto, o paciente não deu crédito ao médico particular que o atendeu e por isso não acreditou em seu diagnóstico. Sem resolução de seu problema ocular, buscou outro profissional, novamente na rede privada, porém em uma cidade de maior porte. Este profissional confirmou o diagnóstico anterior. A partir daí, foi acionado o sistema familiar, pois entrou em contato com uma sobrinha que havia trabalhado em uma Unidade da Rede de Saúde da região metropolitana que fez contato com um político de seu convívio que conseguiu o encaminhamento para o Hospital Santa Casa. Após este contato pessoal, em quatro meses o problema estava resolvido em ambos os olhos. Este caminho mostra que muitas vezes as pessoas buscam por conhecimentos pessoais para intercederem em seu favor e só assim conseguem ser inseridos no sistema. Mostra também que após adentrar no sistema de atenção secundária a resolução se dá em tempo relativamente rápido, ou seja, o serviço no hospital é eficiente.

Já outro entrevistado obteve o diagnóstico em meados de 2016. E de posse deste buscou por ajuda com políticos de sua cidade. Em menos de dois meses a consulta na Santa Casa de Vitória estava agendada. Após a realização dos exames pré cirúrgicos, realizou as cirurgias nos meses de janeiro e março de 2017. Este caso demonstra mais uma vez aquilo que já havíamos percebido de maneira intuitiva, ou seja, a prática de favorecimento pela mão de políticos, ao invés da utilização das vias oficiais de agendamento/regulação pela SESA. O tempo entre a consulta e a cirurgia dentro da Santa Casa foi de sete meses, o que também representa um tempo aceitável, levando-se em conta a necessidade de exames pré-operatórios.

Há ainda outro caso de favorecimento para agendamento no hospital Santa Casa de Misericórdia, desta vez por meio de um amigo que trabalha na instituição. Neste caso a resolução foi ainda mais rápida. Entre janeiro e março o usuário já estava com os dois olhos operados.

Ressaltamos que cinco dos itinerários apresentados até o momento, quatro conseguiram consultas na Santa Casa através de algum conhecido, não passando pelo sistema de agendamento da SESA que estabelece a ligação entre a atenção primária e os atendimentos de média complexidade. Independente de Político, amigo, funcionário o tempo entre chegar ao serviço e a cirurgia é a mesma, média de três a quatro meses.

Um dos entrevistados percebeu a visão embaçada e procurou por dois médicos particulares em sua cidade no interior do estado. Ambos confirmaram a existência da catarata. Um deles o encaminhou para a Unidade de Saúde e ele entregou o pedido à funcionária responsável pelos agendamentos de especialistas. Ocorre que esta entrevistada também trabalha nesta Unidade o que certamente contribuiu para que sua consulta fosse marcada com um intervalo de três meses. Assim sendo, entre os sintomas e a consulta foram três meses e desta para a cirurgia mais três. Ressaltamos que isso é bastante incomum entre os dados coletados e novamente percebemos que as interações pessoais prevalecem aos encaminhamentos formais operados pela central reguladora da SESA.

Mais uma paciente do interior percorreu caminho semelhante. Após o incômodo procurou por médico da rede privada que prontamente firmou o diagnóstico e prescreveu a cirurgia. Ocorre que isso se deu em 2015, ou seja, dois anos antes de nossa entrevista. Apesar da Unidade de Saúde ter conseguido o agendamento para a Santa Casa de Vitória no prazo de três meses (que é o esperado), devido à outras co-morbidades a cirurgia não pode ser realizada. Na segunda tentativa, após os problemas impeditivos terem sido sanados, o mesmo procedimento foi feito e em um prazo de cinco meses a consulta com o oftalmologista foi agendada via SESA. Podemos afirmar que esta trajetória não é incomum, pois muitos dos pacientes com necessidade de submeter-se à cirurgia de catarata têm

idade avançada o que contribui para que tenham obstáculos de saúde para a realização da cirurgia tais como hipertensão, diabetes descompensada, insuficiência cardíaca, dentre outras.

O entrevistado de número nove foi submetido à cirurgia na Santa Casa de Vitória no início de 2017, quando da coleta de dados dos Itinerários, entretanto, sua trajetória é peculiar. Esta senhora obteve o diagnóstico de catarata há seis anos quando morava em Campos, Rio de Janeiro. Depois de peregrinar por vários lugares, por aproximadamente quatro anos sem resolução, mesmo tendo se preparado e realizado diversas vezes exames pré-operatórios. Há dois anos esta senhora mudou-se para o interior do Espírito Santo (São José dos Calçados). Neste município procurou por oftalmologista particular que confirmou a catarata e forneceu um encaminhamento. Com o encaminhamento em mãos procurou pela secretaria de saúde do município que é a responsável pelos agendamentos de especialistas via central de regulação da SESA. A Central providenciou o agendamento com certa agilidade para o Hospital Evangélico em Vila Velha, tendo em vista os demais itinerários. A entrevistada alega, no entanto, que não conseguiu realizar a consulta e os exames necessários à cirurgia, tendo em vista problemas no transporte ocasionado pela troca da gestão municipal. Já na nova gestão a entrevistada conseguiu novo encaminhamento, desta vez para a Santa Casa de Misericórdia, segundo ela, devido ao fato de que seu filho tinha conhecimento com o prefeito da cidade. Sendo assim, a consulta com o especialista oftalmologista foi realizada em setembro de 2016 e realizou a primeira cirurgia em janeiro do ano seguinte e em março do mesmo ano pode realizar a segunda. Este itinerário é bastante rico. Primeiramente mostra a ineficácia pontual do sistema no Rio de Janeiro. Quanto ao sistema no Espírito Santo, podemos afirmar que o tempo de 2 anos entre o encaminhamento e a resolução do quadro, é longo, e damos destaque à alegação feita pela entrevistada de que só conseguiu a consulta no Hospital Santa casa devido à contatos pessoais com o prefeito de sua cidade, mais um caso em que tudo ocorre burlando a ordem da fila da Secretaria Estadual.

O entrevistado número dez já fazia acompanhamento de uma outra patologia oftálmica no próprio Hospital Santa Casa. Sendo assim, quando teve indicação de cirurgia para o problema da catarata, a resolução se deu de forma mais rápida, ou seja, certa de cinco meses entre o diagnóstico e as cirurgias. Este itinerário confirma o que os demais já mostravam, ou seja, quando o paciente já se encontra dentro do sistema, a resolução é rápida,

Há ainda mais um percurso de resolução dentro de um tempo considerado bom. O Entrevistado número onze procurou pela Unidade de Saúde de sua cidade na região metropolitana para uma consulta de rotina com o oftalmologista. Isso se deu em novembro de 2016. Em janeiro consultou no Hospital Santa Casa e realizou a primeira cirurgia em fevereiro e a do segundo olho em março. Este itinerário mostra que o paciente conseguiu consulta de maneira rápida pela SESA. A grande questão é: esta rapidez deve-se a um sistema mais efetivo no município da região metropolitana? Há uma maior previsão de consultas para este município? Ou o paciente em questão entrou na verdade em uma lista de consulta de rotina, pois não havia diagnóstico de catarata. Caso a afirmativa final seja verdadeira é de se pensar se realmente é justa tal diferenciação em lista de agendamento, afinal o paciente cujos sintomas iniciais eram de irritação ocular acabou operando da catarata antes que a grande maioria dos pacientes com esse diagnóstico.

Há ainda um percurso mais alarmante do ponto de vista do tempo entre o diagnóstico e a resolução. A entrevistada obteve o diagnóstico de catarata há seis anos por meio de consulta com médico particular. Procurou pela Unidade de Saúde na ocasião e protocolou o encaminhamento. Aguardou por cinco anos e como não obteve resposta, iniciou novo processo há um ano, novamente sem retorno. Finalmente, através de favor de uma amiga também paciente da Santa Casa, conseguiu por seu intermédio um encaixe junto ao oftalmologista daquele hospital. Em menos de três meses já havia operado ambos os olhos. Este é um caso clássico em que a inoperância do sistema transparece. Este tempo de seis anos é demasiado em perda de qualidade de visão, de vida, limitando atividades no trabalho. Registre-se que este itinerário é de um paciente também da região metropolitana, porém de município diferente do anterior.

O entrevistado residente em Vitória, também procurou por médico particular, mesmo tendo em vista que a rede de Atenção primária de Vitória é considerada uma das melhores do país, tendo recebido diversos prêmios neste quesito. Após o diagnóstico de catarata procurou pelo Hospital Cassiano de Moraes (HUCAM). Lá foi informado que este tipo de cirurgia é realizado comumente pela Santa Casa de Misericórdia e pelo Hospital Evangélico. Procurou então pela Santa Casa pessoalmente no guichê de atendimento e conseguiu consulta rapidamente. Quando da realização da entrevista em março já havia sido operado de ambos os olhos. Este itinerário mostra que a busca ativa pela consulta pode ser mais satisfatória do que aquela produzida pelo sistema. Isso ocorre porque este Hospital reserva um número de vagas destinadas aos atendimentos de própria demanda.

Finalmente o último itinerário explorado trata-se de uma entrevistada que teve o diagnóstico de catarata há cinco anos na própria Santa Casa, local em que faz acompanhamento sistemático em oftalmologia. Porém como a patologia encontrava-se em estágio inicial não houve inicialmente indicação cirúrgica. Há dois anos teve indicação de cirurgia e há um ano buscou pelo encaminhamento de cirurgia dentro do sistema de Vitória. Neste período realizou as duas cirurgias corretivas. Mais uma vez, comprovamos neste itinerário que quando o paciente já se encontra no sistema a resolução é mais efetiva.

Como podemos observar após os relatos, há duas alternativas usuais de agendamento de consultas no hospital da Santa Casa de Vitória. Uma através das Unidades de Saúde, o que há tempos conhecemos como referência e contra referência, e que pode demorar geralmente de seis meses ou mais chegando a anos. Outra forma é o agendamento apadrinhado, através de funcionários da instituição, ou daqueles que conhecem o sistema ou políticos.

Os relatos demonstram que o sistema de encaminhamentos de cirurgia de catarata pelo sistema de regulação da Secretaria Estadual de Saúde encontra-se falho. A própria proporção contratada pela mesma SESA com a instituição que seria de 235 consultas reguladas pela Central de Regulação (SESA) e 306 de Auto-gestão não se estabelece.

Talvez isso explique porque ao serem questionados sobre dificuldade de marcação de consulta no hospital a grande maioria considerou fácil, talvez devido à questão do apadrinhamento já citada.

Quando observamos os exames pré-operatórios, verificamos que estes foram em sua maioria realizados no sistema público, o que demonstra o sistema está apto a realizar os mesmos em tempo hábil. Já o risco cirúrgico, realizado pelo cardiologista, foi feito por meio de médicos do sistema privado em cinco dos treze casos estudados, segundo os entrevistados devido à enorme demora que teriam se fossem aguardar o agendamento via sistema. Este dado reforça que o SUS ainda necessita aumentar a disponibilidade de médicos especialistas, no caso cardiologistas.

Quando observamos o tempo entre a realização da cirurgia no primeiro e segundo olho a grande maioria se deu em um e dois meses. Apenas dois casos apresentaram um tempo maior. Este tempo médio é excelente, levando-se em conta que o tempo de recuperação de um olho é de cerca de um mês.

Interessante perceber que apesar de todas as dificuldades apontadas pela análise dos itinerários os entrevistados se dizem satisfeitos com o caminho percorrido. Apenas aquela que aguardou por cinco anos refere protestos. Observamos que muitos estão satisfeitos porque tiveram seu problema resolvido, segundo pelo estado de conformação que vivem, por considerar que é normal demorar a ser atendido no SUS. Muitos relataram que as filas antes eram muito maiores.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por tudo que relatamos, constatamos que o Sistema Único de Saúde, na exemplificação do serviço prestado na assistência a catarata na Santa Casa ainda apresenta muitas falhas, principalmente o que tange aos direitos fundamentais de igualdade. Não é possível falar em igualdade de direitos quando para garantir o seu direito o usuário precisa usar de subterfúgios e recorrer à expedientes pouco lícitos, como é o caso de apadrinhamento por políticos, como vimos em vários dos itinerários analisados. É preciso ressaltar que tais políticos, usualmente cobram tais favores por meio de votos ou adesão acrítica às suas campanhas, o que fere em si o direito estabelecido de acesso universal aos diferentes níveis de atenção do sistema. Este direito é ferido quando se percebe que não há uma fila única e justa com critérios de prioridade, a exemplo do programa e do sistema de cadastramento para transplantes brasileiro, elogiado internacionalmente.

Também não se preserva um critério recém lançado de reestruturação e organização que do sistema em rede, uma vez que as Unidades de Saúde deveriam se constituir como porta de entrada do sistema e referenciar o paciente e não o político, funcionário, ou qualquer outro tipo de “padrinho” como observamos.

Fica claro que esperar pelo encaminhamento de maneira correta pode levar anos. Por isso, com frequência observamos algum tipo de interrupção do processo. Aqueles que não apresentavam formas de burlar o sistema tiveram um itinerário muito mais sofrível e longo, com muitas andanças e procuras, com prejuízos enormes pela perda da visão.

Ressaltamos que pudemos observar aspectos positivos em relação ao grau de satisfação do usuário no que diz respeito ao atendimento no Hospital Santa Casa, e a relativa agilidade na resolução dos casos de cirurgia de catarata. Por outro lado, precisamos apontar a maneira relativamente fácil de concessão de encaixes e respostas à diversos tipos de pedidos, partam eles de funcionários, políticos ou outras instituições. Tal facilidade, ainda que tenha sido satisfatória para o usuário

entrevistado, representa mais um ponto crítico de uma rede e de um sistema de fila de agendamento que é falho.

Por fim, afirmamos ser necessário e urgente a implementação de fila única para a realização de cirurgias de cataratas, baseada em critérios técnicos tais como: grau de comprometimento da visão, tempo de espera, diagnóstico, idade avançada e comorbidade.

Justo seria se aquele paciente que está há anos na fila tivesse sua resolução anterior a aquele que ganhou um encaixe por conhecer alguma brecha no sistema.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ARAUJO, E. C. **A referência e contra-referência na reorganização dos serviços de atenção primário a um novo modelo de cuidados a saúde**. Salvador: Faculdade de Medicina; 1989.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BRASIL **Portaria nº 957**, 15 de maio de 2008. Institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as unidades federadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Decreto 7.508/11, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 jun. 2011. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 13 set. 2015.

BRASIL. **Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis 10.048, de 8 de novembro de 2000 e 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Brasília: Casa Civil, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.557**, de 31 de julho de 2013. Define a estratégia de ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos, no âmbito do SUS, para os exercícios dos anos de 2013 e 2014. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 866**, de 9 de maio de 2002. Cria mecanismo para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência em Oftalmologia, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 399**, de 22 de fevereiro de 2002. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BYLSMA, G. W. et al. Utilization of eye care services by Victorians likely to benefit from eye care. **Clin. Experiment. Ophthalmol.**, n. 32; p. 573-577, 2004.

CARAZO V.; RICO VELASCO; J.; BELTRANENA, F.; QUESADA, T. **Guias para gerencia de servicios de atencion ocular**. Washington, DC: Organizacion Panamericana de la Salud; 1986.

CASTAGNO, V. P. et al. Carência de atenção a saúde ocular no setor público: um estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2260-2271, out., 2009.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. Oftalmologia obtém conquista histórica. **Jota Zero**, São Paulo, n. 119, p. 35, jun. 2008.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. País realiza 120 mil cirurgias extras de catarata. **Jota Zero**, São Paulo, p. 23, nov./dez., 1999.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Saúde ocular**: redefinição do Projeto Olhar Brasil. Brasília: CONASS, 2012.

FERRAZ, E. V. A.; LIMA, C.A.; CELLA, W.; ARIETA, C. E. Adaptação de questionário de avaliação da qualidade de vida para aplicação em portadores de catarata. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 65, n. 3, p. p. 293-298, 2002.

FERREIRA, J.; ESPÍRITO SANTO, W. The Paths to Healing: an anthropological approach about therapeutic itineraries of slum population of Manguinhos, Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 179-198, 2012.

FOSTER, A.; GILBERT, C.; JOHNSON, G. Changing patterns in global blindness: 1988-2008. **Community Eye Health**, v. 21, n. 67, p. 37-39, set. 2008.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade therapeutical itineraries in poverty situations: diversity and plurality. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GIL, M. **Deficiência visual**. Brasília: Ministério da Educação, 2000.

GUEDES, R. A. P. As estratégias de prevenção em saúde ocular no âmbito da saúde coletiva e da atenção primária a saúde. **Revista de Atenção Primária a Saúde-UFJF**, v. 10, n. 1, p. 66-73, jun. 2007.

HERNANDES, R. B. **Um estudo de princípios norteadores para a formação continuada de educadores que atuam na profissionalização das pessoas com deficiência visual**. 2005. Dissertação (Mestrado em Educação), Departamento de Educação, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho, Presidente Prudente, São Paulo, 2005.

KARA JOSE, N.; ARIETA, C. E. L. South American Programme: Brazil. **Community Eye Health**, v. 13, n. 36, p. 55-56, 2000.

KLEINMAN, A. **The illness narrative: suffering, healing and the human condition**. New York: Basic Book;1978.

KUSCHNIR, R. et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V, MENDES JUNIOR, W. V. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. p. 125-57.

LEE, H. L.; PADMANABHAN, V.; WHANG, S. Information distortion in a supply chain: the bullwhip effect. **Management Science**, v. 43, n. 4, p. 546-558, 1997.

LIMA D. M. G. de et al. Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, v. 68, n. 3, p. 357-62, 2005.

LIMA, N. C. **Ensaio sobre 'cegueiras'**: o itinerário terapêutico de pacientes assistidos no Instituto Benjamin Constant. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

MAEDA, S. T. **Gestão de referência e contra referência na atenção ao ciclo grávido puerperal**: a realidade do Distrito de Saúde do Butantã. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002.

MALERBI, F. K. et al. Barreiras ao acesso no tratamento da catarata senil: aspectos sócio-econômicos. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 59, n. 9, p. 649-654, 2000.

MECHANIC, D.; VOLKART, E. H. Stress, illness behavior, and the sick role. **American Sociologica Review**, n. 26, p. 86-94, 1960.

MEULENERS, L.B. et al. The impact of first and second eye cataract surgery on injurious falls that require hospitalisation: a whole population study. **Age Ageing**, v. 43, n. 3, p. 341-346, 2014.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2005.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde-SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de ação para a prevenção da cegueira e das deficiências visuais**. Brasília, Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 11 jul. 2014.

PRADO JÚNIOR, J. et al. Tratamento cirúrgico da catarata senil no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 76, n. 3, p. 192-196, 1997.

RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

RAMOS, D. L.; JUNQUEIRA, C. R.; PUPLAKSIS, N. V. Benefícios de avaliação ética de protocolos de pesquisas qualitativas. In: GUERRIERO, I. C. Z.; SCHMIDT, M. L.S.; ZICCKER, F. **Ética nas pesquisas em ciências humanas na saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild editores, 2008, p.193-205.

RESNIKOFF, S. et al. Global data on visual impairment in the year 2002. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 11, p. 844-851, 2004.

RESNIKOFF, S.; PARARAJASEGARAM, R. Blindness prevention programmes: past, present, and future. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 3, p. 222-226, 2001.

REZENDE, F. **Cirurgia de catarata**. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2001.

SAKATA, K. et al. Projeto glaucoma: resultados parciais 2000 na região de Piraguara/PR. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, v. 65, n. 3, p. 333-337, 2002.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. (Espírito Santo). **CRE Metropolitano**: governo entrega unidade de Oftalmologia. Vitória: SESA, 2017. Disponível em: <<https://es.gov.br/?novo>>. Acesso em: 14 maio 2017.

SECRETARIA DE SAÚDE. (Espírito Santo). **SESA**: organização do fluxo de atendimento ao usuário do SUS. Vitória: SESA, 2016. Disponível em: <<http://novo.saude.es.gov.br/>>. Acesso em: 14 maio 2016.

SILVA, V. B. et al. Tratamento da retinopatia diabética: percepções de pacientes em Rio Claro (SP) -Brasil. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, v. 68, n. 3, p. 363-368, 2009.

SILVEIRA, C. C. A. Mutirão de catarata: uma estratégia nacional de atenção à saúde. 2004. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde), Programa de Mestrado Profissional, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

TEMPORINI, E. R.; KARA-JOSÉ, N. A perda da visão: estratégias de prevenção. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, v. 67, n. 4, p. 597–601, 2004.

THOMPSON, P. **A voz do passado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

THYLEFORS, B. et al. Global data on blindness. **Bull. World Health Organ.**, Genebra, n. 73, p. 115-121, 1994.

WEST, S.; SOMMER, A. Prevention of blindness and priorities for the future. **Bull. World Health Organ.**, Genebra, v. 79, n. 3, p. 244-248, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global trends in the magnitude of blindness and visual impairment**. 2004. Disponível em: <www.who.int/blindness/causes/trends/en/print.html>. Acesso em: 2 set. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Strategies for the prevention of blindness in national programmers**. 1997. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544929.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Vision 2020: the right to sight**. 1999. Disponível em: <www.v2020.org>. Acesso em: 2 set. 2015.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista com pacientes

- Data da Entrevista:
- Iniciais do Paciente:
- Entrevista Número:

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- Sexo: M () F ()
- Idade: _____
- Escolaridade? _____ até que ano/série?
- Trabalha ou aposentado _____
- Trabalhou com o que? _____

ITINERÁRIO TERAPEUTICO

- Quando sentiu necessidade de procurar médico do olho? _____
Porque? _____
- Aonde foi a primeira consulta? _____
Quando? _____
- Particular ou público? _____
- O que falaram para você? _____
- De lá foi para aonde? _____

NA SANTA CASA

- Como ficou sabendo do serviço da Santa Casa? _____
- Quem, como e quando foi encaminhado? _____
- Quando foi a primeira consulta na santa? _____
- Houve dificuldade na marcação? _____
- Para chegar até aqui, veio como? Qual meio de transporte: _____
Saiu de casa que horas? _____. Chegou aqui que horas? _____
Que horas ira chegar em casa? _____
- Foi difícil realizar exames pré-operatórios? _____
Aonde foram feitos? _____
Público ou particular? _____
- Cirurgia de catarata foi feita em que olho primeiro e quando? _____
- E o segundo olho? _____
- O que achou de todo esse caminho percorrido até aqui? _____
- O que acha que poderia ser melhorado? _____

APÊNDICE B - ENTREVISTAS

Teste	Sexo (M/F)	Idade	Escolaridade (01 A 10)	Trabalhador (T) / aposentado (A)	Morador	Local da 1º consulta oftalmológica	Quando	Particular ou público	Como foi encaminhado para SC	Quando	1ª consulta SC quando	Dificuldade marcação	Meio de transporte (público / privado)	Exames pré-operatório (público / privado)	Risco pré-operatório (público / privado)	Data da cirurgia (1º olho)	Data da cirurgia (2º olho)	O que achou do percurso para operar catarata no SUS?
1	M	81	1º grau	A	Cariacica	Campo Grande	2000	Particular	Conhecia a Santa Casa, pois sempre consultou lá	2016	2016	Não	-	Público	Público	Nov.	Dez.	Muito Bom
2	M	59	4º ano	T	Cariacica	Campo Grande	2015	Particular	Passou por oftalmo particular em campo grande que forneceu laudo para o PA. No PA foi encaminhado pelo clinico a SESA que marcou no Dório Silva. No Dório Silva o médico falou que não tinha catarata e deu alta. Depois voltou no posto e insistiu e pediu consulta na Santa Casa	Nov.	Dez.	Não	Carro particular	Publico	Particular	Mar.	Mar.	Está bom. A vida é assim mesmo
3	M	59	6ª Série	T	Barra de São Francisco		2014	Particular	Não acreditou no oftalmo de Barra de São Francisco, daí procurou oftalmo particular em Colatina que falou que tinha que operar da catarata. Daí um deputado que era amigo da sobrinha conseguiu uma consulta na Santa Casa	4 meses antes da primeira consulta na SC	Set.	Não foi fácil	Ônibus da prefeitura, demorou 6hs	Particular	Particular	13/dez.	9/mar.	Muito bom. Demorou um pouquinho mais é normal porque o SUS tem muita gente e está melhorando cada vez mais
4	F	82	Analfabeto	A	Meaipe	Guarapari	Jul./05	Particular	Passou por oftalmo que identificou catarata e glaucoma. Daí pediu para um médico deputado estadual na época que conseguiu uma consulta		01/jan./17	Fácil	Carro particular demora 3hs.	Particular	Particular	11/jan.	28/mar	Foi rápido, comparado com a situação dos outros. Não tem como ser mais rápido nos dias de hoje

(Continua)

(Continuação)

Teste	Sexo (M/F)	Idade	Escolaridade (01 A 10)	Trabalhador (T) / aposentado (A)	Morador	Local da 1º consulta oftalmológica	Quando	Particular ou público	Como foi encaminhado para SC	Quando	1ª consulta SC quando	Dificuldade marcação	Meio de transporte (público / privado)	Exames pré-operatório (público / privado)	Risco pré-operatório (público / privado)	Data da cirurgia (1º olho)	Data da cirurgia (2º olho)	O que achou do percurso para operar catarata no SUS?
5	M	70	Analfabeto	T	Água Branca	Colatina	2015	Particular	Passou por medica particular em Colatina que deu um laudo. Com o laudo entregou para um amigo que trabalha na Santa Casa. O amigo marcou na SC.	Jan.	01/jan.	Muito fácil	Particular	Público	Público	15/fev.	27/fev.	Tudo muito rápido
6	F	59	Superior Incompleto	T	Afonso Claudio	Afonso Claudio	2016	Particular	Passou por oftalmo particular que relatou catarata. Não confiou muito e foi em outro médico que também falou ter catarata. Pegou o laudo e a menina que marca Na Santa Casa marcou para ela	15 dias antes da consulta	30/nov.	Fácil	Particular	Público	Público	9/fev.	Mar.	Bem rápido
7	M	84	4º ano	A	Colatina	Colatina	2015	Particular	Passou por oftalmo particular em Colatina que deu o diagnóstico de catarata. Não deu nenhum encaminhamento. O paciente foi até o posto de saúde de Colatina que relatou a catarata e encaminhou para consulta na Santa Casa em 2015 mesmo	2015	Em 2015. Um mês e meio depois do médico encaminhar	Fácil	Particular	Público	Público	9/2016	3/2017	Rápido. Demorou para operar por problemas de saúde. Por parte do SUS foi tudo bem

(Continua)

(Continuação)

Teste	Sexo (M/F)	Idade	Escolaridade (01 A 10)	Trabalhador (T) / aposentado (A)	Morador	Local da 1º consulta oftalmológica	Quando	Particular ou público	Como foi encaminhado para SC	Quando	1ª consulta SC quando	Dificuldade marcação	Meio de transporte (público / privado)	Exames pré-operatório (público / privado)	Risco pré-operatório (público / privado)	Data da cirurgia (1º olho)	Data da cirurgia (2º olho)	O que achou do percurso para operar catarata no SUS?
8	F	73	5ª Série	A	São Jose do Calçado	São Jose do Calçado	2015	Público	Primeiro descobriu em Campos/RJ que tinha catarata. Lá passou por vários médicos, lugares, que enrolavam ela. Há 2 anos e meio foi para São Jose do Calçado. Lá o oftalmo falou que estava com catarata. Foi até o posto de saúde e solicitou ao posto que encaminhou ao Evangélico, tendo marcado consulta após 3 meses. No Evangélico fez todos os exames porem devido à greve perdeu o encaminhamento. Daí através do candidato a prefeito que o filho conhecia conseguiu marcar na Santa Casa o ano passado	2016	Meio de 2016	Fácil	Público	Público	Público	27/jan.	22/mar.	Demorou muito
9	F	64	Ensino Médio	T	Vila Velha	Vitoria	2016	Público	Acompanhava na Santa Casa anualmente por um problema de olho seco. Em outubro o oftalmo relatou que precisava operar da catarata e encaminhou ao médico na própria Santa Casa	Jul./2016	Em outubro realizou a consulta com o cirurgião	Fácil	Público	Público	Público	Mar.	Mar.2017	Foi tranquilo

(Continua)

(Continuação)

Teste	Sexo (M/F)	Idade	Escolaridade (01 A 10)	Trabalhador (T) / aposentado (A)	Morador	Local da 1º consulta oftalmológica	Quando	Particular ou público	Como foi encaminhado para SC	Quando	1ª consulta SC quando	Dificuldade marcação	Meio de transporte (público / privado)	Exames pré-operatório (público / privado)	Risco pré-operatório (público / privado)	Data da cirurgia (1º olho)	Data da cirurgia (2º olho)	O que achou do curso para operar catarata no SUS?
10	F	65	5ª Série	Nunca trabalhou	Serra	Santa Casa em Vitória	2016	Público	Fui no posto de saúde na serra, falei que precisava marcar uma consulta de oftalmo. Isso em novembro. Em janeiro já tinha consulta marcada aqui na SC	Nov./2016	Jan./2017	Fácil	Público	Público	Público	17/fev.	Fim de março	Eu gostei. Foi tudo bem
11	F	65	-	T	Vila Velha	Pracinha em Vila Velha	2011	Particular	Eu coloquei um encaminhamento no posto de saúde há 5 anos e sempre ia lá e perguntava da minha consulta. A Assistente Social falava que tinha que esperar. No início de 2016 cheguei a colocar uma nova carta de encaminhamento. Daí uma amiga que operou aqui na SC conversou com o médico dela que deu um encaixe		Dez./2016	Fácil	Público	Público	Público	27/dez.	18/fev.	Demorou até chegar na Santa Casa. Após disso foi rápido
12	M	66	8ª Série	A	Vitória	Clínica de todos em Vitória	2016	Particular	O oftalmo particular me deu uma carta de encaminhamento. Fui até o Hucam que me informou que quem operava era na SC ou no Evangélico. Vim na recepção da SC com o encaminhamento e marcaram para mim consulta em novembro	Nov./2016	Nov./2015	Fácil	Público	Público	Particular	8/mar.	21/mar.	Experiência excelente. Tudo muito rápido
13	F	75	1ª Série	A	Vitória	Santa Casa em Vitória	2015	Público	Sempre acompanhava na SC pois mora em Vitória. Antes tinha que vir aqui marcar e pegava filas longas. Agora pede a marcação pelo posto	Sempre acompanhou na SC	Há 2 anos	Difícil	Público	Público	Público	3/mar.	23/mar.	Acha que melhorou muito. Antes a fila era muito maior

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO

Título do Estudo: Análise epidemiológica, socioeconômica e a satisfação e percepção dos pacientes submetidos à cirurgia de catarata no Hospital Universitário Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo que tem a finalidade de avaliar as características da população que será submetida a cirurgia de catarata neste serviço por meio de um questionário.

Você terá seu exame oftalmológico de rotina feito da mesma forma que a habitual. Será então realizado da seguinte maneira:

- Será aplicado no final da consulta um questionário que dura em torno de 10 minutos.
- Você será informado sobre todos os procedimentos e perguntas, e tem o direito de responder ou se recusar a responder caso se sinta constrangido
- Você terá seu exame Oftalmológico completo realizado, não resultando em nenhum prejuízo em favor da coleta dos dados.

Garantia de acesso às informações: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais/médicos responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os investigadores serão o mestrando Alexandre Augusto Ruschi Neto e a Doutora Maristela Dalbello-Araujo, que pode ser encontrado no endereço: Rua Francisco Rubim, n 176, Apt. 602, CEP 290550680, Vitória. Os telefones dos pesquisadores são 027988221501, 02732271317.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EMESCAM. Localizado no Prédio da Farmácia - 3º andar Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza, Vitória-ES - 29045-402. Telefone:3334-3586/E-mail: <comite.etica@emescam.br>.

Todas as páginas serão rubricadas pelos participantes/testemunhas/pesquisadores.

Este TCLE será feito em 2 vias.

Uma ficará com o pesquisador e a outra via (cópia) ficará com o participante do estudo. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

Direito de confidencialidade/segurança – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente.

Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Despesas e compensações: não há despesas (custos) pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo:

Análise epidemiológica, socioeconômica e a satisfação e percepção dos pacientes submetidos à cirurgia de catarata no Hospital Universitário Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Eu discuti com o Dr. Alexandre Augusto Ruschi Neto sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Nome do paciente _____

Identidade/CPF: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Assinatura do paciente/representante legal: _____

Local e Data: _____/____/____

Nome da testemunha: _____

RG/CPF: _____

Assinatura da testemunha: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Obs.: uma via ficará com o participante

Assinatura do responsável pelo estudo Dr. Alexandre Augusto Ruschi Neto: _____