

# **SUPERANDO AS BARREIRAS**

## **COMO INCREMENTAR A TAXA DE CIRURGIA DE CATARATA**

**Um Guia Prático para Unidades Oftalmológicas em Países em Desenvolvimento**

**Geert Vanneste  
geertvanneste@ccbrt.or.tz**

**JANEIRO 2001**

**Superando Barreiras**

**Como Incrementar a Taxa  
de Cirurgias de Catarata**

**Um Guia Prático  
para Unidades Oftalmológicas  
em Países em Desenvolvimento**

**Geert Vanneste  
geertvanneste@ccbrt.or.tz**

**JANEIRO 2001**

**Agradecimento: Publicação Original**

Meus sinceros agradecimentos ao Dr. Mike Miles por editar este manual e por sua contribuição, à Srta. Liz Moulton e ao Sr. Cornelius Sabiyumva por compartilhar seus conhecimentos e experiências de campo.

**Agradecimento: Tradução em Português**

O Escritório Regional para América Latina e Caribe da Christoffel-Blindenmission - CBM agradece à Silvia Veitzman e Fernanda Veitzman por seu trabalho de tradução.

Agradecemos também à CBM-LARO, María Augusta Chiriboga, Karen Heinicke-Motsch, Simone Cerveira e Andrea Zin pelo esforço para a edição e adaptação do texto.

## SUMÁRIO

Prólogo.....	
Retroalimentação.....	
Abreviaturas.....	
1.Introdução.....	
2. Barreiras entre pacientes com catarata e hospitais (unidades oftalmológicas).....	
2.1. Barreiras dos pacientes, familiares e a comunidade.....	
2.1.1. Barreiras dos pacientes.....	
Medo.....	
Idade.....	
Distância.....	
Processo lento de cegueira devido à catarata: “Estou bem!”.....	
Os pacientes acham que a catarata deve estar madura.....	
Um olho ainda está bom!.....	
2.1.2. Barreiras de familiares próximos.....	
Pessoas Idosas: “nenhuma prioridade”.....	
Custos: “não há dinheiro”.....	
Não há acompanhantes.....	
Discriminação das mulheres.....	
Papel social das pessoas cegas.....	
Não há certeza do custo total: corrupção hospitalar e tratamento pós-operatório.....	
A espera de um tratamento gratuito em uma Organização Filantrópica.....	
2.1.3. Barreiras na comunidade como um todo.....	
Barreirade informação: desconhecimentodo tratamento de catarata.....	
Crenças culturais e religiosas sobre a cegueira e os tratamentos oftalmológicos..	
2.2. Barreiras do hospital (unidade oftalmológica).....	
2.2.1. Qualidade da cirurgia e manejo geral do paciente.....	

- 2.2.2. Carência de propaganda (publicidade) social ativa e de “relações públicas” .....
- 2.2.3. Consultório oftalmológico particular.....
- 2.2.4. Alto custo da cirurgia de catarata.....
- 2.2.5. A corrupção faz com que os preços sejam imprevisíveis .....
- 2.2.6. Pouca motivação dos profissionais oftalmológicos.....
- 2.2.7. Não há um cirurgião permanente especializado em catarata.....
- 2.3. Barreiras dos profissionais de saúde em geral.....
- 3. Como superar as barreiras?.....
- 3.1. O que pode ser feito DENTRO do Hospital/Unidade Oftalmológica?.....
- 3.1.1. Boa cirurgia: oferecer cura, não atendimento.....
- 3.1.2. Avaliação das habilidades e motivação da equipe hospitalar de apoio .....
- 3.1.3. Ética profissional.....
- 3.1.4. Como uma unidade oftalmológica pode lidar com o medo.....
- 3.1.5. Capacitação da equipe oftalmológica para o tratamento respeitoso das cegas.....
- 3.1.6. Controle da corrupção: um preço total para a cirurgia de catarata.....
- 3.1.7. Sempre deve haver um oftalmologista disponível para operar catarata.....
- 3.1.8. Formas alternativas de pagamento, melhores maneiras de estabelecer datas de internação hospitalar e melhor estratégia para conseguir fundos.....
- 3.2. Propaganda social do trabalho oftalmológico.....
- 3.2.1. MUITO IMPORTANTE.....
  - a. Forneça informações precisas e completas.....
  - b. Os pacientes com catarata nem sempre são consideradas pessoas cegas.....
  - c. Tenha como objetivo conscientizar os membros da família.....
- 3.2.2. Quais os meios de comunicação que chegam à população de sua área.....
- 3.2.3. Rádio (ou TV?).....
  - Programas Educativos.....
  - Identifique algumas “Notícias” .....

- 3.2.4. Capacite e comprometa a equipe dos postos de saúde. Utilize posters.....
- 3.2.5. Distribua panfletos.....
- 3.2.6. Dê palestras em reuniões da comunidade e, além disso, entregue panfletos.....
- 3.2.7. Escolas primárias.....
- 3.2.8. Forneça clínicas móveis (ambulatoriais).....
- 3.2.9. Uma semana de tratamento gratuito!.....
- 3.2.10. Organize “um mês de cirurgia de catarata para pacientes sem acompanhante”.....
- 3.2.11. Visite um paciente com catarata acompanhado de outro já operado com sucesso.....
- 3.2.12. Averigue qual a origem dos seus pacientes.....
- 3.2.13. Porque seus pacientes não vieram antes.....
- 3.2.14. Mantenha um registro dos pacientes com catarata que faltaram à consulta.....
- 3.2.15. Mais idéias.....
- 3.3. Capacite um membro de sua equipe para trabalhar na comunidade: um Promotor que Incremente a Taxa de Cirurgia de Catarata (PTCC).....
- O que é um PTCC?.....
- Bons PTCC são extremamente eficientes e de baixo custo.....
- Perfil para a seleção de um PTCC: uma pessoa com condições de trabalho social
- Meios de transporte.....
- Gênero.....
- Plano de capacitação para os PTCC e outros promotores/motivadores da comunidade que trabalhem com pacientes com catarata.....
- Quem deveria capacitar, contratar e preparar os PTCC?.....
- Itens para o orçamento a ser considerado para empregar um PTCC.....
- Conselho.....
- Abordagem sistemática do trabalho de um PTCC.....

**3.4. Colabore com registros oficiais de pessoas deficientes, programas RBC, programas APSe VIH/SIDA, grupos de pessoas com deficiências.....**

**Registro Oficial de Pessoas com Deficiência.....**

**Como os programas RBC podem nos ajudar?.....**

**Como os programas APS e VIH/SIDA podem ter utilidade?.....**

**Grupos de Pessoas com Deficiência.....**

**4. Seguimento pós-operatório baseado na comunidade para pacientes com catarata.**

**5. Colaboração com as Organizações Filantrópicas.....**

**Exemplo de um convênio entre uma Organização Filantrópica Local e uma Unidade Oftalmológica.....**

**6. Formulário de Monitorização da Avaliação da Catarata.....**

**7. Ferramentas úteis para criar conscientização da catarata (cirurgias) nas comunidades.....**

**7.1. Panfleto.....**

**7.2. Portfólio “Fotos de Catarata”.....**

**8. Alguns trabalhos de pesquisa sobre as barreiras para a cirurgia de catarata .....**

**Folha de avaliação (Informação sobre o resultado do processo)**

## Prólogo

Há aproximadamente 50 milhões de pessoas cegas no mundo. Este número se eleva em cerca de 1-2 milhões ao ano. Mais da metade dos casos de cegueira são ocasionados por uma condição tratável, a catarata. Como se resolve esse problema?

Deve haver três requisitos essenciais: primeiro, o oftalmologista e sua equipe; segundo, o equipamento e materiais; e terceiro e mais importante, o paciente. Em muitos casos, o cirurgião e as instalações para a cirurgia já se encontram disponíveis. Contudo são subutilizados, uma vez que os pacientes com catarata que poderiam beneficiar-se da cirurgia, permanecem em suas casas.

Nesse manual o Sr. Vanneste, que trabalhou com comunidades na África por mais de 14 anos, explica as razões pelas quais os pacientes não estão dispostos a serem submetidos à uma cirurgia que pode lhes restaurar a visão e como essas barreiras podem ser superadas. O manual é prático e enfatiza a necessidade de um bom planejamento, um gerenciamento eficiente, do desejo de escutar e responder as necessidades das comunidades e sua gente.

O conhecimento e a experiência contidos nesse manual são importantes e podem ser de grande ajuda para todos aqueles envolvidos na tarefa de reduzir a cegueira, sejam gerentes de programa, agentes comunitários ou cirurgiões oftalmológicos que fornecem seus serviços.

**Dr. Allen Foster**  
**Diretor Médico CBM**

## **Avaliação (Informação acerca do resultado do processo)**

Agradecemos qualquer sugestão para melhorar esse manual, em especial de qualquer parte onde o significado não seja claro ou se pense que é incorreto. Os leitores estão convidados a completar a Folha de Avaliação (anexa ao final desse manual) e enviá-la a:

**CBM**  
**Casilla Postal 17-17-1822**  
**Quito - Ecuador**

Um formulário de Avaliação no formato de correio eletrônico também se encontra disponível no seguinte web site: [www.ccbt.or.tz](http://www.ccbt.or.tz)  
Para requerer um formulário envie um email para: [geertvanneste@ccbtr.or.tz](mailto:geertvanneste@ccbtr.or.tz)

### **Abreviaturas**

CBM	Christoffel Blind Mission
RBC	Reabilitação Baseada na Comunidade
RCBCT	Reabilitação Compreensiva Baseada na Comunidade na Tanzania
PRC	Promotor de Reabilitação da Comunidade
PTCC	Promotor que Incrementa a Taxa de Cirurgia de Catarata
ECCE/LIO	Extração de Catarata Extra-capsular
ICCE	Extração de Catarata Intra-capsular
LIO	Lentes Intraoculares
DPA/CE	Departamento de Pacientes Ambulatoriais/Consulta Externa
APS	Atenção Primária em Saúde

## 1. INTRODUÇÃO

O principal objetivo deste manual é promover o incremento do número de cirurgias de catarata nos serviços oftalmológicos existentes, de forma que um número menor de pessoas sofram de cegueira evitável ou permaneçam cegas desnecessariamente.

Há barreiras sociais, culturais e organizacionais que limitam a aceitação e o acesso aos tratamentos oftalmológicos, criando uma brecha entre os hospitais, unidades oftalmológicas e indivíduos que sofrem de catarata ou outros problemas oculares.

Algumas barreiras se originam nos hospitais e podem ser simplesmente solucionadas lá mesmo. Há, entretanto, problemas inerentes aos pacientes, seus familiares e à comunidade. Cita-se por exemplo o comportamento com respeito à saúde e crenças culturais e religiosas em geral, as quais têm um impacto importante na concretização do cuidado da saúde por parte dos pacientes. Estas barreiras podem ser superadas por meio de campanhas educativas ou através da visita de agentes comunitários às pessoas em suas próprias casas. Entretanto, os programas baseados na comunidade não estão disponíveis em todos os lugares e, por isso, os hospitais e as unidades oftalmológicas devem tomar a iniciativa.

Há três objetivos: conscientizar o oftalmologista e profissionais afins que a maioria dos serviços apenas atinge as necessidades de uma minoria de pacientes com problemas de visão e, que em menor grau, daqueles que sofrem de catarata; assinalar as barreiras mais comuns que não permitem oferecer serviços àqueles que necessitam; promover idéias práticas para superar estas barreiras: a) dentro dos serviços; b) pela divulgação nas comunidades e c) através da colaboração com estruturas já existentes na comunidade. Também se acrescentam idéias práticas para detectar pacientes com catarata e monitorar os resultados a fim de melhorar os serviços.

Este manual trata principalmente do problema da catarata, já que é a causa mais comum de cegueira tratável no mundo. Entretanto, medidas objetivas para superar as barreiras entre os pacientes de catarata e os serviços ajudarão para que outros pacientes com problemas oculares distintos recebam melhores serviços. Isto poderá ser alcançado através de uma maior conscientização dos serviços disponíveis, melhor informação sobre custos, logística e melhores tratamentos nos hospitais e unidades oftalmológicas.

Geert Vanneste.

## 2. BARREIRAS ENTRE OS PACIENTES COM CATARATA E HOSPITAIS (UNIDADES OFTALMOLÓGICAS)

Este capítulo descreve a variedade de barreiras existentes entre os pacientes com problemas oculares e as unidades oftalmológicas, enquanto o capítulo seguinte nos dá sugestões de como superar estas barreiras e levar os serviços aos pacientes e os pacientes aos serviços.

	BARREIRAS
<b>PACIENTES COM CATARATA</b>	. Medo . Custo . Distância
	. Idade
	. Não há problema em ser cego
	. Não há honestidade no custo total . Corrupção? .Follow up? Pós-operatório
	. Desconhecimento sobre a disponibilidade do tratamento ocular e má informação
	. Crenças culturais e religiosas sobre os oftalmologistas e sobre a cegueira
	. Ser cego não cria problemas . As pessoas estão acostumadas
	. Não encontra acompanhantes que as levem ao hospital
	. Má interpretação da cirurgia
	. Medo de perder a visão
<b>SUAS FAMÍLIAS</b>	. Cegueira associada à velhice
	. Não voltam depois de perder a primeira consulta
	. Preferem esperar por tratamento gratuitos
	. Há mais mulheres de idade que tem catarata mas são os homens que tem o dinheiro
	. Por serem cegos, suas famílias não precisam pagar impostos
	. Foram, mas o oftalmologista não estava
	. Discriminação das mulheres
<b>E COMUNIDADES</b>	. Maus resultados nos outros tipos de cirurgia

### 2.1 BARREIRAS ENTRE OS PACIENTES COM CATARATA E HOSPITAIS (UNIDADES OFTALMOLÓGICAS)

#### 2.1.1 BARREIRAS DOS PACIENTES

##### Medo

Ninguém quer ser submetido a uma cirurgia. Sofrer uma cirurgia ocular é ainda pior.

Especialmente para os pacientes com catarata, que não são cegos, mas que tem baixa visão ou pelo menos percepção luminosa, por em risco sua visão remanescente, lhes aterroriza. Além disso, este tipo de cirurgia (sem LIO), no passado, não alcançava bons resultados.

A boa ou má reputação da unidade oftalmológica e das cirurgias com implante de LIO serão fatores essenciais.

##### Idade

Ser submetido a uma cirurgia ocular produz temor a muitos pacientes com catarata, ainda mais quando são pessoas idosas. Às vezes, até quando eram mais jovens, viajar, “ir à cidade”, significava um grande esforço e apenas viajavam quando “não havia outra saída”.

O fator idade pode não ser a barreira principal, porém com frequência, será a razão pela qual, se faz pouco esforço para superar as outras barreiras, tais como: não procurar um acompanhante, preços, distância, ser mulher.

“A idade” é o argumento mais fácil e o mais citado pelos membros da família para não levar seus parentes com cegueira ao oftalmologista.

A experiência sugere entretanto, que, com frequência, pode haver outros problemas por trás desta falta de disposição. Pode haver barreiras mais fáceis de superar, tais como a falta de informação sobre o custo ou a falta de transporte. Com respeito a isto, um agente comunitário pode fazer um bom trabalho.

### **Distância**

O fator “distância” está intimamente mas não completamente relacionado ao do “custo”. A maior disponibilidade de transporte público é uma das razões pelas quais as unidades oftalmológicas na Ásia têm menos problemas para conseguir os pacientes com catarata do que na África. As unidades oftalmológicas em cidades importantes terão menos problemas relacionados à distância. Em primeiro lugar, as cidades têm uma maior disponibilidade de transportes. Em segundo, as pessoas das zonas rurais podem estar mais acostumadas a ir à cidade por outras necessidades, o que faz com que esta barreira se torne menos importante. Em terceiro, muitas famílias que vivem nas zonas rurais tem conhecidos ou parentes nas cidades com quem podem ficar. Isto faz com que a decisão de deixar seus povoados seja mais fácil e também que a despesa seja menor.

Além de superar estas barreiras, devemos evitar a criação de novas. Parece mais estratégico em relação ao custo-benefício, criar novas unidades cirúrgicas para operações oculares nas cidades ou em povoados importantes que atuem como pontos centrais em suas regiões, do que criá-los em zonas rurais; além de estabelecer estas unidades em locais com bom serviço de transporte.

### **Processo lento de cegueira devido à catarata: “Estou bem!”**

Quando a cegueira é repentina, ocasionada por trauma ou qualquer outra doença, todo o esforço financeiro será feito para que o paciente seja levado imediatamente ao hospital ou à unidade oftalmológica mais próxima, mesmo que seja em uma comunidade com poucos recursos.

A cegueira pela catarata entretanto, não aparece de um dia para outro. Às vezes leva muitos anos para que a pessoa que sofre desta doença se torne funcionalmente cega e é freqüente ninguém se dar conta de que alguma coisa está acontecendo. O paciente poderá ter experimentado óculos de outra pessoa de seu vilarejo, sem melhorar a visão. Finalmente, chegará o dia em que alguém perceba que suas pupilas ficaram brancas. Percebem que a pessoa ficou cega e que deve ser levada ao hospital.

Devido à perda lenta da visão, o paciente que mora na zona rural poderá continuar a maioria de suas atividades diárias, até quando estiver funcionalmente cego. Os pacientes poderão buscar água, preparar a comida, cuidar das crianças e alimentar o gado.

No caso dos homens, de acordo com a idade, poderão, talvez, apenas ser conduzidos a uma cadeira, onde sentar-se-ão para conversar com outras pessoas e poderão ir à igreja, a reuniões da comunidade ou ao bar local. Permecem bastante integrados, parecendo não haver maiores problemas, pois eles se sentem “bem”.

Em consequência, especialmente nas comunidades de poucos recursos, as pessoas poderão não encontrar uma razão para gastar dinheiro em um tratamento oftalmológico, no caso de uma perda lenta da visão de pessoas idosas.

### **Os pacientes acham que a catarata deve estar madura nos dois olhos**

Na época das cirurgias sem LIO, os médicos preferiam operar apenas a catarata madura. Muitas pessoas eram enviadas de volta a suas casas, com a orientação de que “voltassem quando a catarata estivesse madura nos dois olhos”. Por várias décadas se tem orientado o profissional de saúde para não operar catarata unilateral ou imatura. Deveríamos enfatizar nas nossas campanhas educativas que esta não é uma realidade para as cirurgias com LIO.

### **Um olho ainda está bom!**

Uma das razões da diferença entre as estatísticas de pacientes com catarata e o número de cirurgias realizadas é que a maioria dos pacientes ainda tem visão adequada em um dos olhos. A catarata unilateral quase nunca provoca a incapacidade nas pessoas das zonas rurais. Isto seria diferente, por exemplo, no caso de um motorista ou costureira.

Não podemos esperar que a catarata unilateral seja um investimento de alta prioridade nas comunidades de baixos recursos.

## **2.1.2 BARREIRAS DE FAMILIARES PRÓXIMOS**

### **Pessoas idosas: “nenhuma prioridade”**

É pouco provável que os familiares, que quase não têm recursos para alimentação ou para a mensalidade escolar, gastem dinheiro com tratamentos para pessoas idosas. Isso pode ocorrer não apenas em relação ao tratamento da catarata, mas também a outros problemas de saúde relacionados à idade.

Este fator está intimamente relacionado com os fatores do temor e do dinheiro.

### **Custos: “não há dinheiro”**

O fator “custo”, com frequência, é super estimado, ou mal compreendido. É verdade que as pessoas não têm dinheiro em qualquer época do ano. Entretanto, há dinheiro disponível em certos períodos do ano, como por exemplo, depois da colheita, ou quando seu filho volta da cidade, mas não necessariamente quando você quer que seu paciente seja submetido à cirurgia. Por isso, é importante dar-lhes alternativas para que possam eleger a melhor data para serem submetidos à cirurgia; do contrário é muito provável que não compareçam e tenham medo de voltar para reagendá-la.

Esta é uma das razões pelas quais, por exemplo, as organizações filantrópicas oferecem cirurgias gratuitas durante as campanhas oftalmológicas. Pode não ser o momento em que as pessoas contem com dinheiro, por isso, o tratamento deve ser gratuito, do contrário poucas pessoas poderão ser ajudadas.

Os profissionais de hospitais subestimam o custo das cirurgias já que pensam, unicamente, no custo “oficial” da cirurgia hospitalar. Para os pacientes e suas famílias entretanto, há com frequência, uma gama maior de gastos:

- comprar algumas coisas para a viagem (de acordo com a cultura local, de como devem vestir-se na internação, ou talvez comida tradicional);
- transporte para o paciente e acompanhante de ida e volta;
- local onde ficar, para o acompanhante, na cidade ou hospital;
- admissão hospitalar para a avaliação pré-operatória;
- custo da cirurgia;
- gorjetas;

- alimentação;
- presentes para os parentes;
- remédios;
- perda de dias de trabalho do acompanhante.

Quando os pacientes e familiares são informados do custo TOTAL e que podem ser submetidos ao tratamento cirúrgico em qualquer época do ano, fica mais fácil se programarem financeiramente, apesar dos altos custos. Por isso aconselhamos os hospitais e unidades oftalmológicas a informarem o orçamento, com tudo incluído, no caso da cirurgia da catarata (ver seção 3.1.6).

### **Não há acompanhantes**

A maioria das cirurgias de catarata na África são realizadas em pacientes com catarata unilateral. As razões são simples: (a) em geral, estes pacientes são mais jovens e podem deslocar-se com mais facilidade, mas principalmente (b) estes pacientes ainda tem visão no outro olho e não necessitam que um parente os leve ao hospital. Mesmo que desejem ter um acompanhante, este pode ser qualquer outra pessoa conhecida, já que não será necessário ajudar o paciente em todas as suas atividades pessoais como higiene, vestir-se e banhar-se.

O “não ter” acompanhante, com certeza, é uma das principais barreiras para que pessoas cegas por catarata não sejam operadas. Em geral, um parente deve acompanhar o paciente, o que significa que alguém deve estar disponível por um certo período de tempo. Isto também significará um aumento no custo do transporte, hospedagem e alimentação. O que é mais importante, o acompanhante pode ter seu ganho/salário reduzido proporcionalmente ao período em que ficou afastado do trabalho.

Os agentes comunitários podem cumprir um papel muito importante no sentido de ajudar a superar esta barreira, esclarecendo as vantagens da cirurgia e tranquilizando a família.

### **Discriminação das mulheres**

Na maioria dos países parece haver mais mulheres que homens, além delas apresentarem uma tendência a viver por mais tempo. Isto não acontece ao sul da Ásia onde a discriminação de sexos atua em todas as épocas reduzindo o tempo de vida das mulheres. O maior número de mulheres e o fato de viverem mais deveria significar que mais mulheres desenvolveriam catarata e que mais mulheres se apresentariam para ser submetidas à cirurgia.

A realidade é, às vezes, diferente. Em algumas áreas, até 70% dos pacientes operados são homens. Isto acontece porque eles “têm” o dinheiro? Porque as mulheres não são responsáveis pelo sustento econômico da família e, portanto, são consideradas menos importantes? Deve-se à priorização dos problemas masculinos como o alcoolismo? Deve-se ao fato de que em algumas culturas as mulheres realizam os trabalhos pesados, chegando à velhice com menor mobilidade e com menor probabilidade de se apresentarem à cirurgia?

A discriminação de sexos está, com certeza, intimamente relacionada à cultura e pode demorar muitas gerações para superá-la. Entretanto, os agentes da comunidade têm um papel muito importante em incentivar as famílias a convencer as mulheres a se submeterem à cirurgia.

### **Papel social das pessoas cegas**

A imagem mais freqüente de que as pessoas cegas são “incapazes de fazer as coisas” é totalmente errada. Devido à idade, suas funções podem encontrar-se limitadas, mas as pessoas cegas têm papéis a cumprir. Em certas culturas, especialmente nos países muçulmanos, algumas tarefas são geralmente dadas às pessoas

cegas. No Egito, por exemplo, os homens cegos são geralmente os que convocam as pessoas a rezar nas mesquitas ou os que recitam as escrituras em algum evento público.

Também em casa, especialmente nas comunidades de baixos recursos, todos, têm uma função a cumprir, especialmente os cegos. Os indivíduos cegos, de modo geral, têm um papel importante para a família, pois por estarem mais disponíveis, “sempre” presentes, cuidam da casa ou das crianças, tomando possível que os outros possam estar fora de casa por mais tempo.

Estas realidades contribuem para que a cirurgia oftalmológica não seja considerada uma prioridade por muitas famílias e que estas, às vezes, até recusem um tratamento, quando lhes é oferecido.

#### **Não há certeza quanto ao custo total: corrupção hospitalar e acompanhamento pós-operatório**

A corrupção a nível hospitalar é uma grande barreira. Primeiro, eleva o custo total. Segundo, faz com que o custo seja imprevisível, o qual significa uma barreira adicional para os membros da família no momento de decidir a favor do tratamento e contribuir com os gastos. Quem sabe o quanto poderá custar? “Talvez fiquemos sem dinheiro e tenhamos que voltar sem o tratamento”, é o que se ouve com freqüência. Terceiro, até quando as pessoas têm dinheiro suficiente, naturalmente se opõe a pagar gorjetas extras. Além disso, o desconhecimento de seguimento e seus custos serão necessários constitui uma barreira adicional. Por isso, é importante prover serviços de seguimento gratuitos em suas campanhas educativas.

#### **À espera de um tratamento gratuito em uma Organização Filantrópica**

Aonde quer que as Organizações Filantrópicas estejam proporcionando tratamentos oftalmológicos gratuitos, é provável que as pessoas esperem para ser operadas em uma próxima visita ou retorno. Entretanto, é freqüente que estas atividades ocorram de modo esporádico, servindo um pequeno número de pessoas.

Onnde quer que existam unidades oftalmológicas disponíveis é altamente recomendável que trabalhem em conjunto com as Organizações Filantrópicas. Este tema será aprofundado no capítulo 5.

### **2.1.3 BARREIRAS NA COMUNIDADE COMO UM TODO**

#### **Barreira de informação: desconhecimento da existência do tratamento da catarata**

O fato de que a maioria dos pacientes que sofrem de catarata não chega às organizações filantrópicas, mesmo quando a cirurgia se encontra disponível, não é um problema isolado. Faz parte do comportamento das pessoas com relação à saúde, com freqüência, restrito por falta de informação. Com respeito à cirurgia de catarata, esta é apenas a segunda geração de pessoas para as quais se disponibilizam cirurgias modernas, altamente efetivas e de muito baixo risco. Até muito recentemente, o único tipo de cirurgia moderna requeria o uso de lentes grossas depois da operação e tinha como resultado uma visão muito ruim deixando alguns pacientes funcionalmente incapacitados.

Com uma população rural na terceira idade, de baixos recursos e com uma geração de pessoas mais jovens com melhores salários que deixam seus vilarejos para ir a outros maiores ou a cidades próximas, a informação sobre os serviços disponíveis chega às zonas rurais muito lentamente.

Há muito a ser feito pelas Unidades Oftalmológicas e pelos programas baseados na comunidade para fornecer educação e informação sobre os serviços disponíveis.

### **Crenças culturais e religiosas sobre a cirurgia e tratamentos oftalmológicos**

Às vezes, as pessoas evitam as cirurgias devido à interpretação de crenças religiosas ou culturais. Por exemplo, alguns muçulmanos e pessoas do leste da Ásia não desejam ser submetidos à cirurgia de catarata pois crêem que seus corpos devem permanecer completos e inteiro, se desejam ir para o paraíso. A perda de líquido corporal (ocular) na cirurgia de catarata é suficiente para que escolham permanecer cegos (se isto parece esquisito para as pessoas que não professam esta crença, devemos lembrar que cada religião e cultura têm interpretações que podem parecer estranhas às pessoas com outras crenças e culturas).

Não faz sentido mentir às pessoas que vêem um obstáculo desse tipo. Uma boa alternativa é tratar de fazer uso de recursos positivos dentro da mesma religião e cultura. Por exemplo, alguém pode visitar este tipo de paciente com outro muçulmano que tenha sido operado com sucesso de catarata ou até com algum líder de sua mesquita, se esta pessoa acha que não há razão religiosa estrita contra a cirurgia de catarata. As interpretações dos preceitos religiosos parecem variar e mudar com o tempo, à medida que a tecnologia moderna permite melhores tratamentos.

Em muitas culturas há pessoas cegas que são tão respeitadas, não havendo forma de alguém levá-las para a cirurgia. Com certeza, é bom que estas pessoas cegas gozem de uma posição de respeito, o que pode ter um impacto positivo nas atitudes voltadas para as pessoas incapacitadas de uma maneira geral; porém pode ter um efeito secundário indesejado, se houver uma desmotivação na busca por tratamento, mesmo se tratando de cegueira curável.

## **2.2 BARREIRAS DO HOSPITAL (UNIDADE OFTALMOLÓGICA)**

### **2.2.1 QUALIDADE DA CIRURGIA E O MANEJO GERAL DO PACIENTE**

Ex-pacientes que foram operados com êxito são a melhor propaganda para o seu trabalho no tratamento da catarata. É essencial que as pessoas sejam bem tratadas por todos os profissionais de unidades oftalmológicas e que a cirurgia seja de boa qualidade (ver 3.1.1; 3.1.2).

### **2.2.2 CARÊNCIA DE PROPAGANDA (PUBLICIDADE) SOCIAL ATIVA E DE “RELAÇÕES PÚBLICAS”**

Em Honduras há alguns anos, havia uns cartazes de Coca-Cola que apenas tinham um desenho da forma da garrafa de Coca-Cola. As palavras escritas embaixo do desenho? “Se não reconheceres esta forma, bem vindo ao planeta Terra”. Há uma infinidade de bebidas que podemos escolher. Porque a Coca-Cola é a preferida? Porque a Coca-Cola chama a atenção no marketing do seu produto? O que faz a Unidade de Olhos para promover os seus serviços? Com exceção da publicidade gerada por pacientes já operados, as atividades para melhorar o conhecimento da sua presença como entidade prestadora de serviços de qualidade, é em muitos casos, nula. Mais adiante, proporemos atividades para limitar este problema.

### **2.2.3 CONSULTÓRIO PARTICULAR DOS OFTALMOLOGISTAS**

Muitos países em desenvolvimento têm poucos oftalmologistas. Outros, como muitos da América Latina, não têm este problema. Contudo, nos dois casos, os oftalmologistas não estão distribuídos de acordo com as necessidades da população. Muitos deles querem controlar a cegueira por catarata através de uma ótica lucrativa ao invés da ótica de serviço.

O resultado é que os poucos oftalmologistas capacitados tendem a concentrar-se nas cidades, realizando sua prática particular em tempo integral ou parcial. Portanto, mesmo que o serviço para a catarata se encontre disponível, as pessoas não podem arcar com os custos, e, como resultado, são feitas menos cirurgias nos hospitais oftalmológicos.

#### **2.2.4 ALTO CUSTO DA CIRURGIA DA CATARATA**

Devemos reconhecer a situação diferente dos “hospitais oftalmológicos” ou das unidades oftalmológicas com um certo funcionamento independente dentro dos hospitais gerais e as unidades oftalmológicas manejadas pela administração e com habilidade dos hospitais gerais. Os últimos deverão ser muito diplomáticos se desejam implementar o seguinte.

Aproximadamente 90% do custo de uma unidade oftalmológica são “custos indiretos”, tais como a manutenção de infra-estrutura, pessoal (salários), administração, segurança, limpeza. Por isso, se forem realizadas 100 cirurgias de catarata por ano, ou 500, os 90% dos custos não mudaram. Portanto, apenas 10% dos custos aumentariam.

Esta é uma razão a mais para aumentar o número de cirurgias de boa qualidade, para atingir maior eficiência no investimento de gastos indiretos.

Para as unidades oftalmológicas “independentes” há uma maneira interessante de considerar isto. Quanto mais alto for o preço para o paciente, maior será a quantidade de pacientes que não poderão pagar a cirurgia e, conseqüentemente, não agendarão. Já que os custos indiretos devem ser pagos de qualquer forma, cada paciente que não se opera, eleva o preço unitário (preço real) por cirurgia. Por outro lado, se reduzirmos o preço e promovermos a cirurgia através de publicidade eficiente, maior número de pacientes virá, o que por sua vez reduzirá o custo da cirurgia.

Apesar da falta de dinheiro ser uma das barreiras para a cirurgia da catarata, sempre existirão “pacientes pobres com catarata”. Ao realizar uma maior quantidade de cirurgias, uma unidade oftalmológica independente estará em posição de reduzir o preço por cirurgia e de oferecer cirurgias a uma maior quantidade de pessoas.

Como já mencionamos anteriormente, isto poderá ser difícil em hospitais gerais, onde com freqüência, a cirurgia da catarata é uma importante fonte de recursos necessários para subsidiar outros tratamentos importantes relacionados com a pobreza e que afetam as pessoas jovens.

#### **2.2.5 A CORRUPÇÃO FAZ COM QUE OS PREÇOS SEJAM IMPREVISÍVEIS**

Um paciente com catarata nos contou uma vez que teve que dar uma “caixinha” a três membros do pessoal do hospital antes de ter sido atendido por alguém que possa “examinar os seus olhos”. Este é um caso extremo? Infelizmente, sabe-se muito bem que em alguns hospitais, a média de funcionários a quem se dá gorjeta é de cerca de três. Isto aumenta o custo para o paciente mas, o que é mais importante, será contado no vilarejo onde se converterá em uma barreira adicional para os outros pacientes em potencial. Isto significa que a corrupção não apenas aumenta diretamente o custo da cirurgia, como também tem efeitos indiretos, já que menos pacientes vão arriscar o investimento de ir a um hospital.

#### **2.2.6 POUCA MOTIVAÇÃO POR PARTE DOS PROFISSIONAIS DE OFTALMOLOGIA**

As unidades oftalmológicas, naturalmente, também sofrem dos mesmos problemas do setor social. Seria, sem dúvida, um erro pensar que nada se pode fazer para melhorar a motivação do pessoal médico. Ele tem

uma descrição clara de suas tarefas, suas próprias responsabilidades? Ou são todos responsáveis por tudo? Tem maneiras de melhorar o status de seu pessoal? Envolve o pessoal em reuniões de gerência? Fornece capacitação adicional, melhoramento contínuo e oportunidades de avaliação? Envolve o seu pessoal na capacitação de pessoas dentro da comunidade acerca dos problemas oculares? Os avalia e mostra apreço pelo seu trabalho? (ver capítulo 3).

### **2.2.7 NÃO HÁ UM CIRURGIÃO PERMANENTE ESPECIALIZADO EM CATARATA**

Com freqüência as pessoas nos contam que levaram um membro de sua família com cegueira ao hospital, mas o oftalmologista “não estava”. Ele poderia estar em algum congresso, estar de férias, ou apenas doente. Pode também ter estado muito ocupado com assuntos administrativos. Se lhes disseram que voltassem depois, as pessoas de seu povoado tomaram conhecimento do ocorrido. Alguém já lhes teria dito que não existia uma cura para catarata e isto parece ser mesmo verdadeiro, pois até o principal hospital da região não lhes pode ajudar.

O mesmo ocorre com freqüência com pacientes que vão ao hospital, por exemplo na quinta ou sexta-feira e se pede que voltem na segunda-feira ou quando se diz a algum paciente que volte para casa porque a unidade oftalmológica está sem LIO.

## **2.3**

### **2.3 BARREIRAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM GERAL**

Há alguns anos, antes da disponibilidade de cirurgia com LIO, as indicações para a cirurgia de catarata eram estritamente:

- Quando os pacientes com catarata em ambos os olhos tivessem uma redução visual tão importante que lhes fosse possível apenas “contar dedos” no máximo, e de preferência uma catarata madura.

- No caso da catarata unilateral, a cirurgia entrava em consideração como tratamento para prevenir as complicações da catarata, já que a visão do outro olho era boa. A visão do paciente, entretanto, não melhorava quando se receitava correção com lentes para afacia.

Estas indicações refletiam a capacitação do pessoal oftalmológico médico e paramédico, com ênfase para o não encaminhamento de pacientes com catarata imatura à cirurgia, já que isto seria um fator complicante, não sendo alcançada uma visão funcional melhor depois da operação.

Outra razão pela qual o pessoal de saúde relutava em enviar um paciente para cirurgia era que os pacientes operados não podiam comprar as lentes de óculos no pós-operatório ou simplesmente não podiam encontrar lentes para afacia. Isto poderia converter todo o investimento em uma perda de dinheiro. Às vezes, como resultado, se culpava o profissional de saúde por ter enviado o paciente à cirurgia e também esta era considerada um fracasso total.

A cirurgia ECCE + LIO, sem dúvida, reverteu totalmente a situação. Pacientes com catarata unilateral e com catarata bilateral podem ser operados com bons resultados e não necessitam esperar até não poder caminhar sem ajuda!

Por isso, é fundamental que as unidades oftalmológicas façam um esforço para explicar claramente esta mudança de tecnologia a todos os profissionais de saúde da região e particularmente aos assistentes, às enfermeiras dos serviços oftalmológicos de comunidade, etc.

Levar isto a cabo é tão importante quanto realizar esforços contínuos para promover a capacitação de oftalmologistas e cirurgiões de catarata para a realização de ECCE + LIO.

### **3. COMO SUPERAR BARREIRAS**

#### **3.1 O QUE PODE SER FEITO *DENTRO* DO HOSPITAL / UNIDADE OFTALMOLÓGICA**

A reputação do hospital ou da unidade oftalmológica é, certamente, muito importante. Não se pode esperar que as pessoas com baixa visão arrisquem sua visão residual indo a um hospital onde se pode esperar “o pior”. É essencial contar com uma estrutura organizacional, com pessoal competente, bem elitizado em todos os níveis para diminuir diferentes tipos de problemas e superar barreiras.

Com certeza, até os hospitais muito bons enfrentam várias barreiras. Há várias estratégias possíveis para poder superá-las

##### **3.1.1 BOA CIRURGIA: OFERECER CURA, NÃO ATENDIMENTO**

Este não é um manual que explica como realizar tecnicamente uma boa cirurgia de catarata. Entretanto, devemos esclarecer aqui que a realização de boas cirurgias é a melhor publicidade, sendo um pré-requisito para o êxito a longo prazo, em conjunto com outras medidas necessárias para superar as barreiras. Tomando isto em consideração, aconselhamos que uma pessoa “neutra” na unidade oftalmológica meça a capacidade visual dos pacientes “antes e depois” da cirurgia. Estes dados sobre os “resultados da visão” deveriam ser cuidadosamente arquivados e preservados para poder realizar, regularmente, uma revisão e avaliação. Isto estimulará os cirurgiões a melhorar a qualidade de suas cirurgias em vez de conformar-se com as estatísticas de quantidade.

A importância de cirurgias de boa qualidade tem sido demonstrada pelo fato de que nas unidades oftalmológicas onde a cirurgia com LIO foi implementada, muitos pacientes se apresentaram. Certamente, enquanto que o tipo de cirurgia anterior era mais como um “cuidado”, a cirurgia ECCE/LIO é muito mais “cura”, gerando automaticamente uma publicidade mais convincente!

##### **Evite o risco de que cirurgias mal sucedidas se convertam em barreiras**

a) Antes de realizar uma cirurgia, é importante informar/educar o paciente, assim como também o acompanhante sobre o propósito de operação;

b) Fazer uma redução, mesmo que simbólica no preço da cirurgia poderá ser uma forma apropriada de evidenciar tanto o paciente como seu acompanhante, influenciando positivamente nos relatos aos membros da comunidade ao retornar, que esta não foi uma cirurgia de catarata comum, com um prognóstico habitual;

c) No caso dos pacientes que regressaram a um vilarejo rural, será muito útil entregar-lhes uma carta para o contato local, explicando-lhes em termos simples a razão pela qual esta cirurgia não foi tão bem sucedida como deveria.

Em outras palavras, mesmo que o resultado não tenha sido perfeito, assegure-se de que as pessoas voltem para suas cidades com a mensagem de que a cirurgia de catarata normalmente tem muitos bons resultados e que o pessoal da unidade oftalmológica é sério.

### 3.1.2 AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES E MOTIVAÇÃO DO PESSOAL DE APOIO HOSPITALAR

Um bom salário e até alto não garante a motivação dos profissionais. Alguns elementos que podem ser úteis são:

- Assegurar-se de que cada membro da equipe tenha recebido uma descrição clara do seu trabalho, onde se encontram incluídas as responsabilidades correspondentes. É muito importante que cada membro da equipe tenha uma área/tarefa definida pela qual ele será o único responsável. Por exemplo, uma só pessoa responsável pela sala de cirurgia é melhor do que três.

- Procure maneiras de melhorar a qualidade de seus empregados, dentro e fora da estrutura hospitalar. Instaura um prêmio ao “melhor empregado do mês”, represente ou promova a unidade oftalmológica em reuniões sociais da comunidade, comprometa as enfermeiras na capacitação de pessoas da comunidade sobre os problemas oftalmológicos, etc.

- Incentive a participação de uma maior quantidade possível de empregados nas reuniões de gerência, permita-lhes expressar suas idéias e tome em consideração o que pensam. Tente criar diferentes maneiras pelas quais eles possam propor boas idéias para melhorar a unidade oftalmológica. Mesmo quando não for possível pôr em prática algumas de suas idéias, agradeça a cada colaborador por suas posições.

- Forneça capacitação adicional formal e informal. Entregue certificados.

- Realize avaliações internas e externas. Incentive a participação de ex-pacientes.

- Reconheça o trabalho do pessoal de todos os níveis. Deixe-os saber que o seu trabalho é tão importante quanto o dos oftalmologistas.

#### **Em outras palavras... queremos atingir a diferença entre isto:**

“Sou cirurgião oftalmologista, não sociólogo! Minha responsabilidade é tratar dos problemas oftalmológicos e não reorganizar as prioridades financeiras das famílias!”

“Sou enfermeira. É responsabilidade de gerência se querem realizar uma campanha publicitária ou mudar o preço da cirurgia”.

“Sou paga para limpar o chão, banheiros e recolher o lixo. Não é minha responsabilidade falar com os pacientes e suas famílias. Apenas eu gostaria que não sujassem tanto. Você pode até pensar que todos são cegos!”

#### **E isto:**

“Sou um cirurgião oftalmologista, mas nesta unidade todos trabalhamos em equipe. Me interesso pelo trabalho de todos e juntos ajudaremos a solucionar os problemas. A maioria de nossos empregados tem habilidades adicionais à de suas tarefas normais. Por exemplo, nosso motorista fala quatro dialetos indígenas o que é de grande utilidade quando temos pacientes de outras regiões.”

“Sou enfermeira, mas também vou à comunidade fazer palestras de conscientização em escolas. Eu aprendi muito com a agente comunitária e ela também comigo. Juntas dirigimos uma equipe de voluntários que levam os pacientes com catarata para a cirurgia e ajudam para que não haja inconvenientes.”

“Mantenho limpo este local. No passado, os cirurgiões nem nos cumprimentavam, os empregados de limpeza. Mas sob as ordens do novo diretor, somos parte de equipe e se preocupam com o nosso trabalho, e este é um lugar mais feliz. Nos fizeram uma palestra sobre os pacientes e as cirurgias da vista. Agora eu sei o que acontece na sala de operações. Às vezes, converso um pouco com os pacientes para animá-los!”

### 3.1.3 ÉTICA PROFISSIONAL

Os assuntos de ética profissional deveriam ser discutidos durante as reuniões dos empregados. É importante dar exemplo de situações que vão de encontro à ética. Para poder dar a oportunidade aos pacientes de expressar suas experiências, seria bom ter uma simples “caixa de sugestões” com lápis e papel, através da qual os pacientes poderiam expressar-se sinceramente nas reuniões do pessoal. Discuta estas mensagens abertamente nas reuniões com todo o pessoal. Poderá ser útil organizar a capacitação do pessoal em ética profissional por pessoas especializadas. Assegure-se que você como diretor, esteja presente.

### 3.1.4 COMO UMA UNIDADE OFTALMOLÓGICA PODE LIDAR COM O “MEDO”

O “medo” está intimamente associado com o fato de que os pacientes com catarata têm alguma visão. Colocar esta visão em risco é a razão principal pela qual os pacientes temem o tratamento.

Além disso, se sabe que o tipo de cirurgia que se fazia antigamente não dava bons resultados. Às vezes as pessoas permaneciam funcionalmente cegas. Não podemos esperar que as pessoas ponham em risco a sua visão remanescente através de algo que não confiam.

Por isso, é importante que incentivemos a conscientização sobre a melhor qualidade das operações, através dos implantes de LIO. Devemos promover ativamente o “novo tipo de tratamento” (LIO) para que as pessoas possam conhecer que agora existem tratamentos muito melhores.

Muitas pessoas, mesmo assim, não se mostram convencidas. Uma maneira muito boa de convencê-las, será visitá-las acompanhado por um paciente que já tenha tido sucesso e felizmente operado, o qual poderá explicar bem o que está e como está enxergando. Explicaremos mais adiante várias maneiras práticas para atingir isto.

Às vezes pode também acontecer que os pacientes comecem a ter medo quando forem internados. Podem ter ouvido conversa de outras pessoas que ficam no mesmo quarto. Uma boa forma de ajudar estas pessoas é usar um paciente que já tenha sido operado como cozinheiro, jardineiro ou faxineiro e capacitá-lo para que possa aconselhar os pacientes.

### 3.1.5 CAPACITAÇÃO DA EQUIPE OFTALMOLÓGICA PARA QUE TRATE RESPEITOSAMENTE AS PESSOAS CEGAS

Já que tratamos, na sua maioria, pessoas idosas que podem ser sensíveis e exigentes, a maneira com estas pessoas são tratadas no hospital, com freqüência será um fator publicitário tão importante (positivo ou negativo) como a qualidade de cirurgia.

Os seus empregados receberam capacitação em como guiar adequadamente uma pessoa cega? Em um curso que dure um ou dois dias, um orientador com experiência em reabilitação de alguma escola próxima ou do programa de reabilitação na comunidade poderá ensinar aos seus empregados as habilidades necessárias para tratar de modo competente e respeitoso as pessoas com baixa visão ou cegueira.

Para poder guiar uma pessoa cega de modo adequado, as três técnicas principais são:

1. *Estabelecer contato: toque suavemente a parte posterior da mão da pessoa cega e diga “por favor, segure o meu braço”;*

2. *A pessoa cega deverá segurar o braço do guia acima do cotovelo e apertá-lo com firmeza para não perder o contato com o guia enquanto caminham;*

*3. Enquanto estão caminhando, o guia deverá manter o seu braço em posição normal. Deverá caminhar lentamente. Lembrem que a pessoa é cega e não surda! Por isso, fale com ela e explique para onde estão indo.*

Do outro lado, os promotores do departamento de oftalmologia, assim como os outros profissionais, tendem a se dirigir ao acompanhante com falta de respeito ao cego. Leve em consideração que é a pessoa cega que deve estar informada, não apenas por que será ela que receberá o tratamento mas também porque não pode ver o que acontece à sua volta.

### **3.1.6 CONTROLE DA CORRUPÇÃO: PREÇO TOTAL PARA A CIRURGIA DE CATARATA**

O fato dos empregados pedirem gorjetas, não pode ser evitado completamente, porém poderá ser dificultado. Uma maneira de consegui-lo é ter para cada tratamento um único preço padronizado onde tudo está incluído e dar esta informação de modo claro e por escrito, para que possa ser conhecido pelos acompanhantes e pacientes que chegam ao hospital.

Uma vez que eles saibam quanto deverão pagar, por exemplo, U\$ 50 ao todo, e que neste preço já está incluída a internação, todos os tratamentos, a cirurgia, o cuidado pós-operatório e alimentação, então será mais difícil que aceitem dar gorjetas aos empregados. Poderão também sentir menos medo que se não aceitarem pagar a gorjeta, será negado o seu direito ao tratamento. Ao mesmo tempo, quando o preço total é previsível e conhecido por todos, os futuros pacientes saberão se podem arcar com os gastos. Por isso, quando tiverem o dinheiro suficiente, se submeterão ao tratamento.

Suas campanhas publicitárias de cirurgia de catarata serão, além disso, mais eficientes quando puderem informar às pessoas um preço total, com tudo incluído.

### **3.1.7 SEMPRE DEVE HAVER UM OFTALMOLOGISTA DISPONÍVEL PARA OPERAR CATARATA**

Para evitar que os pacientes voltem sem atendimento, em certos períodos do ano, mesmo quando as outras barreiras já foram superadas, deverá existir um oftalmologista especializado em cirurgia de catarata disponível em qualquer momento. Do contrário, terão má publicidade em todos os vilarejos e a confirmação de que “não existe tratamento” (acessível) para a cirurgia de catarata.

Nestes casos se sugere a colaboração entre as unidades oftalmológicas que podem trocar empregados, ou se necessário requerer a colaboração de organizações nacionais e internacionais que, com frequência, podem enviar um cirurgião experiente por 2 a 3 semanas para substituir o oftalmologista que se encontra “de licença”. Também se pode recorrer às Organizações Filantrópicas para ajudar a solucionar este problema. Assegure-se de que sempre haverá materiais e LIO em estoque, de modo que a falta de algum material não seja a razão pela qual o paciente deva voltar sem tratamento.

### **3.1.8 FORMAS ALTERNATIVAS DE PAGAMENTO, MELHORES MANEIRAS DE ESTABELECEER DATAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR E MELHOR ESTRATÉGIA PARA CONSEGUIR FUNDOS**

Sempre haverá pessoas que não poderão arcar com o custo da cirurgia de catarata. Devem então permanecer cegos?

A maioria dos hospitais não tem formas alternativas de pagamento e outorgam operações gratuitas a um certo número de pacientes pobres. Entretanto, o fato de oferecer operações como caridade não significa que devem ser praticadas sem seriedade.

Será mais provável que com uma abordagem sistemática e cuidadosamente planejada, as pessoas sem recursos poderão finalmente conseguir ser operadas. Algumas idéias:

#### **Assistentes Sociais:**

Se tiver a possibilidade de arcar com os custos, contrate um assistente social para entrevistar as pessoas que dizem não ter recursos para fazer a cirurgia. Se não puder contratar este profissional, talvez um membro do pessoal administrativo poderá tentar fazê-lo. Uma pessoa experiente saberá diferenciar entre os “realmente pobres” dos outros.

Este trabalho social deverá ter algumas alternativas para oferecer, tais como:

##### **a. Pagamento em parcelas.**

Em alguns países, permitir que as pessoas paguem parte do custo no momento da cirurgia e que eles, ou seu acompanhante façam um acordo para pagar o restante, pode dar certo. O fato de estar tratando com pessoas idosas e respeitáveis dá uma conotação positiva a este sistema.

##### **b. Encontrar outros pacientes com catarata.**

Um sistema que tem alcançado bons resultados é fazer com que a pessoa cega com catarata busque outros pacientes com catarata. Quando levarem estas pessoas ao hospital e sempre que paguem o preço normal, o membro da família será operado grátis ou por um preço menor.

##### **c. Preço mais baixo.**

Porque não oferecer três preços? Um preço mais caro é oferecido para as pessoas que querem aposentos particulares, algum conforto a mais ou comida melhor. Um segundo preço (em geral padrão) para aqueles que sejam internados em enfermarias com poucas camas e comida básica. E preço menor “subsidiário” para aqueles que sejam admitidos em pavilhões com maior quantidade de camas e onde os membros da família deverão levar comida. Esta última categoria poderá ser subsidiada pela primeira.

#### **Um sistema mais adequado para programar as datas das cirurgias:**

Mesmo as pessoas com poucos recursos podem contar com fundos em certos períodos do ano. Mas não necessariamente para a data em que você deseja realizar a cirurgia. Se sua cirurgia está programada para uma data em que o paciente não conta com o dinheiro (mesmo que possa ser uma data conveniente para a unidade oftalmológica), é muito provável que não se apresentem para a cirurgia. Poderão também sentir medo de apresentar-se para que mudem a data da cirurgia. Permita que os pacientes escolham datas alternativas para a cirurgia, não necessariamente devendo ser a primeira data disponível na agenda.

O processo utilizado para estabelecer a data da cirurgia e a maneira que realiza, poderá parecer uma rotina para os empregados, mas poderá ser muito importante para os pacientes em potencial e o seu acompanhante, especialmente se são de baixo poder econômico e estejam preocupados.

Com freqüência, tiveram que viajar, esperar, foram avaliados por um médico e passaram por avaliações desconhecidas e preocupantes. Explicaram-lhes coisas que não puderam compreender, tiveram que tomar uma decisão, ou até tiveram que assinar papéis sem poder ler as letras pequenas e estão com vontade de voltar para a

casa. Qualquer coisa que haviam dito ou aceito anteriormente, agora vêem seus nomes escritos em uma agenda, o que significa que há um contrato ou compromisso.

Este poderá ser o momento em que surgirão dúvidas que influirão no fato do paciente realmente retornar para a cirurgia, farão a cirurgia e realizarão algum pagamento ou se vão para a casa e não voltam nunca mais.

Uma decisão favorável poderá ser mais facilmente obtida se a pessoa que se encontra anotando a data da cirurgia os ouça compreensivelmente e lhes comunique que o pessoal espera ansiosamente o seu retorno para que a operação seja um sucesso.

A decisão poderá ser o oposto se houver mostras de impaciência, indiferença ou se o membro do pessoal responsável pelo agendamento da operação pensar que as pessoas necessitadas deveriam se sentir agradecidas por qualquer coisa que lhes dermos. O que dizem os pacientes em potencial e os seus acompanhantes, neste momento, poderá ser uma indicação útil que demonstre o tipo de barreira que permanece em suas mentes, questões que necessitam ser solucionadas pelo pessoal do hospital ou da unidade oftalmológica.

### **Conseguir fundos no âmbito hospitalar para pacientes pobres:**

Desenhe um panfleto sobre o assunto da catarata onde se explica sobre o grande número de pacientes cegos nesta região, de poucos recursos, que podem recuperar a visão. Entregue este panfleto aos seus pacientes com boa situação financeira (e aos membros de sua família) e perguntem se desejam contribuir para pagar uma cirurgia de uma pessoa sem recursos.

## **3.2 PROPAGANDA SOCIAL DO SEU TRABALHO OFTALMOLÓGICO**

A decisão de que tipo de comunicação/publicidade será mais eficiente e de menor custo será baseada na área, no aspecto demográfico, geográfico e topográfico, de onde você se encontra trabalhando. O ideal é utilizar sistemas diferentes e tratar de verificar, na sua unidade oftalmológica, os que são melhores. Peça ao pessoal na sala de internação que averigue como as pessoas souberam sobre a clínica (serviço) a fim de que possam, no futuro, utilizar o meio de comunicação mais eficiente.

### **3.2.1 MUITO IMPORTANTE**

#### **a. Forneça informações precisas e completas:**

Se a falta de comunicação constitui um grande obstáculo, a falta de informação correta e completa será uma barreira ainda maior. Esteja certo de que qualquer informação que você não forneça dará lugar à adivinhação, imaginação, contos – em outras palavras – constituirá barreiras adicionais.

Portanto, qualquer canal de informação escolhido deveria fornecer, em todas as suas propagandas (mensagens de rádio, volantes, panfletos, pôsteres...), informação mais completa possível. Deverá indicar:

1) Quanto custará a operação de catarata, custo TOTAL, incluindo internação, avaliação, todos os tratamentos, a cirurgia, a conduta pós-operatória, alimentação, etc. Já mencionamos anteriormente que seja sugerido um preço onde tudo esteja inserido.

2) Quantidade de dias de internação. Mínimo? Máximo?

- 3) É necessário que o acompanhante permaneça no hospital? Se a resposta for afirmativa, isto terá um preço adicional? Qual o preço da alimentação?
- 4) O hospital fornece comida ou pode ser comprada fora?
- 5) Deverão levar roupa pessoal, roupa de cama?
- 6) O que é uma operação de catarata? Faça-os saber que é uma operação segura e lhes informe sobre a quantidade de pacientes operados nos últimos anos.
- 7) Qual o resultado esperado? Por exemplo: “quase todos os pacientes operados de catarata obtêm uma boa recuperação da visão”.
- 8) Será necessário que o paciente volte para um acompanhamento e qual é o custo? (Se possível, deverá ser gratuito).

**b. Os pacientes com catarata nem sempre são consideradas pessoas cegas:**

Quaisquer que sejam os meios de comunicação e de detecção que você julgue mais apropriado, não se refira aos pacientes com catarata como “pessoas cegas”. Como já explicamos anteriormente, embora sejam funcionalmente cegas, não são consideradas pessoas cegas. Por isso, estas pessoas poderão ficar sem atendimento se as suas campanhas publicitárias e seus sistemas de detecção derem maior ênfase às pessoas cegas. É melhor falar de pessoas com muito pouca visão e com pupilas brancas. Entretanto, em muitas culturas há um termo local, conhecido pelas pessoas, utilizado para referir-se à catarata.

**c. Tenha como objetivo conscientizar os membros da família:**

A família cumpre um papel muito importante na vida das pessoas das zonas rurais. Não apenas por razões práticas e financeiras (transporte, acompanhante) como também porque os elementos da família constituem um elemento chave na cirurgia da catarata. O que eles acham sobre a cegueira, os tratamentos médicos em geral e os cuidados com a visão em particular são de suma importância.

Temos podido observar pôsteres e panfletos destinados a convencer o paciente com catarata. Nas nossas campanhas informativas e sistemas de detecção, deveríamos estar conscientes de que não são os pacientes, mas sim, os familiares que necessitam ser informados, assessorados e convencidos. A informação sobre o “novo” tipo de cirurgia de catarata (LIO), os riscos limitados e principalmente os bons resultados obtidos são também muito importantes.

**3.2.2 QUAIS OS MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE CHEGAM À POPULAÇÃO DE SUA ÁREA?**

Faça as seguintes perguntas:

- Fala-se apenas uma língua?
- A maioria das pessoas sabe ler?
- São muitas as pessoas que lêem jornais? Qual?
- São muitos os que ouvem rádio?
- São muitos os que vêem TV?
- Que medidas de publicidade utiliza o Governo e as empresas?
- Quais campanhas publicitárias obtiveram mais êxito?
- Há algum tipo de reunião social aonde vai a maioria das pessoas? Igreja? Comunidade? Política?

Administrativa?

- Pode a maioria das pessoas chegar até nós (de carro, transporte público) ou nós temos que chegar até eles (clínicas móveis)?

NOTA: a opinião de suas auxiliares, motoristas, faxineiros, sobre o êxito ou fracasso de uma campanha publicitária pode ser um guia mais exato, com respeito ao impacto sobre o “público em geral” que o de seu pessoal executivo!

De acordo com as respostas, poder-se-á decidir por alguns dos seguintes meios de comunicação:

### 3.2.3 RÁDIO (OU TV)

Em áreas onde se fala apenas uma língua, isto certamente pode ser uma maneira muito eficiente de criar a conscientização. Entretanto, a “publicidade” para o cuidado com a visão poderá não ser possível, por ser muito cara, mas há outras maneiras:

#### **Programas educativos**

A maioria das estações de rádio e os canais de televisão têm programas educativos para os quais é possível conseguir fundos do governo ou doação. Por isso, elas buscam, com frequência, assuntos de interesse público. O problema de catarata pode lhes interessar por algumas razões. “A metade das pessoas cegas pode voltar a enxergar! A cura é possível! (assegure-se de que quando se referir às pessoas cegas estará incluindo pessoas com baixa visão ou àquelas que tem apenas visão em um dos olhos)”.

Comece a participar de alguns programas educativos que tratem de assuntos de saúde. Isso será publicidade gratuita para a sua clínica oftalmológica e poderá chegar até às comunidades distantes onde o rádio pode ser o único contato com o mundo e, portanto, uma fonte de informações e de discussão.

NOTA: para uma palestra pelo rádio talvez seja mais conveniente que seja dada por uma enfermeira experiente do departamento de oftalmologia ou por um assistente social capacitado nestes assuntos em vez de um oftalmologista habituado a dar conferências formais a praticantes da área.

Discuta com os outros profissionais como chegar a um meio termo entre uma palestra informal com tom amistoso e a necessidade de transmitir informação urgente e precisa.

#### **Identifique algumas “notícias”**

Outra maneira de conseguir publicidade sem custo na rádio é identificar uma razão pela qual sua clínica oftalmológica possa se converter em um assunto de notícia.

Você realizou a cirurgia de catarata número 1000? Convide o Governador ou Prefeito locais e a imprensa, incluindo o rádio e a TV. Além disso, entregue ao paciente número mil, um cheque equivalente ao custo da operação da catarata. Poderá não ser muito dinheiro, mas a partir desse momento, as pessoas saberão quanto custa, é uma unidade oftalmológica, uma cirurgia de catarata que se pode devolver a visão.

(PD: talvez você terá que dar um incentivo aos jornalistas e ao Governador, mas talvez também a própria mãe, ou algum parente deles tenha catarata).

### **3.2.4 CAPACITE E COMPROMETA AO PESSOAL DOS CENTROS DE SAÚDE, POSTOS DE SAÚDE E UTILIZE POSTERES**

É bem conhecido que a maioria dos pacientes com catarata foram reavaliados pelo menos uma vez pelos agentes de saúde primária na unidade local. É impressionante que estes agentes, com frequência, desconhecem os serviços oferecidos por sua unidade oftalmológica.

Como eles podem ser envolvidos? Poderá visitá-lo até dar-lhes algum tipo de capacitação. Não os supercapacite. Deixe que uma enfermeira de uma unidade oftalmológica dê a capacitação de maneira efetiva e prática. Existe muita literatura sobre programas de ensino para este tipo de capacitação (veja seção 3.3 abaixo).

Será muito benéfico convidá-los à sua unidade oftalmológica. Permita que se reúnam e falem com seus empregados. Deixe que observem uma cirurgia de catarata. Se algum de mostrar um interesse em especial, organize mais outras visitas para que possam aprofundar o seu conhecimento.

Não permita que esta seja a única visita. Convide-os uma vez por ano. Entregue-lhes uma pequena lembrança ao agente de saúde que enviar mais pacientes para serem operados. Uma vez por ano, envie-lhes uma agenda ou um cartão de boas festas. Faça-os saber que são parte de um objetivo comum que é a prevenção da cegueira.

Mesmo assim, alguns pacientes que recorrem à unidade de saúde, não receberão a informação de que necessitam. Um pôster colocado em um lugar estratégico, poderá levar uma maior informação aos membros da família.

Assegure-se de que o pôster seja simples. A mensagem principal deverá ser: "Você tem algum problema de vista? Aqui poderá encontrar ajuda a um preço acessível. A cirurgia de catarata é possível e não é cara."

Consiga um artista local que faça o pôster. Talvez algum comerciante local esteja disposto a pagar os custos de impressão, se você autorizar que ponha o nome de sua loja ou firma e o seu logo no pôster.

A experiência de capacitar "curandeiros" locais, tem demonstrado bons resultados. Em geral, estas pessoas ficam contentes de trabalhar em conjunto, se puderem proporcionar um melhor atendimento. É importante demonstrar-lhes com cuidado, os resultados (às vezes irreversíveis) de algumas de suas medicações. Poderá dar-lhes alguns de seus remédios ou convencê-los que para algum tipo de problemas eles farão melhor pelos pacientes se os encaminharem para sua unidade oftalmológica. Este, certamente será o caso quando for necessária uma cirurgia de catarata. Conhecer os curandeiros locais, respeitar sua função social, convidá-los à sua unidade oftalmológica e até capacitá-los, ou pelo menos, comunicar-se com eles de uma maneira amigável, sempre será melhor do que competir com eles e recusar qualquer tipo de contato.

### **3.2.5 DISTRIBUA PANFLETOS**

Muitas pessoas conseguiram sucesso com panfletos pequenos (aproximadamente 10 x 8 cm). Sua impressão pode ser feita com pouco dinheiro, especialmente porque as gráficas podem ter muito papel de sobra que seja suficiente para este tamanho de panfleto. Comparado ao rádio, o panfleto tem a vantagem de poder trazer uma maior quantidade de informações e dados completos. As pessoas poderão guardá-los e não confiar tanto em adivinhações e contos.

O texto deve ser simples e pode ser importante incluir um pequeno mapa indicando a localização de unidade oftalmológica. Veja a sessão 7.1 para um exemplo do panfleto. Elaborar os panfletos é uma coisa, fazer com que cheguem às pessoas certas, com custo baixo, é outra. Os panfletos não estarão dirigidos diretamente aos

pacientes com catarata, já que a maioria deles permanece em suas casas e pode ter visão baixa, não conseguindo ler. Por isso, quem devemos considerar como o nosso público alvo? Seus netos que estarão na escola? Com certeza é mais fácil chegar a eles. Seus filhos que são adultos jovens? Como se pode chegar a eles? Em reuniões sociais, escolares, religiosas, políticas, administrativas? Considere conseguir entrar em um sistema já existente de distribuição, sem custo. Por exemplo: o seu panfleto poderá ser colocado em cada cópia de jornal local? (no dia seguinte, se tiram a maioria das cópias dos jornais, ou se cortam para dar-lhes outros usos, mas as pessoas podem guardar os panfletos se acharem que é útil).

Decida você mesmo aquilo que achar mais viável. A seguinte opção pode ser ainda melhor.

### **3.2.6 DÊ PALESTRAS EM REUNIÕES DA COMUNIDADE E, ALÉM DISSO, ENTREGUE PANFLETOS**

A simples entrega de panfletos pode ser realizada por qualquer um, o que faz com que os custos sejam baixos. Mais efetivo será fornecer informação básica sobre a sua unidade oftalmológica em geral e sobre a catarata em particular e complementar esta informação entregando um panfleto que sintetiza a informação básica. Para isto, você necessitará que os seus empregados saiam para a comunidade ou capacitem outro indivíduo na mesma.

Recomendamos principalmente fazer um protocolo padrão para este tipo de palestra dentro da comunidade. Certamente alguns agentes da comunidade e outras pessoas a quem escolher para realizar este trabalho, poderão fazê-lo bem depois de uma capacitação básica. Por outro lado, se você fizer uma apresentação padrão abordando: A. "O que significa ter uma visão saudável?"; B. Catarata; C. A cura é possível e barata, sendo D. a distribuição de seus panfletos; poderá ter uma maior certeza de que está fazendo um trabalho completo.

A entrega dos panfletos ao final da apresentação ajudará o "público" a levar até suas casas a informação correta do que a e mais completa do que escutaram.

Também pode ser muito eficaz mostrar uma LIO em todas as palestras realizadas na comunidade. Permita que as pessoas a toquem. Isto gerará uma maior interesse sobre as palestras, sobre cirurgia de catarata quando as pessoas voltarem para as suas casas.

### **3.2.7 ESCOLAS PRIMÁRIAS**

Uma das publicidades mais efetivas se faz através dos alunos da escola primária. É muito simples e não é necessariamente caro. Os profissionais de que necessitamos podem ser um membro da sua comunidade ou agente que aumente a taxa de cirurgia de catarata (ver sessão 3.3 abaixo PTCC) e outros agentes de saúde da comunidade ou até voluntários. Estas pessoas pedirão autorização para poder estar em cada sala de uma determinada escola primária por um período de 30 minutos. Comece perto da unidade oftalmológica onde exista transporte público até ela. Novamente desenvolva um procedimento padrão para a apresentação (ver abaixo). Nas escolas primárias as apresentações devem ser muito enfocadas e simples. Concentre-se no tema da catarata. O portfólio da Fundação Fred Hollows é uma ferramenta ideal (veja capítulo 7). Tem apenas oito fotos em preto e branco, desenhadas para que o apresentador faça um relato curto a partir de cada foto. Deixe bem claro: como reconhecer a catarata, que no passado, o tratamento para a catarata não era tão bom, que atualmente há um tratamento de boa qualidade (LIO), O agente da comunidade, certamente explicará onde poderão receber o tratamento. De acordo com a situação local de sua unidade oftalmológica, se pode acrescentar uma outra informação preferencialmente também no panfleto.

Logo ou durante esta breve palestra sobre a catarata, o apresentador perguntará quem tem avós ou conhece pessoas que já tiveram catarata e foram operadas. Certamente deverão ser entregues panfletos a estas crianças. Algumas dirão que conhecem pessoas que têm catarata mas que não foram operadas. Melhor é coletar informações sobre a localidade, moradia destas crianças e pacientes e fazer visitas domiciliares. Apesar de ser mais eficiente o sistema onde o apresentador tem um transporte à sua disposição e depois da escolha, poderá acompanhar a criança até a sua casa.

É possível transformar isto numa atividade escolar mais regular. Entregue a cada professora um simples caderno e as incentive a perguntar para as crianças, uma vez por semana se alguém encontrou ou sabe de alguma pessoa com catarata. Deixe que eles registrem os resultados que você revisará uma vez por mês. Entregue uma pequena lembrança ou prêmio à professora e ao aluno que tenha conseguido o melhor resultado. Pode se transformar numa tarefa. Ensine às crianças uma canção simples e enfatize onde se menciona um nome da unidade oftalmológica, catarata e que “as crianças estão colaborando para acabar com a cegueira”.

Com certeza, isto será mais simples no contexto de um programa baseado na comunidade, entretanto você poderá considerar isto como um componente adicional valioso para a sua unidade oftalmológica. No próximo capítulo, traremos mais idéias de como fazer isto.

### **3.2.8 FORNEÇA CLÍNICAS MÓVEIS (AMBULATÓRIAS)**

As clínicas móveis ambulatoriais já existem desde que os primeiros provedores de atenção ocular começaram a trabalhar na África, Ásia e América Latina. A maioria das unidades oftalmológicas nos países em via de desenvolvimento realiza trabalho a nível ambulatorial. As clínicas móveis tendem a examinar muitos olhos com presbiopia, pterígio, etc. O seu êxito, com freqüência se baseia simplesmente no “número de pacientes examinados” em vez do valor obtido em termos de visão. Qual a melhor maneira que você imagina para avaliar o êxito? Tenha cuidado: as clínicas ambulatoriais tendem a incentivar as pessoas a ficar em suas casas e esperar que a ajuda chegue até eles em vez de fazer o esforço de ir a uma unidade oftalmológica, assim que surja um problema de visão. Porém, promova as clínicas móveis para as “pessoas que não podem ver bem de longe”, “pessoas mais idosas” com as pupilas brancas. E no caso da prevenção de cegueira, é ineficiente considerar as clínicas ambulatoriais como estratégia a longo prazo. Deve-se considerá-las como um próximo passo para melhorar a conscientização sobre os tipos modernos de cuidado com a visão em geral e por meio dos serviços oferecidos por uma unidade oftalmológica permanente. As clínicas ambulatoriais são caras e um luxo nas comunidades de baixos recursos. Para não perder recursos, é importante que dentro de um período limitado de tempo, as pessoas com problemas de visão se dirijam automaticamente a uma unidade oftalmológica mais próxima. Como parte desta estratégia, a clínica deverá começar com palestras onde se expliquem as doenças oftalmológicas mais comuns nesta área e, certamente, onde se explique sobre a catarata e sua unidade oftalmológica, onde se localiza e quais são os preços dos tratamentos, cirurgia e lentes. Alguns panfletos (veja acima) podem também ser muito eficientes neste caso. Esta palestra é um aspecto de extrema importância no trabalho de alcance, por isso prepare-a de modo adequado e dedique tempo suficiente a ela.

Pode ser mais eficiente visitar alguns locais (por exemplo, unidades de saúde geral) regularmente, três vezes por ano, por exemplo, ao invés de visitar uma maior quantidade de unidades uma vez por ano. As razões são evidentes. O intervalo curto entre as visitas permitirá anunciar a próxima visita agendada para que novos pacientes possam ser avisados em tempo. Realizar visitas regulares também implicará em um maior contato entre a unidade local de saúde e os profissionais oftalmologistas. A informação de que a unidade oftalmológica irá chegar será mais bem transmitida se for feita mais próxima ao dia da visita. Os pacientes também procurarão saber quando a unidade

oftalmológica irá retornar. Um trabalho oftalmológico realizado com regularidade também terá melhor propaganda, melhor seguimento e melhores resultados do que se pode atingir com visitas irregulares, ocasionais.

### **3.2.9 UMA SEMANA DE TRATAMENTO GRATUITO!**

Para aquelas pessoas que nunca ouviram falar do tratamento oftalmológico “moderno” e que podem sentir-se céticos, o gasto é com freqüência uma barreira adicional para não “tentar”. Para superar esta barreira, algumas unidades oftalmológicas organizaram uma semana de tratamento gratuito, que pode ser oferecido a toda a população local ou apenas para as crianças menores de quinze anos ou apenas à pessoas maiores de cinquenta anos, de acordo com o grupo “alvo”. Se o seu objetivo são as pessoas com catarata, você, com certeza, chamará as pessoas mais velhas de 45 anos. Ao mesmo tempo, os membros da família que os acompanham aprenderão sobre o trabalho oftalmológico que você está fazendo e poderão buscar tratamento ou óculos. Você poderá oferecer apenas um “exame de vista” gratuito. Tratamento grátis (medicamentos) ou uma redução no preço das lentes e cirurgia. É importante que na sua campanha publicitária isto fique bem claro, para que as pessoas não se sintam enganadas pelo que está sendo realmente oferecido.

### **3.2.10 ORGANIZE “UM MÊS DE CIRURGIA DE CATARATA PARA PACIENTES SEM ACOMPANHANTE”**

Já mencionamos anteriormente que não ter acompanhante é uma das barreiras principais para que os pacientes cegos por catarata sejam operados. Os pacientes com catarata não farão grandes esforços para persuadir aos membros da família que os acompanhem ao hospital por um período de tempo (desconhecido), se temerem a perda da sua visão remanescente e os recursos financeiros forem escassos.

Organize especialmente para estes pacientes, por um certo período de tempo, a oportunidade de ser submetido à cirurgia sem a necessidade de um acompanhante. Algum membro da família poderá estar disposto a servir de escolta ao paciente na volta para casa.

Durante este período serão necessários mais funcionários para poder cuidar destes pacientes, ou talvez, voluntários, tais como crianças nos últimos anos da escola, grupos de mulheres e outros trabalhadores de saúde e da comunidade. Isso poderá valer a pena.

### **3.2.11 VISITE UM PACIENTE DE CATARATA COM OUTRO JÁ OPERADO COM SUCESSO**

É mais provável que os pacientes que já tiveram a oportunidade de conversar sobre a cirurgia de catarata, de uma maneira informal, com outro indivíduo já submetido à cirurgia, aceitem ser operados. Esta pessoa pode ser apenas um membro da comunidade que soube da possibilidade de operar a catarata, ou talvez, um agente de saúde.

Sem dúvida, a maneira melhor de convencer um paciente com catarata a se operar é visitá-lo acompanhado por um paciente operado e feliz que pode lhe informar se a operação foi dolorosa, se as pessoas foram amáveis, como mudou a sua vida depois que sua visão melhorou, etc...

Isto poderá ser caro ou difícil de organizar. Entretanto, a colaboração dos agentes baseados na comunidade, como se explica nos capítulos seguintes, pode tornar viável esta etapa.

### **3.2.12 AVERIGÜE DE ONDE SE ORIGINAM SEUS PACIENTES!**

As unidades oftalmológicas, com frequência, desconhecem por completo de onde vêm seus pacientes. Esta informação é muito importante, especialmente para averiguar porque os pacientes chegam mais de uma determinada área do que de outra.

É importante fazer um mapa de sua região que mostre quantos pacientes com problemas oculares e quantos pacientes com catarata foram atendidos por mês, por ano, provenientes de cada unidade administrativa.

Isto os ajudará em campanhas de conscientização e de detecção com maior precisão. Talvez também se conheça a realidade de que não há acesso a centros de atenção oftalmológica devido à falta de transporte público ou por razões físicas como: a existência de um rio que não tem ponte para atravessar. Você poderá então, organizar clínicas móveis, detecção de catarata e trabalhos de referência nestas áreas. Você poderá organizar transporte regular para estes locais para os pacientes com problemas oculares e com catarata. Por exemplo, uma vez por mês ofereça ônibus gratuito para pacientes com catarata!

### **3.2.13 POR QUE OS PACIENTES NÃO VIERAM ANTES?**

Por esta mesma razão, averigue porque seus pacientes não vieram antes. Aqueles pacientes referidos pelos agentes comunitários, podem ser recurso especialmente útil para atingir um melhor entendimento das barreiras sócio-culturais e outras, entre os pacientes e os serviços oftalmológicos em sua área. Isto lhes ajudaria a centralizar as estratégias para superar as barreiras da melhor maneira.

### **3.2.14 MANTENHA UM REGISTRO DOS PACIENTES “PERDIDOS” COM CATARATA**

Mantenha registros precisos para poder fazer um seguimento dos pacientes que perca. Quer dizer, aqueles que vão à unidade oftalmológica e prometem voltar outro dia, mas nunca mais retornaram.

Assegure-se que seus registros incluíram informações sobre onde moram. Para atingir isto, não apenas o pessoal administrativo deve fazer os registros de forma adequada, mas também dever existir uma boa comunicação entre o DPA/CE e os pavilhões (salas). Permita que os agentes da comunidade façam o seguimento destes pacientes.

### **3.2.15 MAIS IDÉIAS**

- Muitos dos pacientes com problemas de visão e com catarata não poderão ir a uma unidade oftalmológica para serem examinados já que não podem tomar ônibus que os leve e traga de volta no mesmo dia. Ofereça alojamento para os que vêm de muito longe, possam passar a noite, com um pequeno gasto. Ou melhor, tenha certeza de que o funcionário que atende os pacientes conheça o sistema de transporte local para as diversas regiões.

- Ofereça ao paciente bem operado de catarata um par de óculos de leitura gratuito se ele trouxer um outro paciente com catarata.

### **3.3 CAPACITE UM MEMBRO DE SUA EQUIPE PARA TRABALHAR NA COMUNIDADE: UM PROMOTOR QUE AUMENTE E TAXA DE CIRURGIAS DE CATARATA (PTCC)**

#### **O QUE É UM PTCC?**

O PTCC é uma pessoa que colabora na sua unidade oftalmológica, cujo trabalho é sensibilizar e informar a comunidade em geral e aos pacientes e suas famílias sobre a cirurgia da catarata, ou seja, sobre a possibilidade de cura na Unidade Oftalmológica.

A responsabilidade específica do PTCC é permitir que o maior número possível de pacientes chegue a ser operado. Ele dará palestras sobre a catarata, detectará sistematicamente os pacientes com catarata através das crianças das escolas primárias, realizando visitas às casas destes pacientes, organizará pesquisas à distância, etc. O PTCC também deverá organizar o transporte dos pacientes com catarata de áreas distantes. Na verdade, o trabalho do PTCC irá depender muito da situação local. Ele deverá ser uma das pessoas-chave que porão em prática algumas idéias deste manual a fim de chegar às comunidades.

#### **BONS PTCC SÃO EXTREMAMENTE EFICIENTES E DE BAIXO CUSTO!**

A contratação de um PTCC agregado à unidade oftalmológica, aumentará um pouco o orçamento, mas este poderá aumentar o número de pacientes com catarata que se apresentem para cirurgia entre uns 50 a 300%, na dependência, é claro, dos números reais. Isto significa que a unidade oftalmológica poderá ser mais eficiente a um custo mais baixo. Aumentando o número de cirurgias de catarata, reduzirão seu custo operacional por cirurgia.

#### **PERFIL PARA A SELEÇÃO DE UM PTCC: UMA PESSOA COM CONDIÇÕES DE TRABALHO SOCIAL**

Esta pessoa não deverá ser muito jovem: as aptidões para comunicação e respeito que ela alcance na comunidade serão mais importantes que qualquer título acadêmico. Um assistente social capacitado poderá estar confortável em um trabalho que é 95% em “campo” sem nenhuma oportunidade de ascensão. Contrate pessoas que possam atingir uma boa comunicação com os líderes da comunidade e com o pessoal hospitalar, assim como com os pacientes e suas famílias.

#### **MEIOS DE TRANSPORTE**

Motocicleta (rural) ou transporte público (cidades) ou bicicleta?

#### **GÊNERO**

Se for possível, leve em consideração as candidatas do sexo feminino. Contudo, em áreas rurais e em algumas culturas em particular, terá que utilizar PTCC masculinos devido ao transporte e por questões de segurança. Também poderá comprovar que em alguns casos os PTCC masculinos são mais convincentes nas reuniões comunitárias.

#### **Plano de capacitação para os PTCC e outros promotores/motivadores da comunidade, que trabalhem com pacientes com catarata.**

A capacitação dos PTCC deveria incluir, no mínimo, o seguinte:

1. Registro de acuidade visual.
2. Identificação de um olho normal.

3. O que é catarata? Quais as causas? Identificação da catarata e de outros problemas oculares. Diferença entre cicatriz da córnea, avitaminose A (deficiência de vitamina A), sarampo.
4. Em que etapa deve-se operar a catarata? É dolorosa? Dura quanto tempo? Qual o prognóstico com relação à recuperação da visão? Quando os pacientes devem ser internados? Dia? Época do ano? Quando NÃO devem ser internados? Preço da cirurgia? Há necessidade de acompanhamento?
5. Crenças religiosas e culturais sobre pessoas com catarata e cegueira.
6. Detecção dos pacientes com catarata. Diferentes sistemas de detecção da catarata + aplicações locais adicionais (através de workshop). Barreiras entre os pacientes e as unidades oftalmológicas. Como superar estas barreiras.
7. Mais explicações sobre a cirurgia da catarata. Assistir uma cirurgia (em vídeo). Dar informações que podem ser úteis quando se quer motivar o paciente a ser operado e as suas famílias.
8. Compreensão e registro das avaliações (utilizando um Registro-Ficha de monitoração de detecção da catarata).
9. As atividades e responsabilidades da unidade oftalmológica e seus empregados (fiquem um tempo na unidade oftalmológica).
10. Aptidão para a comunicação. Como se reunir com a família, como se apresentar, como explicar a cirurgia da catarata e etc.
11. Durante a capacitação, o PTCC deverá se reunir com dez pacientes com catarata, que foram por ele “detectados”, antes de serem operados e discutir porque não vieram antes, etc...

#### **QUEM DEVERIA CAPACITAR, CONTRATAR E PREPARAR OS PTCC**

No caso de não haver um programa com base na comunidade na região, a unidade oftalmológica será a melhor localidade para realizar as tarefas para envolver algumas pessoas de fora para cobrir alguns participantes. A experiência sugere que uma enfermeira experiente é mais eficiente para a capacitação do que um oftalmologista.

No caso da existência de um programa de RBC ou APS na região, a colaboração será melhor. Em primeiro lugar, não será um problema para eles identificar e enviar os pacientes de áreas que fornecem serviços domiciliares (veja seção 3.4).

Se desejar trabalhar com PTCC nas áreas próximas a sua unidade oftalmológica, onde o programa baseado na comunidade não está funcionando, primeiro deverá discutir com eles, a fim de verificar quem está mais bem qualificado para prover a capacitação, para recrutar, empregar e orientar aos PTCC.

Você ou seus colegas poderão ensinar técnicas de comunicação? Isto será crucial para o futuro trabalho dos PTCC. Talvez os programas baseados na comunidade se encontrem mais bem posicionados para capacitar seus PTCC, devido a experiências de trabalho em comunidades e de suas experiências em tentar superar barreiras entre pacientes (pobres) e as unidades médicas.

Poderá ser melhor, talvez, que a unidade oftalmológica atue como empregador, já que isto assegurará uma melhor comunicação entre o PTCC e o pessoal da unidade oftalmológica. Deverá ser fácil realizar uma avaliação do trabalho dos PTCC. Você simplesmente verá o número de pacientes que chegam à sua unidade! Melhore a forma de verificar quais os pacientes que foram enviados por sua PTCC (utilize uma ficha de referência).

#### **ITENS PARA O ORÇAMENTO A SER CONSIDERADO PARA EMPREGAR UM PTCC**

- I – Salário.
- II – Bicicleta ou motocicleta + combustível.
- III – Seguro pessoal + veículo ou dinheiro para transporte.

IV – Papel + fotocópias.

V – Gratificações por alcançar os objetivos mensais de identificar apropriadamente aos pacientes que realmente são atendidos na Unidade.

VI- Encargos Sociais

### **CONSELHO**

a) Os PTCC não deverão ter seu próprio escritório. Deverão estar em 95% de seu tempo fazendo trabalho de campo!

b) O supervisor dos PTCC deverá ser um dos gerentes da unidade oftalmológica de preferência não o oftalmologista, mas a enfermeira de maior hierarquia.

c) Os PTCC deverão ser reconhecidos como membros da equipe da unidade oftalmológica. Incentive para que assistam as reuniões da unidade oftalmológica.

d) É muito provável que o melhor momento para que os PTCC atinjam bons resultados seja durante o fim de semana, já que é quando ocorrem a maioria das reuniões sociais. Estas são oportunidades ideais de se atingir um maior número de pessoas. Deverão participar das reuniões nas igrejas, reuniões políticas ou a outras reuniões sociais. A pessoa que você selecionar deverá conhecer isto e estar de acordo antes de ser contratada.

### **ABORDAGEM SISTEMÁTICA DO TRABALHO DE UM PTCC**

#### **1. OBTENHA INFORMAÇÕES / ANALISE AS BARREIRAS E COMO SUPERÁ-LAS**

##### **1.1 DISCUTA COM O DIRETOR DA UNIDADE OFTALMOLÓGICA E OUTROS PROFISSIONAIS**

###### **SOBRE:**

a. Quantas cirurgias a mais podem e estão dispostos a fazer por semana/ mês (ex: Toda segunda-feira agendar 5 pacientes com catarata bilateral);

b. Quando deverão chegar os pacientes, quem são e que quantidade;

c. Quais os outros detalhes? (O acompanhante deverá ficar na clínica? Custo total do tratamento? Deverão levar comida? Quantos dias ficarão internados? Ver a lista completa em 3.4.1).

##### **1.2 INVESTIGUE AS BARREIRAS COM PROFUNDIDADE**

Comprove as possíveis barreiras dentro da unidade oftalmológica (ver capítulo 2) e aquelas referidas aos pacientes, obtendo:

a. Informação de pacientes tratados na unidade oftalmológica;

b. Informação de pacientes já tratados que se encontram em casa;

c. Informação do pessoal da unidade oftalmológica: clínicas de olhos, pessoal das salas e DPA/CE, etc...

d. Informação do pessoal administrativo que dá plantão;

- quantos pacientes com catarata inscritos não compareceram à cirurgia? Qual a razão? De onde vem os pacientes? De que áreas vieram poucos ou nenhum paciente? Por quê?

### **1.3 QUE PROGRAMAS, PROJETOS, INSTITUIÇÕES, CENTROS, JÁ EXISTENTES, PODERÃO AJUDAR NO FUTURO?**

- a. Algumas autoridades locais? Tem reuniões regularmente onde se pode apresentar a unidade oftalmológica / cirurgia de catarata?
- b. Escolas?
- c. Instituições religiosas, igrejas, mesquitas, templos?
- d. Programas primários de atenção à saúde?
- e. Unidade local de saúde?
- f. Programas de reabilitação baseado na comunidade?
- g. Outros programas da comunidade?
- h. Organizações Filantrópicas?

### **2. PRIMEIRO OCUPE-SE DAS BARREIRAS NA UNIDADE OFTALMOLÓGICA**

- a. Deve tentar reduzir o custo?
- b. Deve tentar convencer a unidade oftalmológica a publicar um preço com tudo incluído?
- c. Qual é a possibilidade de realizar maior quantidade de cirurgias?
- d. Os cirurgiões deverão capacitar-se em cirurgias com LIO?
- e. A superação de outras barreiras, dependendo de situações específicas.
- f. Desenhe (em colaboração com as pessoas da unidade oftalmológica) um bom panfleto com toda a informação essencial (ver 3.4.1).

### **3. COMERCIALIZAÇÃO E DETECÇÃO**

- a. Utilize um bom panfleto de acordo com a unidade oftalmológica.
- b. Apresentações, palestras em reuniões e órgãos da comunidade.
- c. Relações públicas nos meios de comunicação (rádio, jornais). Como? Custo?
- d. Pesquisas realizadas de casa em casa? Realizadas por quem?
- e. Informe a todos os sócios potenciais: ver 1.3 e feche um acordo com eles (veja a seção 5).

### **4. ORGANIZE TRANSPORTE**

- a. Facilite o transporte de pacientes de áreas distantes.
- b. Através de colaborações de seus sócios (veja 1.3).
- c. Através do uso de mini-ônibus.

### **5. AVALIE O RESULTADO DE SUAS DISTINTAS ESTRATÉGIAS**

Encontre maneiras de analisar quais de seus enfoques tiveram mais êxito e porque.

## 6. CORRIJA SUAS ESTRATÉGIAS

### 3.4 COLABORE COM OS REGISTROS OFICIAIS DE PESSOAS DEFICIENTES. PROGRAMAS RBC, PROGRAMAS APS E VIH/SIDA, GRUPOS DE PESSOAS COM INCAPACIDADES

#### REGISTRO OFICIAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.

Em muitos países as pessoas com deficiência recebem algum tipo de ajuda financeira, comida uma vez por mês, ou outras vantagens tais como, a possibilidade de utilizar ônibus e trens gratuitos. Isto pode ter sido organizado nacionalmente, ou simplesmente em uma região. De todas as maneiras, deve existir um sistema de registro e um lugar onde se pode obter estas concessões. Onde e como quer que isto ocorra tente utilizar este meio para a identificação e transporte dos pacientes! (Um incentivo adicional para o órgão governamental é que cada paciente que eles enviarem, significará que provavelmente uma pessoa a menos irá receber um subsídio mensal).

#### COMO OS PROGRAMAS RBC PODEM NOS AJUDAR?

Estima-se que que cerca de 5% dos seres humanos (cerca de 300 milhões de pessoas) são incapacitadas de alguma maneira e necessitam de algum tipo de serviço formal (além da ajuda diária informal que podem receber dos familiares e vizinhos). Aproximadamente 80% das pessoas com deficiência vivem em países em desenvolvimento. Entre eles, menos de 5% tem acesso a serviços formais.

Estes dados, como também as experiências positivas com serviços de saúde oferecidos a domicílio, têm levado a repensar qual é a melhor maneira de oferecer serviços às pessoas com deficiência. A reabilitação baseada na comunidade (RBC) é produto da mudança de mentalidade.

Há muitas maneiras de fazer o trabalho da RBC, algumas mais realistas e eficientes que outras, dependendo da natureza da comunidade. Os temas mais comuns de quase todos os programas de RBC são: capacitação de agentes de reabilitação na comunidade local que orientem e facilitem que outras pessoas possam atingir as pessoas com deficiência em suas casas dentro de suas comunidades utilizando recursos humanos, materiais, infraestrutura local dentro de uma certa estrutura organizacional.

A reabilitação da RBC tem como objetivo proporcionar que os indivíduos deficientes:

1. Cuidem de si próprios e se tornem o mais independente possível (o fator individual).
2. Tenham relações sociais e participem das atividades da comunidade, tais como ter igual acesso aos serviços de saúde e educação (o fator social).
3. Contribuam com sua própria suficiência e a de sua família (fator econômico)

Em consequência, ao receber a capacitação de especialistas, tais como, educadores especiais, fisioterapeutas e oftalmologistas, o promotor de reabilitação na comunidade local (PRC) visita até cinco pessoas diferentes por dia, em suas próprias casas, avaliando as necessidades nas áreas de locomoção, audição, visão, educação, aquisição de habilidades, etc. Uma pessoa poderá ser enviada para que se submeta a alguma cirurgia; talvez se possa ajudar a uma mãe com alguma deficiência a aprender habilidades especiais para melhorar sua tarefa da vida diária, outra pessoa poderá precisar fazer exercícios regulares para manter a tonicidade de sua musculatura, um pai com incapacidade poderá precisar manter sua família fazendo artesanato para o mercado local. O PRC irá desenvolver com o apoio de um especialista, programas de capacitação individuais com a família, os

quais tem como objetivo reduzir ou superar a incapacidade ou o problema que resulta desta família. Isto, com freqüência, irá incluir conselhos sobre assuntos como vacinação, ir à escola, obter um trabalho adequado e converter-se em um participante ativo na comunidade. O PRC receberá regularmente visitas de especialistas e supervisores RBC que farão diagnósticos, ajudarão a formular planos de ação adequados, controlarão o progresso, trazendo apoio técnico, material e moral ao promotor de campo.

A maioria dos programas RBC em países em desenvolvimento é organizado por ONGs que recebem grande parte de fundos de instituições financiadoras, em uma párea geográfica limitada.

Os gastos principais são salários e transporte. Alguns programas RBC são altamente eficientes com relação ao custo, principalmente aqueles dirigidos por organizações não governamentais. Em alguns dos programas maiores, dirigidos pelos Governos, a tentativa de trabalhar com voluntários ou de utilizar pessoal que tem outras responsabilidades profissionais, às vezes reduz a eficiência do programa. Nos últimos anos, as agências governamentais que realizam trabalhos de RBC começaram a colaborar mais com as ONGs que fazem trabalho de campo.

Os programas RBC podem representar uma importante contribuição no campo da prevenção de cegueira mediante a identificação sistemática de pessoas com problemas de visão e o encaminhamento destas pessoas a diferentes serviços oftalmológicos para que recebam tratamento. Um fato interessante no contexto das barreiras entre pacientes com catarata e unidades oftalmológicas é o fato dos promotores de RBC serem especificamente capacitados para trabalhar com pessoas com deficiência, assessorando as famílias, potencializando o seu trabalho, tentando que tenham as mesmas oportunidades de acesso aos serviços de saúde e educação. Um bom promotor local de RBC poderá identificar as barreiras reais em cada caso específico e será capaz de incentivar e até organizar o encaminhamento de um paciente ao hospital.

Aqueles programas RBC que estejam também trabalhando com adultos com cegueira já podem ter contatado as suas unidades oftalmológicas e já podem estar enviando os pacientes. Outros programas RBC que trabalham apenas com pessoas com deficiência física e mental podem certamente ser úteis para a sua unidade oftalmológica. Entre em contato com a direção. Convença-os da grande necessidade que existe na área de serviços oftalmológicos. Convide-os a visitar a sua unidade oftalmológica e faça com que entendam que a maioria das pessoas, pode realmente recuperar a visão. Explique-lhes sobre as barreiras entre os pacientes e os serviços. Eles podem estar dispostos a colaborar. Um argumento adicional que pode ser utilizado é que esse tipo de trabalho poderá aumentar o respeito pelos promotores de RBC na comunidade. Podemos esperar resultados rápidos e notórios (até excepcionais) no trabalho oftalmológico, enquanto que com as pessoas que tem outras deficiências, os resultados demoram muitos anos para serem atingidos e reconhecidos pela comunidade. Isto aumentará a reputação dos promotores de RBC dentro da comunidade e pode levar a uma melhor colaboração em áreas mais difíceis, onde é necessária uma participação a longo prazo da família e da comunidade.

### **COMO OS PROGRAMAS HIV/SIDA PODEM TER UTILIDADE?**

Os programas de Atenção Primária à Saúde (PAPS) e de HIV/SIDA com freqüência trabalham nos domicílios das pessoas. Caso exista um programa destes na área de sua unidade oftalmológica, dependendo da qualidade de seu trabalho de campo, os promotores locais de PAPS/HIV podem conhecer pessoas com catarata. Ao analisar as potencialidades da organização destes programas, poderse-á descobrir uma boa oportunidade para que cataratas sejam detectadas. Neste caso, você poderá se aproximar da forma como já descrevemos. Oferecer outros incentivos poderá significar uma motivação a mais. Sobre um plano de capacitação para os promotores de RBC e

PAPS/HIV utilize o plano apresentado no capítulo sobre Promotores que aumentam a taxa de cirurgia de catarata (PTCC).

## **GRUPOS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Muitos pacientes com catarata estão inscritos como membros de grupos de pessoas com deficiência e outras associações. Ofereça capacitação para pessoas nestes grupos para que possam identificar pacientes com catarata e encaminhá-los.

### **4. SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO BASEADO NA COMUNIDADE PARA PACIENTES COM CATARATA**

Os ex-pacientes são os melhores promotores de seu trabalho com catarata. Por isso, é muito importante que após terem sido operados, estejam satisfeitos com os resultados da cirurgia. Isto pode ser conseguido se organizarmos serviços de seguimento pós-operatório. Estes são muito necessários no caso de cirurgias sem LIO.

Como mencionamos anteriormente, quando a cirurgia não foi bem sucedida, seria bom se o cirurgião ou a enfermeira explicassem ao paciente e ao acompanhante porque isto ocorreu. Se houver serviços para pessoas cegas, encaminhe-as para lá.

## **SEGUIMENTO DOMICILIAR**

Uma unidade oftalmológica pode realizar o seguimento através da capacitação de enfermeiras, promotores de RBC, APS ou PTCC para que eles expliquem aos pacientes e aos membros de suas famílias os seguintes itens, seja a nível hospitalar ou domiciliar:

a. Como administrar unidades pós-operatórias e por quanto tempo? (NOTA: alguns pacientes podem ter medo de voltar à unidade oftalmológica para serem reavaliados porque sabem que não utilizaram os medicamentos conforme prescritos. Com frequência, quando o paciente recebe alta, se prescreve diversos medicamentos. Tente identificá-los com etiquetas de cores diferentes).

b. A unidade oftalmológica deverá fornecer aos pacientes um pequeno cartão onde esteja registrada a sua visão no momento de alta. Os promotores da comunidade que fazem o seguimento dos pacientes que foram operados de catarata devem estar capacitados para fazer uma avaliação da visão, especialmente para poder compará-la com a visão registrada no momento da alta. Esta visão deverá ser a mesma ou até 2 ou 3 linhas melhor. Se a visão diminuiu, o paciente deve ser orientado a voltar para que realize um exame mais detalhado. Se estiver igual ou melhor, em geral, tudo está bem, a não ser que o paciente sinta dor ou tenha a visão embaçada.

c. A reintegração da pessoa operada que antes era cega: incentive os membros da família ou outras pessoas a envolver a pessoas que foi cega na realização de tarefas simples fora de casa tais como buscar água, ir ao mercado, ir a reuniões femininas, religiosas, sociais, etc...

Alguns exercícios para a visão podem auxiliá-lo a fazer uso de sua visão novamente, voltar a viver como pessoas que podem ver. Há uma diferença “poder ver” passivamente e utilizar a visão ativamente para poder enxergar e perceber os estímulos visuais. Realize passeio com o paciente e incentive a observar objetos e pessoas.

d. Quando os pacientes já receberam a correção para a catarata (óculos de altos graus), deve-se orientar:

- como prender bem os óculos para que não caiam e quebrem;
- como limpá-los;
- um lugar seguro para guardá-los à noite para que possam ser facilmente encontrados;
- o que ocorre se quebrarem / onde podem comprar outros e quanto custarão.

Se um promotor RBC/APS ou um PTCC pode realizar visitas domiciliares aos pacientes para efetuar esta tarefa, estes serviços de seguimento deveriam ser realizados em aproximadamente seis visitas: uma durante a primeira semana, outra na segunda semana, outra na terceira semana, outra na quarta semana, outra no segundo mês, outra no sexto mês.

## **5. COLABORAÇÃO COM AS ORGANIZAÇÕES FILANTRÓPICAS (EX: ROTARY, LIONS E OUTRAS ASSOCIAÇÕES)**

Em muitas áreas de países em desenvolvimento as Organizações Filantrópicas são os únicos provedores de serviços para a visão. Às vezes, eles estão oferecendo serviços no mesmo local onde unidades oftalmológicas permanentes foram criadas. Isto tem provocado conflito resultante da competição entre os dois, gerando uma grande confusão entre os pacientes.

Isto é totalmente desnecessário, já que ambos tem o mesmo objetivo. As unidades oftalmológicas com freqüência, acusam as Organizações Filantrópicas de oferecer serviços oftalmológicos gratuitos e até distribuição de óculos, o que consideram contraproducente com respeito aos resultados a longo prazo (p. e. tracoma) e ao cuidado com a visão em particular. Também são culpados por estarem mais interessados na opinião da mídia e na placa na porta de seus locais de serviços, e por concentrar o seu interesse no número de pacientes atendidos ao invés de se preocupar com a qualidade e eficiência do tratamento oferecido.

As Organizações Filantrópicas, com freqüência, culpam as unidades oftalmológicas de serem muito caras para a maioria dos pacientes, por ficarem sentados esperando os pacientes com problemas de visão ao invés de sair para oferecer os serviços e por todos os problemas e barreiras mencionados neste manual!

É essencial que ambos trabalhem juntos. Primeiro, seria bom se as Organizações Filantrópicas evitassem trabalhar em áreas onde um hospital está tentando estabelecer uma continuidade com o cuidado da visão. Se isto não for possível, então, pelo menos seria importante que colaborem uns com os outros.

Se o preço oferecido pelas unidades oftalmológicas existentes pudesse ser custeado pela maioria das pessoas, seria preferível que as Organizações Filantrópicas nunca reduzissem seus preços abaixo dos oferecidos pela unidade oftalmológica próxima já existente. Se as Organizações Filantrópicas desejassem fazer algo para as pessoas de muito baixo recurso, isto seria de grande ajuda. Poderiam pedir que patrocinassem a unidade oftalmológica já existente, com um determinado número de cirurgias (veja abaixo).

Felizmente, cada vez mais, as Organizações Filantrópicas têm compreendido a importância de colaborar com as unidades oftalmológicas existentes. Para produzir uma colaboração eficiente a longo prazo incluímos aqui um modelo de convênio entre a Unidade Oftalmológica e a Organização Filantrópica. Mesmo que esta colaboração se realize entre amigos, é melhor formalizar os acordos para que ambas as partes conheçam as suas responsabilidades. Quando existe um acordo escrito, poder-se-ão discutir os procedimentos de colaboração, com mais detalhes o que com freqüência leva à oferta de melhores serviços a um maior número de pessoas. Um acordo por escrito poderá também ter continuidade no caso de mudanças de direção, o que aumenta ou reforça a continuidade desta colaboração.

No exemplo abaixo, os detalhes como datas, frequência e custos, devem ser adaptados a cada local.

## **EXEMPLO DE UM CONVÊNIO ENTRE ORGANIZAÇÃO FILANTRÓPICA LOCAL E UMA UNIDADE OFTALMOLÓGICA JÁ EXISTENTE**

### **Artigo 1º - Introdução**

A Unidade Oftalmológica (nome) e o (nome da Organização Filantrópica) se comprometem a colaborar para benefício dos pacientes com catarata nesta área. A fim de conseguir uma cooperação eficiente acordamos que seja assinado um Convênio, para que ambas as partes conheçam suas responsabilidades neste esforço em comum. Os problemas que por ventura surjam e que não tenham sido contemplados por este convênio, serão resolvidos de acordo com o espírito do presente convênio, sempre atuando em benefício dos pacientes.

### **Artigo 2º - Razão fundamental**

Os pacientes com catarata com frequência não procuram ou recebem atenção adequada. Alguns dos motivos, entre outros, são a falta de serviços oftalmológicos acessíveis, a falta de conscientização dos serviços existentes, a falta de fundos e de transporte.

### **Artigo 3º - Objetivo**

O objetivo desta cooperação é oferecer serviços adequados aos pacientes com catarata, especialmente àqueles que não podem arcar com os gastos normais do tratamento.

### **Artigo 4º - Deveres da Unidade Oftalmológica (nome)**

#### 1. Compromisso Técnico:

Na Unidade Oftalmológica (nome) todos os pacientes serão examinados, operados e receberão alta sob a responsabilidade de um oftalmologista. Alguns aspectos do cuidado pré e pós-operatório poderão ser delegados pelo oftalmologista sob a sua supervisão a outros membros qualificados, tais como enfermeiras oftálmicas, assistentes médicos ou ópticos, etc.

#### 2. Sigilo Médico:

A Unidade Oftalmológica (nome) se compromete a atuar com o devido respeito e de forma confidencial com referência a toda a informação médica que receba, com autorização do paciente e da família.

#### 3. Disponibilidade para a cirurgia:

A Unidade Oftalmológica (nome) estará disponível para operar os pacientes com catarata, enviados pela Organização Filantrópica duas vezes por semana, isto é, as segundas e quintas-feiras. Os pacientes com catarata deverão chegar ao hospital oftalmológico um dia antes do dia previsto para a cirurgia, ou seja, aos domingos e às quartas-feiras, respectivamente, antes das 14:00 horas.

#### 4. Equipamento:

A Unidade Oftalmológica (nome) utilizará seu próprio equipamento e insumos. Nenhum tipo de equipamento ou insumo deverá ser fornecido pela Organização Filantrópica.

#### 5. Cuidados pós-operatórios:

A Unidade Oftalmológica (nome) será responsável pelo cuidado pós-operatório, incluindo o cuidado médico necessário, a provisão de óculos e LIOS e o seguimento dos pacientes operados.

#### 6. Problemas Médicos:

No caso de surgirem problemas oculares pós-operatórios a Unidade Oftalmológica (nome) será responsável pelo tratamento sempre e quando o paciente voltar para a Unidade para ser tratado.

7. A Unidade Oftalmológica (nome) assinará o Registro (prontuário) do serviço padrão e a ficha de admissão do paciente, documentos da Organização Filantrópica que mencionam os nomes dos pacientes, o tipo de serviço oferecido e qualquer informação relevante para a Organização. Estes documentos poderão ser utilizados para fins internos, pela Fundação Internacional.

A Organização Filantrópica poderá fotografar os pacientes operados apenas com o seu consentimento. Os pacientes deverão ser informados sobre o propósito destas fotos.

#### **Artigo 5º - Deveres da Organização Filantrópica:**

1. A Organização Filantrópica (nome) entregará a cada paciente com catarata um documento padrão de encaminhamento para a cirurgia. Neste documento o clube declara que pagará os gastos da operação de acordo com o convênio firmado.

2. Este documento deverá estar assinado por um dos signatários da Organização Filantrópica (nome) deste convênio.

3. A Organização Filantrópica (nome) reembolsará a unidade oftalmológica para cada paciente operado, a quantia de 30.500 ML (moeda local), a qual corresponde a:

- 500 ML para internação;
- 5.000 ML para quatro dias de alimentação;
- 10.000 ML para tratamento, cirurgia + anestesia;
- 15.000 ML para sala de cirurgia, medicação e insumo pós-operatório.

Total: 35.500 ML, por paciente.

4. A Organização Filantrópica (nome) será responsável pelo encaminhamento domiciliar do paciente e acompanhante assim que receber alta.

#### **Artigo 6º - Outras disposições práticas:**

1. no caso do paciente contrair alguma doença durante a sua estadia no hospital, o pessoal médico informará à Organização Filantrópica e tratará o paciente da melhor maneira possível. Estes gastos devem ser pagos pela Organização Filantrópica que poderá, assim que possível, reavê-los do paciente. A Organização Filantrópica também terá que pagar um eventual transporte a outro hospital, se assim for necessário.

2. No caso de ser necessário que um paciente permaneça na unidade oftalmológica por mais tempo, do que os quatro dias previstos, a Organização Filantrópica deverá acrescentar 1.000 ML adicionais por dia.

3. A Organização Filantrópica tomará as providências necessárias para evitar converter-se em um canal fácil para cirurgias de catarata gratuitas para pacientes que na verdade, podem arcar facilmente com estes gastos.

#### **Artigo 7º - Acordo, duração, avaliação e reformas**

Com este objetivo, a Organização Filantrópica e a Unidade Oftalmológica concordaram em cooperar nesta área com o método acima mencionado.

A duração desta atividade será de um ano, a partir da assinatura de ambas as partes.

O convênio será avaliado e revisado anualmente, iniciando-se onze meses depois da assinatura do mesmo, a fim de determinar melhores métodos para uma futura colaboração. A equipe de avaliação estará formada

por co-signatários do convênio de ambos (nome da Organização Filantrópica e nome da Unidade Oftalmológica) e um número máximo de três delegados de ambas as partes.

Esta equipe poderá sugerir e discutir reformas do convênio existente. Um novo convênio será reformado e firmado em comum acordo.

### **Artigo 8º**

Durante a implementação, os assuntos práticos que surgirem, serão tratados por:

Por ( nome da Organização Filantrópica)	Sr/Sra
Pela Unidade Oftalmológica (nome)	Dr/Dra/Sr/Sra

Assinado em 4 vias de 4 páginas cada uma:

Sr.....	Sr./Sra/Dr/Dra
Diretor da Unidade Oftalmológica	Gerente do Hospital/Unidade
Assinatura:.....	Assinatura:.....
(Local, data)	(Local, data)

## **6. FORMULÁRIO DE MONITORAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CATARATA**

No âmbito hospitalar, a inscrição de um paciente com catarata fará com que seja agendada automaticamente uma data para a cirurgia e em geral, isto será suficiente para que o paciente se apresente no dia da operação.

Entretanto, quando os promotores da comunidade ou até as equipes móveis estão realizando sua tarefa de detecção da catarata por meio de visitas domiciliares ou outros tipos de atividade à distância, na comunidade (ver mais acima) não será possível, na maioria dos casos, agendar uma data de cirurgia de imediato. Neste caso, é importante que a pessoa que estiver inscrevendo os pacientes volte com a informação necessária para que você decida a conduta a tomar. Em outras palavras não será benéfico para a unidade oftalmológica que a unidade móvel ou o promotor baseado na comunidade simplesmente volte com a informação que foram encontrados 18 pacientes com catarata. Estes pacientes desejam ser operados? Tem recursos? Quais cirurgias são urgentes? Quem tem cataratas maduras? Onde moram? Idade? As respostas a estas perguntas serão de suma importância para poder, finalmente decidir quem terá a prioridade e para encontrar as pessoas certas, novamente, a fim de lhes agendar a data da cirurgia.

A melhor maneira de conseguir isto é desenvolver um instrumento de monitorização que será completado pela pessoa que identifique o paciente e logo entregue à unidade oftalmológica. Veja a seguir um exemplo deste instrumento:

### **Formulário de monitorização para a avaliação da catarata**

**Mês:** .....

**Nome do PRC/PTCC:** .....

**Pacientes com Catarata Detectados Recentemente**



Pode ser importante no caso de pacientes muito jovens ou muito velhos. Você poderá, por exemplo, dar prioridade às crianças; decidir que estes pacientes sejam enviados à cirurgia apenas quando um anestesista estiver disponível.

**Endereço – Vilarejo**

Poder localizar novamente o paciente em sua casa, poderá ser grande importância no caso do promotor da comunidade ter referido o paciente para cirurgia. Em algumas comunidades poderá ser necessário anotar aqui o nome do pai também, caso seja necessário encontrar a casa novamente.

**Olhos com catarata**

As pessoas com cegueira bilateral terão prioridade

**Condições da catarata**

No caso da catarata madura, a pessoa que preenchem o formulário porá uma cruz nesta coluna. No caso de cirurgia sem LIO, pessoas com catarata madura em AO terão prioridade.

**Foi confirmada a catarata por um oftalmologista ou auxiliar?**

Às vezes é importante saber qual dos pacientes com catarata foram “confirmados” por uma pessoa qualificada, especialmente quando se trata de decidir o número de pacientes que serão chamados para a cirurgia, os dias de operação. No caso de um promotor da comunidade (voluntários) ter inscrito os pacientes, mais erros poderão ter sido cometidos na avaliação da catarata. Isto pode levar a uma certa frustração por parte do cirurgião. De modo a evitar que isto ocorra, é melhor chamar um número maior de pacientes do que o solicitado para serem operados no mesmo dia.

**O paciente deseja ser operado?**

Pela mesma razão descrita acima, esta informação é de suma importância.

**O paciente pode pagar .....moeda local?**

Aqueles que identifiquem o paciente em sua própria comunidade ou até em sua própria casa estão em melhor posição para avaliar se esta pessoa ou família pode arcar com o preço normal da cirurgia. No caso de que estes considerem que não podem pagar esta quantia poderão explicar as razões na coluna seguinte e poderão especificar com que quantia de dinheiro esta pessoa poderá contribuir.

**Comentários? Outras barreiras?**

Qualquer informação, relevante para a unidade oftalmológica também relacionada a outras barreiras que podem surgir ou sugestões de como superá-las.

**Data**

Data da avaliação ou encontro

**Número de Registro**

Poderá ser conveniente utilizar números de inscrição.

## 7. FERRAMENTAS ÚTEIS PARA CRIAR CONSCIENTIZAÇÃO DA CATARATA (CIRURGIA) NAS

### COMUNIDADES

#### 7.1 PANFLETO

Veja abaixo um exemplo de um panfleto que tem muito bons resultados em alguns países:...

<p>HOSPITAL OFTALMOLÓGICO</p> <p>Caixa Postal..... (LUGAR)</p> <p>Telefone: .....</p> <p>Nosso hospital oftalmológico está oferecendo tratamento para problemas de vista, prescrição de óculos etambém cirurgias. Todas as pessoas com catarata são bem-vindas.</p> <p>(desenho de um olho com catarata)</p> <p>O preço da cirurgia de catarata é.....(moeda local), com todos os gastos incluídos (comida, quarto, cirurgia, gastos com materias, acompanhamento pós-operatório).</p> <p><b><u>GASTOS/FORMAS DE PAGAMENTO:</u></b></p> <p>* Consulta (Normal) Moeda local =</p> <p>* Consulta (Express????) Moeda local =</p> <p>* Cirugia de Catarata (tudo incluido)</p> <p>Moeda local =</p> <p>* Óculos Moeda local =</p> <p>* Medicamentos: entre....</p> <p>e ....</p> <p>Moeda local =</p>	<p>ONDE ESTAMOS?</p> <p>Pegue o ônibus a "POSTA – SAN LUIS"</p> <p>Desça no ponto da Loja La Ganga. Você poderá ver um cartaz que diz:</p> <p>"HOSPITAL OFTALMOLÓGICO".</p> <p>Moeda local =</p> <hr/> <p style="text-align: center;">→ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Av. América</span></p>
--	---

#### 7.2. PORTFÓLIO "FOTOS CATARATA"

A fundação Fred Hollows criou um portfólio com fotos, o qual é uma ferramenta ideal para criar a conscientização sobre a catarata (cirurgia) nas comunidades. Consta de 8 fotos em branco e preto. Estas fotos

foram feitas na África. Uma boa enfermeira oftálmica ou promotor da comunidade pode facilmente realizar um relato sobre cada foto, que dará ao paciente e à sua família a informação necessária para tratar de superar algumas das barreiras acima descritas.

**a. Foto de uma senhora com catarata bilateral:**

Relato: Assim é a catarata. A catarata é comum em pessoas idosas, mas não há nenhuma necessidade que termine em cegueira.

**b. Foto de um oftalmologista e uma enfermeira oftálmica, vestidos de branco em frente de uma unidade oftalmológica:**

Relato: A catarata pode ser tratada com uma operação rápida e simples. Há dois tipos de cirurgias disponíveis.

**c. Foto de um homem depois da cirurgia com óculos (muito estragados):**

Relato: Depois da operação antiga, as lentes grossas são necessárias para ver melhor. As lentes podem estragar facilmente e são difíceis de repor.

**d. Foto de duas crianças brincando: apenas a metade da foto pode ser vista com nitidez:**

Relato: Também o resultado deste tipo de cirurgia antiga não é tão bom como o resultado do novo tipo. As lentes provocam distorções o que pode tornar difícil a locomoção.

**e. Foto do mesmo paciente com catarata da foto (a) depois da cirurgia LIO (sem óculos). O paciente está sorrindo:**

Relato: Depois do novo tipo de operação, não há necessidade de usar lentes grossas. Além disso, não corre o risco de que quebrem.

**f. Foto de lentes intraoculares:**

Relato: A razão é que neste tipo de cirurgia o oftalmologista coloque uma pequena lente (lente intraocular-LIO) dentro do olho. Assim como os óculos, também tem um custo, mas a LIO dura para toda a vida, não incomoda e nunca terá que ser substituída.

**g. Foto das mesmas crianças que estão em (d), porém completamente nítida:**

Relato: logo após este tipo de cirurgia, o paciente poderá ver tanto quanto um jovem ...

**h. Foto de uma pessoa idosa e uma criança, olhando um para o outro:**

Relato: Nova visão! Vida nova!

O título deste portfólio sobre catarata é "The Way forward – New Sight New Life – The FHF Answer to cataract blindness – IOL" (Andando em frente – Visão Nova, Vida Nova – A resposta FHF à cegueira causada por catarata – LIO).

Poderá solicitá-lo escrevendo a:

The International Programs Department

The Fred Hollows Foundation

Locked Bag 100

Sydney, NSW  
 Austrália  
 ph: +61 (0) 2 8338 2111  
 fax: +61 (0) 2 8338 2100  
 email: pmyott@hollows.com.au

## 8. ALGUNS TRABALHOS DE PESQUISA SOBRE AS BARREIRAS PARA A CIRURGIA DE CATARATA

*Vaidyanatham K, Limburg H, Foster A, Pandey R M (1999) Changing trends in barriers to cataract surgery in Índia (Tendências cambiantes em lãs barreras hacia la cirugía de catarata en Índia) Bulletin of the World Health Organization, 77 (2): 104-109 (Boletín de la Organización Mundial de la Salud)*

1 – Trata daqueles que sofrem de catarata, e as barreiras para a realização de cirurgia com tendências recentes e recomendações.

*Fletcher AE, Donoghue M, Devavaram J, Thulasiraj RD, et al (1999) Low uptake of eye services in rural Índia: a challenge for programs of blindness prevention. (Baja aceptación de los servicios oftalmológicos en las zonas rurales de India: un desafío para los programas de prevención de la ceguera). Archives of Ophthalmology (Archivos Oftalmológicos), 117 (10):1393-99.*

2 – De 749 adultos nas zonas rurais com problemas oculares, menos de 7% se dirigiram a um acompanhamento oftalmológico, apesar de ter sido recomendado cirurgia de catarata a um terço dos que compareceram. As barreiras principais foram: medo, custos, responsabilidade familiar, discriminação por idade, a fatalidade e a adaptação à enfermidade.

*Limburg H, Kumar R (1998) Follow-up study of blindness attributed to cataract in Karnataka State, Índia. Ophthalmic Epidemiology, 5(4): 211-23 (Estudio de seguimiento de ceguera atribuida a la catarata en el Estado de Karnataka, India. Epidemiología Oftálmica).*

3 – Entre 22.000 pessoas de mais de 50 anos, um estudo encontrou prevalência de 5% de catarata entre os casos de cegueira, com uma variação de mais de 7% até 2% por distrito. As barreiras para a cirurgia estavam mudando e estas mudanças se relacionavam aos provedores de serviços.

*Snellingen T, Shrestha BR, Gharti MP, Shrestha JK et al (1998) Socioeconomic barriers to cataract surgery in Nepal: the South Asian cataract management study. British Journal of Ophthalmology, 82 (12): 1424-28. (Barreras socioeconómicas hacia la cirugía de catarata en Nepal: Estudio del manejo de catarata en el Sur Asiático. Revista de Oftalmología Británica).*

4 – As principais barreiras sócio-econômicas da cirurgia de catarata não tem sido superadas nas áreas rurais do Nepal. Este estudo demonstrou que a aceitação foi inferior a 60% para os casos de pessoas com incapacidade visual severa, para quem foi oferecido transporte e cirurgia gratuitos. Os problemas financeiros, logísticos, o medo e a falta de tempo foram predominantes. O estudo sugere uma maior sensibilidade aos fatores culturais, sociais e econômicos, percebidos pela comunidade no momento de planejar os serviços.

Johnson JG, Goode Sen V, Faal H (1998) *Barriers to the uptake of cataract surgery. Tropical Doctor, 28(4): 218-20. (Barreras hacia la aceptación de la cirugía de catarata. Doctor Tropical).*

5 – As barreiras principais de cirurgia da catarata em Gâmbia foram o custo, a falta de informação, o medo, os problemas de transporte, a falta de acompanhamento. Recomenda-se uma melhor comunicação por parte dos profissionais oftalmológicos.

Auduge A, Schemann JF, Auzmery A, Ceccon JF, Ducouso F (1998) [French: *Strategies to control cataracts. Sante, 8(2): 144-48. (Francés: Estrategias para controlar la catarata).*]

6 – A cirurgia da catarata na África trata apenas 1% da taxa de prevalência ou 10% de incidência. Medidas enérgicas serão necessárias para aumentar a eficiência de informação pública e para garantir a satisfação do paciente sobre a qualidade, custo e serviço.

Courtright P, Kanjaloti S, Lewallen S (1995) *Barriers to acceptance of cataract surgery among patients presenting to district hospitals in rural Malawi. Tropical & Geographical Medicine, 47(1): 15-18. (Barreras hacia la aceptación de la cirugía de catarata de los pacientes que se presentan a los hospitales de distrito en las áreas rurales de Malawi. Medicina tropical & Geográfica).*

7 – O custo e a falta de apoio familiar continuam sendo as principais barreiras em Malawi, especialmente entre as mulheres. Os resultados das entrevistas sugerem que a motivação pessoal dos pacientes operados de catarata poderia ser uma solução eficaz.

G. Natchiar, Alan L Robin, Ravilla D Thulasiray, Senthil Krishnaswamy (1994) *Attacking the Backlog of India's Curable Blind. The Aravind Eye Hospital Model. Archives of Ophthalmology. July, 1994 Volume 112:987-993. (Atacando la acumulación de personas con ceguera curable de la India. El modelo del Hospital Oftalmológico Aravind. Archivos de Oftalmología. Julio, 1994, Volumen 112:987-993).*

8 – Idéias de como superar as barreiras em um dos hospitais mais cheios do mundo.

**FOLHA DE AVALIAÇÃO****FOLHA DE AVALIAÇÃO,**

Obrigado por pedir este livro. Temos o prazer de acrescentar esta folha de avaliação e agradecimentos. Se você fizesse a gentileza de completá-lo e devolvê-la, a fim de ajudar-nos a melhorar a próxima edição.

Por favor, devolva este formulário a:

CBM

Karen Heinicke Motsch

Casilla Postal 17-17-1822

Quito - Ecuador

Nome:

Endereço:

E-mail ou fax:

1. Sua profissão:

- Oftalmologista – Enfermeiro de olhos / Assistente de Oftalmologista
- Diretor de Unidade Oftalmológica
- Representante de uma organização
- Promotor RBC / Coordenador / Instrutor
- Professor especializado para pessoas deficientes
- Outros

2. Quantas pessoas utilizaram a cópia deste livro?

3. Que parte do livro lhe foi mais útil? Por quê?

4. Que parte do livro lhe foi menos útil? Por quê?

5. Você tem algum método, ou experiência pessoal que foi útil na sua região para aumentar a taxa cirúrgica da catarata (TCC) ou alguma outra estratégia de captação de pacientes com problemas oftalmológicos para compartilhar com outras pessoas? Por favor, acrescente uma descrição desta experiência e/ou estratégia ou por envio de uma cópia do seu artigo publicado, se disponível.

6. Algum outro comentário.