REGINA DE SOUZA CARVALHO

**Conduta leiga e assistência médica em pacientes do
Pronto-Socorro de Oftalmologia do Hospital das Clínicas
da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**

**Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para a obtenção
do título de Doutor em Ciências.**

Área de Concentração: Oftalmologia

Orientador: Prof. Dr. Newton Kara José

SÃO PAULO

2007

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Carvalho, Regina de Souza

Conduta leiga e assistência médica em pacientes do Pronto-Socorro de
Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade
de São Paulo / Regina de Souza Carvalho. -- São Paulo, 2007.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

Área de concentração: Oftalmologia.

Orientador: Newton Kara José.

Descritores: 1. Conduta de saúde 2.Tratamento de emergência 3.Automedicação
4.Medicina tradicional

USP/FM/SBD-250/07

Dedicatória

**Aos meus pais Zenaide e Darnay, com muito amor e admiração,
por sempre terem me incentivado a lutar e a não desanimar nunca,
mesmo percorrendo trilhas difíceis.**

Agradecimentos

Agradeço primeiro e acima de tudo, ao **Prof. Dr Newton Kara José**, pelo incentivo, pela orientação, compreensão, carinho e força constante, não só durante os anos em que foi meu orientador, mas em todos os momentos de minha vida profissional. “Chefe”, eu serei eternamente grata. Muito obrigada!

Ao **Prof. Dr. Mário Luiz Monteiro**, por acreditar nesse projeto desde o início.

Aos meus filhos **Gabriela e Cássio**, pelo incentivo a todo o momento e pela compreensão das vezes que não pude estar presente.

Às minhas irmãs, **Denize, Renata e Gisele**, pelo amor e carinho constantes.

Aos meus padrinhos **Luis e Lúcia**, por sempre estarem me incentivando e apoiando.

À professora e amiga **Edméa Temporini**, por me compreender e orientar de diversas formas.

Ao **Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias**, pela solicitude e preciosidade das orientações.

Aos amigos e companheiros de trabalho **Regina Noma e Flávio Villela**, por sempre estarem torcendo e me dando força quando mais precisava. “Almôndegas” para vocês.

Ao amigo e companheiro de trabalho **José Valter Dário**, pelo estímulo recebido durante a pesquisa.

À querida amiga **Andréia de Fátima Nascimento** que além de todo trabalho de estatística, propôs modificações que só engrandeceram a pesquisa.

À **Dra Soraia F.C. Barakat**, pela oportunidade de compartilhar seu conhecimento.

À **Isabelle e Miriam**, pela colaboração na ordenação dos dados coletados neste estudo.

À **Regina Almeida** por sua amizade e carinho com todos os pós-graduandos.

As amigas **Sandra, Roseli, Rute, Claudia e Vera**, pela torcida e demonstração de carinho.

Aos meus amigos do Conselho Brasileiro de Oftalmologia: **Andréia, Claudete, Claudia, Cristiana, Denize, Douglas, Dorinha, Eliamar, Fabrício, Fátima, Fernando, Lúcia, Luciane, Maria, Moira, Renata, Rogério e Suzana**, pela amizade e apoio, fundamentais para a finalização dessa pesquisa.

Aos amigos queridos do HC: **Adriana, Ana, Sandra, Cléa, Cristina, Edzira, Edson, Rosali, Edna e Márcia**, por sempre torcerem por mim.

Aos amigos **Pedro Carricondo, Ruth Santo, Bia Haddad**, pelas sugestões valiosas e fundamentais para a pesquisa.

Ao **Gustavo Vasconcelos** pela ajuda na leitura da tese.

Ao **Newton Kara-Jr** por sua amizade e recomendações.

Ao **Prof. Cintra** pelos conselhos e por me ensinar a “sorrir para a tese”.

Às minhas grandes amigas enfermeiras da Oftalmologia pelo constante carinho recebido.

A todos os amigos que torceram por mim e acreditaram no meu trabalho.

Aos oftalmologistas que participaram com dedicação da pesquisa.

Aos pacientes, pois sem eles, não haveria a pesquisa.

A **Fundação de Amparo e Apoio a Pesquisa (FAPESP)** por acreditar no tema e apoiar financeiramente a pesquisa.

A **Deus** e um de seus representantes na terra, meu querido **Padre Anísio**, por iluminar meu caminho para que eu conseguisse vencer todos os obstáculos encontrados.

“Acredito na verdade tal qual ela se me apresenta hoje.
A verdade é que eu evolui de verdade em verdade”.
Ghandi

Sumário

Lista de siglas	xii
Lista de abreviaturas.....	xiii
Lista de tabelas.....	xiv
Lista de figuras.....	xvii
Resumo	xviii
<i>Summary</i>	xxi
1 Introdução.....	1
1.1 Diversidade de Atendimentos à Saúde	2
1.2 Níveis de atenção à saúde	11
1.3 Atendimento às urgências	14
1.4 Atendimento no pronto-socorro hospitalar.....	17
1.5 A instituição Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o atendimento de emergência.....	19
1.6 O atendimento no pronto-socorro de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.....	23
1.7 Avaliação dos Serviços de Saúde	25
2 Objetivos	30
3 Métodos	32
3.1 Tipo de Estudo	33
3.2 Local de estudo	33
3.3 População e Amostra	34
3.4 Variáveis.....	35
3.5 Instrumento da pesquisa	37
3.6 Operacionalização das variáveis	39
3.7 Coleta dos dados.....	44
3.8 Processamento e análise dos dados.....	46
3.9 Comissão de Ética.....	47
4 Resultados	48
5 Discussão	93
5.1 Concepções e práticas leigas de tratamentos oculares por pacientes de Pronto-Socorro. Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	94
5.2 Pronto-Socorro de Oftalmologia do Hospital das Clinicas da Universidade de São Paulo: um hospital terciário atendendo nível primário e secundário	110
5.3 Relação médico – paciente e qualidade no atendimento	135
5.4 Limitações do estudo.....	146
6 Considerações finais.....	155
7 Conclusões	158
8 Sugestões	161
9 Anexos.....	163
10 Referências.....	176

Listas

LISTA DE SIGLAS

CAP	Conhecimento, atitude e prática
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CBO	Conselho Brasileiro de Oftalmologia
CID	Código Internacional de Doenças
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
EMEI	Escola Municipal de Educação Infantil
EUA	Estados Unidos da América
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HC	Hospital das Clínicas
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICHC	Instituto Central do Hospital das Clínicas
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
PS	Pronto-socorro
PSO	Pronto-socorro da Clínica Oftalmológica
RM	Regulação Médica
SAMSS	Serviço de Assistência Médica e Social aos Servidores
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESP	Universidade Estadual de São Paulo
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE ABREVIATURAS

assoc.	associação
bras.	brasileira
degener.	degenerativas
dr.	doutor
fig.	figura
h.	hora
hs.	horas
med.	médica
min.	minutos
p.	parecer
Q.	questão
rev.	revista
SM	salário mínimo
tab.	tabela

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Pacientes incluídos e não incluídos no estudo da semana típica de atendimento no PS de Oftalmologia do HC-FMUSP – abril 2006.....	50
Tabela 2-	Dias e horários de atendimento dos pacientes incluídos no estudo sobre a semana típica de atendimento no PS de Oftalmologia do HC-FMUSP - abril 2006	51
Tabela 3-	Características sócio-demográficas dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante uma semana típica- abril 2006	53
Tabela 4 -	Local de residência, meios de transporte utilizados, convênio e existência de acompanhante dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante uma semana típica- abril 2006	54
Tabela 5-	Serviços de saúde próximos às residências dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante uma semana típica - abril 2006	55
Tabela 6-	Motivos da procurar o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante uma semana típica de atendimento - abril 2006	56
Tabela 7-	Percepções do próprio problema ocular que levou à procura do PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica de atendimento - abril 2006	57
Tabela 8-	Tempo que os pacientes demoraram a procurar o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica de atendimento - abril 2006	58
Tabela 9-	Razões referidas pelos pacientes para a demora em procurar o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica - abril 2006	59
Tabela 10-	Explicação sobre o problema oftalmológico e prescrição de remédios na procura prévia ao PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica - abril 2006	60
Tabela 11-	Explicação sobre o uso da medicação no único (ou último) serviço procurado antes do PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica - abril 2006	60

Tabela 12-	Auto-avaliação sobre evolução do problema após procurarem serviço prévio ao PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica - abril 2006	61
Tabela 13-	Uso de remédios e produtos caseiros previamente a vinda ao PS do HC-FMUSP durante a semana típica - abril 2006	62
Tabela 14 -	Automedicação de remédios, produtos caseiros e uso de remédios prescritos no outro serviço previamente a vinda ao PS do HC-FMUSP durante a semana típica - abril 2006	62
Tabela 15-	Fontes de indicação do medicamento usado previamente a vinda ao PS do HC-FMUSP durante a semana típica - abril 2006	63
Tabela 16-	Uso de produtos caseiros nos olhos previamente a vinda ao PS do HC-FMUSP durante a semana típica- abril 2006	65
Tabela 17-	Busca de recursos religiosos para problema ocular previamente a vinda ao PS do HC-FMUSP durante a semana típica - abril 2006	66
Tabela 18-	Avaliação do atendimento recebido no PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica - abril 2006	67
Tabela 19-	Avaliação realizada pelos oftalmologistas do atendimento prestado no PS do HC-FMUSP durante a semana típica - abril 2006	69
Tabela 20-	Grupo diagnóstico dos pacientes que procuraram PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica - abril 2006	70
Tabela 21-	Diagnósticos oculares dos pacientes que procuraram PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica - abril 2006	73
Tabela 22-	Distribuição dos diagnósticos dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP, durante a semana típica, segundo sexo - abril 2006	78
Tabela 23-	Diagnósticos dos pacientes que procuraram o Pronto - Socorro de Oftalmologia do HC-FMUSP, durante a semana típica, segundo faixa etária - abril 2006	79

Tabela 24-	Diagnósticos dos pacientes que procuraram o Pronto-Socorro de Oftalmologia do HC-FMUSP, durante a semana típica, segundo escolaridade - abril 2006	80
Tabela 25-	Diagnósticos dos pacientes que procuraram PS de Oftalmologia do HC-FMUSP, durante a semana típica, segundo local de residência - abril 2006	81
Tabela 26-	Procura por outros serviços médicos prévios a vinda ao PS de Oftalmologia do HC-FMUSP, durante a semana típica, segundo grupo diagnóstico dos pacientes - abril 2006	82
Tabela 27-	Indicação feita por outro médico ou serviço de saúde para procurar o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP, durante a semana típica, segundo grupo diagnóstico dos pacientes - abril 2006	83
Tabela 28-	Tempo decorrido desde o aparecimento da queixa até procurar o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP, durante a semana típica, segundo grupo diagnóstico dos pacientes - abril 2006	84
Tabela 29-	Uso de automedicação para tratar os sintomas oculares segundo características sócio-demográficas dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica - abril 2006	86
Tabela 30-	Uso de automedicação para tratar os sintomas oculares segundo queixas dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica - abril 2006	88
Tabela 31-	Uso de automedicação para tratar os sintomas oculares segundo conhecimento do que tinha “nas vistas” e grupo diagnóstico dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica - abril 2006	89
Tabela 32-	Uso de automedicação para tratar os sintomas oculares segundo necessidade do uso de serviços terciários e de serviços de urgência dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HCFMUSP durante a semana típica - abril 2006	90
Tabela 33-	Preenchimento das fichas administrativas pelos plantonistas do PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica - abril 2006	92

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Representação gráfica do grupo diagnóstico dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica - abril 2006.....	71
Figura 2-	Representação gráfica do grupo diagnóstico dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica, segundo dia da semana da vinda ao serviço - abril 2006	76
Figura 3-	Representação gráfica do grupo diagnóstico dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica, segundo horário da vinda ao serviço - abril 2006	77

Resumo

Carvalho RS. *Conduta leiga e assistência médica em pacientes do Pronto-Socorro de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007. 195 p.

Foi realizado um “survey” transversal, descritivo e analítico em amostra não-probabilística, prontamente acessível, de tamanho 561, formada por pacientes que procuraram o Pronto-Socorro de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo numa semana considerada típica de atendimento. Os dados foram obtidos através da ficha administrativa e aplicação de questionário semi-estruturado, realizado por meio de entrevistas. O questionário também constava de entrevista com o médico que fez o atendimento. O estudo teve como objetivos, em relação a usuários do pronto-socorro: descrever características sócio-demográficas, razões da procura e da escolha de unidade hospitalar, verificar conhecimentos e condutas referentes a causas e tratamentos do agravo ocular; verificar a adoção de tratamentos oculares prévios ao atendimento, identificar fontes de orientação na adoção de tratamentos, verificar causas de demora na procura de tratamento, identificar percepções sobre diagnóstico e tratamento prescrito. Em relação à instituição: determinar a proporção de atendimentos oculares de urgência e não urgência; disponibilizar informações para subsidiar intervenções educativas e assistenciais de saúde ocular. A análise estatística foi realizada com o uso do programa Stata (versão 9.0). Entre os resultados, destacou-se: o período de maior procura por atendimento oftalmológico no Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas foi matutino e nos dias da semana; não houve diferença significativa entre os sexos; a média de idade foi 39,8 anos; o atendimento foi realizado pelo Sistema Único de Saúde para 91,1% dos pacientes. A maioria dos atendidos tinha baixa renda e escolaridade. Metade dos pacientes era de fora da área de cobertura do Hospital das Clínicas. Para 49,0% a escolha do Hospital das Clínicas ocorreu por confiança e competência; para 42,2% por não haver oftalmologista nos serviços que costumam frequentar. O tempo para procurar o serviço foi de mais de 24 horas a uma semana para 40,8% dos pacientes. A demora em procurar atendimento ocorreu por não considerar que era urgente por 47,0% e 34,1% foram a outro serviço antes. Daqueles que foram a outros serviços previamente, 48,8% não tiveram alteração do quadro, 39,6% pioraram sintomas. A automedicação foi usada prévio a vinda ao Pronto-Socorro por 40,5% dos pacientes. Desses, 29,4% usaram produtos caseiros. Os produtos mais frequentemente utilizados foram água boricada, soro fisiológico, água de torneira ou poço, chás, compressas, lavagem com ervas (alecrim, arruda). Não foram observadas diferenças significativas no uso de automedicação para tratar os sintomas oculares entre homens e mulheres ($p = 0,95$), nas diferentes faixas etárias ($p = 0,14$) ou nos diferentes níveis de escolaridade ($p = 0,21$). Também não foi observada diferença no padrão de uso de automedicação quanto à situação de trabalho dos pacientes ($p = 0,15$) ou quanto ao seu local de residência ($p = 0,52$). Pacientes com diagnóstico de inflamação/infecção ou trauma apresentaram as maiores

proporções de uso de automedicação (49,5%). Relataram ter procurado auxílio religioso para tratar o problema 16,1% dos pacientes. Referiram ter entendido a informação sobre o que tinham 95,1% dos pacientes. Dos que receberam prescrição de medicamento, 95,0% entenderam como e porque usá-lo. Aproximadamente 50,0% dos pacientes deram nota máxima ao atendimento recebido. Segundo os oftalmologistas, 18,1% eram casos de urgência e 83,2% dos casos poderiam ter sido resolvidos em serviços de menor complexidade. Dos pacientes, 55,2% apresentavam diagnóstico de inflamação/infecção; 19,1% trauma. Conjuntivite viral foi o diagnóstico mais freqüente 24,6%, seguido por corpo estranho de córnea 7,5%, meibomite 6,4%. Entre os pacientes atendidos, os plantonistas classificaram 11,7% como retorno e 2,0% pós-operatório. Não houve diferença significativa no diagnóstico clínico entre os pacientes que vieram espontaneamente e os referenciados ($p = 0,09$). Em relação ao preenchimento das fichas administrativas, ressalta-se que 3,6% não constavam o nome do médico, 3,4% não constavam o CRM, 33,4% não foram preenchidos histórico ou observações clínicas; 6,3% só constavam o CID como diagnóstico. Concluiu-se que: a automedicação é muito difundida entre os pacientes e o uso de produtos caseiros se faz presente mesmo nos casos de urgência ocular. Os pacientes estão recebendo e entendendo explicações sobre o agravo ocular e sobre o tratamento prescrito. Os plantonistas vêm mantendo um bom relacionamento médico-paciente. O atendimento recebido pelo paciente foi considerado excelente. O Pronto-Socorro de Oftalmologia do Hospital das Clínicas é um hospital terciário que atende em sua maioria, casos primários e secundários; a maioria dos diagnósticos não foi considerada como urgência.

Descritores: Pronto-Socorro, Oftalmologia, Hospital das Clinicas, urgência, urgência relativa, não urgência, hospital terciário, automedicação, auxílio religioso, produtos caseiros, conjuntivite, trauma, relação médico-paciente.

Summary

Carvalho RS. *Non-medical conduct and medical assistance in patients assisted in the Ophthalmology Emergency Room at Clinics Hospital of the University of Sao Paulo School of Medicine* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2007. 195 p.

We report a transversal, descriptive and analytical survey in a non-probabilistic promptly accessible sample, composed of 561 patients who looked for the Ophthalmology Emergency Room (E.R) of Clinics Hospital of the University of Sao Paulo School of Medicine during a regular week. Data were collected from administrative charts and from semi-structured questionnaire through interviews. The questionnaire also included an interview with the physician who assisted the patient. The study had the following purposes relative to the E.R patients: to describe social-demographic characteristics; reasons for search and choice of the hospital unit; to assess knowledge and conducts related to eye diseases and their causes and treatment; to assess previous ocular treatments; to identify the causes of compliance with treatment; to identify the reason for delayed search to medical treatment; to identify the knowledge about diagnosed diseases and prescribed treatment. Relative to the institution: to assess the rate of urgent and non-urgent ocular visits; to provide helpful data for ocular health assistance and educational interventions. Statistical analysis was performed using Stata software (version 9.0). The most important results were: most searches for the Emergency Room occurred during the day and on week-days; no statistically significant difference related to gender; average age was 39.8; and 91.1% of visits were assisted by the Public Health System. Most patients had low schooling and money income. Half of the patients did not belong to the area covered by Clinics Hospital. Forty-nine percent of the patients chose Clinics Hospital based to trust on the professionals and their competence; for 42.2% of the patients due to unavailability of ophthalmologists in the health units they are used to go to. The time taken to search assistance was between 24 hours and 1 (one) week for 40.8% of the patients. Such delay was due to the fact the 47% of the patients did not believe that their situation was urgent, and 34.1% searched another health unit before. Among those who searched another unit, 48.8% did not report worsening of health symptoms by the time they reached the E.R, while 39.6% did. Auto-medication was used previously to the E.R. visit by 40.5% of the patients, 29.4% of whom used home-made products. Most of these products were: boric water, physiologic saline solution, tap or well water, and herbs. No significant difference in auto-medication between man and women ($p = 0.95$), in different age levels ($p = 0.14$) or schooling levels ($p = 0.21$) was observed, neither in relation to work situation ($p = 0.15$) or place of residence ($p = 0.52$). Higher rates of auto-medication were observed among patients with ocular inflammation/ infection or trauma (49.5%), while 16.1% of the patients reported search for religious help to treat their disease. 95.1% of the patients reported having understood the information given about their condition. Among those patients to whom medication was prescribed, 95% understood how and why to use it. Approximately 50% of the patients graded with the maximum score the

assistance received. According to the ophthalmologists' opinion, 18.1% of visits were real urgent cases, while 83.2% could have been attended at less complex health units. 52.2% of the patients were diagnosed with inflammation/infectious diseases; and 19.1% with trauma. Viral conjunctivitis was the most frequent diagnosis (24.6%), followed by corneal foreign bodies (7.5%), and meibomitis (6.4%). Considering assisted patients, physicians classified 11.7% as return visits and 2.0% as post-surgical visits. There was no significant difference on clinical diagnosis between patients on spontaneous or referred assistance ($p= 0.09$). As for the administration charts, it is important to emphasize that 3.6% of them did not contain the physician's name, 3.4% did not contain the professional registration number, 33.4% did not contain historical and clinical observations, and 6.3% only contained the International Classification of Diseases number. In conclusion, auto-medication is largely used among patients and the use of home-made products occurs even in urgent ocular situations. Patients are receiving and understanding the explanations about their ocular diseases and the prescribed treatment. E.R ophthalmologists have had a satisfactory physician-patient relationship. Medical assistance received by patients was considered excellent. Clinics Hospital Ophthalmologic E.R is a reference service which assists mostly primary and secondary cases, most of them being considered non-urgent.

Descriptors: Emergency Room, Ophthalmology, Clinics Hospital, urgency, relative urgency, non-urgent, reference hospital, auto-medication, religious help, home-made products, conjunctivitis, trauma, physician-patient relationship.

1 Introdução

1.1 DIVERSIDADE DE ATENDIMENTOS À SAÚDE

Sempre que um indivíduo ou sua família apresentam um quadro conhecido como “doença”, dele é exigida uma “ação”, que pode ser exercida em várias áreas: automedicação, receitas caseiras, benzeduras, consultas com farmacêuticos e balconistas de farmácia, amigos e procura de serviços médicos (Kara-José et al., 1985).

Quanto mais desenvolvida é a região, há mais oportunidades de assistência à saúde, isto é, muitas pessoas oferecerão ao doente um modo próprio de explicar, de diagnosticar e de tratar os problemas de saúde. A tal fato denomina-se “diversidade de atendimentos à saúde” (Helman, 2003).

Embora essas terapêuticas coexistam, são baseadas em premissas diferentes e podem originar-se de culturas diferentes, advindas de outras regiões, como a acupuntura chinesa utilizada no meio ocidental.

Em muitas sociedades, uma determinada forma de assistência é elevada acima das outras sendo sustentada pela lei; é o caso da medicina científica no Ocidente (Medicina oficial). A Medicina adotada como oficial tem profissões regulamentadas, como a de médicos, enfermeiras e terapeutas, mas convive com outros tipos de assistência, não oficiais,

paralelas, culturalmente aceitas pela sociedade e que têm seu próprio modo de explicar e de tratar a falta de saúde.

Kleinman (1980) sugeriu que em uma sociedade é possível identificar três setores sobrepostos e interligados de assistência à saúde: setor informal, setor popular, setor profissional. Helman (2003) acrescentou mais um setor a esses três, o setor alternativo, pois o tipo de assistência difere dos oferecidos nos outros setores.

Cada setor tem suas próprias formas de explicar e de tratar a falta de saúde, definindo quem é a pessoa que cura e quem é o paciente, além de especificar o modo de interação. Muitas vezes, o doente frequenta os três setores, movimenta-se livremente entre eles e chega a utilizar todos ao mesmo tempo; isso ocorre especialmente quando o tratamento em um setor não alivia o desconforto físico e emocional causado pela doença. Nota-se claramente essa interação dos setores, por exemplo, no paciente que tem sua taxa de colesterol elevada, ao mesmo tempo em que faz tratamento com um medicamento prescrito por médico, utiliza-se de substâncias caseiras popularmente recomendadas, como suco de laranja e berinjela ingerida em jejum. Outros exemplos são o uso de chá de camomila para melhorar a irritação ocular, ou compressas de frio /calor para tratar inflamações oculares (Kara-José e Oliveira, 1997).

1.1.a SETOR DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - INFORMAL

O Setor Informal é o domínio leigo, não-profissional e não-especializado da sociedade, em que primeiramente se reconhece e se define a falta de saúde e onde são iniciadas as atividades de cuidado à saúde. Esse setor inclui todas as opções terapêuticas a que as pessoas recorrem sem pagamento de honorários. Entre essas opções estão: auto-tratamento ou automedicação; conselhos ou tratamentos recomendados por um parente, amigo, vizinho ou colega de trabalho; atividades de cura ou cuidado mútuo em igrejas, seitas ou grupos de auto-ajuda; consultas com leigos que tiveram experiência semelhante (Kleinman, 1980).

É nesse setor que se dá de fato o cuidado primário à saúde e a assistência ocorre entre pessoas que já estão ligadas entre si por laços de família, confiança, amizade, vizinhança ou ligação com organizações religiosas.

Assim, tanto o paciente quanto a pessoa que cura compartilham pressupostos semelhantes sobre saúde e doença, porém, existem certos indivíduos que tendem a agir como fonte de aconselhamento mais freqüentemente que os outros. À guisa de exemplo, podem-se citar: mães, farmacêuticos, recepcionistas de consultório médico e padres, entre outros. Em 1978 estimava-se que, no mundo, 70 a 90% da assistência à saúde se concretizavam nesse setor, tanto nas sociedades ocidentais como nas não-ocidentais (Kleinman et al., 1978).

Nota-se, inclusive, a propaganda desse setor que se faz presente no nosso dia a dia quando se ouve na mídia, após a sugestão de medicamento, a frase: “*Não desaparecendo os sintomas, um médico especialista deve ser consultado*” *, orientando e estimulando o ouvinte a primeiro se tratar com o medicamento em questão e apenas consultar um médico se persistirem os sintomas.

O tratamento na assistência informal à saúde inclui substâncias como remédios industrializados (comprados em farmácia sem receita médica), remédios da tradição popular, além de mudanças na dieta e no comportamento, que vão desde orações especiais, uso de talismãs, emblemas religiosos e amuletos. Alguns exemplos podem ser mencionados: erva cidreira indicada para dormir, erva doce para cólica do bebê, analgésicos para cefaléias, berinjela com suco de laranja em jejum para diminuir o colesterol, cenoura para fortalecer a visão, limão para clarear os olhos, compressas de água boricada nos edemas palpebrais e leite materno para conjuntivites no recém-nascido (Kara-José e Oliveira, 1997).

Temporini et al. (2002) descreveram uma relação de automedicação para tratamento da catarata, que incluía: chá de pétalas de rosa, água com açúcar, mel e água de arroz, entre outros tratamentos caseiros.

* Propaganda veiculada nos meios de comunicação em geral.

1.1.b SETOR DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - POPULAR

Esse setor é especialmente numeroso em sociedades não industrializadas e inclui indivíduos que se especializam em formas de cura, chamados de curandeiros. De acordo com o Dicionário Aurélio (1999), curandeiro é aquele que cura sem títulos nem habilitações, em geral por meio de rezas e feitiçarias; também chamado no Brasil de jalapeiro, carimbamba, puçanguara e medicastro. Não pertencem ao sistema médico oficial e ocupam uma posição intermediária entre o setor informal e o profissional. Podem ser citados como exemplos de curandeiros: parteiras populares, herboristas, raizeiros, espiritualistas, clarividente e cartomantes.

A maioria dos curandeiros compartilha a mesma visão do mundo das comunidades onde vivem inclusive as crenças sobre a origem, o significado e o tratamento da falta de saúde, por isso costumam ser tão procurados e têm sua reputação prestigiada. Também usam a mesma linguagem, têm as mesmas condições sócio-econômicas, residem na mesma região, facilitando a proximidade, cordialidade e informalidade entre o paciente e o curandeiro (Helman, 2003).

Seu enfoque é, em geral, holístico, envolvendo todos os aspectos da vida do paciente, incluindo o relacionamento com outras pessoas e forças sobrenaturais. Os remédios são em forma de chás, infusões, pomadas, emplastros, escalda-pés, orações, benzeduras, adivinhações (Kleinman, 1980).

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) difundiu um projeto chamado “Saúde para todos até o ano de 2000”, objetivando o atendimento primário em saúde para todos (WHO, 1979). No entanto, o crescimento demográfico da população mundial e a falta de recursos financeiros e de médicos, levaram a OMS a incentivar o uso da medicina tradicional para o atendimento primário, associado à medicina científica. Foi um reconhecimento oficial do uso das partes boas da medicina tradicional que não pode ser simplesmente ignorada.

1.1.c SETOR DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - ALTERNATIVO

Na maioria dos países ocidentais, uma forma especial de atendimento em saúde, a Medicina Alternativa, sobrepõe-se tanto ao setor popular quanto ao profissional, embora muitos autores julguem esse setor como sendo parte do setor popular.

Nesse setor estão: Acupuntura, Homeopatia, Osteopatia, Naturopatia, Hipnose e especialistas em Meditação. Alguns autores incluem ainda na Medicina Alternativa, a Yoga, a Fitoterapia, a Cromoterapia e o Do-in, como tratamentos para diversas doenças.

Nesse setor, prevalece a compreensão de que as terapias não-químicas agem no organismo de modo muito mais suave e natural que as substâncias sintéticas, por isso sua aceitação e aderência pela comunidade (Ywata et al, 2006).

A Homeopatia e a Acupuntura são vistas em nosso meio com destaque, diferente das outras formas de Medicina Alternativa. A portaria nº971 do Ministério da Saúde (em 04/05/06) instituiu a prática da Acupuntura e Homeopatia no Sistema Único de Saúde, isto é, o Ministério da Saúde decidiu bancar tratamentos alternativos no SUS. Essas práticas alternativas foram adotadas em 19 capitais e 232 municípios brasileiros (Collucci, 2006).

1.1.d SETOR DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - PROFISSIONAL

Esse setor compreende as profissões do tratamento de saúde que são organizadas e sancionadas legalmente, como é o caso da medicina científica ocidental, também conhecida como alopatia ou biomedicina. Inclui os médicos de diversas especialidades e as profissões paramédicas, tais como enfermeiros e fisioterapeutas.

Helman (2003) enfatizou que a medicina científica ocidental representa apenas uma porção pequena do atendimento de saúde na maioria dos países do mundo, sendo os recursos humanos e materiais na área médica escassos. Ainda hoje, grande parte do atendimento em saúde ocorre nos setores informal e popular.

Além da escassez de médicos, sua distribuição não é uniforme. Em muitos países não industrializados ou em fase de desenvolvimento, os médicos tendem a concentrar-se nas cidades, onde as condições de infraestrutura são melhores e a prática da profissão é mais lucrativa; com isso,

grande parte da população do interior recorre ao setor informal e ao setor popular de atendimento em saúde por falta de opção (Cohn et al, 1991).

No Brasil, o maior problema não é a falta de médicos, cuja presença vem aumentando rapidamente, mas sim, o acesso e condição de aderência a conduta prescrita.

Outro ponto a ser destacado nesse setor de assistência é o tempo gasto pelo médico na consulta e no relacionamento com o paciente, que vem diminuindo progressivamente, enquanto a quantidade dos exames solicitados vem aumentando. Observam-se solicitações excessivas de exames para diagnóstico e encaminhamentos para outros médicos, subespecialistas, com atuação limitada e restrita a uma parcela muito pequena da medicina, praticamente restritos a uma determinada parte de um órgão do corpo humano (Helman, 2003).

Grande parte da população não tem como arcar com os custos financeiros dos exames e nem com a possibilidade de ausência do serviço por vários dias seguidos, para a realização de exames e consultas com os especialistas, além das despesas com transporte e alimentação.

Illich (1976) afirmou que a medicina moderna de alta tecnologia tem-se tornado cada vez mais perigosa para a saúde da população ao reduzir a sua autonomia, tornando-a dependente dos profissionais da área médica e prejudicando a sua saúde em função de efeitos colaterais de drogas e de intervenções cirúrgicas. Referiu também que o sistema médico tem uma relação simbiótica com os fabricantes de equipamentos médicos e de

produtos farmacêuticos, o que não é necessariamente de interesse para o paciente e para o sistema de saúde como um todo.

Os medicamentos alopatas geralmente têm um custo elevado e as despesas hospitalares também não ficam aquém, levando a maioria da população a se filiar aos convênios ou a optar por hospitais-escola gratuitos, tornando-os super-populosos.

Todos esses aspectos vêm provocando uma série de debates sobre questões que envolvem a relação médico-paciente e a necessidade de uma medicina mais humana, que se utilize da tecnologia como recurso e não como finalidade da intervenção na saúde.

Observa-se que inúmeros médicos praticam duas formas de medicina (alternativa e oficial), pois acreditam que elas são abordagens que se podem somar para favorecer o diagnóstico e o tratamento do paciente. Na França, um a cada dois cidadãos recorre à Medicina Alternativa, enquanto que um a cada quatro médicos a utiliza de maneira exclusiva ou associada (Laplantine e Rabearon, 1989). Nos Estados Unidos da América, Eisenberg et al (1993) estimaram que 33,0% da população já utilizaram alguma forma de medicina não convencional.

Observa-se que, em diferentes culturas, uma parcela da população recorre, em algum momento do tratamento, à medicina popular e/ou alternativa, de maneira única ou associada à medicina oficial.

No Brasil, a medicina oficial é oferecida principalmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que, segundo dados do censo de 1998, era a única fonte de tratamento para 75,5% da população (IBGE, 1998). O SUS está

estruturado em diferentes níveis de atendimento: primário, secundário e terciário.

1.2 NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O SUS preconiza (Ministério da Saúde, 2003), nas suas premissas básicas, que as ações de saúde sejam descentralizadas, regionalizadas, hierarquizadas e humanizadas e que a rede de atenção seja constituída de forma a agregar serviços de complexidade crescente, configurando, basicamente, três níveis de atenção à saúde: nível primário, secundário e terciário. Esses são classificados de acordo com o grau de incorporação de tecnologia material e grau de capacitação dos recursos humanos de nível universitário existentes.

O acesso dos usuários ao SUS deve ser feito, preferencialmente, a partir das unidades de atenção básica (Unidade Básica de Saúde [UBS] e Unidades de Saúde da Família), sendo feita a referência para outros níveis, conforme a necessidade de recursos humanos e tecnológicos a serem aplicados para o diagnóstico e resolução da afecção apresentada (Santos, 2002).

1.2.a NÍVEL PRIMÁRIO DE ATENDIMENTO

Os estabelecimentos assistenciais que compõem o atendimento primário são: unidade de saúde da família; unidade pública específica para

prestação de assistência em atenção contínua programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam as diretrizes da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde; Posto de Saúde, unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença, intermitente ou não, do profissional médico, que prestam assistência à saúde valendo-se de procedimentos mais simplificados, praticamente sem incorporação de equipamentos; Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde: unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médicos generalistas ou especialistas nessas áreas. Pode ou não oferecer pronto atendimento 24 horas; unidade móvel fluvial: barco/navio equipado como unidade de saúde, contendo no mínimo um consultório médico e uma sala de curativos, podendo ter consultório odontológico; unidade terrestre móvel para atendimento médico/odontológico: veículo automotor equipado, especificamente, para prestação de atendimento ao paciente (SUS de A a Z, 2004).

1.2.b NÍVEL SECUNDÁRIO DE ATENDIMENTO

Os estabelecimentos assistenciais que compõem o atendimento secundário são: as unidades mistas, estabelecimentos que desenvolvem as ações características do centro de saúde, ao qual se acoplam leitos para internações nas áreas de pediatria, obstetrícia, clínica médica, cirurgia e de emergências. Apresentam um grau maior de incorporação tecnológica e dispõem de recursos humanos com maior qualificação; policlínica ou posto de assistência médica, tipo de serviço que apresenta atendimento ambulatorial especializado; prontos-socorros, estabelecimentos com atendimento contínuo para as situações de urgência e emergência médica e/ou odontológica. Apresentam vários graus de complexidade tecnológica e de qualificação dos recursos humanos, principalmente do corpo médico, atuam também em nível terciário (Cohn e Elias, 2003).

1.2.c NÍVEL TERCIÁRIO DE ATENDIMENTO

Os estabelecimentos assistenciais que compõem o atendimento terciário são: hospitais e prontos-socorros, estabelecimentos voltados principalmente para a assistência médica em regime de internação, funcionando dia e noite, apresentando graus variáveis de incorporação tecnológica, dispendo de médico e pessoal de enfermagem em regime permanente de atendimento. Podem ser classificados segundo o porte apresentado (pequeno, médio e grande) e o grau de incorporação

tecnológica que exibem (pequeno, moderado e grande), sendo alguns deles voltados exclusivamente para o atendimento mais especializado (Cohn e Elias, 2003).

1.3 ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS

Diversas são as tentativas legais de organizar o atendimento às urgências no Brasil, visando à configuração de uma rede assistencial que adote os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) da universalidade, equidade, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e humanização, além da formulação de padrões para a formação e exercício do profissional que atua na área do pronto-atendimento (Natalini, 2001).

A atenção às urgências, ao longo da existência do SUS, vem centrando-se nos hospitais gerais. O fluxo de usuários para os hospitais ainda é, em sua maioria, determinado pela procura espontânea, culminando com superlotação das salas de urgência e, conseqüentemente, com a percebida baixa qualidade da assistência prestada (Santos, 2002).

A realidade do atendimento de urgência, na maioria dos grandes centros urbanos, acompanha a mesma realidade do SUS, isto é, presença de longas filas de espera para consultas, exames e cirurgias, inexistência de vagas para internação, bem como insuficiência de recursos humanos. Os prontos-socorros (PS) apresentam ainda pacientes aglutinados na expectativa do atendimento, sem qualquer acolhimento ou triagem de risco (Santos, 2002).

Além disso, o paciente examinado no pronto-socorro não consegue continuidade do tratamento em nível de atenção primária e secundária, necessitando, muitas vezes, retornar ao serviço de urgência para a continuidade de seu tratamento (Barakat, 2004).

O problema da atenção às urgências e algumas experiências com êxito, no âmbito do SUS, subsidiaram a formulação da “Política Nacional de Atenção às Urgências” (PNAU) e da “Política Nacional de Humanização” (PNH) do Ministério da Saúde (Santos et al, 2003).

Com a implantação da P.N.A.U. e P.N.H. o Ministério da Saúde pretende enfrentar esse panorama por meio de um conjunto de ações que pressupõe uma leitura detalhada das necessidades sociais em saúde, a fim de identificar déficits de atenção perpetuadores de iniquidades nos diferentes territórios sociais do País, entre elas, a organização de redes regionais de atenção às urgências, envolvendo todos os componentes da rede assistencial do SUS (Ministério da Saúde, 2003).

Segundo a PNAU, as UBS, o Programa de Saúde da Família e suas equipes de Agentes Comunitários de Saúde têm como proposta promover uma interação mais direta e efetiva entre a comunidade e o serviço de saúde local, esclarecendo a população sobre cuidados com a saúde e encaminhando a Centros de Saúde ou a serviços especializados em caso de necessidade que não possa ser suprida pelos próprios agentes. Devem, ainda, estar estruturados e capacitados para o enfrentamento das urgências de menor complexidade (Fujiwara et al, 1998).

A Rede de Atenção Especializada deve responsabilizar-se pelos pacientes em acompanhamento especializado, dando-lhes retaguarda qualificada em quadros de agudização, bem como acolher prontamente para investigação e/ou seguimento, os pacientes que sejam atendidos em serviços de urgência (Ministério da Saúde, 2003).

Agregados a essa rede, existem ainda os serviços de Atenção Domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), isto é, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. Podemos chamá-lo de atendimento pré-hospitalar móvel Primário, quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão e Secundário, quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento (Ministério da Saúde, 2003).

Apesar da implantação dessas medidas, o acesso à rede assistencial, nos casos de urgência, é muito variado, isto é, o paciente pode sair de sua residência, de uma via pública ou da UBS e ser encaminhado diretamente, por meio do SAMU para o hospital terciário, ou pode vir espontaneamente, aumentando a sobrecarga desses hospitais.

A clientela (demanda espontânea e/ou encaminhada) atendida no setor de urgência, teoricamente, deveria apresentar um quadro agudo que necessitasse rápida intervenção, com riscos de danos irreversíveis, e/ou a própria morte. Isso só seria possível numa sociedade em que as pessoas tivessem condições de discernir os casos necessitados de Pronto-Socorro e que tivessem fácil acesso a atendimento resolutivo primário ou secundário.

Esse fluxo ideal não ocorre e mesmo nos Estados Unidos da América, em 1996, 40,0% a 55,0% de todos os casos atendidos nos Serviços de Emergência não eram urgentes, num setor que recebeu 90,3 milhões de visitas (Nash e Margo, 1998).

Santos et al (2003) ressaltam que regionalização e a hierarquização, por si só, não garantem a redução do afluxo desnecessário de usuários aos níveis de maior complexidade. De acordo com os autores:

é esperado que os usuários não só sejam acolhidos no nível primário, mas que, fundamentalmente, recebam atenção resolutiva, ou seja, a resolubilidade das unidades básicas e secundárias de saúde é condição fundamental para evitar a maioria dos encaminhamentos desnecessários aos centros de complexidade terciária e, particularmente, aos hospitais de maior porte, permitindo que seus leitos sejam ocupados por usuários que realmente deles necessitem.

1.4 ATENDIMENTO NO PRONTO-SOCORRO HOSPITALAR

Dentre os fatores que continuam a determinar a superlotação dos prontos-socorros hospitalares no Brasil, estão: (Artmann, 1997; Santos, 2002)

- a) concepções diferentes que os pacientes, a população e os profissionais de saúde têm para definir a urgência;
- b) baixa resolubilidade da atenção primária;
- c) falta de ordenação do acesso dos usuários aos serviços da rede assistencial que atendem as urgências;
- d) falta de triagem dos serviços do hospital, para a investigação e internação dos casos atendidos na Porta Hospitalar de Urgência;
- e) limitações de perfil e de capacitação dos profissionais que atuam nas urgências para lidar com as dimensões biomédica, social e subjetiva das urgências;
- f) lógica do financiamento do sistema, ainda centrado em pagamento por procedimentos realizados;
- g) falta de sistematização, nos Hospitais Universitários, dos processos de ensino, assistência e pesquisa na área da urgência.
- h) insuficiência dos serviços de retaguarda pós-hospitalar para atendimento de retornos, atenção domiciliar e reabilitação.

Como se pode notar, ainda há muito que se progredir para que se tenha um serviço articulado e capaz de comportar e atender as necessidades da população de maneira integralizada em todas as ações que o sistema se propõe: da promoção e reabilitação da saúde, bem como prevenção da doença (Barakat, 2004).

1.5 A INSTITUIÇÃO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO E O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC - FMUSP) ocupa posição de destaque como instituição de assistência, ensino e pesquisa, sendo um avançado centro de excelência e referência no desenvolvimento de tecnologia para a saúde.

Abriga um dos mais arrojados conjuntos de especialidades médicas da atualidade. Este complexo hospitalar é formado por institutos: Instituto Central (onde está alocado o pronto-socorro central), Instituto do Coração, Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Instituto de Psiquiatria, Instituto de Radiologia, Centro de Oncologia do Instituto de Radiologia, Instituto da Criança (HC-net, 2007). Além desses institutos, ainda fazem parte do complexo, o Hospital Auxiliar de Suzano, Divisão de Medicina de Reabilitação, Hospital Auxiliar de Cotoxó, Laboratórios de Investigação Médica; Hospital Estadual Sapopemba, Hospital Local Sapopemba, Centro de Convenções Rebouças; Casa da Aids, S.A.M.S.S (Serviço de Assistência Médica e Social aos Servidores), Recanto dos Aposentados - Grupo Vida Esperança (HC-net, 2007).

Com 843 leitos, em área construída de 166 mil m², distribuída no prédio original e no Prédio dos Ambulatórios (inaugurado em 1981) atende pacientes predominantemente do SUS, mas também estende seu atendimento a pacientes conveniados (HC-net, 2007).

O atendimento é realizado por equipes multidisciplinares compostas por profissionais das mais diversas áreas, da enfermagem à fisioterapia, da nutrição ao serviço social, da fonoaudiologia à farmácia, englobando um conjunto de especialidades sem paralelo na América Latina (ICHC, 2006).

O Hospital das Clínicas é um estabelecimento de nível terciário e tem a função de prestar assistência à saúde de seus usuários. Além dessa função assistencial, visa a proporcionar um ensino de qualidade para seus alunos e estagiários. As duas atividades juntas propiciam condições para a efetivação da pesquisa científica, que indiretamente enriquece o ensino e melhora a assistência (ICHC, 2006).

O HC-FMUSP sempre executou atendimento de emergências, tendo seus primórdios na década de quarenta. (HC-net, 2006). Teve papel de destaque na organização e ordenamento do fluxo de atendimento das urgências na grande São Paulo, sendo o pioneiro na implantação de um Plantão Regulador dentro de sua própria estrutura física, inicialmente denominado Plantão Administrativo, e também por ter trabalhado em parceria com os órgãos governamentais responsáveis nas discussões que seguiram sobre a regulação médica (Barakat, 2004).

De acordo com Barakat (2004),

é provável que o fator preponderante que levou esta instituição a tomar a iniciativa na estruturação do atendimento de emergência tenha sido a presença constante de ambulâncias oriundas dos mais diversos municípios da Região Metropolitana de São Paulo e às vezes de outros estados do país no pátio do pronto-socorro, com os mais variados tipos de pacientes, muitas vezes encaminhados de forma inadequada, denotando o pouco comprometimento profissional do serviço de origem.

O Plantão Administrativo do Hospital das Clínicas passou a exercer papel importante no reconhecimento, pelos municípios, da grade de referência de urgências e emergências publicada pela SES-SP, no treinamento de recursos humanos e na confecção de protocolos de condutas e procedimentos médicos (Barakat, 2004).

Atualmente o pronto-socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas (IHC) compreende unidades administrativamente definidas por especialidades médicas de atendimento de urgências, com atendimento 24 horas, a saber: pronto-socorro de Clínica Médica, que abrange as especialidades de Clínica Médica propriamente dita, Neurologia e Psiquiatria; pronto-socorro de Cirurgia, que contempla as especialidades de Cirurgia e Trauma, Neurocirurgia e Cirurgia Vascular; pronto-socorro de Urologia; pronto-socorro de Ginecologia e Obstetrícia; pronto-socorro de Endoscopia; Unidade de Queimados; pronto-socorro de Otorrinolaringologia e pronto-socorro de Oftalmologia. Os prontos-socorros de Pediatria, Cardiologia e Ortopedia encontram-se alocados nos respectivos institutos (HC-net, 2006).

O pronto-socorro do HC - FMUSP tornou-se um dos maiores serviços de emergência do Brasil em volume de atendimentos, o que tem acarretado um transtorno crônico para uma prestação de serviço adequada e própria de um serviço de emergência. Para ilustrar este aspecto, consideremos o número de atendimentos realizados no pronto-socorro do HC-FMUSP de 2000 a 2005: 1.124.935 pacientes. Calcula-se que 80,0 % dos casos que chegam ao PS poderiam ser resolvidos pelas UBS ou hospitais com menos

recursos; desses, 40,0% são provenientes da região e 60,0% de áreas vizinhas (Assessoria de Imprensa ICHC, 2004; Estatística ICHC, 2006).

Quando comparado à população residente no Estado de São Paulo, de cerca de 37.032.403 de habitantes, o pronto-socorro do ICHC - FMUSP atendeu, em cinco anos, o equivalente a 3,0% da população residente no Estado de São Paulo. Considerando-se apenas a população residente no município de São Paulo (cerca de 10.434.252 de habitantes), o pronto-socorro do ICHC - FMUSP atendeu o equivalente a 10,8 % da população (P.CoBi n° 004/2004).

Esses dados introduzem problemas importantes ao contexto, uma vez que, para que o atendimento seja adequado, é necessário haver a concorrência de diversos fatores: equipe multiprofissional qualificada, recursos suficientes tanto em equipamento quanto em medicação, e uma demanda pelo serviço não superior à sua capacidade de atendimento (P. CoBi n.º 004/2004).

Devido à sua complexa especialização, aos serviços prestados, aos recursos materiais existentes e à sua natureza de Hospital Escola, o HC-FMUSP não se destina a todos os casos, de forma indistinta. Originalmente, o atendimento médico do Hospital das Clínicas destina-se aos casos de alta complexidade, casos estes que não teriam condições de serem bem atendidos em rede de atenção primária de saúde (P.CoBi n° 004/2004).

Essa situação, somada ao hábito cultural e arraigado em nossa população de procurar serviços de pronto-socorro para resolver quase todos os problemas de saúde, sendo urgentes, emergentes ou não, levaram o

pronto-socorro e os ambulatórios do Serviço de Emergências do HC – FMUSP a receberem um número de pacientes acima de sua capacidade de prestar um bom atendimento. Essa grande procura gera a necessidade de dividir atenção dos profissionais e de recursos (medicação, equipamento e leito disponível) entre os que necessitam dos serviços do Hospital e os que poderiam ser atendidos em serviços de cuidados primários e secundários de saúde, com detrimento de qualidade de atendimento para aqueles (P.CoBi nº 004/2004).

1.6 O ATENDIMENTO NO PRONTO-SOCORRO DE OFTALMOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

O PS de Oftalmologia do HC - FMUSP recebe um grande número de pacientes (30.586 em 2006). Nos últimos seis anos houve um crescimento de 22,7% e em 2006 representou 14,9% do atendimento total (204.577) do PS do HC-USP (Quadro 1).

Quadro 1 - Número de pacientes atendidos no período de 2000 a 2006. Pronto-Socorro de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Ano / n° pacientes	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Pacientes atendidos no PS-Oftalmo. HCUSP	23.299	25.144	25.522	26.562	25.117	28.585	30.586
Total de pacientes atendidos no PS-HCUSP	176.183	194.863	186.919	173.136	186.549	209.285	204.577
Atendimento do PSOftal. em relação ao atendimento total do PS HCUSP (em porcentagem)	13,2%	12,9%	13,6%	15,3%	13,5%	13,6%	14,9%

(Fonte: ICHC, 2007)

Ressalta-se que os casos de urgências oftalmológicas representam um perigo iminente de agravo, devendo ser diagnosticados e tratados o mais rápido possível (Kara - Jr et al, 2001).

Na maioria dos centros urbanos, o paciente tem à sua disposição, diversos tipos de atendimento à saúde e cabe a ele a decisão do que fazer e a quem recorrer, em caso de urgência ocular. O prognóstico visual de uma urgência ocular estará relacionado ao tipo de assistência procurada, acesso ao serviço médico e procedimento em relação à primeira ação (Kara - Jr et al, 2001).

Alves et al (1995) acrescentaram a esses, outros itens: tempo decorrido até o atendimento médico, qualidade do atendimento médico, complicações imediatas e tardias, adesão ao tratamento e procedimentos de recuperação visual.

De acordo com Stratmann (1975), a decisão de se utilizar um serviço em detrimento a outros tipos de assistência à saúde representa o “elo final” de uma cadeia de decisões que se inicia com a percepção pessoal da necessidade biológica, caminha para a avaliação da necessidade de cuidado médico, interrogando-se ainda o tipo de cuidado médico ideal, quais serão os seus custos, associado à satisfação com o sistema de saúde.

1.7 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A organização da atenção médica, que segue níveis de complexidade crescente, deve partir de uma análise cuidadosa da realidade e ser submetida a revisões periódicas, a fim de se evitarem distorções, usualmente de alto custo, no manejo global das necessidades da atenção à saúde da população (Castellanos e Robayo, 1977).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (Carazo et al, 1986), a oferta de serviços de atenção ocular deve ser planejada e organizada como parte de um sistema no qual se identifiquem os problemas, criem-se planos para resolvê-los, definam-se os recursos necessários para executar suas atividades e tarefas a serem realizadas, em diferentes níveis de complexidade.

São componentes fundamentais na prestação de serviços de saúde a avaliação e a monitorização, que servem para melhorar as condições de eficiência dos mesmos serviços, fornecendo elementos de julgamento para

justificar a obtenção de recursos humanos, materiais e financeiros e facilitar o processo de tomada de decisões (Carazo et al, 1986).

Considerando-se a literatura encontrada, no Brasil existe escassez de auditoria nos serviços médicos de saúde de um modo geral e, nos casos especificamente relacionados aos atendimentos de urgência em Oftalmologia, pode-se dizer que é inexistente.

Observa-se carência de estudos sobre as formas de assistência utilizadas e seus efeitos, assim como ausência de análise do sistema sob o ponto de vista do usuário, como forma de avaliar os serviços de saúde; o que o paciente fez, considerando o tempo decorrido entre o aparecimento do sintoma e a procura do serviço médico; que tipo de atendimento procurou e em que nível (nível primário, secundário, terciário); razão da procura; recebimento de orientação sobre cuidados oculares e com o medicamento; resolubilidade dos serviços; qualidade no atendimento médico e satisfação do usuário.

Dentro da visão de controle de qualidade no atendimento médico, aponta-se a medida da satisfação do usuário, como um dos fatores que devem ser analisados, pois a decisão de se utilizar um determinado serviço de saúde em detrimento a outros, está associada à satisfação com o atendimento recebido (Sally et al, 1988).

Wartman et al (1983) apontam dois aspectos que devem ser considerados quando da avaliação da satisfação: o primeiro diz respeito à satisfação com o sistema de saúde, o que motivará a procura de uma unidade (garantia de utilização); no segundo aspecto mede-se a satisfação

com o processo do atendimento (garantia de retorno) que leva à continuidade do tratamento podendo inclusive interferir na eficácia da terapêutica pela maior adesão da mesma.

A partir das décadas de 70 e 80 ocorre o reconhecimento de que a qualidade dos serviços de saúde, assim como percebida pelos pacientes, depende, aproximadamente, 40,0% da capacidade diagnóstica e terapêutica do médico, e 50,0% da relação que se estabelece entre profissionais de saúde e usuários, em particular entre médico e paciente (Caprara e Rodrigues, 2004).

Spinsanti (1999) afirma que, hoje em dia, não basta organizar serviços de saúde eficientes, devem-se também respeitar os valores subjetivos do paciente, a promoção de sua autonomia e a tutela das diversidades culturais.

Destaca-se ainda que o estudo da satisfação do usuário vem ganhando destaque na literatura, à medida que se estabelecem relações entre ela e certas características dos pacientes (Lemme et al, 1991). De acordo com Weiss (1988), os determinantes da satisfação podem ser divididos em quatro grupos principais:

1. Características dos pacientes, incluindo as sócio-demográficas, as culturais e as expectativas sobre a consulta médica e o estado atual de saúde.
2. Características dos profissionais que prestam o atendimento, incluindo qualidade técnica e a "arte do cuidado" prestado.

3. Fatores estruturais e ambientais, incluindo o acesso e tempo despendido no atendimento.
4. Aspectos da relação médico-paciente, incluindo o estilo de comunicação entre os dois, bem como o "resultado" do encontro.

Rodrigues (2001) ressalta que a relação médico-paciente envolve uma complexa interação de fatores, influenciada pela personalidade das pessoas envolvidas cujos papéis estão delimitados (“papel do doente” e “papel do médico”). Enfatiza, ainda, que as reações emocionais frente ao adoecer correspondem ao que os psiquiatras costumam chamar de *regressão* e que compreende um retraimento físico e emocional dos padrões habituais de comportamento adulto, para padrões de comportamento de fragilidade, passividade e dependência. A regressão, dessa forma, diz respeito a um mecanismo de defesa inevitável, que todo médico deve conhecer e compreender em suas diversas implicações.

Para uma melhor relação médico-paciente e conseqüente satisfação do usuário, observa-se a necessidade de se analisarem hábitos culturais em relação aos cuidados com os olhos. Esse aspecto torna-se fundamental para aderência ao tratamento e mudanças de hábitos.

Impõe-se, pois, conhecer os hábitos culturais da sociedade para compreender a conduta dos indivíduos em relação à saúde e à doença, e poder trabalhar possíveis modificações (Piovesan, 1970).

O conhecimento sobre o que a população sabe e faz em relação aos agravos oculares e atitudes prévias à procura do atendimento num hospital terciário é pré-requisito importante para o planejamento de ações de

prevenção da cegueira, assim como a resolubilidade dos serviços nos níveis primário e secundário são fundamentais para a diminuição de perdas visuais e regulamentação da procura aos serviços terciários.

Considerando-se, ainda, a problemática do atendimento de urgência oftalmológica, é necessário que os serviços terciários mantenham um sistema de auditoria permanente que mostre as condições de seu atendimento, a clientela que o procura, a satisfação do paciente e forneça subsídios para mudanças quando necessário.

Essa pesquisa analisa a conduta leiga do paciente frente a um quadro considerado de urgência ocular e a assistência médica prestada em um Pronto-Socorro de um hospital terciário.

2 Objetivos

Em relação a usuários do Pronto-Socorro do HC da FMUSP:

- 2.1)** Descrever características sócio-demográficas e razões da escolha de unidade hospitalar para o atendimento de urgência ocular.
- 2.2)** Verificar procura por outros serviços prévios a vinda ao PS do HC para tratamento do agravo ocular.
- 2.3)** Verificar a adoção de tratamentos oculares científicos e não-científicos prévios ao atendimento no PS HC – FMUSP.
- 2.4)** Identificar fontes de orientação na adoção de tratamentos oculares não-científicos e científicos.
- 2.5)** Verificar o tempo decorrido entre o agravo ocular e a procura para tratamento no PS do HC, e causas da demora.
- 2.6)** Identificar percepções sobre diagnóstico e tratamento prescrito.

Em relação à instituição:

- 2.7)** Determinar a proporção de atendimentos oculares de urgência e não-urgência.
- 2.8)** Disponibilizar informações para subsidiar intervenções educativas e assistenciais de saúde ocular.

3 Métodos

3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um “survey” transversal descritivo e analítico. O “survey” constitui modalidade de pesquisa freqüentemente empregada no setor saúde. Trata-se de investigação científica em que se estuda a realidade da forma como se apresenta, sem o propósito de estabelecer relação causal entre as variáveis (Temporini e Kara-José, 1995).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado no Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas da FMUSP, hospital universitário de referência das regiões centro-oeste e sul do município de São Paulo. De maneira geral, a população de pacientes atendida nesse serviço pode ser dividida, basicamente quanto à sua origem, em demanda espontânea, aquela que procura espontaneamente o serviço, e a referenciada, procedente de outros serviços de saúde que compõem a rede pública dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo (Barakat, 2004).

O Pronto-Socorro de Oftalmologia também se encontra interligado a outras especialidades clínicas e cirúrgicas, funcionando no esquema de

interconsultas; o serviço atende cerca de 14,0% de todo o receptivo do Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas da FMUSP (HC-net, 2007).

Para o atendimento dos pacientes do PS de Oftalmologia, o HC dispõe de uma equipe permanente, composta de um médico assistente, auxiliado por dois residentes durante a semana e um residente nos fins de semana; uma enfermeira supervisora e uma auxiliar de enfermagem.[†] O local consta de duas salas de exames, com três lâmpadas de fenda, ecógrafo, medicamentos, tabela de Snellen, oftalmoscópio direto e indireto, e acesso a todos os equipamentos do hospital. Tem ainda, à disposição, centro cirúrgico oftalmológico com serviço de anestesia durante 24 horas.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população incluída no estudo foi a de pacientes atendidos no pronto-socorro oftalmológico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Compôs-se uma amostra não-probabilística, prontamente acessível, de tamanho **561**, formada por pacientes que procuraram o referido serviço durante uma semana considerada típica, isto é, sem feriado, greves, ou ponto facultativo que impedisse o fluxo habitual de procura (de 01 a 08 de abril de 2006). Dos 589 pacientes que procuraram o PS do HC, foram incluídos no presente estudo 561 pacientes, por motivos de recusa, evasão do local e por não terem condições clínicas de responderem ao questionário.

[†] Informação fornecida pelo Departamento de Oftalmologia do HC-USP.

A escolha de um estudo prospectivo de uma semana típica, com análise 24 hs de todos os casos atendidos, é um método difícil, tanto pela necessidade da manutenção permanente de uma equipe capaz e bem treinada que interrompa suas atividades de rotina para essa missão, quanto pela logística e recursos financeiros necessários. O número de casos atendidos, 561, é a maior casuística já conseguida numa pesquisa prospectiva de serviço de urgência em oftalmologia.

Segundo Tanaka e Melo (2001), o período mais prático para a coleta de dados de produção de atividades é a “semana típica”, por apresentar tempo definido e representativo da produção de atividades que se deseja analisar. Desse modo, é possível a obtenção de dados que possibilitem conhecer a situação e que permitam a construção de uma linha de base para o processo de avaliação.

Utilizou-se como modelo de abordagem de semana típica, pesquisa realizada em 2004 no PS do HC-FMUSP (Barakat, 2004).

Foram incluídos neste estudo todos os pacientes de demanda espontânea ou referenciada que concordaram em participar da pesquisa; não houve triagem prévia em relação à demanda. Os pacientes que tinham dificuldades de comunicação, mas desejavam participar e os menores de 14 anos, foram auxiliados pelos acompanhantes e/ou responsáveis. Foram excluídos os pacientes que não apresentaram condição de responder às perguntas por perda de lucidez, politraumatismos com quadro de dor intensa, e aqueles que se recusaram a participar do estudo ou se evadiram antes da aplicação do questionário.

3.4 VARIÁVEIS

Devido à complexidade das variáveis selecionadas, procedeu-se a sua classificação conforme segue, mencionando-se a questão (Q) destinada a mensurá-las.

3.4.1 VARIÁVEIS DEPENDENTES

3.4.1.a Em relação ao usuário:

- distância da moradia (procedência) e meios de locomoção até o HC (Q8/Q9)
- percepção e conduta referente a tratamentos oculares, científicos e não-científicos (Q17/Q20/Q21/Q22/Q23/Q24/Q25/Q26/Q27/Q28/Q29/Q30/Q31/Q32)
- conhecimento do próprio problema ocular (Q14/Q15)
- percepção em relação à busca do atendimento de urgência ocular (Q11/Q12/Q13/Q14/Q15/Q16/Q17/Q18)

3.4.1.b Em relação à instituição

- diagnóstico do problema ocular (Q34/Q35)
- opinião do oftalmologista sobre a caracterização de urgência (Q36/Q37)
- opinião do oftalmologista sobre atendimento do paciente em relação ao problema ocular e respectivo tratamento (Q38/Q39)

3.4.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

- sexo (Q1)
- idade (Q2)
- cidade de residência/bairro (Q3)
- escolaridade (Q4/Q5)
- situação ocupacional (Q6)
- renda mensal (Q10)

3.5 INSTRUMENTO DA PESQUISA

3.5.1 ESTUDO EXPLORATÓRIO

Na etapa de planejamento da pesquisa foi realizado estudo exploratório com o objetivo de se elaborar um questionário adequado à realidade a ser investigada. O estudo exploratório leva o pesquisador, freqüentemente, a descobertas de enfoques, percepções e terminologias novas para ele, contribuindo para que, paulatinamente, seu próprio modo de pensar seja modificado (Piovesan e Temporini, 1995).

Na fase exploratória da presente pesquisa, foram entrevistados 10 pacientes atendidos no pronto-socorro de oftalmologia do HC-FMUSP, em dezembro de 2005. Dessas entrevistas obtiveram-se informações que possibilitaram elaborar questões adequadas à realidade do objeto deste estudo. Assim, foram empregados termos populares na elaboração das questões, com vistas a obter comunicação clara e precisa com os sujeitos.

Os pacientes foram esclarecidos sobre a pesquisa mediante a leitura e aquiescência do termo de consentimento (Anexo A).

3.5.2 TESTE PRÉVIO

A aplicação do teste prévio possibilitou aperfeiçoar a forma e a clareza do questionário final. Nessa fase foram entrevistados 15 pacientes, atendidos no pronto-socorro de oftalmologia do HC-FMUSP em fevereiro de 2006. Os pacientes foram esclarecidos sobre a pesquisa com o auxílio do termo de consentimento (Anexo B). Esses pacientes não foram incluídos na amostra da pesquisa. A partir do estudo exploratório e do teste prévio, o questionário foi totalmente estruturado, contendo perguntas e respostas.

3.5.3 CONTEÚDO DO INSTRUMENTO

O instrumento de pesquisa (Anexo C) constituiu-se de questionário semi-estruturado que contemplou, numa primeira parte: dados de identificação pessoal, sócio-econômicos e demográficos, incluindo sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação de emprego, renda mensal, cobertura por Sistema Privado de Saúde e local de moradia. Também foram abordados os aspectos relacionados ao acesso a serviços de saúde: proximidade, tipos de serviços, a queixa e duração do evento que motivou a procura do serviço, os serviços médicos procurados antes do atendimento nesta instituição, assim como os motivos de não resolubilidade do problema

nos serviços procurados previamente, do ponto de vista do usuário, as razões de escolha pelo Pronto-socorro do Hospital das Clínicas, meio de locomoção utilizado no percurso, uso de medicamentos não-oficiais, indicação, e se postergaram a procura ao HC.

A segunda parte do questionário foi composta da avaliação do atendimento realizado pelo PS de Oftalmologia do HC-FMUSP, compreensão da doença e do tratamento, e foi aplicada após a alta do paciente.

A terceira parte do questionário ocorreu diretamente na sala de exames, com o médico, após o atendimento ao paciente e constava de: diagnóstico, classificação da necessidade de atendimento em PS (urgência, urgência relativa, não urgência), se o problema poderia ser resolvido em atendimento de menor complexidade; e se o paciente entendeu qual era o problema ocular que o motivou a procurar ajuda e como tratar.

3.6 OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Para operacionalização das variáveis, foram adotados os seguintes conceitos e definições:

3.6.1 - Idade (anos): A idade foi dividida em faixas etárias: zero a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos e 70 anos ou mais.

3.6.2 - Escolaridade: Foi classificada em: Não estudou, EMEI (pré-escola), Ensino Fundamental 1 (antigo primário), Ensino Fundamental 2 (antigo ginásio), Ensino Médio ou Técnico (antigo colegial), Ensino Superior.

3.6.3 - Ocupação: Classificado em: trabalhador, para aqueles que recebiam rendimento por seu serviço; aposentado ou pensionista, para aqueles que recebiam do instituto de previdência a título de aposentadoria ou como beneficiário; estudante; desempregado; dona de casa, pois esta última categoria não se considera desempregada, porque faz serviços em casa.

3.6.4 - Renda individual: Para apuração dos rendimentos, considerou-se como base o salário mínimo, que na época do estudo correspondia a R\$ 350,00 reais. (Indicadores Econômicos, 2006)

3.6.5 - Área de referência: O critério adotado em relação à demanda espontânea é de que o Hospital das Clínicas deveria prestar assistência à população do seu entorno, isto é, das subprefeituras vizinhas aquela em que ele está situado, o que abrangeria as subprefeituras da Lapa, Sé, Butantã, Pinheiros, Vila Mariana, Santo Amaro e Campo Limpo (Anexos D e E) (Barakat, 2005).

3.6.6 - Tempo para procura de atendimento: Considerou-se como tempo para procura de atendimento, menos de uma hora; de uma a 12 horas; de 12 a 24 horas; mais de 24 horas a uma semana; mais de uma semana a 30 dias; mais de 30 dias a um ano; mais de um ano. O paciente referia o tempo que demorou em procurar o atendimento desde que surgiu o agravo ocular.

Pacientes que demoraram mais de uma hora para procurar ajuda, eram indagados sobre o motivo da não procura imediata.

3.6.7 - Uso de produtos caseiros antes de vir ao HC: Foram considerados como produtos caseiros, “soro fisiológico”, “água boricada” e “xampu” apesar de não o serem, uma vez que durante as entrevistas abertas para elaboração do questionário, estes itens foram considerados “caseiros” pelos respondentes.

3.6.8 - Automedicação: Considerou-se como automedicação o uso de medicamentos industrializados e/ou produtos caseiros, não prescritos pelo oftalmologista para a doença ou alteração ocular atual.

3.6.9 - Conceito de urgência, urgência relativa e não urgência: Paim (1994) define urgência como sendo “processo com risco iminente de vida, que necessita ser diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação” e “urgência relativa” como sendo “processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de vida iminente, porém com riscos de evolução mais graves ou até mesmo fatais”. Em Oftalmologia o conceito de “vida” é a saúde do olho, em todos seus aspectos, inclusive funcionais. Assim, consideraram-se neste estudo como urgência, os casos que apresentavam o risco de diminuição ou perda da visão a curto e médio prazo, bem como aqueles que requeriam uma avaliação imediata pela intensidade dos sintomas. Como urgência relativa foram classificados os casos que não apresentavam um risco iminente de perda ou diminuição da visão, com risco de evolução para complicações mais graves. Casos de não urgência eram aqueles que não

apresentavam riscos imediatos de perda da visão ou que pudessem levar a seqüelas oculares.

A classificação de urgência, urgência relativa e não-urgência foi fornecida pelos oftalmologistas de plantão do PS de Oftalmologia durante a semana de 01 a 08 de Abril. Observa-se que os termos urgência e emergência utilizados nessa pesquisa foram classificados como sinônimos e ambos conotam: pressa, premência, rapidez. (Dicionário de Sinônimos e Antônimos, 2003).

3.6.10 - Classificação dos diagnósticos: Os diagnósticos dos prontuários (ficha administrativa) foram classificados e distribuídos em quatro categorias adotadas por Edwards (1987), em sua pesquisa, a saber: trauma, inflamação e/ou infecção, doenças degenerativas e outros diagnósticos oftalmológicos.

Neste estudo, foi adicionada uma quinta categoria: sem alterações oculares. Os casos de retorno foram mencionados, mas não entraram nas categorias acima citadas.

Para adequar os diagnósticos fornecidos pelos oftalmologistas do Pronto-Socorro nas classificações acima mencionadas, solicitou-se a cooperação do consultor Dr. Newton Kara José.

3.6.11 - Clientela ideal para serviço de atendimento terciário: A definição adotada para análise dos diagnósticos baseou-se no que seria a clientela ideal de um serviço terciário. Consideraram-se como PS de nível terciário os estabelecimentos voltados principalmente para a assistência médica em regime de internação, funcionando dia e noite e apresentando graus

variáveis de incorporação tecnológica, dispondo de médico e pessoal de enfermagem em regime permanente de atendimento, classificados como sendo de grande porte e com grande grau de incorporação tecnológica; organizados exclusivamente para o atendimento de casos mais complexos (Cohen e Elias, 2003). Os plantonistas e o consultor classificaram os casos de urgência que necessitavam de atendimento em hospital terciário.

3.6.12.- Avaliação do atendimento no PS-HC: Para a aferição da qualidade do atendimento recebido pelo PS de Oftalmologia do HC-FMUSP, considerou-se a atribuição de pontos ou notas, semelhante às utilizadas pelo sistema de ensino escolar. O número “0” representava um atendimento “péssimo” e o número “10” atendimento “ótimo”.

Esse aspecto foi investigado, visto que existe certo consenso em aceitar a avaliação do serviço, como necessária para conservar, melhorar ou alterar o atendimento recebido (Oliveira, 2006).

Os pacientes foram avisados pelos entrevistadores, para que antes de fornecerem a nota ou o ponto, refletissem sobre:- atendimento médico (atenção recebida pelo médico, o exame e pós-consulta); tempo (tempo de espera e de consulta); hospital (salas, equipamentos e segurança). Somente após ressaltar esses pontos por três vezes é que o paciente recebia uma caneta para colocar um “X” na escala de 0 a dez já configurada no papel.

Os pacientes davam sua nota na saída do hospital, após término do atendimento (os oftalmologistas não presenciaram a aplicação dessa parte do questionário).

Os pacientes que necessitaram de internação não forneceram a nota.

3.7 COLETA DOS DADOS

Os dados foram obtidos através da ficha administrativa e da aplicação do questionário, que foi realizada por meio de entrevistas com pacientes que procuraram atendimento no PS de Oftalmologia da FMUSP durante a semana típica de atendimento, das 6 horas do dia 01 de abril de 2006 às 6 horas do dia 08 de abril de 2006, abrangendo as 24 horas do dia.

O atendimento no Serviço de Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas da FMUSP é realizado segundo um fluxo já estabelecido: entrada do paciente; recepção; definição da especialidade e a priorização do atendimento; registro, momento em que é realizada a ficha de admissão do pronto-socorro e o atendimento médico.

Os pacientes foram abordados e entrevistados na sala de espera e fora do local de atendimento (primeira e segunda parte do questionário).

Para as respostas do oftalmologista, o questionário foi aplicado após consulta do paciente, sem a presença do mesmo.

Os entrevistadores, seis enfermeiros e uma administradora, portavam crachá de identificação e foram treinados na utilização do instrumento desta pesquisa.

Optou-se pelos entrevistadores não se apresentarem de branco (uniforme ou jaleco), para não modificar o comportamento habitual dos profissionais na relação com o usuário e para que os usuários não se sentissem coagidos a participarem, achando que poderiam ser médicos.

Os períodos para aplicação do questionário foram divididos em: das 6 horas às 12 horas, três entrevistadores; das 12 horas e 01 minuto às 18 horas, outros três entrevistadores; das 18 horas e 01minuto às 6 horas do dia seguinte, um entrevistador. Uma supervisora passava durante os períodos para verificação e assistência. No período das 18 horas e 01minuto às 22 horas, a supervisora auxiliava também nas entrevistas.

O entrevistador apresentava-se ao paciente na sala de espera da Oftalmologia de forma educada, tranqüila e salientava a finalidade do estudo e suas etapas (primeira parte na sala de espera, segunda parte após alta do paciente e terceira parte com o médico que fez o atendimento). Solicitava também a cooperação do paciente, informando sobre o conteúdo do “Termo de consentimento” (Anexo B). Somente após a assinatura “Termo de consentimento” é que se iniciava a entrevista. Os entrevistadores foram orientados a não induzirem ou influenciarem nas respostas.

Os pacientes não foram coagidos e nem eram obrigados a responder a todas as perguntas, assim sendo, houve variação no “n” das respostas.

As respostas “não lembra”, “não sabe informar” e “não quer informar” foram consideradas e calculadas nas respectivas porcentagens.

Os pacientes foram entrevistados no período de espera e na saída do hospital, não havendo assim atraso do atendimento médico em função da pesquisa.

3.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações obtidas a partir das fichas administrativas e dos questionários aplicados aos pacientes e plantonistas foram digitadas em um banco de dados utilizando o programa EpiData (versão 9.0). Foi realizada dupla digitação para minimizar erros e feita a verificação de consistência dos dados. Foi feita a análise descritiva dos dados, usando medidas de tendência central (média e/ou mediana) e de dispersão (desvio padrão e/ou mínimo e máximo) para as características expressas como variáveis quantitativas e o cálculo de proporções para as características expressas como variáveis categóricas.

Para as comparações de médias foi utilizado o teste t de Student para duas amostras independentes, para a comparação de proporções foi utilizado o teste de qui-quadrado. Para comparar o entendimento dos pacientes sobre seu diagnóstico e o julgamento que o médico que o atendeu teve deste entendimento foi utilizado o teste de qui-quadrado de McNemar (usado para comparar dados pareados). Admitiu-se nível de significância estatística $p \leq 0,05$. A análise estatística foi realizada com o uso do programa Stata (versão 9.0).

3.9 COMISSÃO DE ÉTICA

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da FMUSP em 23.03.05 no Protocolo de Pesquisa nº530/05. Os pacientes entrevistados foram consultados quanto à disponibilidade e aceitação em participar da pesquisa e informados, por escrito, através de um Termo de Consentimento e Informação (Anexo B), de que a participação era voluntária e não afetaria o tempo de espera pelo atendimento e, ainda, que o fato de recusa não implicaria prejuízo do atendimento médico. Em relação àqueles que tinham dificuldade em assinar o termo de compromisso (invalidez ou analfabetos), foi solicitado ao acompanhante ou a uma testemunha que assinasse pelo paciente, após inteira concordância.

4 Resultados

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES QUE PROCURARAM O PS DE OFTALMOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO DURANTE UMA SEMANA TÍPICA

Durante a semana de 01/04/2006 a 08/04/2006 compareceram ao PS de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo do HC-FMUSP 589 pacientes. Desses, catorze (2,4%) pacientes recusaram-se a participar da pesquisa, seis (1,0%) não estavam em condições clínicas de serem entrevistados e oito (1,4%) não foram localizados no PS para serem entrevistados. Assim, foram incluídos no presente estudo 561 pacientes, o que corresponde a 95,2% dos pacientes que estiveram no serviço durante aquela semana. Não foram observadas diferenças significativas na distribuição por sexo e por dia da semana e horário de comparecimento ao PS entre os pacientes que participaram ou não da pesquisa (Tabela 1). A distribuição etária dos pacientes incluídos no estudo (média = 39,8 anos; desvio padrão = 20,9 anos) não apresentou diferenças significativas em relação à idade dos pacientes que se recusaram a participar (média = 37,1 anos; desvio padrão

= 23,4 anos) e dos pacientes excluídos (média = 38,2 anos; desvio padrão = 23,1 anos) ($p=0,48$) (teste t de Student para duas amostras independentes).

Tabela 1 - Pacientes incluídos e não incluídos no estudo da semana típica de atendimento no PS de Oftalmologia do HC-FMUSP – abril 2006

(n = 589)

Sexo/atendimento	Incluídos		Não incluídos		p ¹
	n	%	n	%	
Sexo					0,55
Masculino	288	94,7	16	5,3	
Feminino	273	95,8	12	4,2	
Dia do atendimento					0,97
sábado	64	98,5	1	1,5	
domingo	45	95,7	2	4,3	
segunda	87	95,6	4	4,4	
terça	110	97,3	3	2,7	
quarta	90	96,8	3	3,2	
quinta	90	96,8	3	3,2	
sexta	70	95,9	3	4,1	
Horário					0,33
0:00 h às 5:59 h	16	94,1	1	5,9	
6:00 h às 11:59 h	251	93,7	17	6,3	
12:00 h às 17:59 h	212	97,3	6	2,7	
18:00 h às 23:59 h	80	95,2	4	4,8	

¹ teste de qui-quadrado

1. Padrão de comparecimento ao PS

Entre 561 pacientes incluídos no estudo houve maior procura por atendimento no PS de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo na terça-feira, quarta-feira e quinta-feira (19,8% e 16,2%, respectivamente) e no período matutino (44,9%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Dias e horários de atendimento dos pacientes incluídos no estudo sobre a semana típica de atendimento no PS de Oftalmologia do HC-FMUSP - abril 2006

(n = 561)		
Dia/horário	n	%
dia¹		
sábado	64	11,5
domingo	45	8,1
segunda	87	15,6
terça	110	19,8
quarta	90	16,2
quinta	90	16,2
sexta	70	12,6
horário²		
0:00 às 5:59	16	2,9
6:00 às 11:59	251	44,9
12:00 às 17:59	212	37,9
18:00 às 23:59	80	14,3

¹ Informação disponível para 556 pacientes.

² Informação disponível para 559 pacientes.

2. Características sócio-demográficas

Dentre os pacientes (n=561), 288 (51,3%) eram homens (Tabela 3). A idade dos pacientes variou de 27 dias a 91 anos (média = 39,8 anos; desvio padrão = 20,9 anos).

Não foi observada diferença significativa na distribuição etária de homens (média = 39,0 anos e desvio padrão = 20,8 anos) e mulheres (média = 40,7 anos e desvio padrão = 21,0 anos) ($p=0,42$).

Não freqüentaram a escola, 63 (11,3%) pacientes e 301 (53,9%) concluíram até o ensino fundamental. Cinquenta e nove (10,7%) pacientes referiram estar desempregados. Foram obtidas informações sobre a renda individual de 402 (71,7%) pacientes. Dentre aqueles que declararam sua renda, 136 (33,8%) referiram não ter rendimentos, 50,0% dos pacientes ganhava até R\$ 311,00 (Tabela 3).

Dos pacientes, 161 (28,9%) residiam nas subprefeituras adjacentes ao HC-FMUSP (Tabela 4). A maior parte dos pacientes utilizou ônibus para chegar ao serviço (56,9%) e seis (1,1%) referiram que seriam atendidos com os custos pagos por seus planos de saúde. Duzentos e oitenta pacientes (50,1%) compareceram ao PS com acompanhante.

Tabela 3- Características sócio-demográficas dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante uma semana típica - abril 2006

(n = 561)		
Características sócio-demográficas	n	%
Sexo		
Masculino	288	51,3
Feminino	273	48,7
Faixa etária (anos)		
0 a 14	58	10,4
15 a 19	28	5,0
20 a 29	114	20,3
30 a 39	104	18,5
40 a 49	86	15,3
50 a 59	61	10,9
60 a 69	42	7,5
70 e +	68	12,1
X = 39,8 anos dp $\pm$ 20,9		
Escolaridade¹		
Não estudou	63	11,3
Pré-escola	19	3,4
Primário	126	22,6
Ginásio	156	28,0
Colegial	150	26,9
Superior	44	7,9
Ocupação²		
Trabalhador	292	53,4
Aposentado/pensionista	110	20,1
Desempregado	58	10,6
Estudante	57	10,4
Dona de casa	30	5,5
Renda individual³		
Sem rendimentos	136	33,8
Até 1 SM ⁴	74	18,4
]1 SM a 2 SM]	103	25,6
] 2 SM a 5 SM]	74	18,4
Acima de 5 SM	15	3,7

p= 0,42 Teste t de Student

¹ Informação disponível para 558 pacientes.

² Informação disponível para 540 pacientes.

³ Informação disponível para 402 pacientes.

⁴ Valor do salário mínimo (SM): R\$ 350,00

Tabela 4 - Local de residência, meios de transporte utilizados, convênio e existência de acompanhante dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica- abril 2006

(n = 561)		
Características	n	%
Residência¹		
Subprefeituras adjacentes ao HC-FMUSP ²	161	28,9
Outras subprefeituras do município de São Paulo	229	41,0
Região metropolitana de São Paulo	145	26,0
Outros municípios do estado de São Paulo	12	2,1
Outros estados	10	1,8
Sem residência fixa	1	0,2
Meio de transporte utilizado³		
Ônibus	319	56,9
Metrô	130	23,2
Automóvel próprio	80	14,3
Automóvel de familiar	39	7,0
Trem	31	5,5
A pé	19	3,4
Ambulância ou viatura	12	2,1
Moto	9	1,6
Lotação	8	1,4
Táxi	3	0,5
Outros	2	0,4
Convênio		
SUS	513	91,1
Plano de saúde	6	1,1
Não sabe	44	7,8
Acompanhante⁴		
não	279	49,9
sim	280	50,1

¹ Informação disponível para 558 pacientes.

² Foram consideradas subprefeituras adjacentes ao HC-FMUSP: Pinheiros (onde o HC-FMUSP está localizado), Lapa, Sé, Vila Mariana, Santo Amaro, Campo Limpo e Butantã.

³ Os pacientes podiam relatar a utilização de mais de um meio de transporte.

⁴ Informação disponível para 559 pacientes.

3. Serviços de saúde disponíveis aos pacientes

Dos entrevistados, quinhentos e vinte e um (92,9%) pacientes referiram existir ao menos um serviço de saúde próximo às suas residências. O tipo de serviço mais mencionado como próximo foi a Unidade Básica de Saúde. O número de serviços próximos variou de um a nove (Tabela 5).

Tabela 5 - Serviços de saúde próximos às residências dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante uma semana típica-abril 2006

(n = 561)		
Serviço de saúde	n	%
Proximidade		
Sim	521	92,9
Não	33	5,9
Não sabe informar	7	1,2
Tipo de serviço existente¹		
Unidade Básica de Saúde	452	86,9
PS público	213	41,0
Hospital público	101	19,4
PS particular	38	7,3
Hospital particular	32	6,2
Pronto Atendimento	21	4,0
Ambulatório público	13	2,5
Clínica particular/privada	12	2,3
Outros serviços	7	1,3
Número de serviços próximos à residência¹		
Um	5	1,0
Dois	257	49,4
Três	182	35,0
Quatro ou mais	54	10,4
Cinco ou mais	22	4,2

¹ Informação disponível para 520 pacientes.

4. *Percepção referente à procura do PS de Oftalmologia do HC-FMUSP*

O motivo mais freqüentemente referido pelos pacientes para procurar o PS de Oftalmologia foi a “competência do HC e a confiança no hospital” (49,0%) (Tabela 6). A falta de médico oftalmologista nos serviços que os pacientes costumavam freqüentar foi a segunda razão mais freqüente (42,2%). Referiram ter procurado o PS por terem sido vítimas de agressão, 0,9%.

Tabela 6- Motivos da procurar ao PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante uma semana típica de atendimento- abril 2006

(n = 557)		
Motivo¹	n	%
O HC é competente, confia no hospital	273	49,0
Não tem médico de vista no posto/hospital que costuma freqüentar	235	42,2
Foi indicado pelo posto/ outro hospital / médico	65	11,7
Já faz/fez tratamento no HC	59	10,6
Mora ou trabalha perto do HC	40	7,2
Outro tratamento não deu certo	25	4,5
Indicação de amigos ou família	15	2,7
Tem pessoas conhecidas no HC	13	2,3
Retorno	12	2,2
Trabalha no HC	7	1,3
Acidentes/agressão	5	0,9
Aqui tem oftalmologista 24 horas	5	0,9
É mais rápido	4	0,7
Veio pegar uma receita de óculos/medicamento	3	0,5
Já procurou PS Oftalmologia antes	3	0,5
Perdeu a consulta agendada no ambulatório do HC	2	0,4
Plano de saúde mantém convênio com HC	1	0,2
Outros motivos	29	5,2

¹ Os pacientes relataram respostas múltiplas.

5. *Percepções do próprio problema ocular*

A principal queixa referida pelos pacientes foi olho vermelho (65,2%), seguida por dor nos olhos (57,8%), lacrimejamento (40,8%) e coceira (40,1%) (Tabela 7). Declararam saber o que “tinham nas vistas” 30,5% dos pacientes.

Tabela 7- Percepções do próprio problema ocular que levou à procura do PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica de atendimento- abril 2006

(n = 561)		
Percepção	n	%
Queixa ¹		
Olho vermelho	366	65,2
Dor nos olhos	324	57,8
Lacrimejamento	229	40,8
Coceira	225	40,1
Visão fraca	170	30,3
Remela ou secreção	123	21,9
Cisco	51	9,1
Pancada ou batida	43	7,7
Mancha	41	7,3
Corpo estranho	39	7,0
Inchaço	12	2,1
Cirurgia	12	2,1
Dor de cabeça	8	1,4
Terçol	3	0,5
Outra queixa	17	3,0
Sabe o que tem nas vistas (n=558)		
Sim	170	30,5
Não	378	67,7
Não quer informar	10	1,8

¹ Alguns pacientes relataram respostas múltiplas.

6. Razões da demora à chegada no PS de Oftalmologia do HC-FMUSP

Referiram apresentar queixa a no máximo 24 horas, cento e quarenta pacientes (25,4%); 61 (11,0%) sujeitos apresentavam as queixas há mais de um mês (Tabela 8).

Dos pacientes, quinhentos e trinta e três (95,0%) responderam as questões sobre os motivos da demora a procura do serviço. Dentre esses, nove (1,7%) procuraram o PS assim que surgiram os sintomas (Tabela 9). Duzentos e cinquenta e dois (47,3%) pacientes demoraram a procurar o PS porque acharam que não apresentavam condições que necessitassem de atenção urgente.

Cento e quarenta e seis pacientes (27,4%) referiram ter demorado a procurar o PS porque foram a outros serviços antes de vir ao Hospital das Clínicas.

Tabela 8- Tempo que os pacientes demoraram a procurar o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica de atendimento- abril 2006

(n = 552) ¹		
Tempo da demora	n	%
Tempo		
Até uma hora	18	3,3
De uma a 12 horas	66	12,0
Mais de 12 horas a 24 horas	56	10,1
Mais de 24 horas a uma semana	225	40,8
Mais de uma semana a 30 dias	103	18,7
Mais de 30 dias a um ano	56	10,1
Mais de um ano	5	0,9
Não lembra	23	4,2

¹ Nove pacientes não quiseram informar

Tabela 9- Razões referidas pelos pacientes para a demora em procurar o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica-abril 2006

(n = 533)		
Razões¹	n	%
Não achou que era urgente	252	47,3
Porque antes de vir ao HC foi a outro serviço médico	146	27,4
Falta de tempo	107	20,1
Porque o HC é longe	55	10,3
Falta de acompanhante	39	7,3
Falta de dinheiro para condução	31	5,8
Porque primeiro tentou resolver com colírio/pomada que tinha em casa	26	4,9
Porque demora muito para ser atendido no HC	13	2,4
Outros motivos	12	2,3
Falta de orientação	10	1,9
Não demorou para vir	9	1,7
Porque primeiro tentou resolver com remédio caseiro	6	1,1
Ambulatório	5	0,9
Retorno	4	0,8
Porque antes de vir ao HC tentou remédio indicado pelo farmacêutico	3	0,6

¹ Alguns pacientes relataram respostas múltiplas.

7. Serviços procurados previamente ao PS de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Referiram ter procurado outros serviços antes de comparecer ao PS de Oftalmologia do HC-FMUSP, cento e noventa e um pacientes (34,1%). Procuraram um serviço antes de vir ao HC-FMUSP, 85,9%, procuraram dois serviços 8,4%, procuraram três serviços 3,1% e procuraram quatro serviços ou mais, 2,6%.

Responderam à questão referente a outros atendimentos recebidos, 188 pacientes (Tabela 10). Desses, setenta e nove (41,8%) referiram que no

único (ou no último) serviço médico procurado foi explicado o que o paciente apresentava nas vistas. Setenta e seis pacientes (40,4%) referiram que neste serviço foi receitado algum remédio. Dentre os pacientes que referiram ter recebido receita de algum remédio, 65 (85,5%) declararam ter recebido explicação sobre como usar o remédio e 63 (82,9%) referiram ter usado o remédio como o médico recomendou (Tabela 11).

Tabela 10- Explicação sobre o problema oftalmológico e prescrição de remédios na procura prévia ao PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica- abril 2006

(n = 188)		
Atendimento prévio em outros serviços médicos	n	%
Recebimento de explicação		
Sim	79	42,0
Não	107	56,9
Não quer informar	2	1,1
Prescrição		
Sim, sabe qual remédio	45	23,9
Sim, não sabe qual o remédio	31	16,5
Não houve prescrição	112	59,6

Tabela 11- Explicação sobre o uso da medicação no único (ou último) serviço procurado antes do PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica- abril 2006

(n = 76)		
Medicação prescrita em outros serviços	n	%
Explicação fornecida		
Sim	65	85,5
Não	10	13,2
Não lembra	1	1,3
Uso do remédio		
Sim, usou como o médico falou	63	82,9
Comprou, mas não usou	3	3,9
Não comprou o remédio	7	9,2
Não lembra	3	4,0

Cento e sessenta e quatro pacientes (87,2%) avaliaram o que aconteceu com “suas vistas” após terem procurado o outro serviço (Tabela 12). Aproximadamente 50,0% referiram piora dos sintomas.

Tabela 12- Auto-avaliação sobre evolução do problema após procurarem serviço prévio ao PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica- abril 2006

(n = 164)		
Auto-avaliação	n	%
As “vistas”		
Melhoraram	14	8,5
Pioraram	65	39,6
Ficaram iguais	80	48,9
Não sabe	5	3,0

8. Procedimentos adotados pelos pacientes previamente a procura do PS de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Referiram ter usado algum remédio para os olhos ou produtos caseiros antes de procurar o PS, duzentos e noventa pacientes (51,7%) (Tabela 13).

Trinta e oito (6,8%) pacientes usaram apenas o remédio prescrito por outro serviço para doença atual; 87 (15,5%) pacientes usaram apenas produtos caseiros; 68 (13,9%) usaram remédio sem prescrição ou prescrito por outro serviço para doença anterior; 10 (1,8%) usaram remédio prescrito por outro serviço para doença atual e produtos caseiros; 9 (1,6%) usaram remédio prescrito por outro serviço para doença atual e remédio sem

prescrição; 62 (11,1%) pacientes usaram remédio sem prescrição, prescrito por outro serviço para doença anterior e produtos caseiros; 6 (1,1%) usaram remédio prescrito por outro serviço para doença atual, remédio sem prescrição e produtos caseiros. (Tabela 14).

Tabela 13- Uso de remédios e produtos caseiros previamente a vinda ao PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica-abril 2006

(n = 561)		
Uso de remédio ou produtos caseiros nos olhos	n	%
Sim	290	51,7
Não	271	48,3
Total	561	100,0

Tabela 14 - Automedicação de remédios, produtos caseiros e uso de remédios prescritos no outro serviço previamente a vinda ao PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica-abril 2006

(n=561)		
Uso de medicação/produtos	n	%
Não usou remédios ou produtos antes de procurar o PS	271	48,3
Usou apenas remédio prescrito por outro serviço para doença atual	38	6,8
Usou apenas produtos caseiros	87	15,5
Usou remédio sem prescrição ou prescrito por outro serviço para doença anterior	78	13,9
Usou remédio prescrito por outro serviço para doença atual e produtos caseiros	10	1,8
Usou remédio prescrito por outro serviço para doença atual e remédio sem prescrição	9	1,6
Usou remédio sem prescrição, prescrito por outro serviço para doença anterior e produtos caseiros	62	11,1
Usou remédio prescrito por outro serviço para doença atual, remédio sem prescrição e produtos caseiros.	6	1,1

9. Fontes de indicação do medicamento usado

Os pacientes que usaram remédio antes de vir ao PS do HC, referiram a indicação: sessenta e três (50,4%) pacientes usaram remédio prescrito por oftalmologista do serviço procurado anteriormente; cinquenta e nove (47,2%) pacientes usaram remédio indicado por ele mesmo ou pela família; quatorze (11,2%) usaram remédio que tinham de tratamentos anteriores; sete (5,6%) pacientes receberam indicação de amigos e vizinhos e seis (4,8%) pacientes usaram remédio indicado pelo farmacêutico (Tabela 15).

Tabela 15- Fontes de indicação do medicamento usado previamente a vinda ao PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica- abril 2006

(n = 125)		
Fontes	n	%
Indicação do medicamento ¹		
Médico do serviço que foi prévio a vinda ao HC	63	50,4
Próprio paciente	48	38,4
Familiares	11	8,8
Médico- tratamento ocular anterior	14	11,2
Amigos/vizinhos	7	5,6
Farmacêutico	6	4,8

¹Alguns pacientes relataram respostas múltiplas

10. *Uso de produtos caseiros*

Relataram ter usado produto caseiro nos olhos antes de procurar o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP, cento e sessenta e cinco (29,4%) pacientes. Na maior parte dos casos, o próprio paciente teve a iniciativa de utilizar o produto caseiro (Tabela 16). Os produtos mais freqüentemente utilizados foram água boricada (53,3%) e soro fisiológico (35,7%). Referiram que o uso de produtos caseiros levou à melhora do que sentiam nas vistas, 17 (10,3%) pacientes.

Tabela 16- Uso de produtos caseiros nos olhos previamente a vinda ao PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica- abril 2006

Uso de produtos caseiros	n	%	
(n = 165)			
Fonte de indicação ¹			
próprio paciente	86	52,1	
mãe ou pai	18	10,9	
outros familiares	6	3,6	
amigos ou vizinhos	12	7,3	
farmacêutico	15	9,1	
usou produto, mas não sabe indicação	28	17,0	
Produto usado ¹			
		(n = 165)	(n=561)
água boricada	88	53,3	15,7
soro fisiológico	59	35,7	10,5
água de torneira ou poço	14	8,5	2,5
chás, compressas, lavagem com ervas (alecrim, arruda etc.)	10	6,1	1,8
leite materno	8	4,8	1,4
água com sal ou açúcar	4	2,4	0,7
gelo	6	3,6	1,1
xampu	2	1,2	0,3
água benta	1	0,6	0,2
urina	1	0,6	0,2
garrafada	1	0,6	0,2
Percepção de melhora (n = 165)			
sim	17	10,3	
mais ou menos	37	22,4	
não	96	58,2	
usou produto, mas não sabe	15	9,1	

¹ Os pacientes forneceram respostas múltiplas.

Relataram ter procurado auxílio religioso para tratar o problema “nas vistas” previamente à vinda ao PS de Oftalmologia do HC-FMUSP, 16,1%; não procuraram recurso religioso, 83,9%.

O recurso religioso mais freqüentemente utilizado foi orar em casa (14,4% dos pacientes) (Tabela 17).

Tabela 17- Busca de recursos religiosos para problema ocular previamente a vinda ao PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica- abril 2006

(n = 561)		
Busca de recurso religioso	n	%
Recursos		
bênção religiosa (padre ou pastor)	5	0,9
orar /rezar em casa	81	14,4
passé espírita	1	0,2
benzedeira	1	0,2
outras bênçãos	2	0,4
não procurou nenhum desses recursos	471	83,9

12. Avaliação do atendimento no PS de Oftalmologia do HC-FMUSP

Quinhentos e nove (90,7%) pacientes responderam as questões que avaliavam as explicações dadas pelo médico que o atendeu no PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica. Destes, 484 (95,1%) relataram que o médico explicou-lhes o que tinham nas vistas (Tabela 18). A explicação foi entendida por 404 (84,0%) pacientes que referiram ter recebido alguma explicação.

Quinhentos (89,1%) pacientes responderam se receberam ou não prescrição de algum remédio. Destes, 382 (76,4%) receberam prescrição de algum medicamento. Entre aqueles que receberam prescrição de algum remédio, 361 (95,0%) entenderam como e porque usá-lo (Tabela 18).

Tabela 18- Avaliação do atendimento recebido no PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica- abril 2006

Avaliação¹	n	%
Explicação sobre o que tem nas vistas (n=509)		
Sim	484	95,1
Não	25	4,9
Compreensão da explicação (n=481)		
Sim	404	84,0
Mais ou menos	36	7,5
Não	41	8,5
Remédio receitado (n=500)		
Sim	382	76,4
Não	118	23,6
Explicação sobre o uso do remédio (n=380)		
Sim, e entendeu	361	95,0
Sim, mas não entendeu	5	1,3
Explicou mais ou menos	3	0,8
Não explicou	11	2,9

¹ O n variou em função das respostas fornecidas

Quinhentos e dois (89,5%) pacientes avaliaram o atendimento recebido no PS de Oftalmologia usando uma escala com notas de zero (péssimo) a 10 (ótimo). As notas variaram de zero a 10 (média = 8,8; desvio padrão = 1,8). Aproximadamente 50,0% dos pacientes deram nota máxima ao atendimento recebido.

13. *Percepção do oftalmologista do PS de Oftalmologia do HC-FMUSP, durante a semana típica*

Dos 561 pacientes, os oftalmologistas classificaram 488 entre casos novos 431 (88,3%) e retornos 57 (11,7%). Setenta e três (13,0%) pacientes não foram classificados. Dos 561 pacientes, os oftalmologistas avaliaram 526 (93,8%). Foram considerados como casos urgentes 18,1% e urgência relativa 39,2% (Tabela 19).

Segundo os oftalmologistas, 83,2% dos atendimentos poderiam ter sido realizados em serviços de menor complexidade. Os oftalmologistas julgaram que mais de 90% dos pacientes entenderam seu diagnóstico e a forma de fazer o tratamento.

Tabela 19- Avaliação realizada pelos oftalmologistas sobre o atendimento prestado no PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica- abril 2006

Avaliação do atendimento	n	%
(n=526)¹		
O caso era:		
Urgência	95	18,1
Urgência relativa	206	39,2
Não era urgente	223	42,4
Não se enquadra	2	0,3
(n=525)²		
Poderia ser resolvido em atendimento de menor complexidade		
Sim	437	83,2
Não	83	15,8
Não sabe/não tem certeza	5	1,0
(n=523)³		
O paciente entendeu o que tem		
Sim	479	91,6
Não	23	4,4
Não sabe/não tem certeza	21	4,0
(n=523)⁴		
O paciente entendeu como fazer o tratamento		
Sim	500	95,6
Não	11	2,1
Não sabe/não tem certeza	12	2,3

¹ A variação do n se deu por falta de resposta em 35 questionários.

² A variação do n se deu por falta de resposta em 36 questionários.

³ A variação do n se deu por falta de resposta em 38 questionários.

⁴ A variação do n se deu por falta de resposta em 38 questionários.

14. *Diagnóstico dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia durante a semana típica*

Foi possível obter informações sobre o diagnóstico de 549 (97,9%) dos 561 pacientes que participaram da pesquisa, utilizando as fichas administrativas do Pronto-Socorro e os questionários usados para a coleta de dados. Cinco (0,9%) pacientes evadiram-se do local antes do exame. Para 7 (1,2%) pacientes, não havia informações clara sobre o diagnóstico. Para 512 (93,3%) pacientes algum diagnóstico foi registrado na ficha administrativa do Pronto-Socorro; e para 37 (6,7%) deles o diagnóstico só foi obtido a partir do instrumento de coleta de informações da pesquisa. Trezentos e três (55,2%) pacientes apresentavam grupo diagnóstico de inflamação/infecção (Tabela 20 e Figura 1); 19,1% trauma. Não apresentavam alterações oculares 3,6%. Eram retornos, 1,1% dos pacientes.

Tabela 20- Grupo diagnóstico dos pacientes que procuraram PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica- abril 2006

(n = 549) ¹		
Grupo diagnóstico	n	%
Inflamação / infecção	303	55,2
Trauma	105	19,1
Doenças degenerativas	22	4,1
Outros	93	16,9
Sem alterações oculares	20	3,6
Retornos	6	1,1

1- cinco pacientes evadiram-se antes do exame e para sete não havia diagnóstico.

Figura 1 - Representação gráfica do grupo diagnóstico dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica- abril 2006

(n = 549)

Quatro (0,7%) dos pacientes com trauma necessitaram de internação; três (0,5%) por ferimento perfurante.

Foi possível obter informações sobre as causas do trauma ocular de 36 (34,3%) dos 105 pacientes com diagnóstico de trauma. Desses, 17 (47,2%) ocorreram no ambiente de trabalho; 9 (25,0%) na residência; e 10 (27,8%) nas ruas.

Os agentes causais citados foram: gesso, ferramenta; vidro; cloro; cal; álcool; cândida; pedregulhos; cascalhos; metal; solda elétrica; madeira; bola; lente de contato; galho de árvore, arame e agressão física.

Não foram relatados uso de proteção ocular tanto no trabalho como na residência.

Conjuntivite viral (24,6%) foi o diagnóstico mais freqüente entre os pacientes que procuraram o PS durante a semana típica, seguido por corpo estranho de córnea (7,5%), meibomite (6,4%) e trauma contuso (5,1%) (Tabela 21). Apresentavam erros de refração dezoito (3,3%) pacientes e tinham catarata 16 (2,9%). Procuraram o PS para fazer o acompanhamento do pós-operatório de cirurgias oftalmológicas realizadas no Hospital das Clínicas, onze (2,0%) pacientes. Não apresentavam quaisquer alterações oculares vinte (3,6%) pacientes.

Tabela 21- Diagnósticos oculares dos pacientes que procuraram PS do HC-FMUSP durante a semana típica- abril 2006

(n = 549) ¹

Diagnóstico	n	%
Inflamação/Infecção	303	55,2
conjuntivite viral	135	24,6
meibomite	35	6,4
hordéolo/calázio	24	4,4
uveíte	18	3,3
conjuntivite alérgica	15	2,7
pterígeo	15	2,7
úlceras de córnea	14	2,5
pingueculite	11	2,0
ceratite	10	1,8
olho seco	9	1,6
conjuntivite bacteriana	4	0,7
episclerite	4	0,7
herpes	3	0,5
celulite	2	0,4
dacriocistite	2	0,4
flictenula	1	0,2
neurite	1	0,2
Trauma	105	19,1
corpo estranho de córnea	41	7,5
trauma contuso	28	5,1
abrasão corneana	10	1,8
queimadura térmica	8	1,4
queimadura química	6	1,1
laceração conjuntival	3	0,5
perfuração do globo ocular	3	0,5
abscesso corneano	2	0,4
laceração de córnea	1	0,2
corpo estranho conjuntiva tarsal	1	0,2
ulceracao de pálpebra	1	0,2
uveíte traumática	1	0,2
Doenças degenerativas	22	4,1
catarata	16	2,9
ceratocone	3	0,5
degeneração macular	1	0,2
fundus miopicus	1	0,2
ceratopatia bolhosa	1	0,2

¹ cinco pacientes evadiram-se antes do exame e para sete não havia diagnóstico

continua

Tabela 21- Diagnósticos oculares dos pacientes que procuraram PS do HC-FMUSP durante a semana típica- abril 2006

Diagnóstico	n	Conclusão (n = 549) ¹
		%
Outros diagnósticos	93	16,9
erros de refração	18	3,3
pós operatório	11	2,0
hiposfagma	10	1,8
glaucoma	10	1,8
descolamento de retina	8	1,4
retinopatia por diabetes mellitus	5	0,9
estrabismo	5	0,9
triquíase	4	0,7
spl doloroso	3	0,5
retinoblastoma	2	0,4
ponto solto	2	0,4
central serosa	2	0,4
hemorragia vítrea	2	0,4
edema de papila	2	0,4
olheiras	1	0,2
epífora	1	0,2
ptose	1	0,2
pseudotumor	1	0,2
pannus	1	0,2
cisto de conjuntiva	1	0,2
falência de córnea	1	0,2
hematoma periocular	1	0,2
retinopatia hipertensiva	1	0,2
Sem alterações oculares	20	3,6
Retornos	6	1,1
Total	549	100,0

¹ cinco pacientes evadiram-se antes do exame e para sete não havia diagnóstico

A partir dos diagnósticos realizados, os pacientes foram classificados pelo consultor[‡], quanto à necessidade de procurarem tratamento em unidades de saúde de nível terciário ou não. Os diagnósticos que necessitam de tratamento em unidades terciárias foram: uveíte, úlcera de córnea, episclerite, herpes, dacriocistite, celulite orbitária, neurite, corpo estranho de córnea, trauma contuso, abrasão corneano, queimaduras, perfuração ocular, laceração conjuntival, abscesso corneano, corpo estranho conjuntival tarsal, uveíte traumática, descolamento de retina, olho cego e doloroso, retinoblastoma, ponto solto, hemorragia vítrea, edema de papila, tumor de órbita e pseudotumor; totalizando 167 pacientes (29,8% daqueles que participaram do estudo).

15. *Data e horário da vinda ao PS de Oftalmologia do HC FMUSP, segundo diagnóstico*

Não foram observadas diferenças quanto à distribuição dos diagnósticos dos pacientes segundo os dias da semana (Figura 2) ($p = 0,42$). Em todos os dias da semana os quadros inflamatórios/ infecciosos representaram a maior parte dos diagnósticos. No período das 00h00min até as 05h59min, houve grande diminuição do número total de atendimento com exceção dos casos de trauma (oito dos 16 pacientes que procuraram o serviço neste período). No período das 06h00min às 11h59min os traumas representaram 11,2% do total de atendimentos (Figura 3) ($p < 0,001$). Com

[‡] Consultor: Dr Newton Kara José

exceção da madrugada, os quadros inflamatórios/infecciosos representaram os diagnósticos mais freqüentes em todos os períodos.

Figura 2- Representação gráfica do diagnóstico dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica, segundo dia da semana -abril 2006

(n = 543)¹

¹ Não foram considerados os retornos
 p = 0,42 (teste de qui-quadrado)

Figura 3- Representação gráfica do grupo diagnóstico dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica, segundo horário da vinda

(n = 543)¹

¹ Não foram considerados os retornos
 $p < 0,001$ (teste de qui-quadrado)

16. Caracterização dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo segundo diagnóstico

Para 89 (30,9%) pacientes do sexo masculino o diagnóstico dado pelos oftalmologistas que os atenderam foi trauma; este diagnóstico foi dado para 16 (6,0%) pacientes do sexo feminino ($p < 0,001$) (Tabela 22). As mulheres apresentaram maior proporção de doenças inflamatórias/infecciosas (62,4% *versus* 47,6%), de outros diagnósticos (21,1% *versus* 12,8%) e de atendimentos sem alterações (7,5% *versus* 3,8%).

Tabela 22- Distribuição dos diagnósticos dos pacientes que procuraram o PS do HC-FMUSP, durante a semana típica, segundo sexo-abril 2006

Sexo	(n = 543) ¹											
	Inflamação/ infecção		Trauma		Doenças degenerativas		Outros		Sem alterações		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	137	47,7	89	31,7	14	5,0	37	13,1	4	1,4	281	100,0
Feminino	166	63,3	16	6,1	8	3,0	56	21,4	16	6,1	262	100,0

¹ Não foram considerados os retornos
 $p < 0,001$ (teste de qui-quadrado)

Em todas as faixas etárias o diagnóstico mais freqüente foi doença inflamatória/infecciosa (Tabela 23). A maior proporção de diagnósticos de trauma foi observada na faixa etária de 30 a 39 anos (34,9% de todos os diagnósticos de pacientes nesta faixa etária), ao passo que a maior proporção de doenças degenerativas foi observada na faixa etária de 60 anos ou mais (14,0%) ($p < 0,001$).

Tabela 23- Diagnósticos dos pacientes que procuraram o Pronto-Socorro do HC-FMUSP, durante a semana típica, segundo faixa etária-abril 2006

(n = 543)¹

Faixa etária (anos)	Inflamação/ infecção		Trauma		Doenças degenerativas		Outros		Sem alterações		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 19	54	65,9	11	13,4	3	3,6	10	12,2	4	4,9	82	100,0
20 a 29	70	63,0	20	18,1	1	0,9	14	12,6	6	5,4	111	100,0
30 a 39	53	51,5	36	34,9	0	0,0	11	10,7	3	2,9	103	100,0
40 a 49	45	54,2	18	21,7	1	1,2	15	18,1	4	4,8	83	100,0
50 a 59	26	45,6	8	14,1	2	3,5	19	33,3	2	3,5	57	100,0
60 e +	55	51,4	12	11,3	15	14,0	24	22,4	1	0,9	107	100,0
Total	303	55,8	105	19,3	22	4,0	93	17,1	20	3,7	543	100,0

¹ Não foram considerados os retornos
 $p < 0,001$ (teste de qui-quadrado)

Entre os pacientes com nível superior de escolaridade foi observada a maior proporção de diagnósticos de doenças inflamatórias /infecção (68,3%), ao passo que entre os pacientes que não estudaram esta proporção foi a mais baixa (44,3%) (Tabela 24). As maiores proporções de diagnóstico de trauma foram observadas entre pacientes que estudaram até o primário (22,7%) e o ginásio (21,5%) ($p = 0,002$).

Tabela 24- Diagnósticos dos pacientes que procuraram o PS do HC-FMUSP, durante a semana típica, segundo escolaridade- abril 2006

(n = 540)¹

Escolaridade	Inflamação/ infecção		Trauma		Doenças degenerativas		Outros		Sem alterações		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não estudou	27	44,3	8	13,1	7	11,5	18	29,5	1	1,6	61	100,0
Até o primário	67	48,9	31	22,7	8	5,8	24	17,5	7	5,1	137	100,0
Ginásio	92	59,7	33	21,5	1	0,6	23	14,9	5	3,3	154	100,0
Colegial	89	60,5	26	17,7	5	3,4	22	15,0	5	3,4	147	100,0
Superior	28	68,3	6	14,6	0	0,0	5	12,2	2	4,9	41	100,0
Total	303	56,1	104	19,2	21	3,9	92	17,0	20	3,7	540	100,0

¹ Não foram considerados os retornos

¹ O n variou de acordo com as respostas fornecidas
 $p = 0,002$ (teste de qui-quadrado)

Pacientes que residiam nas subprefeituras próximas ao HC-FMUSP apresentaram a maior proporção de diagnósticos de inflamação/infecção (64,0%), ao passo que aqueles que residiam nos demais municípios da região metropolitana de São Paulo e nas outras subprefeituras do município apresentaram as maiores proporções de diagnóstico de trauma (respectivamente, 25,0% e 20,3%) ($p = 0,04$) (Tabela 25).

Tabela 25- Diagnósticos dos pacientes que procuraram PS do HC-FMUSP, durante a semana típica, segundo local de residência-abril 2006

Local de residência	(n = 538) ¹											
	Inflamação/infecção		Trauma		Doenças degenerativas		Outros		Sem alterações		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Subprefeituras adjacentes ao HC-FMUSP	96	64,0	21	14,0	3	2,0	25	16,7	5	3,3	150	100,0
Demais subprefeituras	125	55,1	46	20,3	12	5,3	34	14,9	10	4,4	227	100,0
Região metropolitana	71	50,7	35	25,0	5	3,6	26	18,6	3	2,1	140	100,0
Fora da região metropolitana	6	28,6	3	14,3	2	9,5	8	38,1	2	9,5	21	100,0
Total	298	55,4	105	19,5	22	4,1	93	17,3	20	3,7	538	100,0

¹ Não foram considerados os retornos

¹O n variou de acordo com as respostas fornecidas
 $p = 0,04$ (teste de qui-quadrado)

Entre os pacientes com doenças degenerativas foi observada maior proporção (59,1%) de procura por outros serviços médicos prévios a vinda ao PS de Oftalmologia que entre aqueles que apresentavam outros diagnósticos (Tabela 26) ($p = 0,05$).

Tabela 26- Procura por outros serviços médicos prévios a vinda ao PS do HC-FMUSP, durante a semana típica, segundo grupo diagnóstico dos pacientes- abril 2006

(n = 543)¹

Diagnóstico	Procura por serviços prévios a vinda ao PS de Oftalmologia do HC-FMUSP						p ¹
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Inflamação/infecção	95	31,4	208	68,6	303	100,0	0,05
Trauma	42	40,0	63	60,0	105	100,0	
Doenças degenerativas	13	59,1	9	40,9	22	100,0	
Outros diagnósticos	28	30,1	65	69,9	93	100,0	
Sem alterações	3	15,0	17	85,0	20	100,0	
Total	181	33,3	362	66,7	543	100,0	

¹ Não foram considerados os retornos
p¹ correspondente ao teste de qui-quadrado.

Não foi observada diferença significativa na existência de indicação por outro médico e/ou serviço de saúde para procurar o PS de Oftalmologia segundo o diagnóstico ($p = 0,09$) (Tabela 27).

Tabela 27- Indicação feita por outro médico ou serviço de saúde para procurar o PS do HC-FMUSP, durante a semana típica, segundo grupo diagnóstico dos pacientes- abril 2006
($n = 539$)¹

Diagnóstico	Recebeu indicação de outro médico/serviço de saúde						p ¹
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
							0,09
Inflamação/infecção	29	9,7	271	90,3	300	100,0	
Trauma	20	19,2	84	80,8	104	100,0	
Doenças degenerativas	3	13,6	19	86,4	22	100,0	
Outros diagnósticos	8	8,6	85	91,4	93	100,0	
Sem alterações	2	10,0	18	90,0	20	100,0	
Total	62	11,5	477	88,5	539	100,0	

¹ Não foram considerados os retornos

¹ O n variou de acordo com as respostas fornecidas

¹ p correspondente ao teste de qui-quadrado.

17. Tempo para procurar o PS de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo do HC-FMUSP segundo grupo diagnóstico

Dos pacientes com trauma 42,9% procuraram o PS do HC-FMUSP após 12 horas do aparecimento das queixas, apenas 8,8% dos pacientes com inflamação procuraram o serviço neste mesmo intervalo ($p < 0,001$). Quarenta e cinco por cento dos pacientes com inflamação/infecção procuraram o PS entre 1 e 7 dias após o início dos sintomas (Tabela 28).

Tabela 28- Tempo decorrido desde o aparecimento da queixa até procurar o PS do HC-FMUSP, durante a semana típica, segundo grupo diagnóstico dos pacientes- abril 2006

(n = 534)¹

Grupo diagnóstico	Até 12 horas		12 a 24 horas		1 a 7 dias		¹ semana a 1 mês		Mais de um mês		Não lembra		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inflamação/infecção	26	8,8	28	9,4	134	45,1	70	23,6	30	10,1	9	3,0	297	100,0
Trauma	45	42,9	18	17,1	32	30,5	7	6,7	2	1,9	1	1,0	105	100,0
Doenças degenerativas	0	0,0	1	4,5	9	40,9	1	4,5	7	31,8	4	18,2	22	100,0
Outros	10	11,1	6	6,7	36	40,0	16	17,8	16	17,8	6	6,7	90	100,0
Sem alterações	1	3,2	3	9,7	10	32,3	3	15,0	2	10,0	1	5,0	20	100,0
Total	82	15,3	56	10,5	221	41,4	97	18,2	57	10,7	21	3,9	534	100,0

¹ Não foram considerados os retornos

¹ O n variou de acordo com as respostas fornecidas
 $p < 0,001$ (teste de qui-quadrado)

18. Caracterização dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP, durante a semana típica, segundo uso de automedicação

Não foram observadas diferenças significativas no uso de automedicação para tentar tratar os sintomas oculares entre homens e mulheres ($p = 0,95$), nas diferentes faixas etárias ($p = 0,14$) ou nos diferentes níveis de escolaridade ($p = 0,21$) (Tabela 29). Também não foi observada diferença no padrão de uso de automedicação quanto à situação de trabalho dos pacientes ($p = 0,15$) ou quanto ao seu local de residência ($p = 0,52$).

Tabela 29- Uso de automedicação para tratar os sintomas oculares segundo características sócio-demográficas dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica- abril 2006

(n = 561)

Características	Automedicação				p ¹
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					0,95
Masculino	129	44,8	159	55,2	
Feminino	123	45,1	150	54,9	
Faixa etária (anos)					0,14
0 a 19	38	44,2	48	55,8	
20 a 29	47	41,2	67	58,8	
30 a 39	58	55,8	46	44,2	
40 a 49	40	46,5	46	53,5	
50 a 59	28	45,9	33	54,1	
60 e mais	41	37,3	69	62,7	
Escolaridade²					0,21
Não estudou	27	42,9	36	57,1	
Primário	54	37,2	91	62,8	
Ginásio	78	50,0	78	50,0	
Colegial	70	46,7	80	53,3	
Superior	22	50,0	22	50,0	
Ocupação³					0,15
Trabalhador	139	47,6	153	52,4	
Aposentado	48	43,6	62	56,4	
Desempregado	17	29,3	41	70,7	
Estudante	27	47,4	30	52,6	
Prendas domésticas	14	46,7	16	53,3	
Local de residência⁴					0,52
Subprefeituras adjacentes ao HC	76	47,8	83	52,2	
Outras subprefeituras do município de São Paulo	105	45,9	124	54,1	
Região metropolitana de São Paulo	63	43,4	82	56,6	
Fora da região metropolitana de São Paulo	7	31,8	15	68,2	

¹ p correspondente ao teste de qui-quadrado.

² Informação disponível para 558 pacientes.

³ Informação disponível para 547 pacientes.

⁴ Informação disponível para 555 pacientes.

Enquanto 120 (52,4%) pacientes com queixa de lacrimejamento usaram automedicação, entre os que não apresentavam esta queixa a proporção foi 39,9% ($p = 0,003$). As outras queixas que associadas a maiores proporções de uso de automedicação foram: cisco no olho ($p = 0,001$), caiu produto nos olhos ($p = 0,01$), olhos vermelhos ($p = 0,01$) e coceira ($p = 0,02$) (Tabela 30).

Tabela 30- Uso de automedicação para tratar os sintomas oculares segundo queixas dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica-abr.2006 (n=561)

Queixa	Usou recursos próprios				p ¹
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Olhos vermelhos					0,01
Sim	179	48,9	187	51,1	
Não	73	37,6	121	62,4	
Coceira					0,02
Sim	115	51,1	110	48,9	
Não	137	40,9	198	59,1	
Cisco					0,001
Sim	34	66,7	17	33,3	
Não	218	42,8	291	57,2	
Visão fraca					0,12
Sim	68	40,0	102	60,0	
Não	184	47,2	206	52,8	
Caiu produto no olho²					0,01
Sim	25	64,1	14	35,9	
Não	225	43,3	294	56,7	
Dor					0,16
Sim	154	47,5	170	52,5	
Não	98	41,5	138	58,5	
Lacrimejamento					0,003
Sim	120	52,4	109	47,6	
Não	132	39,9	199	60,1	
Pancada ou batida²					0,83
Sim	20	46,5	23	53,5	
Não	231	44,8	284	55,2	
Ramela					0,45
Sim	59	48,0	64	52,0	
Não	193	44,2	244	55,8	
Mancha na vista³					0,89
Sim	18	43,9	23	56,1	
Não	233	45,0	285	55,0	

¹ p correspondente ao teste de qui-quadrado.

² Informação disponível para 558 pacientes.

³ Informação disponível para 559 pacientes.

Pacientes que referiram saber o que tinham “nas vistas” usaram mais freqüentemente a automedicação (51,8%) que aqueles que não sabiam (40,7%) ($p < 0,001$). Pacientes com diagnóstico de inflamação ou trauma apresentaram as maiores proporções de uso de automedicação (49,5%), ao passo que entre aqueles com doenças degenerativas foi observada a menor proporção de uso destes recursos (13,6%) (Tabela 31).

Tabela 31- Uso de automedicação para tratar os sintomas oculares segundo conhecimento do que tinha “nas vistas” e grupo diagnóstico dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica- abril 2006

					(n = 558)
Conhecimento	Automedicação				p ¹
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sabe o que tem					0,004
Sim	88	51,8	82	48,2	
Não	154	40,7	224	59,3	
Não quer informar	8	80,0	2	20,0	
Grupo diagnóstico²					0,002
Inflamação/infecção	150	49,5	153	50,5	
Trauma	52	49,5	53	50,5	
Doenças degenerativas	3	13,6	19	86,4	
Outros	32	34,4	61	65,6	
Sem alterações	6	30,0	14	70,0	

¹ p correspondente ao teste de qui-quadrado.

² Informação disponível para 543 pacientes. Não foram considerados os retornos.

O uso de automedicação não esteve associado à necessidade de utilizar serviços terciários ou serviços de urgência (Tabela 32).

Tabela 32- Uso de automedicação para tratar os sintomas oculares segundo necessidade do uso de serviços terciários e de serviços de urgência dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica- abril 2006

(n = 561)

Atendimento	Automedicação				p ¹
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Necessidade atendimento em serviço terciário					
Sim	81	48,5	86	51,5	0,27
Não	171	43,4	223	56,6	
Urgência²					
Urgência	47	49,5	48	50,5	0,50
Urgência relativa	95	46,1	111	53,9	
Não urgência	95	42,6	128	57,4	

¹ p correspondente ao teste de qui-quadrado.

² Informação disponível para 524 pacientes.

19. Registro de dados nas fichas administrativas (prontuários médicos)

Foram analisados quinhentos e oitenta e nove prontuários médicos. Desses, 62 (10,5%) não constavam o destino do paciente; 21 (3,6%) não constavam o nome do médico que realizou o atendimento; 20 (3,4%) não constavam o CRM do médico que fez o atendimento.(Tabela 33)

Em relação ao diagnóstico para 37 pacientes (6,3%) constavam somente o CID; para 6,0% houve dificuldade em compreender a letra do médico e o diagnóstico. Para 33,4% não houve anamnese e isso incluiu os casos de urgência verdadeira, como trauma.

Tabela 33- Preenchimento das fichas administrativas pelos plantonistas do PS de Oftalmologia do HC-FMUSP durante a semana típica-abril 2006

(n = 589)		
Dados	Preenchimento dos prontuários (fichas administrativas)	
	n	%
Destino do paciente		
Em branco	62	10,5
Residência	511	86,7
Ambulatório de oftalmologia	4	0,7
Retorno	12	2,1
Total	589	100,0
Nome do Médico		
Consta	568	96,4
Não consta	21	3,6
Total	589	100,0
CRM		
Consta	569	96,6
Não consta	20	3,4
Total	589	100,0
Diagnóstico ¹	(n=584)	
Sim completo	512	87,7
Só CID	37	6,3
Difícil compreensão	35	6,0
Total	584	100,0
Histórico/Observação clínica¹	(n=584)	
(anamnese)		
Sim	389	66,6
Não	195	33,4
Total	584	100,0

1 Cinco pacientes evadiram-se do local antes do exame oftalmológico

5 Discussão

5.1 CONCEPÇÕES E PRÁTICAS LEIGAS DE TRATAMENTOS OCULARES POR PACIENTES DE PRONTO-SOCORRO. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

O indivíduo quando fica enfermo, normalmente segue uma “hierarquia no uso de recursos”, que vão desde a automedicação, procura por auxílio médico e consulta com curandeiro (Kleinman, 1980).

Geralmente a primeira conduta a um agravo ocular é a automedicação, que é um hábito cultural. O auto tratamento baseia-se em crenças leigas sobre a estrutura e o funcionamento do corpo e sobre a origem e a natureza das doenças. Kleinman (1980) refere que essa forma de tratamento inclui uma série de substâncias, como remédios industrializados, remédios da tradição popular, além de mudanças na dieta e comportamento baseadas em crenças e superstições.

Neste estudo 40,5% dos pacientes referiram automedicação de remédios ou produtos caseiros, antes de procurar o Pronto Socorro de Oftalmologia do HC (tab. 13, 14 e 16). Desses, 29,4 % usaram produtos caseiros e 11,1% usaram remédios industrializados (tab. 14 e 16). A maioria

dos pacientes que se utilizaram da automedicação, o fizeram por iniciativa própria ou indicação da família (tab. 15 e 16).

A automedicação é um fenômeno freqüente em todo mundo, desde há muito utilizado e cuja ocorrência e distribuição estão naturalmente relacionadas com a organização do sistema de saúde de cada país (Matos, 2005).

Mesmo nos países industrializados, vários medicamentos de uso mais simples e comuns estão disponíveis em farmácias, drogarias e/ou supermercados, e podem ser obtidos sem necessidade de receita médica (Editorial, Rev Assoc Med Bras, 2001).

Nos próprios meios de comunicação de massa, a propaganda de medicamentos é constante e sempre terminam com a fraca advertência: “Não desaparecendo os sintomas, um médico especialista deve ser consultado”[§]. A orientação ao ouvinte é primeiro se tratar com o medicamento em questão e apenas se persistirem os sintomas, é que deverá consultar um médico.

Kara-José et al (1985), analisando os conhecimentos e práticas em saúde ocular da população, constataram que 25,6% faziam uso de automedicação e, entre as justificativas, citava a falta de orientação em saúde e dificuldade em obter assistência médica necessária.

As razões pelas quais as pessoas se automedicam são inúmeras: a propaganda desenfreada e maciça (pressão da indústria farmacêutica) de determinados medicamentos contrasta com as tímidas e ainda incipientes

[§] Relato oral após propaganda nos meios de comunicação em geral.

campanhas que tentam esclarecer os perigos da automedicação, o desespero e a angústia desencadeados por sintomas ou pela possibilidade de se adquirir uma doença; informações sobre medicamentos obtidos na “internet” ou em outros meios de comunicação; a falta de regulamentação e fiscalização daqueles que vendem sem receita médica e a falta de programas educativos sobre os efeitos muitas vezes irreparáveis da automedicação, o nível cultural do paciente e principalmente, a dificuldade e o custo de se conseguir uma opinião médica (Rev Assoc Med Bras, 2001).

Neste estudo, 42,2% dos pacientes relataram não ter “médico de vista” no posto/hospital que costuma freqüentar (tab. 6). Essa dificuldade de se conseguir uma orientação médica pode estimular ainda mais o uso de automedicação.

Nesse estudo, 13,9% usaram remédios sem prescrição ou indicado por médicos para outras situações, reforçando o fato do paciente guardar o colírio/pomada prescrito para um tratamento ocular anterior e por apresentar os mesmos sintomas ou sintomas semelhantes, acaba por se utilizar desse medicamento (tab. 14). A esse respeito Matos (2005) expõe que à medida que os tratamentos dão certo, cria-se o conceito de que **“isto cura aquilo”**, e as pessoas acham que vão aprendendo **“como tratar as doenças”**. Tais tratamentos são freqüentemente reproduzidos para si mesmo em outras situações consideradas semelhantes ou para outras pessoas na mesma situação. Adverte ainda, para o fato do uso crônico do tratamento prescrito, isto é, o paciente prolonga certo tratamento por um tempo indefinido, sem retornar para reavaliação, e por fim, acaba procurando auxílio em um pronto-

socorro com um quadro de reação tóxica ao medicamento. A isto, a autora chama de “**sobrevida da prescrição**”, e reafirma a importância das informações transmitidas pelo médico ao paciente.

Kara-José et al (1985) referiram “ser freqüente o paciente usar colírio que tinha em casa, ou que fez bem para uma comadre ou um filho em determinada ocasião”. Ainda ressaltam que não seria exagero afirmar que parcela razoável da população desconhece que colírios têm as mais diferentes indicações e contra-indicações.

Os efeitos da automedicação de produtos industrializados no organismo do paciente são diversos: efeito acumulativo, quando uma pessoa consome grande quantidade de um determinado remédio por muito tempo, a alta dosagem que pode causar intoxicações e reações adversas, e o risco da baixa dosagem, que acaba dando resistência à bactéria (cepas resistentes) e o medicamento fica sem efeito (Wilson II, 1979; Wannmacher, 2004).

O problema da resistência microbiana não vai ser contornado pelo contínuo desenvolvimento de novos fármacos, mas pela urgente preocupação com a imediata redução do uso desnecessário e inapropriado dos antibióticos (Carmeli et al, 1998).

Ainda, o uso de corticóides tópicos pode acarretar complicações como aumento da replicação viral, infecção secundária por bactéria ou fungo; glaucoma e catarata (Lira et al, 1999).

A principal queixa referida pelos pacientes neste estudo, foi **olho vermelho** (65,2%) (tab. 7). A síndrome do olho vermelho inclui amplo diagnóstico diferencial, englobando conjuntivite, uveíte, úlcera de córnea,

glaucoma agudo, hemorragia sub conjuntival e trauma os quais requerem condutas individualizadas (Kara-José e Avakian, 2001), e muitas vezes o uso de colírios considerados “fracos” como lágrimas artificiais ou vasos constritores, levam a postergar tratamento adequado de uma doença mais séria (Bechara e Kara-José, 1985). Ressalta-se que todo colírio e/ou pomada abertos por mais de 30 dias devem ser desprezados para evitar o perigo de contaminação ou perda de efeito terapêutico, e todo medicamento usado para conjuntivite infecciosa deve ser desprezado logo após o tratamento, mesmo que o prazo de validade do produto ainda esteja em vigor (Chagas e Kara-José, 2000).

As condições de manuseio e conservação de frascos de produtos de uso tópico oftálmico e suas tampas exigem conhecimentos específicos. As bordas e principalmente as tampas de frascos servem como reservatórios e fontes de microrganismos, podendo ocasionar contaminação das soluções (Hovding e Sjursen, 1982 e Kara-José et al, 2007).

Ainda entre as indicações para uso de remédio antes de procurar o PS do HC, 4,8% referiram ser por um farmacêutico (tab. 15). Kara-José et al (1985) mencionaram que 27,1% dos pacientes procuraram a farmácia para tratamento de conjuntivite, e entre eles 13,6% de nível de instrução superior.

Em 1981, Kara-José et al reafirmaram haver venda de colírio em balcão sem receita médica em 77,0% das farmácias e Lira et al (1999) encontraram 86,0% das farmácias vendendo colírios sem receitas médicas e entregando a domicílio após pedido por telefone. Aparentemente essa conduta não só se manteve como vem aumentando.

As farmácias são fontes de rápidas consultas, orientando a população na cura de seus males, porém quem orienta, geralmente, são inexperientes atendentes que vendem o medicamento de acordo com interesses comerciais (Kara-José et al, 1993).

Na farmácia, o indivíduo: escolhe o medicamento que acredita ser o melhor para ele, tem um consultor a disposição que pode orientar na escolha do medicamento mais adequado, é rapidamente atendido, pode optar por produtos considerados mais naturais, como os fitoterápicos, sente-se reconfortado em possuir um medicamento que poderá resolver seu problema sem ter que gastar tempo e dinheiro com consulta médica e exames.

Na procura pela cura dos problemas oculares, também está a automedicação com remédios considerados “caseiros”.

Nesse estudo 29,4% dos pacientes relataram ter usado algum produto caseiro nos olhos antes de procurar o Pronto Socorro de Oftalmologia do HC-FMUSP, demonstrando que o setor informal também se faz presente em pacientes de pronto-socorro (tab. 16).

Destaca-se que mesmo os pacientes com diagnóstico de trauma (urgência verdadeira) utilizaram-se de produtos caseiros ou medicações que tinham em casa, antes de procurar o PS de oftalmologia do HC-FMUSP (tab. 31). Nesse sentido Noia et al (2000) relataram o hábito do paciente de lavar os olhos com leite, óleo, água de torneira, soro fisiológico e água boricada após trauma químico.

Outras queixas oculares que estiveram associadas a automedicação de produtos caseiros e remédios que tinham em casa, foram: sensação de

cisco no olho ($p = 0,001$), lacrimejamento ($p = 0,003$), caiu produto nos olhos ($p = 0,02$), coceira ($p = 0,02$) olhos vermelhos ($p = 0,03$) (tab. 30).

Desde sempre o homem recorreu ao autotratamento de suas doenças, quer apelando ao sobrenatural, quer as técnicas naturais, ou ainda recorrendo a determinadas substâncias, entre elas, as plantas silvestres (Teixeira, 1996).

Antes de procurar o PS do HC, 1,8% dos pacientes se utilizaram de chás com ervas (compressas e/ou lavagens) (tab. 16). Ressalta-se que as plantas medicinais têm lugar destacado no "folclore" brasileiro (Rev Assoc Med Bras, 2001).

O uso de ervas medicinais e outros produtos naturais é uma prática secular baseada no conhecimento popular e transmitida oralmente, na maior parte das situações. É difícil encontrar alguém que não tenha tomado o "chazinho" receitado pela avó; uma "receita milagrosa" de uma tia distante (Carvalho, 2003). Quem não curou a cólica infantil com camomila ou erva-doce; mal estar com chá de folhas de boldo, cenoura para melhorar a visão; limão para clarear os olhos; compressas de água boricada nos edemas palpebrais e leite materno para conjuntivites no recém-nascido (Kara-José e Oliveira, 1997) sem qualquer receita médica.

Santos et al (1995), pesquisando a crença de professores do ensino elementar em relação ao tratamento com "remédios" caseiros, concluíram que 65,7% acreditavam que esses produtos podem tratar qualquer doença e 34,3% crêem que podem tratar algumas doenças, além de que 51,4% sabiam indicar quais as ervas medicinais que deveriam ser usadas para as

respectivas doenças. Os ensinamentos dos professores de curso elementar influenciam na adoção de habilidades e condutas dos alunos e no caso, serve para perpetuar esses conceitos populares.

Sabe-se que o uso de plantas e ervas sob a forma de chás, xaropes, óleos, infusões, ungüentos, é difundido em nosso meio (embora pouco se pesquise a respeito, nas várias regiões do país), mas é limitado o conhecimento acerca dos princípios ativos contidos em plantas medicinais.

Annichino et al (1986), avaliando o conhecimento e uso de plantas e ervas medicinais pela população, concluíram que 95,2% conheciam e usavam as plantas medicinais.

Ao longo da história da Medicina, registrou-se a incorporação do emprego de fitoterapia para a cura de doenças, como por exemplo, a pilocarpina, um alcalóide extraído das folhas da planta *Pilocarpus Pennatifolius*, uma espécie vegetal disponível somente no Brasil. Uma das maneiras de se utilizar a pilocarpina é na formulação de gotas oculares para o tratamento do glaucoma, que durante anos, foi praticamente a única forma usada para tratar a doença (Pinheiro, 2002).

Mas se de um lado a fitoterapia vem contribuindo com o tratamento de doenças oculares, sabe-se que o hábito de lavar os olhos com produtos vegetais pode acarretar danos oculares irreversíveis, como por exemplo, as úlceras por fungos (Vieira e Belfort Jr, 1997).

Heranças de uma medicina ancestral fazem com que os brasileiros mantenham incorporados em seu patrimônio cultural, procedimentos que lembram aqueles adotados por nossos antepassados mais próximos e com

os quais convivemos e aprendemos. Na sucessão das gerações tais procedimentos vão sendo repetidos ao mesmo tempo em que vão se adequando às realidades com as quais vão convivendo (Camargo, 2001).

Neste estudo, além das compressas e lavagens oculares com ervas, os pacientes também se utilizaram do uso de água nos olhos (3,2% dos pacientes fizeram uso de água de torneira; de poço; com sal; com açúcar) e 0,2% dos pacientes usaram água benta (tab. 16).

O uso de água de torneira (com sal ou açúcar) para lavagem ocular é um hábito cultural brasileiro, que pode acarretar infecção ocular. Aqueles que fazem uso desse tipo de produto podem estar expostos à contaminação por fungos, bactérias e parasitas. Uma das infecções corneanas mais temidas é a causada pela *Acanthamoeba*, uma ameba de vida livre cuja infecção ocorre com mais frequência após trauma corneano, exposição à água de torneira e poeira contaminadas e uso de lentes de contato (Freitas e Belfort Jr, 1997; Dantas e Dantas, 1999).

Neste estudo, foi referido o uso de água boricada, por 15,7% dos pacientes e soro fisiológico, por 10,5% (tab. 16). O uso desses produtos também se mostrou presente em situações de agravo ocular agudo. Porém, não foram indicados por oftalmologistas, demonstrando a conscientização da classe oftalmológica, em relação a prescrição desses produtos (tab 16).

O uso de água boricada, soro fisiológico e xampu, mencionados neste estudo, embora sejam produtos industrializados, foram considerados pelos pacientes como produtos caseiros. Este fato vem estimular ainda mais essa

conduta, uma vez que a população os considera como “naturais” (“sem química”, caseiros).

Para uso oftalmológico, o ácido bórico é apresentado em concentrações de até 5% em produtos vendidos sem prescrição médica. Questiona-se o uso tópico de ácido bórico com efetividade fungicida e anti-séptica ocular em concentrações até 5% (Houlsby et al, 1998).

Kara-José et al (2007) concluíram que os frascos de água boricada eram manipulados de maneira inadequada, apresentando contaminação além de muitos pacientes usarem o produto aberto por longo período, para diferentes condições oculares e diversas pessoas compartilhando o mesmo frasco.

O uso de soro fisiológico para lavagem ocular, também tem contra indicação, apesar de ser considerado pela população como produto neutro. De acordo com Coral-Ghanem (1998), os frascos para uso ocular devem ser pequenos, de preferência flaconetes e desprezados após o uso, pois a demora no consumo propicia a proliferação de microorganismos.

Outra conduta encontrada foi o uso de leite materno para tratamento ocular (1,4%) (tab. 16). Geralmente o uso de leite materno nos olhos está relacionado ao tratamento para conjuntivites. Culturalmente aceito pela população como medicação natural, o leite materno é usado nos olhos e muitas vezes recomendado por pediatras quando o bebê está com conjuntivite.**

** No ano de 2004, o programa “Fantástico” da Rede de Televisão Globo, apresentou matéria no qual uma pediatra ensinava e incentivava as mães a usarem leite materno para tratamento de conjuntivites no bebê.

Porém o seu uso é desaconselhado pelos oftalmologistas e pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia, “uma vez que algumas conjuntivites são muito perigosas e, se não tratadas precocemente, podem levar a cegueira, como, por exemplo, a conjuntivite da gonorréia” (CBO, 2007).

Ressalta-se que, neste estudo, 40,5% dos pacientes tinham como primeira conduta, antes de vir para o HC, automedicação com produtos caseiros, com remédios que tinham em casa usados para tratamentos anteriores e com remédios sem prescrição médica.

A conduta de usar remédios disponíveis em casa, consultar o “farmacêutico” ou usar produtos caseiros antes de procurar o PS do HC, foi evidenciada tanto nos homens como nas mulheres, nos diferentes níveis de escolaridade e de diversas regiões de São Paulo (tab. 29). Independente da gravidade da doença, isto é, esses recursos foram usados tanto nos casos de conjuntivites, terçóis (falsas urgências), como nos de traumas (urgências verdadeiras) (tab. 31 e 32). Nesse sentido, Kara José et al (1985) também não encontraram diferenças significativas entre o conhecimento de problemas oculares e níveis educacionais.

Essas práticas podem postergar a procura ao HC, e assim, contribuir para piorar o problema e prognóstico do tratamento.

Annichino et al (1986) encontraram uso de “remédios caseiros” (ervas e plantas) em maior número, na população com nível sócio-educacional mais baixo; e a justificativa para isso foi que as pessoas com nível sócio-educacional altos preferem produtos industrializados, pois têm facilidade ao

acesso à medicina alopata. Por outro lado, Grandi et al (1989) encontraram o inverso, isto é, o uso de “remédios caseiros” em maior número nas classes sócio-educacionais mais elevadas.

Esses resultados podem indicar mudanças culturais e/ou diferenças regionais. Também podem demonstrar perda aquisitiva da população que acaba recorrendo aos produtos caseiros, embora tenham níveis sócio-educacionais mais elevados.

Outra prática encontrada em 16,1% dos casos foi a procura de auxílio religioso para tratar os agravos oculares antes de procurar o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP. O recurso religioso mais freqüentemente utilizado foi orar em casa (14,4% dos pacientes) (tab. 17).

Observa-se que muitas pessoas atribuem a Deus o aparecimento ou a resolução dos problemas de saúde que as acometem e recorrem freqüentemente a Ele como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentá-los (Pargament, 1990).

Branquinho (1999) ressalta que a crença cultural na cura através do uso de remédios caseiros (ervas medicinais) está intimamente ligada à fé que Deus vai resolver. Assim, para o paciente que faz uso de remédios caseiros, ter fé em Deus e orar recorrendo a Ele, e a crença em ser merecedor da cura, são complementos fundamentais para obtenção do sucesso no tratamento. Ressalta-se que o povo brasileiro é conhecido como um povo que reza, ora e tem muita fé.

Botelho (1991) faz alusão a um Deus que tem poder na saúde e na doença dos homens. Encontra-se, freqüentemente, em relatos de pacientes:

Deus quis assim ou *Se Deus quiser ficarei bom*. O autor salienta que nesse ponto a religião interfere negativamente nos tratamentos, uma vez que muitos deixam de seguir as orientações médicas por que a cura está nas mãos de Deus e não dos médicos. Kara-Jr et al (2001), em pesquisa sobre a expectativa do resultado da cirurgia de catarata, encontraram três vezes mais mulheres acreditando que o sucesso da cirurgia dependia apenas da vontade de Deus.

Oliveira et al (2005) ressaltaram que mesmo em pacientes cegos por catarata, com encaminhamento cirúrgico para o HC, 8,2% dos pacientes não se submeteram à cirurgia por crenças religiosas (a religião não permitia).

Temporini et al (2002) verificaram que 39,3% dos pacientes acreditavam que a ocorrência de catarata era por desejo divino. Dos 14,9% que não se mostravam seguros quanto à capacidade da cirurgia de catarata em restaurar a visão, 47,4% acreditavam que a cura dependia apenas da vontade de Deus.

Mas, se por um lado temos a influência negativa da religião, por outro temos a positiva. Pargament e Park (1995) referem que a religião tem diversas funções, tais como, alívio, conforto e consolo. Conceitos religiosos fornecem ao paciente mais tranquilidade para expor seus problemas e serenidade para se entregarem a procedimentos cirúrgicos (Oliveira, 2004).

Pesquisadores da Universidade Duke (EUA) constataram que, no grupo das pessoas que rezavam diariamente e freqüentavam cultos pelo menos uma vez por semana, o número de indivíduos com níveis perigosos

de pressão arterial foi 40,0% inferior ao registrado no grupo que praticava hábitos religiosos com menor frequência (Oliveira, 2004).

Lower (2003), analisando a qualidade de vida de pacientes que se submeteram a cirurgia de catarata, constatou que a religiosidade foi bastante percebida como elemento de ajuda, tanto para o problema visual, como para os problemas de vida.

A religião e os hábitos culturais; a automedicação, o uso de produtos caseiros e medicação que tinha em casa, fazem parte do dia a dia dos pacientes, inclusive pacientes de Pronto-Socorro, como constatado nesse estudo. Ressalta-se que, nessa amostra, nenhum paciente recorreu à medicina alternativa (homeopatia, acupuntura e outras), indicando provavelmente que para casos de urgência em oftalmologia, esse sistema de saúde não é comumente utilizado.

O comportamento do indivíduo em diferentes situações representará o que lhe é culturalmente aceito. Por exemplo, no caso de conjuntivite, usar leite materno nos olhos é um comportamento culturalmente aceito; isto é, o modo de agir, sentir e pensar de um povo refletido em um ato.

Piovesan (1970) salienta que a explicação da forma das pessoas reagirem a certos indicativos de saúde, mesmo as manifestações mais graves, não é por “aparente ignorância”, mas pelas diferenças de percepções. As percepções são condicionadas pelas culturas e sub-culturas e vão influenciar a conduta do indivíduo para resolver seus problemas de saúde. O autor ainda ressalta que impõem-se conhecer a cultura das sociedades ou segmentos sociais com que trabalhamos, para

compreendermos a conduta dos indivíduos em relação a saúde e a doença, bem como para nelas podermos influir, modificando-as.

Uma vez que a população tem percepções e condutas diferentes dos profissionais de saúde, e estas são mais expressivas quando ele interage com indivíduos de camadas sócio-econômicas e educacionais inferiores, recomenda-se que antes de educar o público, deve-se aprender com ele sobre o seu modo de agir, sentir e pensar. Com o tempo, à medida que for melhorando o nível de educação em saúde da população, a política de mudança da conduta deverá ser paulatinamente reformulada, para ser colocada em bases mais consistentes com os objetivos científicos (Piovesan, 1970).

Wernwe (1989) refere que a equipe de saúde deve respeitar as tradições culturais; trabalhar junto com a rezadeira, o curandeiro e a parteira tradicional e não contra eles: “Aprenda com eles e permita que eles aprendam com você”. O autor ainda salienta que deve-se conhecer bem a comunidade a qual você trabalha; verificando seus hábitos e o que trazem saúde ou doença e dano.

Candeias e Marcondes (1979) observam que educação em saúde é um processo complexo, que envolve Conhecimento (o que se sabe), Atitude (o que se acha) e Prática (o que se faz), C.A.P. O ideal é que o CAP seja positivo, isto é, o indivíduo tem o conhecimento, acredita que é certo agir daquela maneira e age corretamente. Assim, a população consegue alcançar melhores níveis de saúde. O CAP negativo representa os problemas de saúde que poderiam ser eliminados e as situações negativas

do ambiente em que o mesmo se encontra. Ressalta-se que educação em saúde engloba não só saber o certo; tentar fazer o certo, mas também, controlar as circunstâncias (situações) negativas que acarretam uma prática errada. Essas circunstâncias envolvem normas sociais; situação econômica; valores culturais, sub-culturais e outros. O indivíduo pode modificar seu comportamento na presença ou ausência de determinados “apoios estruturais” ou reforços. Rocha (1969) já mencionava que para prevenir a cegueira é necessário educar o povo e sanear o País; em outras palavras: “alfabetizar o povo, alimenta-lo, instruí-lo, erradicar as endemias, oferecer-lhe médicos e medicamentos”. O autor reforça ainda a necessidade de uma equipe médica trabalhar ao lado do oftalmologista na educação da população na prevenção a cegueira.

A educação em saúde é responsabilidade de todos, principalmente dos profissionais atuantes na área de saúde. Essas informações são vitais para os gestores de recursos, que necessitam cada vez mais de evidências que englobem o ponto de vista do paciente e para os prestadores de serviço, que ampliam a sua visão da doença e dos efeitos das ações em saúde.

A educação da população é necessária para que o indivíduo, frente a um agravo ocular, não tome medidas que possam acarretar danos irreversíveis ao olho; como adoção do uso de automedicação, tanto de produtos caseiros como industrializados, indicados por leigos, balconistas de farmácia, ou utilizados em alterações oculares anteriores. Salienta-se também a importância do paciente não retardar a procura por tratamento médico, caso tenha sintomas oculares considerados urgentes.

5.2 PRONTO-SOCORRO DE OFTALMOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO: UM HOSPITAL TERCIÁRIO ATENDENDO NÍVEL PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, prima pela qualidade da assistência prestada; a formação de bons profissionais; a reprodução, organização e difusão de conhecimentos; a contribuição com o avanço das ciências de saúde, sem olvidar o aspecto humanístico (Martins et al, 2006). O HC e a Faculdade de Medicina da USP atuam de forma integrada e indissociável, constituindo o sistema HC-FMUSP.

Competência e confiança no HC-FMUSP foi o motivo alegado por 49,0% dos pacientes em relação à razão para procurar essa instituição (tab 6).

A credibilidade e confiança na instituição, a capacidade de solucionar os problemas de saúde e a satisfação com o atendimento do PS do HC-FMUSP já haviam sido citados como fatores determinantes na decisão de se procurar o PS do HC – FMUSP, por Martins et al, 2006.

Nessa pesquisa, 10,6% dos pacientes alegaram como motivo da procura do PS do HC-FMUSP, estarem fazendo ou terem feito tratamento nesta instituição (tab 6). A experiência anterior com o serviço e as informações que dele dispõem, influenciam a forma como as pessoas percebem as dificuldades/facilidades para obterem os serviços de saúde de

que necessitam e, portanto, o acesso aos mesmos (Travassos e Martins, 2004).

O HC FMUSP é inserido no SUS como um Hospital Universitário Terciário, interagindo com a rede de serviços públicos e privados, sendo hospital de referência, para o atendimento de doenças graves compatíveis com a complexidade de seus recursos tecnológicos e com a competência e a especialização de seu corpo profissional e funcional (Martins et al, 2006). Isto é, originalmente, o atendimento médico do Hospital das Clínicas dedica-se aos casos de alta complexidade, casos estes, que não teriam condições de serem bem atendidos em rede de atenção primária e secundária de saúde (P.CoBi nº 004/2004).

Segundo a política brasileira, as UBS, o Programa de Saúde da Família e suas equipes de Agentes Comunitários de Saúde, devem estar estruturados e capacitados para o enfrentamento das urgências de menor complexidade, além de poder dar o primeiro atendimento ou suporte de vida a casos graves (Ministério da Saúde, 2003).

A Rede de Atenção Especializada (nível terciário) deve responsabilizar-se pelos pacientes em acompanhamento especializado, dando-lhes retaguarda qualificada em quadros de agudização, bem como acolher prontamente para investigação e/ou seguimento os pacientes que sejam atendidos em serviços de urgência (Ministério da Saúde, 2003).

Contudo, de acordo com os oftalmologistas que socorreram os pacientes do PS de Oftalmologia do HC-FMUSP, 83,2% dos atendimentos poderiam ter sido realizados em serviços de menor complexidade e apenas

uma minoria, necessitava de um complexo hospitalar como o HC-FMUSP para tratamento (tab. 19).

Kara -Junior et al (2001), em estudo com pacientes do Serviço de Emergência Oftalmológica da UNICAMP, encontraram índices semelhantes, referindo que 87,5% poderiam ter seu problema ocular resolvido em outros níveis de atenção, que não o terciário.

Nesse estudo, 55,2% dos pacientes apresentavam diagnóstico de inflamação/ infecção, vindo a seguir trauma com 19,1% (tab. 20 e fig. 1). A conjuntivite viral foi o diagnóstico mais freqüente entre os pacientes deste estudo (24,6%); seguida de meibomite, hordéolo e calázio que representaram 6,4%; corpo estranho de córnea 7,5%, trauma contuso 5,1% e erros de refração 3,3% (tab. 21). Não foram observadas diferenças quanto a distribuição do diagnóstico dos pacientes segundo os dias da semana, em todos os dias da semana, o quadro inflamatório/infecção representaram a maior parte dos diagnósticos (fig. 2).

Outras pesquisas encontraram diagnósticos semelhantes nos serviços de emergência, isto é, conjuntivite como sendo a principal causa de procura por um Pronto-Socorro (Jones et al, 1986; Schellini et al, 1991; Nash e Margo, 1998; Adam Netto et al, 2002; Sugano et al, 2004).

Alguns autores relacionam o aumento de casos de conjuntivite no PS, com épocas do ano. Apresentações sazonais e epidêmicas da conjuntivite podem corresponder às alterações do clima e da temperatura e ao uso mais freqüente de piscinas. Nesse estudo, realizado no mês de abril, o diagnóstico de conjuntivite foi prevalente. Sugano et al (2004), referiram

maior frequência de diagnósticos de conjuntivites, nos meses quentes, de outubro a março. Schellini et al (1991) encontraram maior incidência de conjuntivites nos meses de outono/inverno, associado ao amplo diagnóstico de doenças de vias aéreas superiores nesta época.

Sabe-se que conjuntivites e inflamações palpebrais teriam condições de serem atendidos em rede de atenção primária ou secundária de saúde, não representando urgência verdadeira.

As instituições capacitadas para o enfrentamento das urgências de menor complexidade e Unidades Básicas de Saúde poderiam também atender outros casos recebidos no PS de Oftalmologia do HC da FMUSP, como: - vícios de refração não corrigidos (3,3%), pós-operatório (2,0%), ceratocones não agudos (0,5%), hiposfagma (1,8%), baixa visão por catarata (2,9%) (tab. 21).

Destaca-se que alguns processos de agudização necessitam de atendimento de urgência terciário, como é o caso de glaucoma agudo, ceratocone agudo e outros, mas que não foram encontrados nesse estudo, o que não ocorreria se a amostra fosse maior.

Edwards (1987) encontrou 21,7% dos casos atendidos em setor de emergência oftalmológica, como sendo conjuntivites e inflamações, classificando de “não urgências”.

Nash e Margo (1998) relataram que em 1996, nos Estados Unidos da América (EUA), houve 90,3 milhões de visitas nos setores de emergência, dessas, 40,0% a 55,0% não eram urgências.

A indagação que se coloca na atual conjuntura consiste em questionar a razão das pessoas procurarem os P S de Oftalmologia de hospitais terciários para tratamento, se poderiam ter seu problema oftalmológico resolvido em UBS ou hospitais secundários?

Helman (2003) salienta que na maior parte dos países, a principal estrutura institucional da medicina científica é o hospital, com sua ênfase na tecnologia do diagnóstico e no tratamento de doenças graves. Para Konner (1993), o hospital é o “templo da ciência”, por isso que é muito procurado.

Sabe-se que culturalmente a procura por um hospital é maior que a de outros serviços de atendimento porque, neste tipo de estabelecimento, tudo se resolve de imediato. Cohn et al (1991) registraram o hospital como preferência dos pacientes pelo atendimento, por ser mais completo (recursos a mão e pronto atendimento). Esse fato cultural, aliado a capacidade de solucionar os problemas de saúde e confiança na instituição, são pontos determinantes para a procura ao PS do HC-FMUSP. Ressalta-se que alguns serviços são mais procurados em detrimento a outros, por serem hospitais mais reconhecidos, funcionando dia e noite e apresentarem grande incorporação tecnológica e humana, dispondo de médico e pessoal de enfermagem especializado.

Mendes (2003), analisando a demanda de um serviço de urgência em um hospital terciário, apontou como motivos mais citados para procura do serviço: pouca resolutividade dos níveis primário e secundário e seus aspectos intrínsecos (demora e mau-atendimento); necessidade de encaminhamento para realização de exames específicos e falta de confiança

nos serviços. Para exemplificar melhor o quadro, Mendes (2003), transcreve os discursos dos entrevistados falando da busca do serviço de urgência da UNESP devido ao mau atendimento na UBS: ... “ele só pergunta e já passa a receita, não examina” ou falta de resolutividade... “trocou o remédio, não deu certo”;.... “só vão marcar a consulta depois de 40 dias” e também a falta de recursos... “precisa de exame de Raio X e especialista”.

A questão da resolutividade nos outros níveis de atendimento é um importante fator de sobrecarga dos P S dos hospitais de nível terciário, uma vez que, se a rede de atendimento básico e secundário não funciona, a população espontaneamente procura um atendimento no qual ela acredita que terá resolução, isto é, hospitais terciários (Santos, 2002). Nesse sentido, Cohn et al (1991) referem que parte significativa das UBS não dispõem nem de condições adequadas para o seu funcionamento nem de recursos humanos suficientes para desenvolver uma programação de atendimento, que contemple as necessidades de atos médicos previstos, o que se traduz numa baixa capacidade resolutiva e em distorções nas condições de atendimento.

Neste estudo, 34,1% referiram ter procurado outros serviços antes de comparecer ao PS de Oftalmologia do HC-FMUSP; desses, 11,5% procuraram dois a três serviços. Dos pacientes que procuraram outro serviço, 48,9 % referiram que “suas vistas ficaram iguais”; 39,6% referiram piora do quadro após tratamento e somente 8,5% referiram melhora, mas mesmo assim foram ao P S do HC, talvez para conferir se o tratamento prescrito estava correto (tab. 12). As instituições procuradas podem ter sido,

tanto de nível primário, secundário, como também outros hospitais terciários nos quais não houve um atendimento resoluto.

Destaca-se ainda que muitos pacientes são encaminhados para o P S de Oftalmologia desnecessariamente. Mendes (2003) encontrou como causa de encaminhamento desnecessário feito por médicos para o Serviço de Emergência de um hospital terciário, o fato de ser mais fácil encaminhar, do que tratar o paciente no próprio local, o que exigiria retornos e cuidados extras; além de que muitos médicos não conseguindo fazer o diagnóstico, acabam por encaminhar para o hospital terciário.

Kara-Jr et al (2001) sugerem a necessidade de melhor preparação do médico que atende em nível primário e secundário, visando participação mais resolutiva nos casos de urgência ocular.

Nesse estudo, 10,0 % dos pacientes encaminhados por outro médico ou serviços de saúde, não apresentavam alterações oculares e 13,6% apresentavam diagnóstico de doença degenerativa (tab. 27).

Observou-se também, que tanto as urgências verdadeiras como as não verdadeiras, foram encaminhadas, isto é, o sistema de referência não selecionou os casos que precisavam vir ao HC (tab. 27).

Ressalta-se que o ensino de oftalmologia na graduação é a única oportunidade de difundir entre os estudantes, noções básicas de oftalmologia relevantes para a correta formação médica e de sua atuação na prevenção da cegueira (Azevedo e Melo, 1978).

Ginguerre et al (1998), avaliando o conhecimento de Oftalmologia entre alunos do último ano do curso de graduação em Medicina, reconheceu

falhas na detecção de doenças oftalmológicas comuns, conhecimentos insuficientes, além da existência de mitos e crendices populares sobre saúde ocular em proporção acentuada. Os autores concluem da necessidade urgente de reformulação do curso de Oftalmologia no currículo de Medicina.

Espíndola et al (2006), avaliando o conhecimento básico sobre urgências oftalmológicas entre plantonistas não oftalmologistas que realizaram atendimento primário, apontaram para necessidade de melhoria no conhecimento divulgado nas Faculdades de Medicina e Residência Médica, sobre conceitos básicos em urgência ocular.

Sperandio (1999) recomenda que se realizem treinamentos e educação continuada na área de saúde ocular, durante e após a formação universitária de todos os profissionais que trabalham no setor de saúde e esta idéia deveria integrar as propostas de ação básica de saúde.

Somente com um conhecimento oftalmológico adequado obtido em nível de graduação, é que se pode contar com médicos capazes de orientar o paciente acertadamente logo no primeiro contato, ou encaminhá-lo quando realmente necessário. Esse problema parece ser universal e de difícil resolução como destacado por Edwards (1987), em pesquisa realizada em Canterbury, Inglaterra, sugeriu que médicos não oftalmologistas bem preparados, eram capazes de resolver 69,0% dos casos de urgência ocular.

Starfield (2002) apresentou dados que comprovam a importância do aumento na formação de médicos generalistas em detrimento de especialistas: “Quanto maior o número de médicos especialistas de um país,

pior seus resultados no âmbito global. O ideal é que haja uma triagem feita por médicos generalistas”.

Outra distorção que contribui para a superlotação é o encaminhamento desnecessário dos serviços municipais, pois muitas prefeituras acabam preferindo comprar ambulâncias para levar os pacientes nos hospitais universitários mais próximos, do que aplicar recursos em seu próprio atendimento, por não ter capacidade e/ou vontade de atender (Amato Neto e Pasternak, 2007).

O direcionamento da demanda para um atendimento em PS terciário seria atribuição das unidades básicas e secundárias de saúde. Porém, a população se desloca livremente (demanda espontânea) que neste estudo atingiu a impressionante proporção de 88,5% dos atendimentos (tab. 27). Teoricamente, um PS de um hospital terciário deveria atender em sua maioria, pacientes referenciados com quadro de difícil diagnóstico e tratamento.

Um dos motivos que justifica o número elevado de demanda espontânea no atendimento do PS de Oftalmologia do HC-FMUSP é a carência de atendimento em oftalmologia nos níveis primário e secundário, constatados nesse estudo por 42,2% dos pacientes que referiram não ter oftalmologista nos serviços médicos que costumam freqüentar (tab. 6) apesar de que 92,9% dos pacientes afirmaram existir algum serviço de saúde próximo às suas residências (tab. 5). O tipo de serviço mais freqüentemente citado como próximo foi a UBS (86,9%), seguido de Pronto-Socorro Público (41,0%) e Hospital Público (19,4%) (tab. 5). Nota-se que

somente 28,9% dos pacientes moravam nas subprefeituras adjacentes ao HC-FMUSP (tab. 4).

Mendes e Caldas Júnior (2001) mostraram que os serviços de saúde do município de Botucatu estão atendendo uma demanda espontânea de modo desarticulado e descontinuado, precariamente hierarquizado, recaindo sobre os serviços de maior complexidade a responsabilidade compensatória das deficiências de recursos humanos e materiais, dos demais. Layaun et al (1992), analisando o perfil da demanda de um serviço de emergência de hospital universitário, concluíram que a rede pública, não oferecendo condições humanas e materiais de suprir a demanda, acabam por dirigir os pacientes aos serviços de plantão permanente.

Em pesquisa realizada com pacientes de Pronto-Socorro Municipal e UBS em São José dos Campos - São Paulo, constatou-se que os principais problemas na área da saúde estavam relacionados à demora no atendimento, falta de medicamentos e de profissionais; 63,0% dos usuários entrevistados mencionaram que a consulta com especialista demorava em média de um mês a um ano. Para marcação de consulta com oftalmologista na UBS os usuários passavam mais de dez horas na fila (Jornal Vale Paraibano, 1997).

Em UBS de Jacareí-São Paulo, no ano 2000, as consultas oftalmológicas ocorriam uma vez ao mês e a espera para conseguir uma consulta era de nove meses; 85,0% dos pacientes que procuravam oftalmologista eram de outras regiões onde não havia consulta com esse especialista (Jornal Vale Paraibano, 2000).

“O grande problema é a ineficiência na base, pois nossas UBS não estão satisfatoriamente equipadas nem possuem pessoal treinado. O povo não é tolo; procura diretamente os hospitais universitários, o que os deixa muito sobrecarregados. Maldade, mas a competência é penalizada” (Amato Neto e Pasternak, 2007).

Porém, o problema da falta de consulta oftalmológica pode ser solucionado, a exemplo do que ocorre em São João da Boa Vista, em que praticamente não existe demanda reprimida (Covolo, 2003).

Cecílio (1997) referiu que a rede básica de serviços de saúde, não têm conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde. A “porta de entrada” continua sendo o serviço de PS e os ambulatorios dos hospitais públicos ou privados. Atesta isto, o fato dos atendimentos hospitalares serem expressivamente maiores do que o atendimento total feito nas unidades básicas de saúde, na maioria dos municípios nos quais existia a alternativa de acesso ao hospital.

Encontramos 3,3% de pacientes que necessitavam de óculos para corrigir seus erros de refração e por isso se encaminharam para o PS (tab. 21). As UBS poderiam atender esses pacientes, desde que estivessem com aparelhagem e oftalmologistas em número suficiente, pois prescrição de óculos é um procedimento básico em oftalmologia.

Mendes (2003), destacou que

O nível primário tem uma quantidade de atendimento pré fixada, que se traduz no número de consultas, que são tantas consultas por profissionais contratados. E o acesso é de demanda espontânea. Tem uma capacidade pequena de casos extras, praticamente dois a três casos extras por profissional, o que significa que tem uma demanda reprimida muito grande; então a pessoa sabe que não adianta insistir e procura imediatamente a porta aberta de pronto-socorro.

Não podemos deixar de ressaltar que as unidades de urgência apresentam uma enorme complacência, isto é, não restringem a entrada dos pacientes, garantindo o atendimento médico-hospitalar de todos, 24 horas por dia. Apesar disso, nesse estudo houve maior procura por atendimento no período matutino (44,9%), e na terça, quarta e quinta-feira (19,8% e 16,2%) (tab 2).

Araujo et al (2002), encontraram também maior atendimento em PS durante os dias úteis (62,5% de todo atendimento).

O fato do PS do HC - FMUSP ter adquirido uma característica de ambulatório, uma vez que a procura por atendimento deu-se nos dias úteis e em horário comercial, isto é, das 6:00hs às 17:59hs (tab.2), poderia estar relacionada ao diagnóstico. Com exceção da madrugada, os quadros inflamatórios representaram os diagnósticos mais freqüentes em todos os períodos e dias da semana (fig. 3). Portadores de conjuntivites virais meibomite e hordéolo/calázio, conjuntivites alérgicas (tab.21), normalmente não sentem necessidade de procurar ajuda de madrugada e nem durante o fim de semana.

Para Martins et al (2006), na visão do paciente, o PS não seria apenas uma unidade para atendimento de emergência, mas sim um local para “pronto-atendimento”, sem qualquer conotação relativa à pretensa gravidade do caso.

O acesso a serviços estruturados e bem distribuídos é a base que sustenta a concepção da hierarquização da demanda pelos serviços de saúde, condição *sine qua non* para a regionalização e descentralização que

a Constituição impõe, o que apesar da lei, não ocorre na realidade (Cohn et al, 1991).

Um serviço secundário bem estruturado e de fácil acesso é o de Divinolândia, resolve 97,5% de todos os casos que recebe (Rocha et al, 1996).

Compreender a lógica do usuário para escolha dos serviços de emergência em condições não emergenciais, representa questão desafiadora e relevante (Martins et al, 2006).

A finalidade básica de um Pronto-Socorro é prestar atendimento aos casos que possam ter agravo pela demora. Supõe-se assim, que a clientela que o procura, apresente um quadro agudo que necessite rápida intervenção, pois os riscos de uma espera no atendimento acarretariam falência do órgão, com danos irreversíveis, e/ou a própria morte. Isso só é possível numa sociedade em que as pessoas tenham condições de discernir os casos necessitados de Pronto-Socorro e que tenham acesso a Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Neste estudo, 47,3% dos pacientes demoraram a procurar o Pronto Socorro, porque acharam que não apresentavam condições que necessitassem de atenção urgente; 20,1% demoraram por falta de tempo e 27,4% por que procuraram outros serviços prévios a vinda ao HC (tab. 8 e 9).

Freqüentemente, ocorre um descompasso entre as expectativas dos especialistas no que se refere ao atendimento de urgência e as percepções

dos pacientes. “O conceito de emergência difere segundo a lógica de quem a percebe” (Martins et al, 2006).

Existe também divergência na concepção de urgência entre o plantonista do PS e os estudiosos dos casos de urgência. Nessa pesquisa, a opinião dos plantonistas era que 18,1% eram casos de urgência verdadeira e 15,8% necessitavam ser atendidos em hospital terciário (tab. 19) e no conceito estabelecido pelo consultor^{††}, 29,8% eram urgências que necessitavam tratamento em hospital como o HC-FMUSP.

Para os plantonistas desse estudo, 42,4% dos casos não eram urgências (tab. 19); e 20 (3,6%) pacientes, apesar de julgarem necessário procurar um P S oftalmológico, não apresentavam alterações oculares (tab 20).

Para Giglio-Jacquemot (2005), o “povo” não compartilha a mesma concepção técnica, biomédica de urgência que os “profissionais” da área;

a doença do doente não é a do médico; entre as duas existe uma importante distorção: a primeira diz respeito à vivência individual da doença, a percepção de uma perturbação pelo sujeito, à experiência de algo anormal (dor, sofrimento, mal estar), enquanto a segunda refere-se aos estados orgânicos e funcionais e remete a um estado de alteração do organismo objetivamente comprovado.

Cassell (1987) utiliza o termo perturbação (*illness*) para representar “o que o paciente sente quando vai ao médico” e o termo patologia (*disease*) para “o que ele tem ao sair do consultório”. O autor conclui que “a patologia, portanto, é algo que um órgão tem; a perturbação é algo que uma pessoa tem”. A perturbação é a resposta subjetiva do mal-estar, é a maneira como o

^{††} Consultor : Dr Newton Kara José

paciente interpreta a origem e a importância do evento, o efeito desse sobre o seu comportamento e seu relacionamento com outras pessoas e as diversas providências tomadas por ele para remediar a situação.

Esse descompasso manifesto entre as expectativas dos especialistas e dos pacientes leigos é outro motivo que leva a superlotação dos Pronto-Socorros e traduz a existência de um desentendimento profundo que se origina no encontro de percepções diferentes de urgência médica (Giglio-Jacquemot, 2005).

Observou-se nessa pesquisa, que mesmo os pacientes com nível superior de escolaridade demonstraram ter também concepções sobre urgência díspares dos profissionais de saúde, uma vez que a maior proporção de diagnósticos de doença inflamatória / infecção (68,3%) ocorreu nesse nível, indicando que a superlotação do PS de Oftalmologia do HCFMUSP, não depende do grau de instrução (tab. 24). Supunha-se que os pacientes com nível de escolaridade superior, conseguiriam discernir quais acometimentos deveriam ser atendidos em PS e quais em ambulatórios, UBS e consultórios médicos.

Outra fonte de pacientes ao PS refere-se aos pacientes de retorno e pós-operatório. Os oftalmologistas referiram 11,7% dos atendimentos como sendo retornos. Ressalta-se que alguns casos atendidos no PS necessitam ser vistos em poucas horas e geralmente o mais prático ou a única maneira possível de dar acompanhamento, é retornar ao PS, principalmente em atendimentos complexos, como o caso de úlceras de córnea, desepitelização e pós remoção de corpo estranho de córnea (Carvalho e Kara-José, 2007).

Como devolver esse paciente ao sistema SUS? Para onde encaminhar?

Não existindo local disponível para o encaminhamento, esses casos são mantidos no PS. “A prática de agendar retornos num serviço de emergência é realizada no intuito de beneficiar os pacientes necessitados.” (Zenha et al, 1999).

Foram constatados casos de cirurgias realizadas no próprio HC (de rotina ou de emergência) que tiveram seus retornos marcados para o serviço de PS. Esses casos representaram 2,0% dos atendimentos e são considerados encaminhamentos passíveis de discussão (tab. 21).

O PS como um todo, apesar dos cuidados de higiene e assepsia, é potencialmente um local contaminado. Assim, esses pacientes não deveriam ser atendidos nesse local.

O PS do HC-FMUSP não atendeu só retornos, pós-operatórios e falsas urgências; também atendeu urgências verdadeiras.

De acordo com o consultor, 167 pacientes (29,8% daqueles que participaram do estudo) apresentaram diagnósticos que justificaram a procura do PS - HC.

As urgências oftalmológicas verdadeiras representam um perigo iminente de danos oculares, às vezes irreversíveis, devendo ser diagnosticadas e tratadas o mais rápido possível. O acesso à assistência especializada é particularmente importante pela perda visual que pode ocorrer com o retardo do tratamento (Kara-Jr et al, 2001).

Destaca-se que mesmo os pacientes com diagnóstico de trauma (urgência verdadeira), 49,5% utilizaram-se de produtos caseiros ou medicações que tinham já em casa antes de procurar o PS de oftalmologia do HC-FMUSP (tab. 31).

Nesse estudo, 19,1% dos pacientes procuraram o PS do HC-FMUSP por trauma e desses, 7,5% eram corpo estranho de córnea e 5,1% trauma contuso (tab. 20 e 21).

Quatro (0,7%), dos 19,1% de pacientes com diagnóstico de trauma ocular atendidos na semana típica, necessitaram de internação; três deles por perfuração ocular.

Dos pacientes com trauma que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP, 42,9% o fizeram até 12 horas do aparecimento das queixas; 17,1% de 12 a 24 hs e 30,5% de um a sete dias (tab. 28). E 60,0% dos pacientes não procuraram outro serviço antes de vir ao PS do HC, isto é, vieram diretamente (tab. 26).

A literatura nacional é escassa quanto à análise das dificuldades enfrentadas por pacientes com urgência ocular na obtenção de tratamento adequado: - conseguir o primeiro atendimento, transporte, acompanhante, adesão ao tratamento, retornos, perdas de dias de trabalho, compra de medicamentos e exames em outros serviços (Kara-José et al, 1996).

O trauma é geralmente a principal causa de procura do serviço de PS e o corpo estranho ocular um dos principais diagnósticos (Chiapella e Rosenthal, 1985; Edwards, 1987; Layaun et al, 1992; Zenha et al, 1999; Araújo et al, 2002).

Destaca-se o fato do diagnóstico de corpo estranho de córnea ser, dentre as causas traumáticas, a mais freqüente há décadas (Sugano et al, 2004).

Trauma ocular foi responsável por 1,3% de todos os casos de visita ao serviço de emergência nos Estados Unidos da América, no ano de 1993 (Liggett et al, 1990; Nash e Margo, 1998).

Neste estudo, foram observadas as maiores proporções de trauma no sexo masculino (31,7%) do que no feminino (6,1%) (tab. 22), na faixa etária de 30 a 39 anos (34,9%) (tab. 23), e maior proporção de diagnóstico de trauma em pacientes que estudaram até o primário (22,7%) e ginásio (21,5%) (tab. 24).

Pacientes que residiam nas subprefeituras próximas ao HC apresentavam maior proporção de diagnóstico de inflamação/infecção (64,0%), ao passo que o diagnóstico de trauma foi predominante nas demais subprefeituras (20,3%) e região metropolitana (25,0%) (tab. 25). Os pacientes com traumas compareceram no PS praticamente em todos os horários, com maior ênfase das 12:00hs às 17:59 hs (fig. 3).

A demanda espontânea (80,8%) em pacientes com trauma foi maior que a referenciada (19,2%) (tab. 27).

O perfil do paciente traumatizado atendido no PS de Oftalmologia do HC-FMUSP condiz com o perfil traçado por outras pesquisas, a saber: homens e jovens, com nível de escolaridade baixo (Bonanomi et al, 1980; Chiapella e Rosenthal, 1985; Jones et al, 1986; Edwards, 1987; Landen et al, 1990; Layaun et al, 1992; Bernucci et al, 1993; Kara-Jr et al, 1994; Alves

et al, 1995; Bison e Reggi, 1995; Zenha et al, 1999; Noia et al, 2000; Araújo et al, 2002; Adam Netto et al, 2002; Sugano et al, 2004).

A razão de o perfil ser semelhante em todos os estudos, provavelmente, está relacionada com a ocupação. As profissões de pedreiro, carpinteiro, pintor, serralheiro, motorista de táxi e ônibus, soldador, jardineiro e mecânico são as que apresentam maiores riscos de trauma e normalmente são exercidas por homens, jovens com nível de escolaridade básico.

Leal et al (2003) encontraram as seguintes profissões relacionadas ao trauma ocular ocupacional: 22,2% metalúrgicos, 21,5% serralheiros e 17,7% mecânicos, sendo que 96,2% eram do sexo masculino.

No Brasil, 10,0% dos acidentes ocupacionais são oculares, com 20,6% das cegueiras sendo bilaterais (Leavell e Clark, 1976).

Nesse estudo, 47,2% dos traumas ocorreram em ambiente de trabalho, não sendo relatados uso de proteção ocular. Os agentes causais relatados foram: gesso, ferramenta, vidro, cloro, cal, pedregulhos, cascalhos, metal, solda elétrica, madeira e arame. De acordo com Alves et al (1995), os diversos agentes causais envolvidos nos acidentes ocupacionais, corroboram o fato de que esses indivíduos não dispõem ou não utilizam de forma adequada os equipamentos de segurança.

Landen et al (1990), pesquisando 345 lesões perfurantes, mostraram que o agente causal foi principalmente ferramentas e 53,0% delas ocorreram no ambiente doméstico, pois a maioria dos homens não usa proteção ocular quando vai realizar atividade em casa, por não possuí-las, por não haver

vigilância ou por não acharem necessárias. Nesse estudo, 25,0% dos traumas ocorreram nas residências e 27,8% na rua, sendo os agentes causais: queda, cãndida, álcool, fogo, bola, galho de árvore e agressão física. Observa-se que os conceitos de prevenção empregados no trabalho, não são empregados em casa e no lazer (Kara-José et al, 1992).

Carani et al (1999) encontraram 22,1% dos traumas perfurantes oculares ocorrendo em acidentes domésticos, 20,0% no trabalho, 29,5% automobilísticos e 22,1% por violência sendo 77,2% no sexo masculino.

Em estudo realizado no ano de 2005, os acidentes automobilísticos (40,0%) foram a principal causa de trauma ocular; desses apenas 2,5% estavam usando cinto de segurança; seguido de acidentes ocupacionais (36,7%), onde nenhum dos pacientes estava usando equipamento de proteção ocular (Weyll et al, 2005).

Calcula-se que 90,0 % dos acidentes oculares seriam evitáveis por medidas adequadas de proteção (Hall, 1991).

Neste estudo, 2,5% dos traumas eram por queimaduras, química e térmica (tab. 21). As queimaduras oculares em geral ocorrem por falta de proteção, e freqüentemente são associadas a agente de limpeza, materiais de construção (cal) e solda elétrica (Noia et al, 2000).

Tanto em países industrializados, como em desenvolvimento, vêm se reconhecendo os efeitos devastadores do trauma ocular, que atinge a faixa etária mais produtiva da população, acarretando enormes custos de tratamento e ônus social, por ser muitas vezes incapacitante (Lower, 2003).

O corpo estranho de córnea e a grande maioria das contusões e queimaduras poderiam ser evitados com o uso de óculos de proteção, o que falta é um programa continuado de educação e proteção de acidentes oculares no trabalho e em casa (Kara-Jr et al, 1994).

Vem crescendo em importância de uma postura preventiva na área de oftalmologia, já que a função do oftalmologista deve ultrapassar a de apenas diagnosticar e tratar o acometimento para assumir um papel mais amplo no estudo das causas que levam a redução da capacidade visual por fatores preveníveis, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida (Kara-José et al, 1992).

O mau prognóstico visual vai depender, não apenas das medidas preventivas implementadas, como também da qualidade e do tempo de atendimento do paciente, gravidade do trauma, complicações imediatas e seguimento nas consultas subseqüentes (Kara-José et al, 1982; Alves et al, 1995; Weyll et al, 2005).

Considera-se que o trauma seja um dos diagnósticos que justificam a procura por um serviço de PS terciário.

Não há uma descrição padronizada sobre o uso apropriado do serviço de urgência como um todo. O uso apropriado do serviço de urgência é um assunto complexo e controverso, pois está relacionado a muitas variáveis, incluindo condição sócio-econômica do paciente, percepção da qualidade e conveniência do atendimento nos serviços de PS (Nash e Margo, 1998).

O Pronto-Socorro de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da FMUSP recebe um número de pacientes elevado, em 2006 atendeu 30.586

pacientes, ou seja, 14,9% do atendimento total do PS do HC-FMUSP (HCnet, 2006).

Para Edwards (1982) e Schellini et al (1991), cerca de 6,0% dos pacientes que procuraram o PS Hospitalar, o fazem por queixa ocular.

Essa grande procura gera a necessidade de dividir atenção dos profissionais e de recursos (medicação, equipamento e leito disponível) entre os que necessitam dos serviços do Hospital e os que poderiam ser atendidos em serviços de cuidados primários e secundários de saúde, com detrimento de qualidade de atendimento para aqueles (P.CoBi nº 004/2004).

Artmann et al (1997) e Santos (2002) destacam um fator que continua a determinar a superlotação dos pronto-socorros hospitalares no Brasil além dos já mencionados, que é a falta de triagem dos serviços do hospital, para a investigação e internação dos casos atendidos na Porta Hospitalar de Urgência.

Se o PS de Oftalmologia do HC da FMUSP atendesse somente as urgências verdadeiras, com triagem ou não e os outros serviços de nível primário e secundário de atendimento fizessem sua parte, não haveriam gastos desnecessários, filas extensas com possível agravamento do prognóstico, escassez de recursos humanos e materiais com prejuízo do atendimento; inadequação entre a oferta e a demanda. Os pacientes por sua vez, não teriam gastos extras com deslocamento; não haveriam faltas no trabalho e diminuiriam as reclamações de atraso no atendimento. Cecílio (1997) destacou que as más consequências da invasão dos PS não são poucas:

tensão presente nos locais de atendimento; estresse e desgaste dos profissionais de saúde e inadequação do atendimento prestado.

Porém, o pensamento “tradicional” de que o PS deveria atender somente casos de urgência, vem sendo parcialmente contestado (Kellermann, 1994; Young e Sklar, 1995).

Nash e Margo (1998) ressaltam a importância de se analisar o custo e benefício de cada caso. Conjecturam que em algumas condições, embora não urgentes, o pronto e eficaz atendimento dos PS faz com que o paciente retorne ao trabalho e a suas atividades, prontamente, acarretando menor agravo para o paciente e para o País.

Steinbrook (1996) ressalta as diversas vantagens para o paciente, em usar um serviço de emergência de oftalmologia: - médicos disponíveis 24 hs por dia, 7 dias por semana; atende a todos, sem distinção; evitam-se obstáculos associados com idas aos consultórios/ambulatórios; mesmo um atendimento rápido igual ao do PS, é melhor que nenhum atendimento; auxilia os pacientes que têm dificuldade de acesso a outros locais de atendimento e é eficaz.

Diversos países buscam a diminuição das filas nos serviços de emergência, várias foram as tentativas de diminuir o número de casos não urgentes em serviço de emergência nos EUA (Edwards, 1982; Chiapella e Rosenthal, 1985; Giglio-Jacquemot, 2005). Os casos não urgentes sobrecarregam o PS e atrasam o atendimento dos casos realmente necessitados. O agravo das condições visuais pela espera no atendimento

dos pacientes realmente urgentes acarreta em danos psicológicos, sociais, econômicos e o custo da reabilitação será alto.

Selby et al (1996) analisaram o serviço de emergência de um hospital na Carolina do Norte (EUA), que instituiu o pagamento para os casos que não fossem urgência. O resultado foi que houve uma diminuição de 15,0% na procura por PS. Mas esses pacientes que deixaram de procurar o PS eram tanto casos de urgência, como os de não urgência. Logo, esse método não se mostrou eficiente em impedir a chegada de casos não urgentes no PS.

Williams (1996) analisou o custo financeiro para o hospital do recebimento de casos urgentes, urgência relativa e não urgentes. Economicamente, para o hospital, quanto mais se atende no PS, mais se ganha. A falsa urgência gasta menos material de consumo, não necessita de exames extras e o atendimento ocorre em menos tempo, logo, o autor concluiu que se ganha mais atendendo as falsas urgências que as urgências verdadeiras e as urgências relativas.

Para Warren e Isikoff (1993), não há concordância sobre que medidas seriam efetivas e seguras para diminuição do uso do PS por casos não urgentes. E não se tem certeza, que esse tipo de atendimento seria mais custoso. Atender não urgências no PS apresenta vantagens e desvantagens, tanto para o sistema de saúde como para o paciente.

Steinbrook (1996) e o “The Medicaid Access Study Group” (1994) ressaltam que

“se instalarem barreiras econômicas ou administrativas para o uso dos serviços de emergência sem providenciar alternativas factíveis de atendimento, corre-se o risco de deixar muitas pessoas pobres sem ter lugar para onde ir”.

É necessário que se estude mais sobre custo e benefício do paciente, do hospital e do País, para se chegar a um consenso.

No Brasil, é possível dizer que a pirâmide de atendimento em saúde, a despeito da justeza dos princípios que representa, tem sido muito mais um desejo dos técnicos e gerentes do sistema, do que uma realidade com a qual a população usuária possa contar. Na prática, aqueles que dependem exclusivamente do SUS, algo em torno de 80,0% da população, tem que montar o seu “menu” de serviços, buscando onde for possível o atendimento de que necessita e isso inclui os PS dos hospitais terciários (Cecílio, 1997).

5.3 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E QUALIDADE DO ATENDIMENTO

Ao se analisar a qualidade de um serviço médico, deve-se avaliar o exame médico ministrado, a comunicação médico-paciente, o consentimento informado sobre os procedimentos aos quais o paciente irá se submeter e o grau de satisfação do usuário com o serviço fornecido (Rosenthal e Shannon, 1997). Acrescenta-se, o que o paciente ouve, percebe, aceita e faz.

A relação médico-paciente é considerada aspecto-chave na análise da qualidade do serviço de saúde. Ela tem efeitos não somente na satisfação dos usuários, mas exerce também uma influência direta sobre seu estado de saúde (Caprara e Rodrigues, 2004).

Em se tratando de visão, é difícil compreender o escasso número de publicações, tanto em nível nacional como internacional, relativa às reações emocionais do paciente oftalmológico e às peculiaridades da relação médico-paciente (Rodrigues, 2001). O autor ainda afirma que o “adoecer oftalmológico” compreende um espectro consideravelmente amplo de situações, que vão desde conjuntivite viral até a perda total e irreversível da visão.

De qualquer forma, o adoecer em termos gerais significa estar em uma situação de fragilidade e de dependência, não só do profissional médico, mas também de medicamentos, aparelhos e da família.

A interação entre o doente e o profissional dependerá, por um lado, de fatores relacionados ao paciente: sua condição terapêutica, suas

expectativas, crenças, medos e ansiedades, condição psicossociais, educacionais e suas experiências anteriores com outros médicos e por outro lado, de fatores relacionados ao profissional: a influência dos outros profissionais, sua personalidade, seus fatores psicológicos (estresse, ansiedade, frustração, dificuldade de comunicação), seu treinamento técnico (experiência profissional e habilidades) e seu lado humanístico (Caprara e Franco, 1999).

Levinson et al (1997), em pesquisa com médicos generalistas, cirurgiões e pacientes, nos Estados Unidos da América, referiram que os pacientes dão muito valor ao interesse, à atenção, aos conselhos e à informação prestados pelo médico durante a consulta. Para estes autores, um encontro acolhedor faz o paciente se sentir como pessoa real e não apenas uma doença, aos olhos do médico.

Luz (2002) refere que a relação médico/paciente é extremamente complexa porque depende de muitas variáveis, como comunicação, disponibilidade, tolerância, compaixão e honestidade, mas duas são fundamentais: compreensão e confiança. O autor ainda ressalta que a compreensão advém da capacidade do médico se colocar honestamente na posição do doente e confiança advém da honestidade na conduta do caso.

Em um serviço de Pronto Socorro a relação médico-paciente costuma sofrer interferências adicionais oriundas da demanda volumosa, do pouco tempo para o atendimento, do estresse relacionado ao processo de urgência, da falta de estrutura física adequada para o atendimento, da

movimentação constante e dos problemas internos de organização dos serviços de urgência.

Sutherland e Verhoef (1989) ressaltaram que o tempo gasto na consulta de PS não é suficiente para o paciente expor suas dúvidas e obter respostas.

Mesmo com esse cenário conturbado para uma apropriada relação médico-paciente, 95,1% dos pacientes atendidos no PS de Oftalmologia do HC-FMUSP, referiram que os oftalmologistas explicaram “o que tinham nas vistas”, e desses 84,0% entenderam o que foi explicado (tab. 18). Dos pacientes que passaram por outros serviços (34,1%) previamente a vinda ao PS do HC-FMUSP, apenas 42,0% mencionaram ter sido explicado o que “tinham nas vistas” (tab. 10) e 30,5% referiram saber seu diagnóstico (tab. 7). Esses achados fornecem evidências de que no PS do HC existe uma alta qualidade de pós-consulta. Sabe-se que um bom nível de informação dada ao paciente sobre seu problema aumenta a confiança no médico e sua aderência ao tratamento.

Oliveira et al (2006), estudando a qualidade da assistência e satisfação do paciente em um hospital universitário, constataram que 45,3% dos pacientes afirmaram não terem recebido orientações na pós-consulta.

Sato et al (1999), em estudo no Japão, citaram que a falta de orientação na pós-consulta; a inabilidade por parte dos médicos em explicar ou por parte dos pacientes em entender o problema; a incerteza de diagnóstico e tratamento prescrito, tanto por parte do profissional que encaminha para outro serviço, como por parte do paciente que desconfia do

exame e da prescrição, e certo grau de alterações psiquiátricas diagnosticadas, levam o paciente a procurar uma segunda opinião. Todavia, os autores ressaltam que os motivos mais comuns desta conduta referem-se à persistência dos sintomas e a dificuldade em manter uma boa relação médico-paciente.

Neste estudo, 34,1% dos pacientes referiram ter procurado outros serviços antes de comparecer ao PS de Oftalmologia do HC-FMUSP, sendo que, 85,9% deles procuraram um serviço, 11,5% procuraram dois a três serviços e 2,6% procuraram quatro serviços ou mais. Dos pacientes que foram previamente a outros serviços, 48,9 % referiram que “suas vistas ficaram iguais”; 39,6% referiram piora do quadro após tratamento e somente 8,5% referiram melhora (tab. 12).

A procura por segunda opinião, tanto em casos de rotina, como em urgência, é comum em muitos lugares do mundo. Em estudo no Japão, 40,0% dos pacientes mencionaram ter procurado segunda opinião, sendo 21,9% em mais de dois lugares (Sato et al, 1999). No Canadá, Sutherland e Verhoef (1989) relataram que 16,0% dos pacientes solicitaram outra opinião, sendo a medicina alternativa mais procurada para fornecer o segundo parecer. No Brasil, Obeid et al (2005) encontraram 32,0% de pacientes solicitando segunda opinião em oftalmologia, sendo os principais motivos da procura, confirmação do diagnóstico (43,0%); desconfiança do primeiro médico (33,0%) e percepção da falta de interesse dos profissionais (24,0%).

Sato et al (1999) relataram que, no Japão, os pacientes estão mais conscientes sobre seus direitos de obter informações pertinentes a sua saúde, medicações e tratamentos, bem como participar da decisão médica.

O intercâmbio de informações entre o paciente e o profissional deve ser estimulado, para que a participação do paciente no processo do tratamento seja efetivamente colaborativa.

Na avaliação da orientação fornecida pelo médico sobre o problema ocular 4,9% dos pacientes disseram não terem recebido nenhuma orientação e 8,5% não terem compreendido a orientação dada, sendo necessário que se reavalie o porquê desse fato e se instituem reforços no processo de orientação, como por exemplo, fornecimento de material escrito ou avaliação rotineira da percepção do paciente (tab. 18).

Assim, faz-se imperativo, que os serviços de urgência se adequem melhor para providenciar pós consulta, inclusive porque os pacientes têm direitos de adquirir informações. Os serviços de urgência podem se utilizar de auxiliares de enfermagem, enfermeiros e auxiliares de oftalmologia, devidamente treinados, para realização da pós-consulta, quando o médico estiver com fluxo de atendimento exacerbado (Oliveira e Kara-José, 2000).

Caprara e Franco (1999) mencionaram que no começo da consulta quase todos os médicos tentam estabelecer uma relação empática com o paciente. Apesar disso, os autores constataram que uma série de problemas surgiu de forma evidente: 39,1% dos médicos não explicaram de forma clara e compreensiva o problema, bem como em 58,0% das consultas, o médico não verificou o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico dado.

Observa-se que entre o que o médico explicou e o que o paciente entendeu, existe uma “nebulosa”, um “ponto obscuro”. Nem sempre o que o médico refere, o paciente compreende. E nem sempre o paciente consegue se expressar de maneira que o médico compreenda suas queixas e dúvidas.

Pepe e Castro (2000) reafirmaram a importância do médico como prescritor, por ser ele o responsável pela indicação de um medicamento com base na interpretação que faz daquilo que o paciente lhe diz. E a importância dos pacientes reside em ser ele quem vai descrever o que está sentindo e quem vai aderir, ou não, à indicação médica.

Piovesan (1970) ressalta que os médicos e a equipe de saúde, raramente percebem os problemas de comunicação e suas repercussões no êxito do tratamento; isso se torna mais visível quando ele interage com pacientes de camadas socioeconômicas baixas.

De acordo com Helman (2003), em se tratando dos padrões de comunicação verbal e não-verbal, assim como a variedade de padrões comunicacionais, são muitos os problemas que surgem na relação médico-paciente: incompreensão por parte do médico das palavras utilizadas pelo paciente, o sofrimento pela dor ou desconforto; falta ou a dificuldade de transmitir informações adequadas ao paciente; dificuldade do paciente na adesão ao tratamento.

Cohn et al (1991) apresentaram as percepções dos usuários sobre a qualidade do atendimento nos serviços de saúde das regiões Sul e Leste do município de São Paulo. Verificaram que o usuário sente-se melhor atendido nos hospitais (privados, conveniados ou não), seguido dos pronto-socorros

da rede pública e finalmente, nos postos e centros de saúde. Os critérios mencionados pelos pacientes para que pudessem julgar o atendimento recebido foram: “boa relação médico-paciente”; “eficiência e competência do médico” e “rapidez em ser atendido”. Os autores registraram a importância atribuída a “boa relação entre médico e paciente” para a avaliação do atendimento prestado: 16,8% das respostas na região Sul e 12,4% na Leste indicaram ser este o único e exclusivo critério para avaliar o melhor ou pior atendimento.

Apesar dos bons resultados percebidos pelos pacientes sobre a pós-consulta, o serviço de PS do HC-FMUSP deveria fazer uma pesquisa sobre a abordagem do plantonista com o paciente.

Faz-se necessário aprimorar sempre o comportamento do oftalmologista que além de fornecer suporte técnico-diagnóstico da doença ocular, deve melhorar a relação médico-paciente, através da comunicação (saber ouvir o paciente, suas queixas e incertezas; respeitar seus limites culturais; utilizar-se de linguagem adequada para esclarecer todas as dúvidas) e encontrar junto com o paciente, estratégias que facilitem a compreensão dos cuidados necessários para obtenção da saúde ocular.

O processo de estabelecimento de relações humanas com os pacientes concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade do médico, bem como melhorar os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação do paciente (Kleinman, 1991).

Neste estudo, dentre os pacientes que receberam prescrição de medicamentos em outros serviços, 85,5% declararam ter recebido

explicação sobre como usar o remédio (tab. 10 e 11). Porém, mesmo assim, não houve adesão ao tratamento por 17,1% dos pacientes, por não terem seguido corretamente as orientações médicas; por não terem comprado o remédio ou por não lembrarem sequer, se usaram o medicamento (tab. 11).

Provavelmente, uma parcela dos 39,6% dos pacientes que mencionaram piora dos sintomas ou que permaneceram iguais (48,9%) após a consulta em serviço prévio ao PS do HC (tab. 12), seja por não ter usado o medicamento conforme orientação.

Rocha et al (1997) ressaltaram que o conhecimento dos pacientes é deficiente tanto em relação aos conceitos sobre doença ocular, suas crenças e medicação utilizada, como em relação às habilidades necessárias para a utilização de medicação e ações para o melhor controle da doença, reforçando a necessidade de intervenção educativa constante e de profissionais bem treinados no manejo com o paciente.

Neste estudo, 76,4% dos pacientes atendidos no PS do HC tiveram medicamento receitado (tab. 18). Para 95,0% desses pacientes, o oftalmologista explicou como e porque usar o remédio e eles disseram que entenderam (tab. 18). Esse fato merece destaque uma vez que os oftalmologistas conseguiram em tempo hábil, expressar-se de maneira correta com a maioria dos pacientes, mesmo em meio a correria do PS.

Pepe e Castro (2000) referiram que tão ou mais importante que a prescrição do medicamento recebido pelo paciente, é a informação envolvida.

Mas para 5,0% dos pacientes deste estudo, o médico não explicou, explicou mais ou menos ou apesar da explicação, os pacientes não entenderam o que foi dito sobre a medicação (tab. 18). Esses pacientes provavelmente terão menor aderência ao tratamento, como consequência, pouca ou nenhuma resolubilidade e nova procura a outros serviços.

Alves et al (1995) destacaram a aderência e o acesso do paciente aos cuidados no pós-operatório, como um dos fatores que levarão a um prognóstico funcional em olhos com ferimentos perfurantes.

A aderência ao tratamento proposto está diretamente relacionada com a explicação dos fatos ao paciente, o contato entre o prescritor e o paciente é de fundamental importância para o resultado final do tratamento (Higginbotham e Streiner, 1991).

Têm sido freqüentemente abordadas as diferenças de referencial do paciente e do médico. Os casos de médicos que, enquanto pacientes, tiveram a iniciativa de refletir e relatar a experiência da sua própria doença, colaboram para reavaliação do modelo de atendimento (Kleinman, 1991; Helman, 2003). Nesse sentido, Caprara e Franco (1999) mencionaram que a formação médica é intensamente orientada para aspectos que se referem à anatomia, à fisiologia, à patologia, à clínica, desconsiderando a história da pessoa doente, o apoio moral e psicológico. Para que ocorra uma melhor relação médico-paciente, há necessidade de se rever a atitude do médico, tanto na prática profissional, quanto na sua formação. Emanuel e Emanuel (1992) concluíram que, desde sua formação, o médico deve ser educado a elucidar o paciente sobre a doença e tratamento e não somente aumentar o

tempo na comunicação. Só assim, o médico conseguirá fornecer ao paciente, autonomia para tomada de decisões.

O contexto do atendimento oferecido aos pacientes que procuraram o PS do HC-FMUSP, aliado à confiança e resolubilidade, seguramente influenciou a avaliação dos pacientes sobre a assistência recebida (metade dos pacientes deu nota máxima); os resultados mostram alto grau de comunicação médico/paciente. Destaca-se que o atendimento do PS do HC-FMUSP, além do serviço prestado aos pacientes que o procuram, serve de padrão para os residentes e estagiários que vão ter sua conduta futura influenciada pelo sistema em que conviveram.

Ressalta-se a responsabilidade dos médicos em atender o paciente, não só em relação a sua conduta técnica, como à sua postura no atendimento. Em um levantamento realizado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2001), de 12.000 denúncias registradas entre 1995 a 2001, a relação médico-paciente é a quarta categoria com maior número de queixas. Visando uma melhor relação médico-paciente, a FMUSP introduziu no ensino de graduação, a disciplina Atenção Primária à Saúde. Implantada há quatro anos, tem como objetivo, fazer com que os alunos conheçam a realidade das pessoas que vão atender: seus problemas diários, condições sociais e econômicas, problemas de saúde relacionados à falta de infra-estrutura, as dúvidas e queixas, para melhor compreender o paciente e conseguir atender a comunidade com qualidade (Jornal da FFM, 2006).

Kara-José et al (1982) salientaram que uma das diferenças entre uma faculdade isolada e uma universidade é a responsabilidade maior que esta última tem em relação ao ensino, prestação de serviços, pesquisas, inclusive levantamento dos problemas da comunidade. Cabe a universidade, o levantamento do tipo de assistência em saúde que vem sendo oferecido à comunidade de sua área de influência. Sem esses dados, não se pode oferecer às autoridades de saúde, modelos reproduzíveis para a solução dos problemas, ficando inclusive prejudicada a avaliação que poderá indicar o tipo de formação a ser ministrado aos estudantes de Medicina e pós-graduandos.

5.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Pesquisas referentes à demanda de um pronto-socorro na área de oftalmologia em hospital terciário, com mapeamento das ações que precederam à chegada do paciente, análise dos diagnósticos e do atendimento recebido, como neste estudo, são praticamente inexistentes na literatura brasileira.

A literatura existente é extensa na análise dos motivos da superlotação de serviços de emergência e o diagnóstico prevalente, mas poucos são os dados disponíveis em Oftalmologia.

Este estudo, apesar do número representativo de casos vistos, coletou informações dos pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP e assim não pode ser generalizado a todos os PS de Oftalmologia do Brasil.

Outro ponto a ser destacado, refere-se à escolha de uma semana típica para estudo dos casos atendidos. É um método difícil, tanto pela necessidade da manutenção permanente de uma equipe capaz e bem treinada que interrompa suas atividades de rotina para essa missão, quanto pela logística e recursos financeiros necessários. Por outro lado, esse período de tempo relativamente curto só é válido quando a casuística obtida é grande e representativa da média de atendimento da instituição. A semana de 01 a 08 de Abril de 2006 foi representativa pois o número de casos atendidos, 589 foi muito próxima da média semanal de 2005, 595 casos.

Dos 589 pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC-FMUSP, 28 não foram incluídos no estudo, por motivos de recusa em participar da pesquisa, falta de condições clínicas para responder as perguntas do questionário e por terem se evadido do local do estudo antes de serem atendidos.

Alguns quesitos, por motivos diversos, não foram totalmente obtidos, como é o caso do tempo que os pacientes demoraram a procurar o Pronto-Socorro de Oftalmologia durante a semana típica, onde se encontrou 9 questionários sem informações (tab. 8).

Na avaliação realizada pelos oftalmologistas do PS quanto à classificação dos diagnósticos em “urgência, urgência relativa, não urgência e não se enquadra”, 35 preferiram não responder a questão. Uma vez que os questionários referentes a avaliação médica eram preenchidos pelos próprios oftalmologistas sem a presença dos entrevistadores e pacientes, cogita-se como possível causa para as respostas em branco, o esquecimento ou a falta de interesse por parte dos oftalmologistas. Outra justificativa refere-se ao fato do plantonista ter dificuldade no preenchimento por nunca ter atentado para esses problemas. O mesmo aconteceu referente às questões: atendimento em serviço de menor complexidade; compreensão do problema e do tratamento pelo paciente (tab. 19).

Em relação às fichas administrativas (prontuários) dos pacientes, algumas falhas foram encontradas, a saber:

a) prontuários sem diagnóstico: Alguns prontuários não foram preenchidos quanto ao diagnóstico. Para 35 pacientes (6,0%), o

diagnóstico só foi obtido junto com as informações do instrumento de coleta da pesquisa (difícil compreensão dos dados). Para 37 pacientes (6,3%) não foi feito diagnóstico nem na ficha administrativa e nem no instrumento de pesquisa, constando apenas o número do Código Internacional de Doenças (CID) (tab. 33).

- b) prontuários incompletos:** encontraram-se 33,4% dos prontuários sem o histórico da doença (anamnese) e observação clínica (tab. 33). Alguns prontuários foram apenas preenchidos com uma palavra, exemplo: “retorno”, “lacrimejamento”, sem outras anotações. Em alguns prontuários de trauma, causados por corpo estranho de córnea (7,5%) (tab. 21), constavam a sigla CEC e o desenho da localização do corpo estranho na córnea; sem outras informações. Também não continham informações sobre o destino dos pacientes após consulta, 10,5% dos prontuários (tab.33).
- c) prontuários ilegíveis:** outra falha nos prontuários foi à ilegibilidade da letra nas anotações e rasuras que dificultavam o entendimento.
- d) prontuários sem informação do médico:** encontrou-se neste estudo aproximadamente 3,4% dos prontuários, sem dados sobre o médico que fez o atendimento (não constavam nome e CRM) (tab. 33).

Reconhece-se que no PS, há pouco tempo para o atendimento médico e para o preenchimento dos prontuários, porém essas irregularidades precisam ser sanadas. As falhas nos prontuários médicos dificultam a defesa do profissional em caso de reclamação, podem prejudicar

o seguimento do caso e o ressarcimento pelo hospital dos serviços prestados.

O registro é um elemento importante para a avaliação dos procedimentos implementados em determinada situação e a partir desta avaliação, estabelecer que ações foram efetivas ou não, sendo também uma prova legal do cuidado prestado (Westphalen, 2001).

Damasceno (2007), refere que

um prontuário médico bem escrito, começa com uma história clínica adequadamente feita, com boa observação, anamnese e bom senso, acompanhados de clareza, coerência e concisão. O prontuário médico deve ser sempre preenchido com muita disciplina, pois uma ficha médica bem detalhada e escrita, pode ser a única defesa do médico no caso de um processo médico-legal.

Durante o atendimento no pronto-socorro, todas as patologias relacionadas à queixa devem ser claramente escritas na ficha de atendimento. Os horários de início do atendimento, realização do procedimento e alta, sempre devem constar do prontuário. Não é aconselhável, deixar de anotar os exames solicitados, seus respectivos resultados, assim como as hipóteses diagnósticas e condutas tomadas. Na alta, devem ser detalhadas as recomendações indicadas e medicamentos prescritos (Damasceno, 2007).

A resolução n 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina (Cremesp, 2002) define prontuário médico e torna obrigatória a criação da comissão de revisão de prontuários nas instituições de saúde:

o prontuário médico é um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações, sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico que possibilita a comunicação entre membros da

equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A falta de informação nos prontuários médicos ocorreu também em casos de trauma ocular, embora em número bem menor que a de outros casos como conjuntivite, meibomite, terçol e calázio.

A complicação médico-legal pode resultar num prejuízo para o médico de natureza moral e ou material. Moral, pois abala a imagem do médico perante a comunidade, macula sua reputação e diminui sua auto-estima. Material, pois implica perda econômica direta, como na obrigatoriedade de pagamento de honorários advocatícios, de custas processuais e de consultorias técnicas, entre outras (Bechara, 2003).

Damasceno (2007) enfatiza ser obrigatório a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais que prestaram o atendimento. São igualmente obrigatórios a assinatura e o respectivo número de registro profissional: “Hoje, vivemos um momento de crescente número de casos de denúncias contra médicos por má-prática, assim como ações na área civil”. A autora ainda ressalta, que o médico no exercício de sua profissão está sujeito às normas estabelecidas pelo Conselho Regional de Medicina, por meio do Código de Ética Médica e dos Códigos Civil, Penal e de Defesa do Consumidor.

Assim, reconhecem-se três principais estratégias preventivas para as complicações médico-legais: qualidade dos serviços prestados, comunicação eficaz e documentação. Se o médico estiver respaldado nesses itens, minimizam-se as chances de uma demanda judicial e suas conseqüências morais e econômicas (Bechara, 2003).

Destaca-se ainda que um prontuário sem anotação dos procedimentos realizados acarreta em não ressarcimento pela instituição. O que piora ainda mais as condições financeiras da instituição pública e filantrópica; provavelmente isso nunca tenha ocorrido em instituições privadas.

Outro aspecto, referente ao recebimento dos honorários pelo hospital, está relacionado ao atendimento dos retornos no PS de Oftalmologia do HC-FMUSP. Constataram-se três informações diferenciadas a respeito dos retornos: a primeira, diz respeito ao motivo que levou o paciente a procurar o PS do HC, 2,2% referiram retorno (tab. 6); a segunda, diz respeito às informações obtidas pelos oftalmologistas no instrumento de pesquisa: classificaram como sendo atendimento de retorno, 11,7% dos pacientes; a terceira informação, diz respeito às fichas administrativas do hospital, onde os oftalmologistas confirmavam como sendo retorno, apenas 1,1% dos pacientes (tab. 21).

Outra irregularidade a ser destacada em relação aos retornos do PS de Oftalmologia, é que muitos retornos não passavam pelo setor de registro do hospital, encaminhando-se diretamente para a sala de exames. Lá eram atendidos pelo oftalmologista de plantão, apresentando a receita do médico que os atenderam anteriormente. Desta forma não só o hospital deixou de registrar a entrada desses pacientes que retornaram ao PS, como também, não havia prontuários para as anotações sobre a evolução e prognóstico do caso.

Nesta pesquisa, os pacientes avaliaram o serviço fornecendo uma nota para o atendimento recebido. Os examinadores reforçavam a necessidade do paciente refletir sobre o atendimento médico, o tempo de espera e as condições do hospital (salas, equipamentos e segurança), antes de responder a essa questão.

Osório (2002) salienta que uma avaliação contempla aspectos qualitativos que são difíceis de serem mensurados, pois, envolvem questões subjetivas, como postura, crenças e valores.

A avaliação feita pelos pacientes dessa pesquisa foi considerada muito satisfatória, pois metade forneceu nota máxima ao atendimento.

Na interpretação desses resultados, deve-se considerar como fatores influentes: o momento em que ela foi realizada e o grau de instrução dos entrevistados. Nessa pesquisa o questionário sobre satisfação foi realizado após a consulta já estar concluída. E assim, as respostas foram pouco influenciadas por motivos como a necessidade de agradar o sistema.

Quanto ao grau de instrução dos entrevistados, existem divergências entre os pesquisadores. Alguns consideram que os pacientes com melhor nível educacional e renda, são os mais exigentes e críticos (Lemme et al, 1991 e Williams et al, 1998). Outros pesquisadores, como Ware (1978), atentam para o fato de que existe uma tendência por parte dos usuários de classes sociais, econômicas e culturais menos favorecidas, de avaliar positivamente os serviços que lhes são prestados. Nessa amostra, com 34,8% de pacientes com grau de instrução médio e superior e o restante na

sua maioria com nível educacional baixo (tab. 3), reforça a veracidade da excelente avaliação obtida.

A nota máxima obtida pela metade dos pacientes pode estar relacionada também a confiança e competência do HC-FMUSP (49,0%), a falta de oftalmologista no posto ou hospital que costuma freqüentar (42,2%) (tab. 6) e as informações fornecidas pelo oftalmologista (95,1% relataram que o médico explicou-lhes o que tinham nas vistas; 95,0% entenderam como e porque usar a medicação) (tab. 18).

Alguns autores (Sanna, 1993; Franco e Campos, 1998; Hercos e Berezovsky, 2006) referem como motivos para as notas elevadas no atendimento de um serviço:

- Falta de opção por outro serviço de saúde a ser utilizado;
- O direito ao serviço de saúde muitas vezes não ser percebido pelo paciente como tal, o que o faz sentir-se agradecido apenas por não ser maltratado;
- Confiança no hospital pelo alto índice de resolubilidade;
- Atenção fornecida pelo médico.

A avaliação do atendimento é uma fonte indispensável de informação para os gestores, pois todo o sistema de saúde visa o bem estar da comunidade e o usuário sendo o alvo, pode fornecer dados para planejamento futuro.

Outra modalidade de pesquisa deveria ser realizada para complemento deste estudo, nos quais entrevistas por telefone ou cartas seriam feitas quando o paciente estivesse em sua residência, após a

consulta, onde ele certamente se sentiria mais à vontade para responder as perguntas, podendo expor o seu ponto de vista sobre o atendimento.

Em relação à classificação de urgências e a necessidade de atendimento em hospital terciário (tab. 19), houve uma discordância sobre a visão do plantonista e a do consultor. Para o plantonista, 15,8% eram casos para serem atendidos no HC-FMUSP, mas para o consultor, esse número era de 29,8%. Esse fato indica que os plantonistas além de sua capacidade técnica deveriam ser instruídos sobre a realidade dos problemas dos pacientes e do sistema de saúde brasileiro.

6 Considerações finais

O acesso ao tratamento em tempo hábil dos casos de urgência oftalmológica exige que a população tenha conhecimentos básicos para discernir os sinais e sintomas de agravo ocular, saber qual a primeira conduta a ser tomada e disponibilidade de primeiro atendimento, próximo de sua residência. Os níveis primários e secundários de atenção à saúde, por lei, devem estar capacitados para resolver os casos mais simples e fazer o correto encaminhamento dos mais complicados para serviços terciários de urgência. O PS do HC-FMUSP deve estar preparado para o atendimento e registro de sua demanda e fornecimento de orientação de pós-consulta, assegurando o entendimento do paciente e considerando sua capacidade de aderência ao tratamento proposto. O hospital deve, ainda, ser um centro de excelência de treinamento de estagiários.

O PS de Oftalmologia do HC - FMUSP recebe um grande número de pacientes (30.586 em 2006) e por seu porte é considerado um dos maiores do mundo. Nos últimos seis anos teve um crescimento de 22,7% e representou 14,9% do atendimento total (204.577) do PS do HC-USP em 2006.

Destaque-se, que a maioria dos pacientes o procurou por seu conceito de excelência. A qualidade do atendimento médico do PS HC foi considerada muito boa na avaliação dos pacientes, porém nunca foi avaliado

de uma maneira científica, o que deverá ser motivo de futuras pesquisas. Ressalte-se que são componentes fundamentais na prestação de serviços de saúde a avaliação e monitorização, que servem para melhorar as condições de eficiência dos serviços, fornecendo elementos de julgamento para justificar a obtenção de recursos humanos, matérias e financeiros e facilitar o processo de tomada de decisões (Carazo et al, 1986).

Kara-José et al (1982) salientaram que uma das diferenças entre uma faculdade isolada e uma universidade é a responsabilidade maior que esta última, tem em relação ao ensino, prestação de serviços, pesquisas, inclusive levantamento dos problemas da comunidade. Cabe à universidade, o levantamento do tipo de assistência em saúde que vem sendo oferecido à comunidade de sua área de influência. Sem esses dados, não se pode oferecer às autoridades de saúde, modelos reproduzíveis para a solução dos problemas, ficando inclusive prejudicada a avaliação que poderá indicar o tipo de formação a ser ministrado aos estudantes e pós-graduandos.

Esta pesquisa, de maneira pioneira em Oftalmologia forneceu subsídios sobre a conduta e problema do paciente até chegar à instituição, além das diferentes facetas da recepção, prestação de serviço e pós-consulta. Esses dados, obtidos nas condições desse trabalho, certamente serão úteis para o entendimento das necessidades dos pacientes com agravos oculares e para o atendimento integral do paciente.

7 Conclusões

A avaliação dos 561 pacientes que procuraram o PS de Oftalmologia do HC- FMUSP durante uma semana típica, permitiu, dentro das condições desse estudo, as seguintes conclusões:

- A automedicação foi muito utilizada como primeira conduta, tanto com remédios industrializados, como com produtos caseiros, indicados pela família, pelo próprio paciente e por farmácia. Os pacientes utilizaram também remédios que estavam disponíveis em casa, receitados em ocasiões anteriores. A automedicação foi uma conduta considerada generalizada e independente do nível de escolaridade, idade, sexo e gravidade do quadro clínico. Esses procedimentos, principalmente em casos de urgência, devem ser reavaliados pelo possível retardo na procura de tratamento e ação deletéria dos produtos usados. A procura por auxílio religioso, também ocorreu previamente à ida ao PS. A maioria dos usuários tinha baixo nível de escolaridade e de renda, eram proveniente de área fora da jurisdição do HC e vieram espontaneamente. Um terço já tinha sido atendido em outros serviços e, na sua maioria, já poderia ter seu problema resolvido. A melhora da resolubilidade das redes básicas de atendimento e um serviço de pronto- atendimento no próprio HC poderiam desafogar o serviço e evitar deslocamentos dos pacientes e retardo do

atendimento. A grande maioria dos casos do PS de Oftalmologia não era urgência e nem necessitava de um serviço terciário. O caráter de não urgência do PS de Oftalmologia foi reforçado pela maior procura de atendimento nos horários comerciais e no meio da semana. O pronto socorro atendeu também muitos casos de retornos, embora devesse em princípio realizar apenas o primeiro atendimento. Considerou-se que, muitas vezes, há necessidade de continuidade do tratamento e freqüentemente não existe local para encaminhamento e atendimento imediato. Apesar da grande demanda de casos com diferentes gravidades, o PS de Oftalmologia do HC foi hábil em atender todos os casos. A maioria dos pacientes deu nota máxima para o atendimento e considerou que foi bem orientado sobre seu problema. O serviço conseguiu atender sua grande demanda, de maneira satisfatória e com bom nível de relacionamento médico-paciente, apesar de não existir um sistema de pós-consulta. Algumas fichas administrativas (prontuários), estavam preenchidas de maneira incompleta, o que pode causar problemas para o hospital, por falta de ressarcimento do serviço prestado, por diminuição do padrão de qualidade de atendimento e pela impossibilidade de defesa em casos de litígio de mal prática. O serviço foi, também, uma fonte de ensino para os estagiários que acompanharam todo o atendimento.

8 Sugestões

- Melhoria da capacidade resolutiva da rede primária e secundária de atendimento de urgências.
- Educação continuada para o médico que atua na rede primária e secundária de atendimento, evitando encaminhamentos desnecessários ao setor terciário.
- Estabelecimento de um sistema de pós-consulta.
- Estabelecimento de um serviço de pronto-atendimento.
- Orientações aos plantonistas sobre o preenchimento dos prontuários.

9 Anexos

ANEXO A**TERMO DE COMPROMISSO E INFORMAÇÃO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

Prezado (a) Sr(a) :

Estamos realizando uma pesquisa sobre medicina popular e gostaríamos de saber se o (a) sr.(a) quer participar. Esta pesquisa será gravada e irá nos ajudar a saber o que se entende por medicina popular, o que as pessoas usam nos olhos além de colírio, se acreditam em alguma reza para tratar os olhos e o que fizeram de tratamento antes de procurar o Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Com esses dados faremos um questionário para ser aplicado futuramente. Caso o (a) sr(a) aceite, basta responder as perguntas que achar conveniente. Não há necessidade de se identificar, todas as informações prestadas estarão sob sigilo de pesquisa e o (a) sr(a) poderá deixar de participar da gravação quando desejar. Não há riscos, pois participará respondendo perguntas. A recusa em participar da pesquisa não acarretará nenhum prejuízo ao seu atendimento no Pronto Socorro. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pela Comissão de Ética para análise de Projetos de Pesquisa e está sendo desenvolvida pela abaixo assinada sob a orientação do professor Titular de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da USP, Prof. Dr. Newton Kara José. Qualquer dúvida ou esclarecimento em relação a esta pesquisa favor contactar a Profa. Regina na R.Dr.Eneas de Carvalho Aguiar, n/ 255; Instituto Central, 6º andar-Divisão de Clínica Oftalmológica. Telefone: 11- 30697873/ 30697870. São Paulo- Capital.

Regina de S. Carvalho

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo entrevistador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente pesquisa gravada.

São Paulo, de de 200

_____RG: _____

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal;

Ou uma testemunha: _____

ANEXO B**TERMO DE COMPROMISSO E INFORMAÇÃO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

Prezado (a) Sr(a) :

Estamos realizando uma pesquisa sobre medicina popular e gostaríamos de saber se o (a) sr.(a) quer participar. Esta pesquisa irá nos ajudar a saber o que se entende por medicina popular, o que as pessoas usam nos olhos além de colírio, se acreditam em alguma reza para tratar os olhos e o que fizeram de tratamento antes de procurar o Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, recompondo assim a trajetória até a chegada a este serviço. Deste modo, futuramente, poderemos orientar melhor a população, esclarecendo dúvidas e rompendo com crenças e mitos incorretos além de aprimorar o atendimento aos usuários do Hospital. Caso o (a) sr(a) aceite, basta responder as perguntas que achar conveniente. Não há necessidade de se identificar, todas as informações prestadas estarão sob sigilo de pesquisa e o (a) sr(a) poderá deixar de participar da pesquisa quando desejar. Não há riscos, pois participará respondendo perguntas. A recusa em participar da pesquisa não acarretará nenhum prejuízo ao seu atendimento no Pronto Socorro. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pela Comissão de Ética para análise de Projetos de Pesquisa e está sendo desenvolvida pela abaixo assinada sob a orientação do professor Titular de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da USP, Prof. Dr. Newton Kara José. Qualquer dúvida ou esclarecimento em relação a esta pesquisa favor contactar a Profa. Regina na R.Dr.Eneas de Carvalho Aguiar, n/ 255; Instituto Central, 6° andar-Divisão de Clínica Oftalmológica. Telefone: 11- 30697873/ 30697870. São Paulo- Capital.

Regina de S. Carvalho

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de de 200

_____RG:_____

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal;

Ou uma testemunha: _____

ANEXO C**INSTRUMENTO DE PESQUISA****Questionário n °****Entrevistador(a):****data/horário da entrevista:****Parte 1-****Características pessoais****1. Sexo** 1.1. () Masculino

1.2. () Feminino

2. Quantos anos completos o (a) Sr.(a) tem?.....anos**3. Cidade onde mora:** _____**Bairro:** _____**4. O(a) sr(a) estuda ou estudou na escola, sim ou não?**

4.1. () sim

4.2. () não (vá para questão 6)

5. Em Caso Afirmativo (ECA): até que série?

5.1.() EMEI (pré-escola)

5.2. () Ensino Fundamental 1 (antigo primário):

até _____série

5.3. () Ensino Fundamental 2 (antigo ginásio):

até _____série

5.4. () Ensino Médio ou Técnico(antigo colegial):

até _____série

5.5. () Ensino Superior: 5.5.a.() completo 5.5.b. () incompleto

6. Ocupação atual:(mais de uma resposta)

6.1. () estudante

6.2. () trabalhador.

Ocupação: _____

6.3. () aposentado/pensionista

6.4. () desempregado

6.5. () dona de casa

7. O seu atendimento será :

7.1. () pelo SUS

7.2. () pelo convênio

7.3. () não sabe informar

8. Como veio para o HC?

(Mais de uma resposta)

8.1.() ônibus

8.2.() metrô

8.3.() trem

8.4.() lotação

8.5.() carro particular próprio(vá para questão 11)

8.6.() carro particular de família ou conhecido (amigo, vizinho)(vá para q. 11)

8.7.() outro especificar:_____ (vá para questão 11)

9. Quantas conduções o(a) sr(a) tomou para chegar no HC?

(Mais de uma resposta)

9.1. _____ ônibus

9.2. _____ lotação

9.3. _____ metrô(baldeações)

9.4. _____ trem

10. Quanto o (a) sr(a) ganha por mês?

10.1. _____ reais ou

10.2. _____ salários mínimos

10.3.() não sabe / não quer informar

10.4.() não tem nenhum recebimento financeiro

11.Existe algum serviço de saúde próximo de sua residência?

11.1. () sim

11.2. () não

11.3. () não sabe informar

12. Que tipo de serviço de saúde?(mais de uma resposta)

12.1.() unidade básica de saúde / Centro ou Posto de Saúde

12.2.() ambulatório público

12.3.() pronto atendimento

12.4.() clínica privada/particular

12.5.() pronto socorro público

12.6.() pronto socorro particular

12.7.() hospital público

12.8.() hospital particular

12.9. () outro: especificar: _____

13. Por que escolheu vir hoje ao PS do HC?

(mais de uma resposta)

13.1. () porque não deu certo outro(s) tratamento(s)

13.2. () porque não tem médico de vista no posto/hospital que costuma frequentar

13.3. () porque o HC é competente, confia no hospital

13.4. () porque já faz tratamento no HC

13.5. () porque o seu plano de saúde mantém convênio com HC

13.6. () porque mora ou trabalha perto do HC

13.7. () porque foi indicado pelo Posto / outro Hospital / ou médico

13.8. () porque tem pessoa(s) conhecida(s) no HC

13.9. () porque veio pegar uma receita de óculos/medicamento

13.10. () porque perdeu a consulta agendada no ambulatório do HC

13.11. () outros motivos: _____

14. O que o(a) sr(a) está sentindo para ter que vir ao P S hoje?

(mais de uma resposta)

14.1. () olho vermelho

14.2. () coceira

14.3. () cisco

14.4. () visão ficou fraca

14.6. () caiu produto no olho. ECA: Qual: _____

14.7. () dor

14.8. () lagrimeja

14.9. () pancada / batida

14.10. () ramela

14.11. () mancha na vista

14.12. () outro motivo. ECA: Qual? _____

15. Sabe o que tem nas vistas? ECA: pode informar?

15.1. () sim, tem: _____

15.2. () não sabe

15.3. () não quer informar

16. Quanto tempo demorou para procurar o P.S. do HC desde que o problema apareceu no(s) seu(s) olho(s)?

16.1. () até uma hora(vá para questão 28)

16.2. () mais de uma hora: _____ horas

16.3. () dia(s): _____

16.4. () mês(es): _____

16.3. () não lembra

17. Porque não veio antes ?(mais de uma resposta)

17.1. () falta de tempo

17.2. () falta de acompanhante

17.3. () falta de dinheiro para condução

17.4. () não achou que era urgente

17.5. () porque o HC é longe

17.6. () porque demora muito para ser atendido no HC

17.7. () porque primeiro tentou resolver com colírio/pomada que tinha em casa

17.8. () porque primeiro tentou resolver com remédio caseiro

17.9. () porque primeiro tentou resolver com benção religiosa/ passe espírita

17.10. () porque antes de vir no HC tentou o remédio indicado pelo farmacêutico

17.11. () porque tentou primeiro homeopatia/acupuntura para tratamento dos olhos

17.12. () outros motivos: _____

17.13. () porque antes de vir no HC foi em outro serviço médico(posto/hospital..)

Se não foi a outro serviço- vá para questão 24

Analisando o outro atendimento

18. A quantos serviços médicos foi antes de vir ao HC?

18.1. _____ serviço(s) médico(s).

O último foi: _____ (Cidade e Bairro)

19. Nesse ultimo/único lugar, foi explicado o que o(a) sr (a) tem nas vistas?

19.1. () sim

19.2. () não

19.3. () não lembra

20. Nesse último/único lugar, foi receitado algum remédio? ECA : Qual?

- 20.1.() sim, remédio_____
- 20.2.() sim, mas não lembra o nome do remédio
- 20.3.() não (vá para q.24)
- 20.4.() não lembra se receitaram (vá para q.24)

21. Nesse lugar foi explicado como usar o remédio?

- 21.1.() sim
- 21.2.() não
- 21.3.() não lembra

22. Usou o remédio como o médico falou?

- 22.1.() sim, usou como o médico falou
- 22.2.() comprou mas não usou como o médico falou, por que_____
- 22.3.() não comprou, porque_____
- 22.4.() não lembra

23. Depois de tudo que o(a) sr(a) fez no outro lugar, as suas vistas:

- 23.1.() melhoraram
- 23.2.() pioraram
- 23.3.() ficaram iguais
- 23.4.() não sabe

Outros procedimentos

24. Antes de vir ao HC, usou algum remédio nos olhos ?

- 24.1.() sim, quem indicou foi:_____
- 24.2.() não
- 24.3.() não lembra

25. Se não usou remédio, colocou algum produto nos olhos antes de vir ao HC? (mais de uma resposta):

- 25.1.() leite materno
- 25.2.() chás/ compressas/ lavagem c/ ervas (ex: arruda, alecrim)
- 25.3.() água boricada
- 25.4.() água com sal/açúcar
- 25.5.() soro fisiológico
- 25.6.() água com vinagre/de arroz
- 25.7.() água de torneira/poço
- 25.8.() água benta
- 25.9.() mel
- 25.10.() limão (ou lima)

- 25.11.() Urina
25.12.() banha ou óleo
25.13.() garrafada
25.14.() outros: _____
25.15.() não colocou nenhum desses produtos nos olhos(vá para q. 28)

26.ECA-da pergunta 25 : O que usou melhorou as vistas?

- 26.1.() sim
26.2.() não
26.3.() mais ou menos
26.4.() não sabe

27. ECA-da pergunta 25:Quem indicou para usar ?(mais de uma resposta)

- 27.1.() mãe e/ou pai
27.2.() farmacêutico
27.3.() parente
27.4.() vizinho(a)
27.5.() compadre/comadre
27.6.() amigo(a)
27.7.() padre/bispo/pai de santo
27.8.() eu mesmo(a)
27.9.() outros(citar quem): _____
27.10() não lembra

28. Antes de procurar o PS do HC para tratar seu problema, o(a) sr(a) procurou:

- 28.1.() benção religiosa (dada por padre ou pastor)
28.2() orar(rezar) em casa
28.3.() passe espírita
28.4.() trabalho de macumba
28.5.() benzedeira
28.6.() outra benção
28.7.() não procurou nenhum desses recursos

Parte 2. Final: avaliação do atendimento

29. O médico de hoje do HC explicou o que o(a) sr(a) tem nas vistas?

29.1. ☐ sim

29.2. ☐ não

30. ECA o(a) sr(a) entendeu o que tem nas vistas?

30.1. ☐ sim, tenho _____

30.2. ☐ mais ou menos, acho que tenho _____

30.3. ☐ não entendi o que tenho

31. O médico de hoje do HC receitou remédio?

31.1. ☐ sim

31.2. ☐ não (passe para q 33)

32. ECA: Explicou como e porque usar o remédio?

32.1. ☐ sim

32.2. ☐ sim, mas não entendi

32.3. ☐ explicou mais ou menos

32.4. ☐ não explicou

33. Na sua opinião, hoje no HC o atendimento foi:

(deixar o paciente refletir. Questionar: - atendimento médico; tempo de espera e de consulta; salas, equipamentos e segurança.) Após, deixar o(a) entrevistado(a) fazer um "x" na régua em cima do número, explicando antes que o nº "0" simboliza "péssimo" e o nº "10" "ótimo". (entrevistador não olhar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Agradecer a colaboração.)

Parte 3. Entrevista com oftalmologista que atendeu o(a) paciente:

() caso novo

() retorno

34. Diagnóstico: _____

35. () OD () OE () Ambos os Olhos

36. Na sua opinião, o caso era de:

36.1. () Urgência

36.2. () Urgência relativa

36.3. () Não era urgente

36.4. () Não se enquadra

37. Na sua opinião o problema poderia ser resolvido em atendimento de menor complexidade?

37.1. () sim

37.2. () não

37.3. () não sabe/não tem certeza

38. Na sua opinião, o paciente entendeu o que tem ?

38.1. () sim

38.2. () não

38.3. () não sabe/ não tem certeza

39. Na sua opinião o paciente entendeu como fazer o tratamento?

39.1. () sim

39.2. () não

39.3. () não sabe/ não tem certeza

(Agradecer a colaboração.)

_____.

ANEXO D

Mapa do Município de São Paulo segundo divisão por Subprefeituras

FONTE: Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo (2003)

ANEXO E

Mapa do Município de São Paulo segundo as áreas de abrangência dos hospitais universitários – 2003

FONTE: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

10 Referências

Esta tese está de acordo com:

Referências: Adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de Apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Adam Netto A, Waylis LF, Santos Jr EC. Diagnósticos emergenciais em oftalmologia em um hospital universitário. *Rev Bras Oftalmol*. 2002;61:877-83.

Alves MR, Kara-José N, Prado Jr J, Usuba FS, Onclinx TM, Marantes CR. Ferimento perfurante ocular: 400 casos admitidos na clínica oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Arq Bras Oftalmol*. 1995;58:342-5.

Amato Neto V, Pasternak J. SUScesso?. *Folha de São Paulo*, São Paulo. 2007 jan 08; Seção A: 3.

Annichino GP, Imamura CR A, Mauad MA, Medeiros LA, Morita I, Towata EA. Medicina caseira em sete localidades da região de Bauru, SP. *Cad. Saúde Pública. (Rio de Janeiro)*. 1986;2:150-66.

Araújo AAS, Almeida DV, Araújo VM, Góes MR. Urgência Oftalmológica: Corpo Estranho Ocular ainda como principal causa. *Arq Bras Oftalmol*. 2002; 65:223-7.

Artmann E, Azevedo CS, Sá MC. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: Análise comparada de duas experiências. *Cad Saúde Pública. (Rio de Janeiro)*. 1997;13:713-40.

Azevedo DJ, Melo OCC. Nova metodologia de ensino oftalmológico em nível de graduação. *Arq Bras Oftalmol*. 1978;1:128-9.

- Barakat SFC. *Caracterização da demanda do Serviço de Emergências Clínicas de um hospital terciário do município de São Paulo* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.
- Bechara SJ, Kara-José N. Olho vermelho: diagnóstico diferencial e conduta. *JBM*, 1985;48:19-25.
- Bechara SJ. Aspectos Médico-Legais do Trauma Ocular. In: Takahashi W. *Traumatismos e emergências oculares*. São Paulo: Roca; 2003. v.5, p. 241-6. (Série Oftalmologia – USP).
- Bernucci EA, Lopreto RCC, Rodrigues MLV. Traumatismos oculares em uma unidade de Emergência. *Rev Bras Oftalmol*. 1993;52:43-7.
- Bison SHDVF, Reggi JRA. Traumas oculares: nosologia de 1171 casos. *Arq Bras Oftalmol*. 1995;58:105-11.
- Bonanomi MTBC, Alves MR, Kara-José N, Souza Jr NA. Ferimento perfurante do globo ocular em adultos. *Arq Bras Oftalmol*. 1980;43:81-7.
- Botelho JB. *Medicina e religião: conflito de competências*. Manaus: Metro Cúbico; 1991.
- Branquinho FTB. *Da “química” da erva nos saberes populares e científicos* [Tese]. Campinas-São Paulo: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas; 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. [portal on line]. Sus de A a Z. [citado em 15 de outubro de 2006]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de Maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no

- Sistema Único de Saúde. [Internet]. [citado 27 de janeiro de 2007]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/2117398.xml>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1863/GM de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas. [Internet]. [citado 19 julho 2006]. Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_gm1863.htm.
- Camargo MTA. A Medicina Popular em seus aspectos gerais. II Simpósio Nacional de Medicina Popular e Natural. [portal online]. 2001: [1 tela] [citado 20 jan 2007]. Disponível em: <http://www.aguaforte.com/herbarium/AMedicinaPopaspecgeraisconf.html>.
- Candeias NMF, Marcondes RS. Diagnóstico em educação e saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. *Rev Saúde Pública*. 1979;13:63-8.
- Caprara A, Franco LSA. A relação paciente-médico. Para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública*. (Rio de Janeiro). 1999;15:647-54.
- Caprara A, Rodrigues J. Asymmetric doctor-patient relationship: rethinking the therapeutic bond. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9:139-46.
- Carani JCE, Machado CG, Gomi CF, Carvalho RMS. Ferimento perfurante ocular no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Arq Bras Oftalmol*. 1999;62:310-4.
- Carazo V, Velasco JR, Beltranena F, Quesada T. Evaluating the conditions of efficiency. In Carazo V, Velasco JR, Beltranena F, Quesada T. *Guías para gerencia de servicios de atención ocular*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1986.

Carmeli Y, Eichelberger K, Soja D, Dakos J, Venkataraman L, DeGirolami P, Samore M. Failure of quality control measures to prevent reporting of false resistance to imipenem, resulting in a pseudo-outbreak of imipenem-resistant *Pseudomonas aeruginosa*. *J Clin Microbiol*. 1998;36:595-7.

Carvalho ACD. *Feiticeiros, burlões e mistificadores. Criminalidade e mudanças das práticas populares de saúde em São Paulo 1950 a 1980*. São Paulo: Unesp; 2003.

Carvalho RS, Kara-José N. Ophthalmology Emergency Room at the University of São Paulo General Hospital: a tertiary hospital providing primary and secondary level care. *Rev Clinics*. 2007;62:56-63.

Cassell J. On control, certitude, and the "paranoia of surgeons". *Cult Med Psychiatry*. 1987;11:229-49.

Castellanos J, Robayo J. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1977;82:478-92.

Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Públ. (Rio de Janeiro)*. 1997;13:469-78.

Chagas VLF, Kara-José N. Aplicação - Medicação Ocular. In: Oliveira RSC, Kara-José N. *Auxiliar de Oftalmologia*. São Paulo: Roca; 2000. v.2, p.335-344 (Série Atualidades em Oftalmologia).

Chiapella AP, Rosenthal R. One year in an eye casualty clinic. *Br J Ophthalmol*. 1985;69:865-70.

Cohn A, Nunes E, Jacobi PR, Karsch US. *A saúde como direito e serviço*. v.7. São Paulo: Cortez; 1991. (Série Pensamento Social e Saúde).

Cohn A, Elias PE. *Saúde no Brasil-Políticas e Organização de Serviços*. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.

Collucci C. Médico quer vetar portaria de acupuntura. *Folha de São Paulo*, São Paulo. 2006 junho 10; Seção C1: 1.

Conselho Brasileiro de Oftalmologia. [portal online]. 2007: [1 tela] sessão de dúvidas dos pacientes [citado 18 fev 2007]. Disponível em: http://www.cbo.com.br/pacientes/duvidas/duvidas_conjuntivite.htm

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Guia da relação médico/paciente*. São Paulo: Cremesp; 2001.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). Resolução nº CFM 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da comissão de revisão de prontuários nas instituições de saúde. [Internet]. [citado 09 de junho de 2007]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/legislacao/resolucoes/rescfm/1638_02.htm

Coral-Ghanem C. Manutenção das lentes de contato. In Coral-Ghanem C, Kara-José N. *Lentes de Contato na Clínica Oftalmológica*. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1998. 2ª edição p. 113-131.

Covolo GA. *Avaliação da demanda atendida num modelo de atenção secundária em saúde ocular: perfil nosológico, produtividade e resolutividade* [dissertação de Mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Damasceno MCT. Aspectos Ético-Legais no Pronto-Socorro. In: Martins HS, Damasceno MCT, Awada SB. *Pronto Socorro - Condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. São Paulo: Manole; 2006. p. 16-22.

Dantas MCN, Dantas PEC. Atualização no diagnóstico e tratamento da ceratite por *Acanthamoeba*. *Rev Sinopse de Oftalmologia*. 1999;2:41-3.

Dicionário de Sinônimos e Antônimos - Houaiss. Rio de Janeiro: Objetiva; 2003. p. 681.

Editorial. Automedicação. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [periódico online]. 2001: [1 tela] [citado 28 jan 2007]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000400001&lng=en&nrm=iso. ISSN 0104-4230. doi: 10.1590/S0104-42302001000400001.

Edwards RS. Ophthalmic emergencies in a district general hospital casualty department. *Br J Ophthalmol*. 1987;71:938-42.

Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional Medicine in the United - Prevalence, Costs, and Patterns of Use. *N Engl J Med*. 1993;328:246-52.

Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992;267:221-6.

Espíndola RF, Teixeira FC, Yamakami IM, Silva HRF, Freitas JAH. Análise dos conhecimentos básicos sobre urgências oftalmológicas em plantonistas não oftalmologistas. *Arq Bras Oftalmol*. 2006;69:11-15.

Franco SC, Campos GWS. Quality-of-care assessment in a university hospital pediatric clinic. *Cad Saúde Pública. (Rio de Janeiro)*. 1998;14:133-49.

Freitas D, Belfort Jr R. Ceratites parasitárias. In Belfort Jr R, Kara-José N. *Córnea - Clínica- Cirúrgica*. São Paulo: Roca; 1996. p 229-240.

Fujiwara LM, Alessio NLN, Farah MFS. *20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania*. São Paulo: Graphic Express; 1998. (Programa Gestão Pública e Cidadania).

Giglio-Jacquemot A. *Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuário*. Rio de Janeiro: FioCruz; 2005.

Ginguerra MA, Ungaro ABS, Villela FF, Kara-José AC, Kara-José N. Aspectos do ensino de graduação em oftalmologia. *Arq Bras Oftalmol*. 1998;61:546-50.

Grandi TSM, Trindade JA, Pinto MJF, Ferreira LL, Catella AC. Plantas medicinais de Minas Gerais, Brasil. *Acta Botan Bras*. 1989;3:125-37.

Hall E. Protective eyewear proper care help stop injuries, blindness at work. *Occup Health Saf*. 1987;56:70-80.

Helman CG. *Cultura, Saúde & Doença*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Hercos BVS, Berezovsky A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde-SUS. *Arq Bras Oftalmol*. 2006;69:213-9.

Higginbotham N, Streiner DL. The social science contribution to pharmacoepidemiology. *J Clin Epidemiol*. 1991;44:73-82.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - informações úteis: Conhecendo o Hospital das Clínicas [portal on line]. 2007: [1tela][citado em 23 março 2007]. Disponível em: http://www.hcnet.usp.br/informacoes_uteis/conhecendo_hc.htm

Houlsby RD, Ghajar M, Chaves G. Microbiologic characteristics of unpreserved saline. *J Am Optom Assoc*. 1998;59:184-8.

Hovding G, Sjursen H. Bacterial contamination of drops and dropper tips of in use multidose eye drop bottles. *Acta Ophthalmol.* 1982;39:55-9.

Illich I. *Limits to Medicine: Medical Nemesis, the Expropriation of Health.* London: Marion Boyars Publishers Ltd.; 1999.

Indicadores Econômicos. *Folha de São Paulo*, São Paulo. 2006 abril 25; Seção B:10.

Jones NP, Hayward JM, Khaw PT, Claqué CMP, Elkington AR. Function of an ophthalmic accident and emergency department: results of a six month survey. *Br Med J.* 1986;292:188-90.

Kara-José AC, Branco BC, Ohkawara LE, Yu MCZ, Lima ALH. Uso ocular de água boricada: condições de manuseio e ocorrência de contaminação. *Arq Bras Oftalmol.* 2007;70:201-7.

Kara-José N, Rangel FF, Barbosa NLM. Perfurações do globo ocular e ferimentos da face; necessidade de diagnóstico precoce. *Arq Bras Oftalmol.* 1982;45:60-6.

Kara-José N, Helene A, Deus PRG, Caldato R, Fávero M. Atendimento da conjuntivite catarral aguda em farmácias na cidade de Campinas e São Paulo. *Arq Bras Oftalmol.* 1983;46:178-82.

Kara-José N, Saba HC, Cartocci AA, Braga ACA, Schimoda GA, Guidi HC, Meirelles JO, Gabiatti JRE, Alonso PC, Menos RA, Temporini ER. Conhecimentos e práticas em saúde ocular de 1.000 pessoas na cidade de Campinas (São Paulo). *Arq Bras Oftalmol.* 1985;48:160-5.

Kara-José N, Alves MR, Oliveira PR. Como educar a população para prevenção de trauma ocular. *Arq Bras Oftalmol.* 1992;55:160-2.

Kara-José N, Arieta CEL, Temporini ER, Kang KM, Ambrósio LE. Tratamento cirúrgico de catarata senil: óbices para o paciente. *Arq Bras Oftalmol*. 1996;59:573-7.

Kara-José N, Oliveira RC. *Olhos*. São Paulo: Contexto; 1997. (Coleção Conhecer & Enfrentar).

Kara-José N, Avakian A. Olho vermelho: diagnóstico diferencial. *Rev Sinopse de Oftalmologia*. 2001b;3(3):43-6.

Kara-Jr N, Oliveira Neto JC, Silva ALB, Schellini AS. Acidentes oculares ocupacionais - ocorrência em Botucatu - São Paulo, no período de 1988 a 1992. *Arq Bras Oftalmol*. 1994;57:389-93.

Kara-Jr N, Zanatto MC, Villaça VTN, Nagamati LT, Kara-José N. Aspectos médicos e sociais no atendimento oftalmológico de urgência. *Arq Bras Oftalmol*. 2001a;64:39-43.

Kara-Jr N, Temporini ER, Kara-José N. Cataract surgery: expectations of patients assisted during a community project in São Paulo, State of São Paulo, Brazil. *Clinics*. 2001b;56:163-8.

Kellermann AL. Nonurgent emergency department visits: meeting an unmet need. *JAMA*. 1994;271:1953-4.

Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med*. 1978;88:251-8.

Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. California: University of California Press; 1980.

Kleinman A. Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience. *Cult Med Psychiatry*. 1991;15:275-301.

Konner M. *The Trouble with Medicine*. England: BBC Books; 1993.

Landen D, Baker D, LaPorte R, Thoft RA. Perforating eye injury in Allegheny County, Pennsylvania. *Am J Public Health*. 1990;80:1120-2.

Laplantine F, Rabearon PL. *Medicinas Paralelas*. São Paulo: Brasiliense; 1989.

Layaun SEED, Schor P, Rodrigues MLV. Perfil da demanda de um serviço de oftalmologia em uma Unidade de Emergência. *Rev Bras Oftalmol*. 1992;51:47-9.

Leal FAM, Silva e Filho AP, Neiva DM, Learth JCS, Silveira DB. Trauma ocular ocupacional por corpo estranho superficial. *Arq Bras Oftalmol*. 2003;66: 57-60.

Leavell M, Clark G. *Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro: McGraw Hill do Brasil Ltda; 1976.

Lemme AC, Noronha G, Resende JB. A satisfação do usuário em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 1991;25:41-6.

Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. *JAMA*. 1997;277:553-9.

Liggett PE, Pince KJ, Barlow W, Rangen M, Ryan SJ. Ocular trauma in an urban population. Review of 1132 cases. *Ophthalmology*. 1990;97:581-4.

Lira RC, Lira PC, Kara-José N. Venda de colírio, sem receita médica, em farmácia com entrega a domicílio. *Arq Bras Oftalmol*. 1999;62(3):239-42.

Lower LMT. *Recuperação da perda visual por catarata: percepção de pacientes em relação à influência da afecção ocular e do ato cirúrgico na qualidade de vida* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.

Lower LMT. Trauma ocular: Definição, Classificação e Epidemiologia. In Takahashi W. *Traumatismos e emergências oculares*. São Paulo: Roca; 2003. v. 5. p.1-6. (Série Oftalmologia USP).

Luz PL. *Nem só de ciência se faz a cura. O que os pacientes me ensinaram*. São Paulo: Atheneu; 2002.

Martins HS, Damasceno MCT, Awada SB. *Pronto socorro - condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. São Paulo: Manole; 2006.

Matos MCA. Auto-Medicação. Psicologia.com [portal online]. 2005: [pdf] [citado 28 jan 2007]. Disponível em: http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0048&area=d2.

Mendes HWB, Caldas Júnior AL. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. *Rev Latino-AM Enfermagem*. 2001;9:20-6.

Mendes HWB. *Regionalização de assistência à saúde: análise de demanda ao serviço de urgência/emergência de um hospital universitário* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.

Nash EA, Margo CE. Patterns of emergency department visits for disorders of the eye and ocular adnexa. *Arch Ophthalmol*. 1998;116:1222-6.

Natalini G. *Princípios básicos do SUS. In Associação Paulista de Medicina. SUS - o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde.* São Paulo: Raiz; 2001. v. 2, p. 21-58.

Noia LC, Araújo AHG, Moraes NSB. Queimaduras oculares químicas: epidemiologia e terapêutica. *Arq Bras Oftalmol.* 2000;63:369-73.

Novo Dicionário Aurélio - Século XXI. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.

Obeid WN, Vieira LA, Frangieh AY. Segunda opinião em Oftalmologia. *Arq Bras Oftalmol.* 2005;68:311-16.

Oliveira AP. Espiritualidade na vida e no consultório faz bem à saúde. *Jornal Folha de São Paulo; Caderno Equilíbrio.* São Paulo. 2004 janeiro 8-6,8.

Oliveira DF, Arieta CEL, Temporini ER, Kara-José N. Quality of health care: patient satisfaction in a university hospital. *Arq Bras Oftalmol.* 2006;69:731-6.

Oliveira RCS, Kara-José N. Sucesso em Oftalmologia. In: Oliveira RCS, Kara-José N. *Auxiliar de Oftalmologia.* São Paulo: Roca; 2000. v.2, p.363-72 (Série Atualidades em Oftalmologia).

Oliveira RSCS, Temporini ER, Kara-José N, Carricondo PC, Kara-José AC. Perceptions of patients about cataract. *Clinics.* 2005;60:455-60.

Osório D. Avaliação do rendimento escolar: como ferramenta de exclusão social. In: Bello JLP. *Pedagogia em foco.* [periódico on line] Rio de Janeiro: 2002. [citado 2007 Jan 20]. Disponível em:
<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/aval01.htm>

- Paim JS. Organização de atenção à saúde para urgência / emergência. In Silva LMV. *Saúde coletiva: textos didáticos*. Salvador: Centro Editorial e didático/Universidade Federal da Bahia; 1994. p.152 -5.
- Pargament KI. God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. *Research in the Social Scientific Study of Religion*. 1990;2:195-224.
- Pargament KI, Park CL. Merely a defense? The variety of religious means and ends. *Journal of Social Issues*. 1995;51:13-32.
- Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Progr Plann*. 1983;6:185-210.
- Pepe VLE, Castro CGSO. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad Saúde Pública*. (Rio de Janeiro). 2000;16:815-22.
- Pinheiro CUB. Extractivism, cultivation and privatization of jaborandi (*Pilocarpus microphyllus* Stapf ex Holm.; Rutaceae) in Maranhão, Brazil. *Acta Bot Bras*. 2002;16:141-150.
- Piovesan A. Percepção cultural dos fatos sociais: suas implicações no campo da saúde pública. *Rev Saúde Pública*. 1970;4:85-97.
- Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev Saúde Públ*. 1995;29:318-25.
- Rocha LCP, Maróstica FT, Kurahashi A, Kara-José Jr N, Kara-José N. Resolubilidade em oftalmologia: onde estamos? In Congresso Brasileiro de Oftalmologia – resumos. *Arq Bras Oftalmol*. 1996;59:388.

Rocha H. Formação, aperfeiçoamento e atualização de oftalmologistas. *Arq Bras Oftalmol*. 1969;32:12-21.

Rocha JCP, Gondim EL, Braga FTC, Dantas FJ, Temporini ER, Kara-José N. Ocular health myths among a hospital staff. *Ophthalmic Epidemiol*. 1997;4:107-13.

Rodrigues CRC. Relação médico-paciente. In Rodrigues MLV, Dantas AM. *Oftalmologia Clínica*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2001. p.1-8.

Rosenthal GE, Shannon SE. The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems. *Medical Care*. 1997;35:58-68.

Sanna MC. Avaliação da assistência ambulatorial de enfermagem segundo a percepção do cliente. *Rev Esc Enfermagem USP*. 1993;27:133-49.

Santos JS. Da fundação e Hospital das Clínicas à criação da unidade de emergência e sua transformação em Modelo Nacional de Atenção às Urgências. *Medicina Ribeirão Preto*. 2002;35:403-18.

Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências e de Humanização. *Medicina Ribeirão Preto*. 2003;36:498-515.

Santos MG, Dias AGP, Martins MM. Conhecimento e uso da medicina alternativa entre alunos e professores de primeiro grau. *Rev Saúde Pública*. 1995;29:221-7.

Sato T, Takeichi M, Hara T, Koizume S. Second opinion behavior among Japanese primary care patients. *Br J Gen Pract*. 1999;49:546-50.

Scally G, Wilde J, Corrigan D. Quality assurance: new wine in old bottles. *Publ Health*. 1988;102:581-4.

Schellini AS, Vasuoka ER, Itoda LK, Dutton Jr GA, Jorge EM, Silva MRBM. Morbidade ocular no serviço de emergência e triagem oftalmológica - UNESP-Botucatu. *Rev Bras Oftalmol*. 1991;50:48-55.

Selby JV, Fireman BH, Swain BE. Effect of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization. *N Engl J Med*. 1996;334:635-41.

Serviço Público. Jornal Vale Paraibano, São José dos Campos [periódico online]. 2000 jan 19: [1 tela] [citado 08 jan 2007]. Disponível em: <http://jornal.valeparaibano.com.br/2000/01/19/jac/oftalmo.html>

Sperandio AMG. Promoção de Saúde Ocular e Prevenção Precoce de Problemas Visuais nos Serviços de Saúde Pública. *Rev Saúde Pública*. 1999;33:513-20.

Spinsanti S. *Chi ha potere sul mio corpo? Nuovi rapporti tra medico e paziente*. Roma: Edizioni Paoline; 1999.

Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

Steinbrook R. The role of emergency department, editorials. *N Engl J Med*. 1996;334:657-8.

Stratmann CW. A study of consumer attitudes about health care: the delivery of ambulatory services. *Med Care*. 1975;13:537-48.

Sugano DM, Ávila MP, Lima VL, Carvalho F, Rehder JRCL. Estudo do perfil de demanda e morbidade ocular em um serviço de emergência oftalmológica no período de 1999 a 2002. *Rev Bras Oftalmol*. 2004;63:231-5.

Sutherland LR, Verhoef MJ. Patients who seek a second opinion: are they different from the typical referral? *J Clin Gastroenterol*. 1989;11:308-13.

Tanaka OU, Melo C. *Avaliação de programas de saúde do adolescente. Um modo de fazer*. São Paulo: EDUSP; 2001.

Teixeira F. A prática da Automedicação. *Formação Terapêutica*. 1996;71:2-7.

Temporini ER, Kara-José N. Níveis de prevenção de problemas oftalmológicos: Prostras de intervenção. *Arq Bras Oftal*. 1995;58:189-94.

Temporini ER, Kara-José N, Gondim EL, Dantas FJ. Conhecimentos sobre saúde ocular entre profissionais de um hospital universitário. *Medicina Ribeirão Preto*. 2002a;35:53-61.

Temporini ER, Kara-Junior N, Kara-José N, Holzchuh N. Popular beliefs regarding the treatment of senile cataract. *Rev Saúde Pública*. 2002b;36:343-9.

The Medicaid Access Study Group. Access of Medicaid recipients to outpatient care. *N Engl J Med*. 1994;330:1426-30.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre o conceito de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. [citado 2007 Mar 25]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800014

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Hospital das Clínicas. [portal on line] Informações úteis. [citado em 19 de agosto de 2006].

Disponível em:

http://www.hcnet.usp.br/informacoes_uteis/conhecendo_hc.htm

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Instituto Central do Hospital das Clínicas. [portal on line] Histórico [citado em 19 de agosto de 2006]. Disponível em: <http://www.ichc.hcnet.usp.br/>.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Parecer CoBi n.º 004/2004. Parecer sobre demanda crescente do atendimento no pronto socorro e ambulatório frente à assistência adequada [on line]. São Paulo: HCnet; 2004 [citado 08/01/2007]. Disponível em:

http://www.hcnet.usp.br/adm/dc/cobi/parecer/parecer_04_2004.pdf

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Instituto Central do Hospital das Clínicas. [portal on line] Assessoria de Imprensa-Release publicado em 2004. [citado em 08 de janeiro de 2007]. Disponível em: http://www.hcnet.usp.br/assessoria_imprensa/releaseshc/2004/ps_novos_leitos.htm

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina Hospital das Clínicas. [portal on line] Unidades. [citado em 08 de janeiro de 2007]. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/unidades/index.htm>.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Instituto Central do Hospital das Clínicas. [portal on line] ICHC [citado em 08 de janeiro de 2007]. Disponível em:

<http://www.ichc.hcnet.usp.br/default.aspx?pagid=KJIHQNOI&navid=69>

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Hospital das Clínicas. [portal on line] Estatística. [citado em 21 de abril de 2007]. Disponível em:

<http://www.ichc.hcnet.usp.br/>

subportais/raiz/Arquivos/Estatistica/2006/ps2006.xls

Usuário aponta deficiência no sistema de saúde. *Jornal Vale Paraibano*, São José dos Campos [periódico online]. 1997 agosto 29:[1 tela] [citado 08 jan 2007]. Disponível em:

<http://jornal.valeparaibano.com.br/1997/08/29/sjc/saude.html>

Vieira LA, Belfort Jr R. Ceratite micótica. In Belfort Jr R, Kara-José N. *Córnea- Clínica- Cirúrgica*. São Paulo: Roca; 1996. p. 189-204.

Wannmacher L. Uso indiscriminado de antibióticos e resistência microbiana: uma guerra perdida? In Ministério da Saúde. *Uso racional de medicamentos: temas selecionados*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. v.1, p.1-6.

Ware JE. Effects of acquiescent response set on patient satisfaction ratings. *Med. Care*. 1978; 16: 327-36.

Warren BH, Isikoff SJ. Comparative costs of urgent care services in university-based clinical sites. *Arch Fam Med*. 1993;2:523-8.

Wartman AS, Morlock LL, Malitz FE, Palm AE. Patient understanding and satisfaction as predictors of compliance. *Med Care*. 1983;21:386-91.

Weiss LG. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Med Care*. 1988;26:383-92.

Werner D. *Onde não há médico*. São Paulo: Paulinas; 1989. 12ª ed.

Westphalen MEA, Carraro TE. *Metodologias para a assistência de Enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: Ed AB; 2001.

Weyll M, Silveira RC, Fonseca Jr NL. Trauma ocular aberto: características de casos atendidos no complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos. *Arq Bras Oftalmol*. 2005;68:505-10.

Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction an explanation of high reported level. *Soc Sci Med*. 1998;47:1351-9.

Williams RM. The costs of visits to emergency departments. *N Engl J Med*, 1996;334:642-6.

Wilson II FM. Adverse external ocular effects of topical ophthalmology medications. *Surv Ophthalmol*. 1979;24:57-88.

World Health Organization. Formulating Strategies for Health for All by the Year 2000: *Guiding Principles and Essential Issues*. Genebra: WHO; 1979.

Young GP, Sklar D. Health care reform and emergency medicine. *Ann Emerg Med*. 1995;25:666-74.

Ywata C, Antônio J, Cordeiro R. *Medicina Natural: a cura está na natureza*. Brasília: Brasil 21 Ltda; 2006. (Projetos Especiais).

Zenha F, Romão E, Rodrigues MLV. Estudo retrospectivo de atendimento no serviço de oftalmologia da unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo. *Medicina Ribeirão Preto*. 1999;32:71-5.