

Considerações sobre aspectos sociais do atendimento clínico e cirúrgico de pacientes portadores de catarata senil

Newton Kara-José *; Edson Barbosa **; José Correa da Fonseca Neto **;
Marcia Hisako Oura *** & Wesley H. Martins ***

Sabe-se que, no mundo, 80% dos cegos se encontram em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, onde as infecções e a má nutrição são os principais fatores das patologias, aliados à escassez e à precariedade do atendimento oftalmológico (2,8).

Sendo assim, nesses países, o número de pessoas cegas portadoras de patologias curáveis é acentuadamente grande (2). Dois terços das doenças que ocasionam cegueira são susceptíveis de prevenção e 20% dos considerados cegos poderiam ser curados (7). Entre esses últimos, está grande número de portadores de catarata senil.

Entre as medidas necessárias para combater tal situação, ressalta-se a maior facilidade de acesso ao tratamento. Infelizmente, as condições econômicas, tanto de população quanto dos governos, são inadequadas nesses países (2).

Nos últimos anos, graças aos grandes avanços ocorridos, principalmente na qualidade do arsenal cirúrgico, muitas modificações estão sendo impostas. O tempo de permanência hospitalar de pacientes submetidos à cirurgia de catarata tem sido reduzido, com grandes benefícios para o paciente e para a comunidade (2). Apesar disso, a catarata senil permanece como uma das principais causas de cegueira curável.

Um grupo de estudo constituído pela Organização Mundial da Saúde (1973), em seu informe sobre prevenção da cegueira, enfatiza a necessidade de realização de investigação de problemas oftalmológicos em amostra populacional, a fim de obter índice do estado de saúde ocular de indivíduos e grupos, como primeiro passo de uma série de medidas destinadas a melhorar esse setor da saúde pública. O informe refere que tal procedimento "facilita a assistência oftalmológica dos novos casos descobertos e proporciona os dados básicos necessários para o planejamento e a avaliação dos sistemas de higiene ocular" (9).

Em 1936, Del Nero³, no primeiro Congresso Brasileiro de Oftalmologia, ressaltou a importância de um planejamento eficaz no

combate ao tracoma, que atingia até 66,2% da população por ele estudada. Já em 1981, Magalhães, Belfort Jr, Souza-Dias e Kara José alertam ser praticamente inexistentes as alterações indicativas de hipovitaminose A, tracoma e oncocercose em crianças com problemas oculares, atendidas, respectivamente, no Hospital das Clínicas de São Paulo, Hospital São Paulo, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Santa Casa de Campinas (1).

Evidencia-se, assim, a importância de se obter dados estatísticos recentes, para que as autoridades de saúde não se baseiem em informações desatualizadas, quando da planificação de programas de atendimento populacional.

Nos últimos anos, a Medicina brasileira tem sofrido grandes mudanças em suas características. O incremento da rede de atendimento do Inamps, assim como o advento dos "famigerados convênios", associados ao grande número de médicos têm causado sucessivas mudanças nas características de atendimento médico, em nosso meio. Ao se fazer a análise desses fatos não se pode deixar de considerar as necessidades e o padrão de atendimento de nossa população.

A quem caberia o estudo dessa problemática? Seguramente uma parcela importante dessa responsabilidade cabe às Universidades. Uma das diferenças entre uma Faculdade isolada e uma Universidade é a responsabilidade maior que esta última tem em relação à prestação de serviços e 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 de Medicina.

No momento, questiona-se bastante o papel exercido e a ser exercido pelo Inamps na prestação de serviços de assistência médica. Os acontecimentos dos últimos meses,

* Professor Titular da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

** Médico Residente de 3.º Ano da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

*** Sextanista da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Endereço para pedido de separatas: N. KARA-JOSÉ — Rua Professor Arthur Ramos, 183 — São Paulo.

com as sucessivas declarações de déficit em sua balança de pagamentos, ao lado de sua posição de grande agenciador da assistência médica em nosso meio, têm colocado a classe médica em uma posição de grande insegurança, quanto a seu futuro profissional e financeiro.

No presente trabalho, são estudadas as condições de atendimento oftalmológico na cidade de Rio Claro (SP), considerando, para isso, o número de profissionais, seu tipo de especialização, tempo de exercício profissional e condições de acesso dos pacientes aos tratamentos clínico e cirúrgico.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo dos 81 casos de catarata senil operados em Rio Claro (Estado de São Paulo), no período de janeiro a dezembro de 1980.

Rio Claro, cidade de características industrial e agrícola, apresenta uma população no município de 110 000 habitantes; dista 170 Km da capital do Estado de São Paulo e foi selecionada para o presente levantamento, inclusive, por apresentar facilidades de acesso aos dados desejados.

Foram questionados os 7 oftalmologistas da cidade e levantados dados nos 3 hospitais onde foram realizadas cirurgias oftalmológicas no período de janeiro a dezembro de 1980.

Para cada paciente submetido à facectomia preencheu-se um formulário com os seguintes dados: tipo de consulta (particular,

Inamps, Funrural, convênio ou indigente), tipo de alojamento hospitalar (apartamento particular, enfermarias), honorários médicos da cirurgia e tempo de espera entre a decisão de operar e a realização da cirurgia.

RESULTADOS

Dos 81 pacientes submetidos à facectomia, 63 fizeram a consulta pré-cirúrgica como particulares, 12 por meio de convênios e 6, como indigentes. (tabela 1)

Das 81 cirurgias realizadas, 58 pacientes foram internados pelo Inamps, 8 mediante convênios e 4, como particulares sendo que, dos 58 primeiros, 39 pagaram complementação de honorários médicos para cirurgia. Dos 12 atendidos por meio de convênios, 4 alojaram-se em apartamentos particulares e 8, em enfermaria. (tabela 2). Os 10 pacientes do Funrural, assim como o indigente, alojaram-se em enfermaria. (tabela 2).

O tempo médio de espera entre a decisão de operar e a realização da cirurgia foi de 7 dias, nunca ultrapassando 14 dias.

Dos 7 oftalmologistas radicados em Rio Claro, 5 são cirurgiões e apenas um não possui título de especialista pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia. A idade desses médicos varia entre 33 e 72 anos, apresentando-se, como média, 44 anos. O tempo médio de atuação profissional foi de 10 anos, variando entre 7 e 20 anos. Levando-se em consideração a população da cidade o índice de Oftalmologistas por habitantes encontrado foi de 1/15.700.

TABELA 1
Distribuição dos pacientes segundo tipo de consulta e acesso à cirurgia. Rio Claro, 1981.

Tipo de consulta	Acesso à cirurgia		INAMPS		Convênio		Funrural		Indigente		Particular		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Particular	58	92,1	—	—	5	7,9	—	—	—	—	—	—	63	100,0
Convênio	—	—	8	66,7	—	—	—	—	—	—	4	33,3	12	100,0
Indigente	—	—	—	—	5	83,3	1	16,7	—	—	—	—	6	100,0
Total	58	71,6	8	9,9	10	12,4	1	1,2	4	4,9	—	—	81	100,0

FONTE: Registro hospitalar

TABELA 2
Distribuição dos pacientes segundo tipo de consulta e tipo de alojamento. Rio Claro, 1981.

Tipo de consulta	Tipo de alojamento	Apartamento particular		Enfermaria		Total	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%
INAMPS		23	39,7	35	60,3	58	100,0
Funrural		—	—	10	100,0	10	100,0
Convênio		4	33,3	8	66,7	12	100,0
Indigente		—	—	1	100,0	1	100,0
Total		27	33,3	54	66,7	81	100,0

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os dados levantados nessa pesquisa mostram que, na população estudada, a grande maioria dos pacientes portadores de catarata com indicação cirúrgica (63 pacientes) procurou profissionais na qualidade de clientes particulares, 12, por meio de convênios e 6, como gratuitos (indigentes). Já para o tratamento cirúrgico, 76 foram atendidos como previdenciários (58 pelo Inamps, 10 pelo Funrural e 8 por convênios), sendo que apenas 4 foram como clientes particulares (tabela 1). Nota-se, porém, que 39 dos pacientes previdenciários arcaram com suplementação dos honorários médicos.

Esses dados indicam algo que é verdade para uma grande parcela dos pacientes, ou seja, os pacientes podem arcar com as despesas de consulta, mas têm dificuldades maiores com as despesas hospitalares e tratamento cirúrgico. Aqui, talvez, estivessem um fato a ser considerado pelas autoridades de saúde, no sentido de considerar com maior atenção o custeio dos atos cirúrgicos e despesas hospitalares, pelo menos, no que tange aos contribuintes de maior poder aquisitivo, que poderiam ter livre escolha de seu médico.

Dos pacientes operados, os 8 conveniados e os 4 particulares representam os que podem, de uma maneira geral, escolher seus médicos, pois a grande maioria (83,3%) das cirurgias remuneradas foi realizada por meio do Inamps, o qual credenciando apenas uma parcela dos médicos, cria uma situação discriminatória e coloca uma grande parcela dos médicos em situação de inferioridade. Sabe-se que essa situação afeta principalmente os colegas formados mais recentemente e, portanto, com difícil acesso à clínica particular e mesmo aos convênios. Isso tem levado ao desenvolvimento de uma situação esdrúxula, na qual médicos portadores de credenciamento do Inamps e mesmo convênios colocam recém-formados para prestar serviço por baixa remuneração. As vezes, chegam a chamar essa "prestação de serviço" de "residência médica". São as ditas "residências fantasmas", que, igualmente, devem ser combatidas com energia (5).

Recentemente, Justa (1981)⁴, em seu trabalho "O perfil cultural e econômico do oftalmologista nordestino", afirma: "Um novo tipo de médico: o prestador de serviços em consultórios de outros colegas. Nos últimos anos tem aumentado o número de médicos que trabalham em clínicas de colegas. Trata-se na maioria de casos de clínicas de convênio em que o médico prestador de serviços entra somente com o trabalho, recebendo um percentual de sua produção. 63,6% dos que se enquadravam nesta categoria têm menos de 5 anos de formado". O mesmo

autor ainda, conclui pela necessidade da Previdência Social credenciar todos os especialistas em Oftalmologia. O credenciamento de todos os médicos e livre escolha por parte dos pacientes é também posição defendida pelos órgãos de classe (KASSAB, 1981)⁶.

Independente do Inamps aumentar ou não a rede hospitalar própria, os credenciamentos deveriam ser abertos para todos os médicos ou, pelo menos, para aqueles com título de especialista, o que evitaria esse tipo de discriminação e exploração.

A catarata não operada é considerada uma importante causa de cegueira curável em diversas partes do mundo. No presente estudo, o tempo médio de espera entre a indicação médica e a cirurgia foi de 7 dias, não se configurando nenhuma demora. Considerando ser a catarata a mais comum das cirurgias oculares demandando internação, pode-se inferir que a rede hospitalar e médica de Rio Claro está perfeitamente adequada para o atendimento da população do município, além da afluência de pacientes atraídos pelas condições locais (24% do total das cirurgias foram em pacientes residentes em outros municípios).

Para uma população de 110.000 habitantes, o município de Rio Claro possui 7 oftalmologistas, ou seja, uma proporção de 1/15.700 habitantes muito próximo ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde, que é de 1/20.000. Ressalta-se ainda que 6 dos 7 profissionais possuem título de especialista pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

Os autores julgam necessária a realização de pesquisas sobre a situação da Oftalmologia em nosso meio, quanto à formação de especialistas, condições do mercado de trabalho e qualidade de assistência médica oferecida à população, a fim de que os órgãos de classe e as Universidades estejam em condições de oferecer propostas de solução às autoridades de saúde e de adequar a quantidade e tipo de formação do profissional baseados em conhecimento atualizado da realidade.

RESUMO

Foi realizado um levantamento sobre as condições de atendimento oftalmológico na cidade de Rio Claro, Estado de São Paulo. O número de oftalmologistas por habitante (1/15.500) é maior do que o preconizado pelos órgãos internacionais de saúde, sendo que, dos oftalmologistas, 6 são portadores de título de especialista, o que revela a boa formação dos mesmos. Não há problema de espera para os pacientes com catarata e, considerando o número de cirurgias realizadas em um ano (81 para 5 cirurgiões), existe mesmo um grande potencial ocioso.

Os autores discutem o papel exercido pela Previdência Social, criticando o fato de que, apesar de ser o principal prestador de assistência médica, credencia apenas uma parcela dos médicos, colocando os não credenciados numa situação de inferioridade, além de não permitir livre escolha para os pacientes.

Destacam, finalmente, a necessidade de pesquisas sobre a situação oftalmológica, considerando a formação de especialistas, condições de mercado de trabalho e qualidade de assistência médica prestada à população além da função que os órgãos de classe e as Universidades devem desempenhar nesse mister.

SUMMARY

A search on the conditions of the ophthalmologic care in the city of Rio Claro (State of Saint Paul) was carried out. The number of ophthalmologists per capita (1:15:500) is higher than the one suggested by the international health entities. Among 7 ophthalmologists, 6 have specialist certification, which shows their good background.

The patients who have to be operated on do not have to wait and may be operated right away. Taking into consideration the number of surgeries performed during a period of one year (81 for 5 surgeons), still a great potencial exists.

The authors discuss the role performed by the Social Welfare, criticizing the fact that though being the main renderer of medical care it gives credence to only a certain number of doctors, leaving the others in an inferior situation, besides not allowing free choice for the patients.

They finally emphasize the necessity of searches on the ophthalmologic situation, taking into account the background of the specialists, the working market terms and the quality of medical care given to the population. They also emphasize the function of the ophthalmologic entities and the Universities, regarding this matter.

AGRADECIMENTO: Os autores agradecem aos médicos oftalmologistas da cidade de Rio Claro e ao Dr.

Djalma Carvalho Moreira Filho pela incansável cooperação durante a realização deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVES, M. R. & KARA-JOSÉ, N. — Úlcera de córnea em crianças: causas predisponentes. Arq. bras. Oftal., 43: 131-133, 1980.
2. CHATTERJEE, A. — Mobile eye hospital and cataract surgery in India. Israel J. Med. Sci., 8: 1239-1243, 1972.
3. DEL NERO, V. — Resumo de relatórios referentes à estatística do trachoma no Estado de São Paulo. In: Congresso Brasileiro de Oftalmologia. 1.º, São Paulo, 1936. Anais. São Paulo, 1936, p. 699-702.
4. JUSTA, V. — Perfil cultural e econômico do oftalmologista nordestino. Arq. bras. Oftal., 44: 174-177, 1981.
5. KARA-JOSÉ, N.; RABINOVITCH, M.; HELENE, A.; ARIETA, C. E. & de DEUS, P. R. G. — Levantamento do relacionamento Casa de Óptica/Oftalmologista na cidade de São Paulo. Rev. bras. Oftal., 60: 339-343, 1981.
6. KASSAB, P. — Alterações na assistência médica. Rev. Ass. Med. Brasil., 27: 249, 1981.
7. MICHAELSON, I. C. — The epidemiology of blindness. In: PERKINS, S. & HILL, D. W. ed. — SCIENTIFIC FOUNDATION OF OPHTHALMOLOGY. 1a. ed. LONDON, HEINEMANN MEDICAL, 1974, p. 168-177.
8. NIZETIC, B. — Perspectives in Ophthalmology — A public health point of view. Canad. J. Ophthal., 8: 311-317, 1973.
9. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD — Prevención de la ceguera. Ser. Inf. Tecn., 518, Ginebra, 1973