



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

MESTRADO PROFISSIONAL
EM ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE

Avaliação Do “mutirão Nacional De Catarata Senil” Na Organização dos Serviços Oftalmológicos: Análise Comparativa das Ações de Cirurgias Eletivas de Catarata, Desenvolvidas nos Serviços de Saúde, do SUS, no Período de 1998 a 2001

Juliana Patrícia Ferraz de Souza Guedes

ORIENTADORA: CELIA REGINA PIERANTONI

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

Gestão de Sistemas de Saúde

2002



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**



**AVALIAÇÃO DO “MUTIRÃO NACIONAL DE CATARATA SENIL” NA
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OFTALMOLÓGICOS: ANÁLISE COMPARATIVA
DAS AÇÕES DE CIRURGIAS ELETIVAS DE CATARATA, DESENVOLVIDAS NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE, DO SUS, NO PERÍODO DE 1998 A 2001**

Juliana Patrícia Ferraz de Souza Guedes

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva em
Administração de Saúde do Instituto de Medicina
Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof. Celia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro
2002

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

G924 Guedes, Juliana Patrícia Ferraz de Souza.
Avaliação do mutirão nacional de catarata senil na organização dos serviços oftalmológicos: análise comparativa das ações de cirurgias eletivas de catarata desenvolvidas nos serviços de saúde no período 1998 a 2001 / Juliana Patrícia Ferraz de Souza Guedes. – 2002.
f.
Orientadora: Celia Regina Pierantoni.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.
1. Serviços de saúde - Organização - Teses. 2. Catarata - Cirurgia - Avaliação - Teses. I. Pierantoni, Celia Regina. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU614.2

RESUMO

AVALIAÇÃO DO “MUTIRÃO NACIONAL DE CATARATA SENIL” NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OFTALMOLÓGICOS:

ANÁLISE COMPARATIVA DAS AÇÕES DE CIRURGIAS ELETIVAS DE CATARATA, DESENVOLVIDAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO PERÍODO DE 1998 A 2001.

Este trabalho tem por objetivo analisar a estratégia de organização dos serviços de oftalmologia no SUS a partir da implantação do **mutirão** de cirurgia de **catarata** pelo Ministério da Saúde. Para tal foi necessário à análise comparativa dos dados de produção de cirurgias de catarata e dos dados de gastos, no período de 1998 a 2001, avaliação da produção de cirurgias a nível ambulatorial e hospitalar, a comparação do nº de serviços cadastrados no SUS, sua distribuição geográfica neste mesmo período.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste trabalho foi uma resenha exploratória, baseada numa revisão bibliográfica e análise comparativa da produção dos serviços de saúde com base nos dados já citados.

A principal questão deste trabalho esta centrada em como reduzir a **demanda reprimida** se não aumentar a capacidade instalada existente? Diante deste quadro a análise segue no intuito de avaliar se era pertinente o desenvolvimento de uma Campanha, digo, mutirão como uma estratégia para superar esta questão.

Apesar do mutirão de catarata ter sido implantado pelo Ministério da Saúde como um programa nacional e verticalizado, ou seja, sua viabilidade/legitimidade não foi discutida com os gestores que seriam responsáveis pela execução do programa, porém seus resultados, no que diz respeito ao nº de pessoas atendidas e que deixaram de ficar cegas, comprovaram sua eficácia uma vez que a demanda reprimida foi de fato reduzida em quase toda sua totalidade.

Diante dos dados descritos pôde-se concluir que de fato o mutirão atingiu o objetivo ao qual se propôs – reduzir a demanda reprimida e conseqüentemente o tempo na fila de espera. Mesmo que isto não tenha acontecido igualmente em todos os municípios do país, no entanto os grandes centros urbanos conseguiram desafogar a fila e iniciar novos atendimentos.

Palavras chaves: mutirão; catarata; demanda reprimida.

ABSTRACT

APPRAISAL OF THE “ NATIONAL BEE EFFORT OF SENILE CATARACT” IN THE ORGANIZATION OF THE OPHTHALMIC SERVICES:

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE SELECTIVE CATARACT SURGERY ACTIVITIES, DEVELOPED IN THE HEALTH SERVICES BETWEEN 1998 AND 2001.

This essay aims to analyze the organization strategy of the ophthalmic services in the Unified National Health System of the Brazil - SUS starting with the implantation of the bee effort of cataract surgery by the Ministry of Health. For such work it was necessary the comparative analysis of the cataract surgery production data and of the expenditure data between 1998 and 2001, the appraisal of the surgery production at ambulatory and hospital levels, the comparison of the number of services registered in the SUS, its geographical distribution in the same period.

The methodology used in the development of this work was na exploratory summary, based on a bibliographic revision and a comparative analysis of the health services production, based on data already mentioned.

The main question of this work is directed at how to reduce the repressed demand if the present installed capacity is not increased? Facing this situation the analysis proceeds aiming to appraise if it were valid the development of a Campaign or, let me say, a bee action as a strategy to overcome this point.

Though the cataract bee action had been implanted as a national program and verticalized, that is, its viability/legitimacy was not discussed with the managers who would be responsible for the execution of

the program, its results, as far as the number of persons attended and who would not become blind, proved its efficacy, since the repressed demand was in fact reduced in almost its totality.

According with the described data, one can conclude that the bee action really reached the objective it proposed to – to reduce the repressed demand and, as a result, the waiting time in queues. Even though this may not have happened in all cities of the country, the mais urban centers succeeded in uncluttering the queues and to begin new attendances.

Key words: bee action; cataract; repressed demand.

1. INTRODUÇÃO:

1.1. A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

É consensual que a organização dos serviços de saúde tem sido influenciada pela organização do mercado. Na 3ª Conferência Nacional de Saúde, com o golpe militar de 1964, as discussões voltaram-se para interesses mercantilistas dos cuidados à saúde. Apesar do crescimento da indústria hospitalar privada e dos gastos com o setor saúde; ainda assim a maioria da população não consegue o tratamento desejado por serem os serviços de saúde: fragmentados, localizados de maneira inconveniente e oferecidos em momentos inoportunos.

A desigualdade quanto à distribuição de recursos e serviços é tão acentuada que é comum o paciente viajar centenas de Kms para obter atendimento médico. A falta do controle gerencial nos serviços de saúde e a forma clientelística, paternalista e familiar de administrar foram em parte responsáveis pelo colapso de um setor que já está gastando cerca de 4% do PIB.

De acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a organização dos serviços de saúde tem como base a:

regionalização e hierarquização - os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição de população a ser atendida. Devem oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um grau ótimo de solução de problemas. O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção - menor complexidade tecnológica -, que precisam estar qualificados para atender os principais problemas. Os ideais deverão ser referenciados aos serviços de maior complexidade tecnológica;

descentralização - é entendida como uma redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada mais chance haverá de acerto. Aos Municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos;

resolutividade - é a exigência de que quando um indivíduo busca o atendimento, ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja devidamente capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência/complexidade;

complementaridade do setor privado - a Constituição, de 1988, definiu que quando for necessário contratar serviços privados, por insuficiência do setor público, devem ter preferência os serviços sem fins lucrativos. Assim, cada gestor deverá planejar primeiro considerando a capacidade instalada do setor público e, na seqüência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização, tornando-se fundamental o estabelecimento de normas e procedimentos a serem cumpridos pelos conveniados e contratados.

participação dos cidadãos - é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle e avaliação de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Deve ser também considerado, como elemento do processo participativo, o dever das instituições oferecerem as informações e os conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à saúde;

Desde o século XIX, surgem tentativas de regionalização dos serviços de saúde em geral, aprimorando-se teoricamente esse conceito na Inglaterra, no início do século XX. Os conceitos e as definições têm variado muito, segundo os autores. A partir do conceito de que hospitais são instituições com cuidados especializados e de custos elevados, a regionalização torna mais efetiva a atenção médica, otimizando a utilização de recursos humanos e materiais com a integração horizontal e vertical dos diversos componentes do sistema de saúde. Sendo assim, o doente deveria receber os cuidados necessários o mais próximo possível de sua residência e daí ser encaminhado para outros níveis que se fizessem necessários, segundo critérios preestabelecidos.

Para fins de desenvolvimento deste trabalho, vale destacar, ainda e principalmente, a questão do acesso da população, que utiliza o Sistema Único de Saúde, para conseguir atendimento oftalmológico, neste caso, a cirurgia de catarata.

1.2. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO:

Em 1999, no Brasil, o percentual de cirurgias sobre o total de internações foi de **20,9%** (DATASUS/MS, 2000). Neste mesmo ano, os procedimentos cirúrgicos eletivos realizados pelo SUS representaram **9,42%**. Em 1998 representaram apenas **9,19%** do total de procedimentos realizados. Ao se observar a diferença entre o montante de cirurgias realizadas em 1999 e as cirurgias especificamente eletivas - **11,48%**, pode-se inferir que aqui estão incluídos procedimentos que em determinado momento poderiam ter sido tratados de forma eletiva, mas devido à própria organização do sistema, que prioriza as cirurgias de urgência e emergência, foram realizados como procedimentos de urgência.

No que se refere à assistência oftalmológica, uma especialidade médica, a situação não é distinta. Segundo dados do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2001, a distribuição dos recursos humanos – médicos oftalmologistas – em 2001 para uma população de 169,5 milhões de habitantes (IBGE), existiam 9.622 oftalmologistas, um para cada 17.620 habitantes, distribuídos em 677 municípios, 12,3% dos 5.507 municípios do país. Embora esses 677 municípios constituam uma fração pequena (12,3%) do número total de municípios (5.507), eles agregam 104,6 milhões de habitantes (61,8%) da população total. Os outros 64,7 milhões de habitantes, que representam 38,2% da população total, estão distribuídos em 4.830 municípios, pequenos na sua maioria, que não são contemplados com nenhum oftalmologista.

As tabelas abaixo mostram as distribuições dos oftalmologistas considerando a população total geral (tabela 1) e considerando a população dos 677 municípios com oftalmologistas (tabela 2).

Tabela 1
DISTRIBUIÇÃO DOS OFTALMOLOGISTAS POR REGIÃO:

Região	Nº oftalmologistas	Nº habitantes	Oftalmo./Hab
Sudeste	5.789 (60,2 %)	72.262.411 (42,6 %)	1/12.483
Sul	1.285 (13,3 %)	25.071.211 (14,8 %)	1/19.511
Centro-Oeste	613 (6,4 %)	11.611.491 (6,8 %)	1/18.942
Nordeste	1.685 (17,5 %)	47.679.381 (28,1 %)	1/28.296
Norte	250 (2,6 %)	12.919.949 (7,7 %)	1/51.680
TOTAL	9.622 (100 %)	169.544.443 (100 %)	1/51.680

Fonte: Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2001.

Tabela 2

DISTRIBUIÇÃO DOS OFTALMOLOGISTAS NOS 677 MUNICÍPIOS DO PAÍS COM OFTALMOLOGISTA:

Região	Munic. c/ofтал.	Nº oftalmologistas	Nº habitantes	Oftalmo./Hab
Sudeste	326	5.789 (60,2 %)	55.632.364 (53,0 %)	1/9.610
Sul	161	1.285 (13,3 %)	15.735.547 (15,0 %)	1/12.246
Centro-Oeste	47	613 (6,4 %)	7.021.773 (6,7 %)	1/11.455
Nordeste	115	1.685 (17,5 %)	20.830.362 (19,9 %)	1/12.326
Norte	28	250 (2,6 %)	5.629.761 (5,4 %)	1/22.519
TOTAL	677	9.622 (100 %)	104.849.807 (100 %)	1/10.897

Fonte: Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2001.

Aproximadamente 49% dos oftalmologistas estão concentrados nas capitais dos seguintes Estados – São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Ceará, Goiás, Paraná e Rio Grande do Sul. Os municípios de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte concentram 32,4 % dos oftalmologistas. 60,4 % estão nas capitais e 39,6 % no interior. Há 143 municípios acima de 40 mil habitantes sem oftalmologistas, destes, 38 estão em regiões metropolitanas e os mais populosos são Ananindeua (PA), Aparecida de Goiânia (GO), Caucaia (CE), Ribeirão das Neves, Ibitiré e Sabará (MG), Embu, Itapevi, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Itapetcinga da Serra e Franco da Rocha (SP), Alvorada (RS), Pinhais (PR) e Palhoça (SC), todos com mais de 100 mil habitantes.

Considerando estas informações este estudo se propõe a analisar se a implantação do Mutirão Nacional de Cirurgia de Catarata pelo Ministério da Saúde influenciou na estratégia de organização dos serviços de oftalmologia do SUS.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar a estratégia de organização dos serviços de oftalmologia no SUS a partir da implantação do mutirão de cirurgia de catarata pelo Ministério da Saúde.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Comparar os dados de produção de cirurgias de catarata em 1998, 1999 e 2000
- Comparar os gastos com a produção de cirurgias de catarata em 1998, 1999 e 2000
- Avaliar a produção de cirurgias á nível ambulatorial e hospitalar nos anos de 1998, 1999 e 2000
- Comparar o nº de serviços cadastrados no SUS em 1998, 1999 e 2000
- Avaliar a distribuição geográfica dos serviços que realizaram cirurgias de catarata em 1998, 1999 e 2000
- Avaliar a distribuição geográfica dos serviços que realizaram cirurgias de catarata, de acordo com a sua natureza em 1998, 1999 e 2000.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste trabalho será resenha exploratória, de acordo com as etapas descritas abaixo:

- Revisão bibliográfica dos temas referentes a Modelo de Organização de Serviços de Saúde;
- Análise comparativa da produção dos serviços de saúde com base nos dados disponibilizados pelos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar, através do Datasus e das informações do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – Faec, para avaliar a melhoria do acesso tendo como referencial a expansão da rotina e interiorização dos serviços, no período de 1998 a 2000, utilizando-se da Metodologia de Avaliação de Projetos.

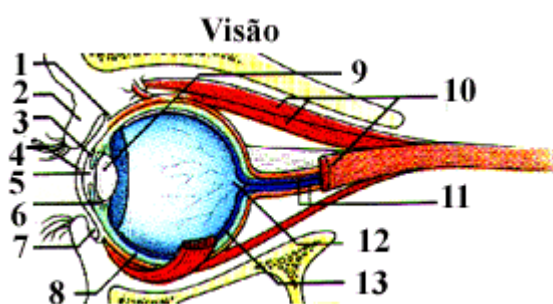
O trabalho será descrito em 4 capítulos: o 1º capítulo - O sentido da visão – onde é feita uma descrição de dados epidemiológicos da situação da catarata no mundo e no Brasil; trata da patologia - catarata senil e relato a situação da cirurgia de catarata no Sistema Único de Saúde.

No capítulo 2º - O Mutirão Nacional de Cirurgia de Catarata, neste capítulo está relatado todo o processo de desenvolvimento do mutirão de catarata; no capítulo seguinte – Resultados do mutirão de Cirurgia de Catarata – 1999 a 2001 - é feita uma descrição dos resultados obtidos com a implantação do mutirão nestes anos. Esta descrição está acompanhada de mapas e gráficos que pretendem facilitar o entendimento dos dados colocados.

Por fim no capítulo 4º - Análise e Considerações Finais - onde estão descritas as análises referente a implantação e implementação do mutirão de catarata.

CAPÍTULO I: O SENTIDO DA VISÃO:

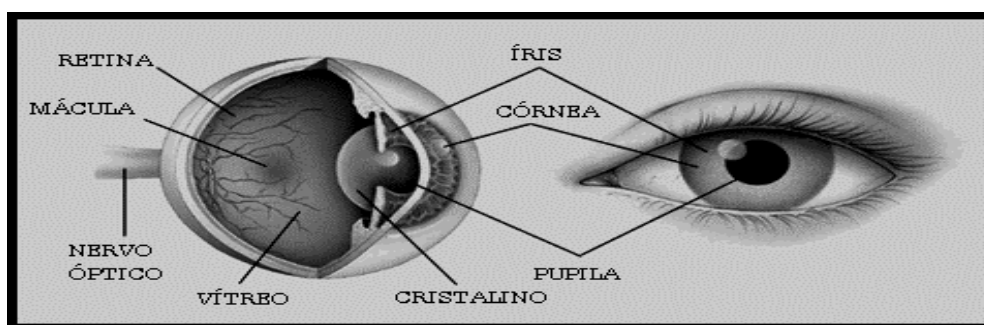
Os olhos são os instrumentos da visão, que no embrião começam como dois “brotinhos” do cérebro. Desde o nascimento a criança forma uma memória visual. O olho é uma estrutura complexa constituída de três camadas: a esclerótica, o branco do olho; a camada coroidal, rica em vasos sanguíneos que irrigam a delicada camada interna; e a retina, onde ficam as células nervosas sensíveis à luz que captam imagens e transmitem a informação para o cérebro através do nervo óptico. No cérebro, essas imagens são decodificadas para permitir a visão.



- Conjuntiva
- Pálpebra íris
- Córnea
- Pupila
- Corpo Ciliar
- Esclerótica (branco do olho)
- Camada coroidal
- Lente
- Músculos oculares
- Nervo óptico
- Ponto cego
- Retina

Fonte: Home Page CBO – <http://www.cbo.com.br>

Os olhos são importantes órgãos dos sentidos. Eles recolhem informações sobre o mundo à volta e as enviam ao cérebro, onde são processadas para você vê-las como imagens. Sua capacidade de ver, resulta da entrada da luz do ambiente em seus olhos. Em cada um deles, a córnea e o cristalino desviam os raios luminosos, para que os pontos de luz de um objeto sejam reproduzidos na retina. Na retina, forma-se uma imagem do objeto focalizado, em ponto menor e de cabeça para baixo. A retina envia essa informação ao cérebro, que a “lê” como uma imagem que você pode ver. É a região central da retina, responsável por visão de detalhes, como a leitura.



Fonte: Home page CBO – <http://www.cbo.com.br>

1.1. A CATARATA NO MUNDO E NO BRASIL:

A cegueira é considerada um problema de saúde pública e somente nas últimas décadas vem recebendo das autoridades de saúde a nível mundial um tratamento diferenciado no sentido de minimizar a sua magnitude.

De acordo com os dados apresentados no, I Fórum Nacional de Saúde Ocular, CBO, 2001, existem no mundo cerca de 180 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência visual, 135 milhões com deficiência visual e risco de cegueira e já 50 milhões de cegos. Os custos globais diretos com a cegueira são estimados em 25 bilhões de dólares, se considerado os custos indiretos este valor dobraria.

No âmbito sócio-econômico constitui um elevado ônus para a comunidade e o país, já que interfere na integração e participação comunitárias das pessoas afetadas, representando também uma limitação da produtividade e da capacidade de trabalho. Além disso, os gastos com programas de reabilitação e educação dos deficientes visuais são maiores que aqueles necessários à prevenção.

Segundo as estimativas da OMS, em Kara et al. 1996, cerca de 80% dos casos de cegueira no mundo são evitáveis ou curáveis com o emprego da tecnologia disponível atualmente. Esses casos surgem como consequência de patologias que poderiam ter sido evitadas se os conhecimentos e os recursos tecnológicos disponíveis tivessem sido aplicados a tempo.

As quatro maiores causas de cegueira no adulto são: a catarata, o glaucoma, o diabetes via retinopatia diabética e suas complicações, e a degeneração macular relacionada à idade, destas a catarata ainda é considerada a maior causa de cegueira no mundo. Sua incidência é de 17,6% nas pessoas entre 55 e 65 anos; 47,1% no grupo entre 65 e 74 anos e 73,3% nos pacientes acima de 75 anos. CBO, 2001.

A cegueira por catarata incapacita o indivíduo, aumenta sua dependência, reduz sua condição social e o aposenta precocemente da vida. No entanto esta cegueira é curável. Segundo Kara et al. 1996, estudos recentes sugerem que a restauração da visão pela cirurgia de catarata produz benefícios econômicos e sociais para o indivíduo, sua família e a comunidade.

Kara et al. 1996, relata uma série de taxas de cegueira em vários países, que segue abaixo, para situar como a situação da cegueira no mundo. As taxas de cegueira por catarata variam entre 14 por 100.000 pessoas (0,0014%) na Escandinávia e 1.425 por 100.000 (1,525%) na Ásia. A prevalência da catarata varia substancialmente não somente de continente para continente, mas também de uma região para outra.

TAXA DE CEGUEIRA POR 100.000HAB.

PAÍSES	POPULAÇÃO	CEGUEIRA POR CATARATA/100 CEGOS
Chad	5.018.000	48,0
Congo	1.740.000	81,0
Gâmbia	643.000	55,0
Arábia Saudita	11.542.000	55,1
Tunísia	6.890.000	52,4
Índia	800.000.000	81,0
Indonésia	150.958.000	66,9
Nepal	14.667.000	66,8
Tailândia	49.460.000	56,6
China	1.059.521.000	57,1
Japão	116.807.000	23,0
Filipinas	51.960.000	87,2

Fonte: *Prevenção da Cegueira por Catarata*, Newton Kara José, 1996.

As diferenças de freqüência nos diversos países devem ser atribuídas as distintas condições sócio-econômicas e também aos critérios de cegueira utilizados nos diversos estudos podendo variar de cegueira legal – acuidade visual pior que 0,15, ou baixa visão quando a acuidade visual é igual ou pior que 0,2, Kara et al. 1996.

A catarata é igualmente apontada como causa de cegueira nos países desenvolvidos, porém é um problema minorado em razão do grande número de cirurgias realizadas, sendo o procedimento cirúrgico mais realizado em pacientes com 65 anos ou mais, nos EUA, nos últimos anos, Kara et al. 1996.

Na África, Kara et al. 1996., estima-se que a taxa total de cegueira seja de 1 a 1,5%, o que representa 6 milhões de pessoas cegas e cerca de 24 milhões com deficiência visual, sendo 3 milhões desses casos devidos à catarata.

Na Região Mediterrânea, apenas na Arábia Saudita e na Tunísia existem dados populacionais disponíveis, sendo a catarata responsável por 55% a 60% dos casos de cegueira. Na Arábia Saudita são realizadas, anualmente, sete mil cirurgias de catarata, Kara et al. 1996.

No Sudeste da Ásia, região formada por 11 países com população superior a 1 bilhão de pessoas, dados epidemiológicos apontam para uma taxa de prevalência de cegueira variando de 0,2 para 3. A catarata representa nesses países 50% de todas as causas de cegueira, Kara et al. 1996.

Na Índia, estima-se que existem 7,5 milhões de olhos com catarata madura e hipermadura e outros 2,4 milhões de olhos com catarata avançada. A redução do acúmulo do número de pessoas com catarata no decorrer do tempo tem sido a prioridade nos serviços de atendimento primário, dentro do programa *Eye Camp*. Os *Camps* são organizados com a participação ativa da comunidade e em colaboração com organizações voluntárias. Auxiliares de oftalmologia treinados levantam os casos de catarata na comunidade, cuidam dos registros e da organização dos *Eye Camps*. O custo dos insumos da cirurgia intracapsular, sem lente intra-ocular, é estimado ao redor de US\$ 10,00 e US\$ 25,00. O custo dos óculos para correção da afacia - falta congênita ou adquirida de cristalino - é subsidiado. Há um esforço contínuo para melhorar a qualidade do serviço e a infra-estrutura está sendo preparada com o objetivo de se realizarem dois milhões de cirurgias por ano, Kara et al. 1996.

Ainda segundo estimativas descritas em Kara et al. 1996., na Indonésia, estima-se que 1,5 milhão de pessoas estejam cegas por catarata. Em 1985, implantou-se um projeto piloto intervencional para auxiliar na redução da cegueira por catarata.

Na região do Pacífico Ocidental, as Filipinas, com a população em torno de 54 milhões, têm um contingente entre 300.000 e 900.000 pessoas com catarata. O país tem 195 oftalmologistas, dos quais 97 estão radicados em Manila, cobrindo uma população de 4,5 milhões de pessoas. Os pacientes com catarata residentes na zona rural estão sendo tratados com a ajuda de oftalmogistas enviados por organizações não-governamentais.

Na Europa Ocidental a cirurgia de catarata constitui a principal atividade em unidades oftalmológicas, dados relativos à presença de acúmulos de pacientes com catarata são desconhecidos. Já na Europa Oriental dados recentes têm sugerido que nessa região a prevalência de cegueira por catarata assemelha-se à dos países em desenvolvimento

Na América do Norte, a maior atividade cirúrgica dos oftalmologistas está relacionada à cirurgia de catarata, devido à facilidade de acesso, há pouca evidência de acúmulo de pessoas com catarata em dimensões que preocupem os programas de saúde pública. Estima-se que 1,35 milhões de cirurgias de catarata foram realizadas pelo Medicare, Kara et al. 1996.

Alguns documentos fazem supor que países como Argentina, o Chile e o Uruguai possuem serviços de saúde pública desenvolvidos, realizando cirurgias de catarata num nível compatível com a demanda. E outros países, como o Brasil e o Peru, realizariam um número insuficiente e com progressivo acúmulo de casos de deficientes visuais. Os Projeto Zona Livre de Catarata, atuando nas comunidades carentes, vêm demonstrando que, em toda América Latina, o número de cirurgias de catarata realizado é insuficiente, havendo necessidade urgente de que se criem condições para o aumento de 3 a 5 vezes o número de procedimentos realizados ao ano.

O Brasil têm hoje cerca de 2,83% da população mundial, e tem cerca de 4 milhões de deficientes visuais e 1,2 milhões de cegos. Estima-se que 10% da população acima de 60 anos apresenta problemas de visão relacionados à catarata e desses, 2% são portadores de cegueira, dos quais 1% necessita de cirurgia e a cada ano surgem 120 mil novos casos.

A cegueira por catarata constitui um grave problema de saúde pública no Brasil e deve se tornar ainda maior com o envelhecimento da população esperado nos próximos anos. Um programa que propicie em pouco tempo grande aumento de número de cirurgias deve ser instituído com urgência.

Nos países desenvolvidos, o acesso mais fácil à assistência oftalmológica propicia ausência de acúmulo importante de pessoas com cegueira por catarata. No Brasil, como nos demais países em desenvolvimen-

to, o problema assume proporções alarmantes porque, ao número de pessoas cegas por catarata desassistidas ao longo do tempo acrescenta-se um contingente anual de casos novos que é superior à capacidade dos serviços de saúde. Nos países em desenvolvimento, o acesso a esses serviços constitui-se na principal barreira. As estratégias devem ser voltadas para tornar os serviços de catarata acessíveis aos necessitados.

No entanto, a maioria dos países latino-americanos não consegue formar o número de oftalmologistas de que necessitam. Neste particular, apesar de algumas deficiências, o Brasil é um país privilegiado e, apesar da má distribuição geográfica de nossos especialistas, temos profissionais em número suficiente para resolver o problema da catarata e, também, muitos outros causadores da cegueira. As relações oftalmologistas/habitante foram: 1:32.500 (Chile); 1:40 mil (Colômbia); 1:94 mil (Guatemala); 1:45 mil (México); 1:31.500 (Peru) e 1:44.500 (República Dominicana).

Em 1986, por solicitação e estímulo da Associação Pan-Americana de Oftalmologia e do *National Eye Institute* (EUA), iniciaram-se dois estudos, Kara José et al, 1989, na América Latina para identificar a importância da cegueira por catarata na população idosa do Brasil e do Peru. Foram realizados dois *surveys* em Campinas e Chimbote, respectivamente, com triagem domiciliar da população com 50 anos de idade ou mais, exame oftalmológico da população abrangida pelo projeto e cirurgia de catarata para os casos de cegueira identificados em hospitais de referência. Com essas duas experiências, ficou evidenciada a incidência da cegueira por catarata na população pesquisada, atingindo 2% das pessoas com mais de 50 anos.

1.2. A CATARATA SENIL - DESCRIÇÃO DA PATOLOGIA:

A catarata é a perda da transparência do cristalino - lente natural do olho - que quando opacificado desvia os raios luminosos que formariam as imagens no fundo de olho, diminuindo a visão. É uma doença multifatorial, ou seja, vários fatores contribuem para o seu aparecimento como: herança familiar, doenças gerais (diabetes), doenças do olho (irites), trauma ou cirurgias oculares, remédios (cortizona), exposição solar e dieta alimentar. O envelhecimento natural das células do cristalino é a causa mais comum da catarata.

Olhando a pessoa com catarata é praticamente impossível o diagnóstico, pois o cristalino é difícil de ser visualizado sem equipamentos especiais. Somente nos casos de cataratas mais avançadas, onde o cristalino fica totalmente branco, é possível observar a presença da catarata. A catarata leva a perda gradativa da visão, dando a sensação de uma névoa (embaçamento), as cores não são mais nítidas e os óculos não ajudam mais a visão.



Fonte: Home page CBO, <http://www.cbo.com.br>

Ela pode ser de 4 tipos: congênita, juvenil, senil e as relacionadas com doenças sistêmicas, intra-oculares, traumas e substâncias tóxicas. Ela pode ser uni ou bilateral, total ou parcial.

No caso específico deste estudo vou me deter à **catarata senil**, esta é inevitável e aparece com o correr dos anos, é uma das doenças degenerativas mais comuns nos idosos. De modo geral sua evolução é lenta e leva alguns anos para que a baixa visual seja significativa e exija cirurgia. O critério usado para reconhecer a cegueira por catarata em nível de comunidade deve ser simples. A redução de visão gradual sem dor por um período de anos, em uma pessoa idosa, é sugestiva de catarata.

Na estratégia de combate à cegueira por catarata, duas possibilidades devem ser consideradas: retardar ou impedir a formação da catarata por meio de novas medicações, ou atuando sobre os fatores de risco; a outra possibilidade seria tratar cirurgicamente os casos já existentes. As drogas existentes para evitar ou retardar a catarata não demonstram evidência satisfatória de sua eficácia, desta forma o tratamento cirúrgico é o mais eficaz.

No estado atual do conhecimento, não existem meios de prevenir ou de impedir a progressão da catarata. A restauração da visão só pode ser conseguida com tratamento cirúrgico seguido de correção óptica dos déficits refrativos.

Sendo assim, não há método capaz de evitar ou prevenir a catarata e o único tratamento disponível é a cirurgia, restrita aos casos em que o paciente tem limitação de atividades pela perda visual. O implante intra-ocular na cirurgia de catarata foi o maior avanço da Oftalmologia nos últimos 20 anos. As novas técnicas cirúrgicas permitem colocar essa cirurgia como uma das de maior eficiência na medicina atual, com mais de 90% de sucesso funcional nos grandes centros e em clínicas especializadas.

A cirurgia é realizada em centro cirúrgico sob sedação com anestesia local e dura, em média, 45 minutos e o paciente permanece na clínica em torno de 3 a 4 horas. É uma cirurgia delicada, realizada com microscópios e consiste na retirada da lente opacificada e introdução de outra no mesmo local, ou seja, atrás da menbrana dos olhos. Estas lentes chamadas de cristalino artificial são confeccionadas de material inerte ao organismo, ou seja, não causam problemas para os tecidos e ficam para sempre nos olhos. As lentes intra-oculares, implantadas, mantêm a configuração normal do olho e permitem uma visão bem próxima ao da natural.

O curativo é retirado no dia seguinte em casa quando então se inicia o uso dos colírios. Não são realizadas cirurgias de catarata nos dois olhos ao mesmo tempo, pois pode ocorrer alguma complicação na cirurgia e o resultado final não ser satisfatório, o intervalo entre uma cirurgia e outra deve ser, no mínimo, um mês. Caso haja indicação, óculos complementares, basicamente para perto, serão prescritos.

Para detecção e indicação do tratamento da catarata faz-se necessário à realização de dois exames oftalmológicos – tonometria medida da pressão intra-ocular por meio de tonômetro de aplanção – manual ou acoplado à lâmpada de fenda; e a biometria ultrassônica é a medida antero-posterior do olho por meio de um aparelho de ultra-som (ecógrafo ocular).

A evolução da catarata varia de indivíduo para indivíduo, sendo que alguns necessitam de cirurgia mais precocemente e outros chegam a uma idade avançada com uma acuidade visual ainda suficiente para executar as tarefas necessárias. Em geral, o critério que orienta o médico quanto à hora certa de operar é exatamente o grau de exigência visual do paciente.

Existem dezenas de técnicas para a cirurgia da catarata, que se agrupam em dois grandes grupos; EXTRAÇÃO EXTRACAPSULAR e FACOEMULSIFICAÇÃO, ambos com implante intra-ocular de lente. No primeiro grupo de procedimentos, o cirurgião faz uma incisão na córnea, para remover a parcela anterior da cápsula, retira o cristalino e o substitui pela lente. Na facoemulsificação, uma incisão bem menor permite a introdução de um instrumento ultra-sônico, cuja energia “quebra” gentilmente o cristalino opacificado, permitindo sua aspiração. Sendo a incisão auto-selante e de pequeno porte – 3mm, podem ser dispensados os pontos, permitindo melhor recuperação pós-operatória, menor agressão à córnea e, conseqüentemente, menor astigmatismo.

A reabilitação proporcionada pela cirurgia de catarata é a mais eficaz entre as diversas formas terapêuticas para doenças degenerativas que objetivam melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Não existem medidas preventivas contra o desenvolvimento de catarata; a visão perdida por catarata pode ser restaurada com sucesso por meio de cirurgia segura, eficaz e que pode ser realizada com ótima relação custo/benefício. Na estratégia de combate à cegueira por catarata deve-se levar em conta a situação de desenvolvimento dos países e as soluções devem ser adequadas às realidades socioeconômicas e culturais locais.

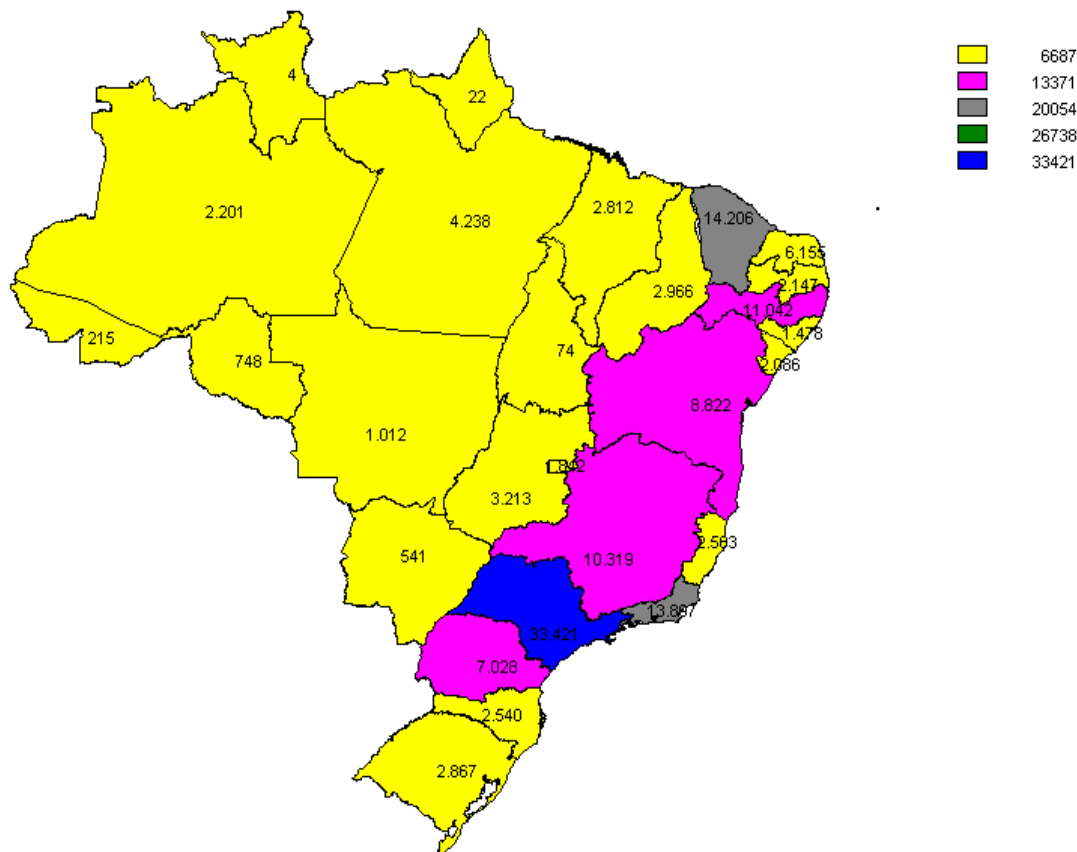
Conduitas, tais como cirurgia ambulatoria, alta pós-operatória precoce, maior eficiência na aplicação dos recursos econômicos, possibilitam caminhar na direção do controle desses problemas. Recentemente, pesquisas realizadas na Unicamp, Kara et al. 1996., mostraram que os insumos usados em cirurgia de catarata podem ter um custo substancialmente diminuído sem prejuízo da qualidade da cirurgia e que a produtividade do centro cirúrgico ambulatorial pode ser aumentada em 45% sem necessidade de alocação de novos recursos fixos.

1.3 A CIRURGIA DE CATARATA NO SUS – 1998 A 2001:

Em 1998, segundo dados do Datasus/Ministério da Saúde, 2001, era realizada uma média de 11.538 mil cirurgias de catarata/mês e existiam 300 serviços ambulatoriais cadastrados no SUS que realizavam cirurgia de catarata. O valor da cirurgia era R\$364,89.

Destas 11.538 mil cirurgias, 2.785 eram realizadas em São Paulo, ou seja, quase 25% do total de cirurgias, conforme descrito no mapa 1, abaixo:

Mapa 1
Distribuição do nº de cirurgias de catarata por UF em 1998



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

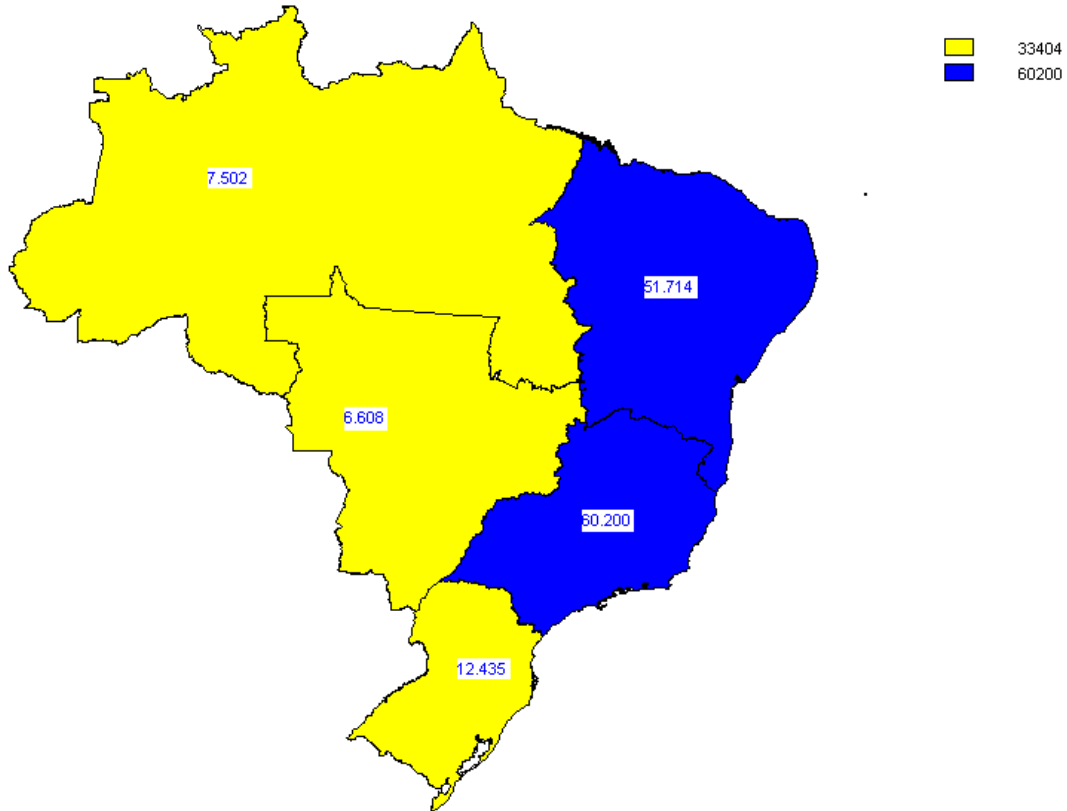
O número absoluto de cirurgias não nos permite identificar o real impacto sobre a demanda existente, por isso trabalhou-se também com uma taxa de cobertura considerando o nº de cirurgias realizadas e a população maior de 50 anos, por 1.000 hab., – público alvo do mutirão.

De acordo com os dados do Datasus/Ministério da Saúde, 2001, em termos de taxa de cobertura por 1.000 hab. maior de 50 anos, o estado que apresentou uma maior cobertura foi o Rio Grande do Norte – 15,82, seguido do Ceará – 13,92 e os estados que apresentaram menor cobertura foram Roraima – 0,19 e Amapá – 1,65.

Quando se obteve estes dados por região encontrou-se na região sudeste o maior nº absoluto de cirurgias realizadas – 60.200 cirurgias e a região centro-oeste o menor nº de cirurgias – 6.608, mapa 2.

Mapa 2

Distribuição do nº de cirurgias de catarata por região em 1998:

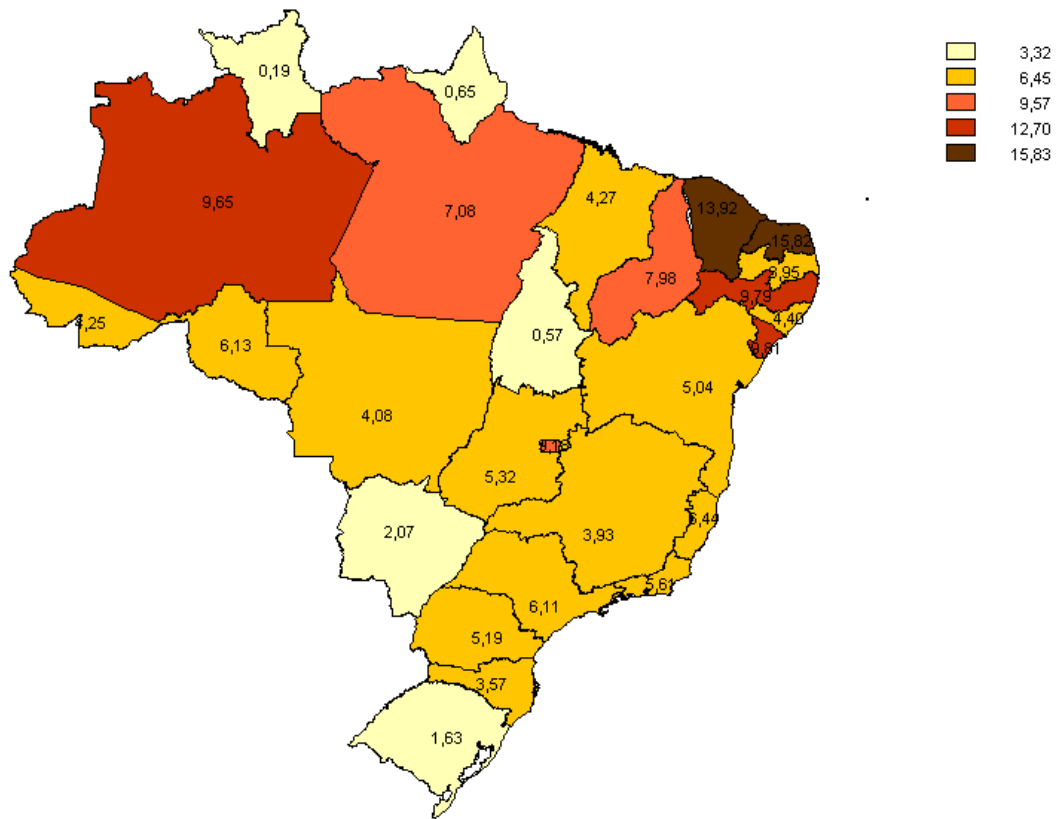


Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

Quando trabalhado estes dados por taxa de cobertura por 1.000 hab. maior de 50 anos, temos a região nordeste como a que conseguiu atender um maior nº de pessoas com mais de 50 anos. – 8,07 e a região centro-oeste com a menor cobertura – 5,03, mapa 3

Mapa 3

Taxa de cobertura de cirurgias de catarata por 1.000 hab. maior de 50 anos, por UF, em 1998:

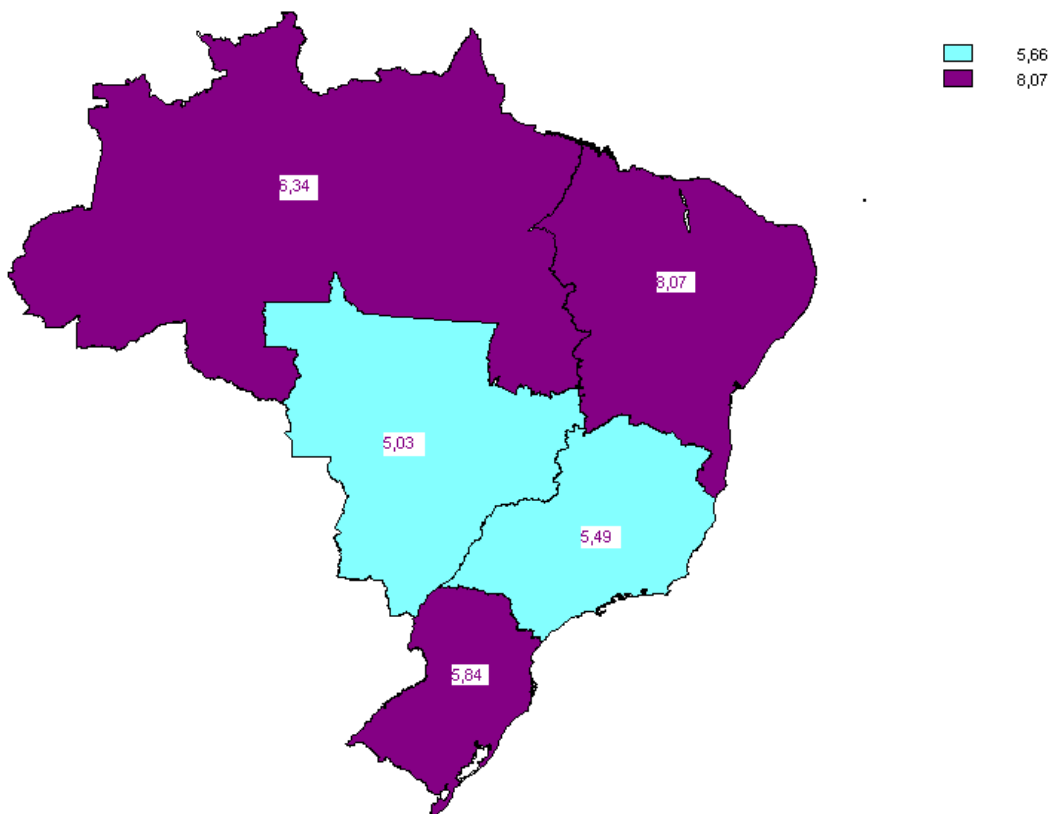


Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

Quando estes dados foram obtidos por região verificou-se na região sudeste o maior n° absoluto de cirurgias realizadas, porém quando trabalhado com a taxa de cobertura aparece à região nordeste como a que conseguiu atender um maior n° de pessoas com mais de 50 anos, como já relatado anteriormente. Estes dados estão mais bem descritos no mapa 4.

Mapa 4

Taxa de cobertura de cirurgia de catarata por 1.000 hab. maior de 50 anos, por região, em 1998:



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001. **CAPÍTULO II: O MUTIRÃO NACIONAL DE CIRURGIA DE CATARATA:**

1.1 CAMPANHA X MUTIRÃO

Mutirão foi o termo, institucionalizado pelo Ministério da Saúde, que se referia à organização de uma campanha nacional de cirurgias eletivas cuja primeira etapa era de cirurgias de catarata.

A palavra mutirão sugere ações rápidas e resolutivas - Auxílio mútuo que se prestam os agricultores, a serviço de um deles, por um dia ou mais. Termina em divertimento com música, dança e canto. Aplica-se em tarefas urbanas; adjunto, adjutório, ajuda, ajuri, mutirão, muitirom, mutirom, muxirã, muxirão, muxirom, muxirom, ponchirão, putirão, puxirão, puxirom - Michaelles, 1996. Por que a Catarata?

A definição de se trabalhar em esquema de mutirão, com esta patologia, decorreu por dois aspectos: no Plano Plurianual do Ministério constava como meta, na questão da saúde ocular, reduzir em 50% a cegueira decorrente da catarata, por ser esta cegueira evitável e de tratamento relativamente fácil e rápido; e o outro aspecto foi à questão, histórica, referente à dificuldade de acesso da população à atenção especializada - oftalmológico -, e eletiva - programável.

1.2 O MUTIRÃO: NORMATIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO:

Definido que iria se trabalhar com esta lógica é que foi lançado, em maio de 1999, o Mutirão Nacional de Cirurgia de Catarata - Portaria GM nº 279 de 7 abril de 1999 - com o objetivo de aumentar a oferta destas cirurgias, visando reduzir as longas filas de espera - demanda reprimida, proporcionando assim, uma melhoria da qualidade de vida da população na faixa etária acima de 50 anos, reinserindo-a ao convívio social e laborativo, contribuindo, efetivamente, para a redução dos índices de cegueira junto à população de baixa renda.

A população alvo eram as pessoas de ambos os sexos, com idade superior a 50 anos e com a indicação cirúrgica da Catarata. A definição do público alvo foi bastante discutida junto ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia - CBO, uma vez que a maior incidência da catarata é na população acima de 65 anos, no

entanto, considerando o objetivo do mutirão de reintegração social destes pacientes optamos por trabalhar com um corte populacional menor e assim incluir a população maior de 50 anos.

A meta inicial, em 1999, era realizar, no período compreendido entre os meses de maio e dezembro, o dobro do número de cirurgias de catarata que eram, rotineiramente, realizadas que em 1998 foi 138.456 cirurgias de catarata.

Para o desenvolvimento do mutirão foram tomadas algumas medidas consideradas fundamentais para a realização desta ação:

- Formação de um COMITÊ TÉCNICO CIENTÍFICO – criado em parceria com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia. O comitê tinha como objetivo assessorar técnica e cientificamente a coordenação nacional da campanha bem como as coordenações estaduais para a qual colocou oftalmologistas, representantes das regionais do conselho, a disposição das secretarias estaduais de saúde. O conselho também era responsável pela mobilização, dos seus associados e por acompanhar o desenvolvimento técnico do mutirão, garantindo uma maior qualidade às ações técnicas desenvolvidas. Esta parceria foi fundamental para a mobilização da classe oftalmológica além do respaldo científico dado a esta ação.

- A discussão do valor da cirurgia de catarata na tabela do SUS junto com o CBO. Até abril de 1999 o valor da cirurgia de catarata era R\$ 389,64 (trezentos e oitenta e nove reais e sessenta e quatro centavos), o que era considerado um valor baixo pelos oftalmologistas gerando o desinteresse da classe por realizar este procedimento. Diante desta realidade foi iniciado um processo de discussão sobre a possibilidade de um aumento neste sem perder de vista o equilíbrio da tabela e o volume de cirurgias a serem realizados – ganho em escala. O valor proposto foi de R\$ 397,39 (trezentos e noventa e sete reais e trinta e nove centavos), o que representou um incremento 2%, **no entanto o gasto financeiro triplicou, passou de 43,6 milhões para 125,3 milhões.** Só foi possível chegar a um consenso com relação a este valor por que o Ministério da Saúde pagou além das cirurgias os exames para diagnose – tonometria (R\$3,37) e biometria ultrassônica (R\$ 24,24) num valor total de de R\$ 27,61. Como estes procedimentos foram normatizados como um pacote o valor total era de R\$ 425,00 (quatrocentos e vinte e cinco reais). Além deste pacote foi pago também, pelo Ministério da Saúde, o exame de sangue, Raios-X e eletrocardiograma, considerados necessários para o pré-operatório.

A coordenação desta ação era nacional, no entanto, seu sucesso dependia quase que totalmente do desempenho das secretarias estaduais e municipais de saúde. O mutirão foi instituído por portaria - Portaria GM nº 279 de 7 de abril - referente à implantação da Campanha Nacional de Cirurgias, cuja 1º etapa era o Mutirão de Catarata, o período de 3 meses – abril, maio e junho - sendo posteriormente prorrogada por mais 6 meses, e mais tarde prorrogada para 2000 e 2001.

Para o ano de 2000 houve uma mudança na lógica do mutirão. Em 1999 todos os procedimentos realizados no mutirão eram pagos extrateto o que aconteceu foi que os estados e municípios deixavam de realizar cirurgia de catarata com recursos próprios, e quando o mutirão encerrasse como a demanda restante seria absorvida? Preocupado com esta situação foi definido uma rotina mínima a ser cumprida, por estado e município em gestão plena, e só então, cumprida esta rotina, podiam receber o recurso extrateto.

Quanto à divulgação da campanha em 1999, 2000 e 2001 foi feito um lançamento pelo Exmo. Sr. Ministro da Saúde em reunião com os Secretários Estaduais. A divulgação em mídia escrita e falada foi feita pelas Secretarias Estaduais e Municipais. O Ministério da Saúde confeccionou folders falando sobre a doença e distribuiu para as coordenações estaduais, para que estas distribuíssem a população. O dis-que-saúde do Ministério da Saúde teve um papel fundamental no processo de divulgação do mutirão esclarecendo dúvidas e oferecendo aos usuários informações sobre esta ação.

Além das ações desenvolvidas pelos estados o Ministério da Saúde, preocupado em ampliar o máximo possível o acesso da população a Cirurgia de Catarata – considerando a dificuldade de determinados municípios, que não dispunham de médicos oftalmologistas e equipamentos adequados e necessários para a realização do Mutirão, desenvolveu em parceria com algumas Universidades Federais algumas CARAVANAS CIENTÍFICAS para regiões de difícil acesso geográfico. Esta ação aconteceu em 5 municípios pólos, incluindo a população circunvizinha: **Pauini/AM, Juara/MT, Cruzeiro do Sul/AC e Rolim de Moura/RO.**

- *Pauini/AM* ® O projeto foi realizado no período de 21 a 28 de agosto de 2000, incluiu consulta e exame oftalmológico. Todas as atividades foram desenvolvidas em Pauini que ficou responsável

pelo atendimento da população idosa dos municípios, além de atendimento a tribos indígenas. Foram triadas 1.025 idosos e realizadas 145 cirurgias de catarata.

- *Juara/MT* ® O projeto foi realizado no período de 21 a 28 de agosto de 2000, incluiu consulta e exame oftalmológico nos municípios do Vale do Aripuanã: Juara, Novo Horizonte do Norte, Porto dos Gaúchos e Tabaporã, além de duas tribos indígenas Kaiaby e Apicás localizados a 50km do município pólo. Foram triadas 2.580 idosos, realizadas 116 cirurgias de catarata das quais 10 combinadas de glaucoma e 6 de pterígio.
- *Cruzeiro do Sul/AC* ® o projeto foi realizado no período de 14 a 21 de novembro de 2000, garantiu atendimento a população idosa de 6 municípios: Guajara, Porto Valter, Rodrigues Alves, Ipixuma, Mancio Lima, Tamatouso. Participaram do mutirão 18 profissionais entre médicos, médicos residentes, enfermeiros e auxiliar de enfermagem. Foram realizadas 484 triagens e 39 cirurgias.
- *Rolim de Moura/RO* ® O projeto foi realizado na 1ª semana de dezembro de 2000. Participaram do mutirão 18 profissionais entre médicos, médicos residentes, enfermeiros e auxiliar de enfermagem. Foram realizadas 1.600 consultas e 180 cirurgias

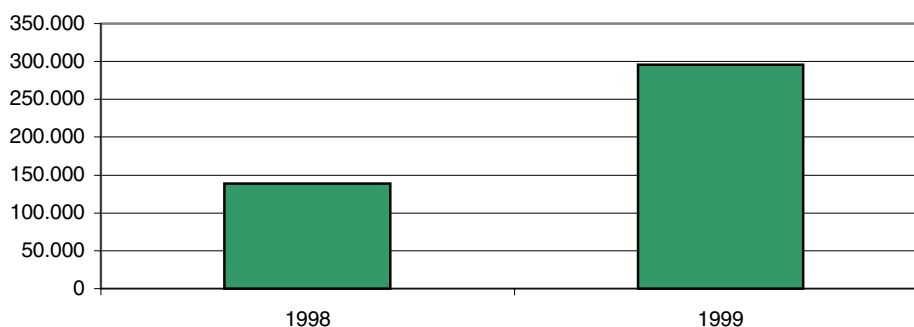
CAPÍTULO III: RESULTADOS DO MUTIRÃO DE CIRURGIAS DE CATARATA – 1999 A 2001

1.1 RESULTADOS DO MUTIRÃO DE CIRURGIAS DE CATARATA - 1999

Em 1999 o mutirão de catarata foi desenvolvido entre os meses de maio e outubro, neste período foram realizadas 160.412 cirurgias. Durante todo o ano foram realizadas 295.680 cirurgias de catarata destas 254.650 em regime ambulatorial e 41.030 em regime de internação.

Com relação ao nº de cirurgias de catarata realizadas pelo SUS em 1998 – 138.456 cirurgias, o mutirão permitiu um incremento de **113,55%** no número de cirurgias de cataratas realizadas no país.

GRÁFICO DEMONSTRATIVO DO Nº DE CIRURGIAS DE CATARATA REALIZADAS NO SUS NO PERÍODO DE 1998 E 1999



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

O recurso gasto neste mesmo ano foi de R\$ 125.285.887 (cento e vinte e cinco milhões, duzentos e oitenta e cinco mil e oitocentos e oitenta e sete reais.), em relação ao recurso SUS pago pela realização de cirurgias de catarata em 1998 – R\$ 59.357.216,00 (cinquenta e nove milhões, trezentos e cinquenta e sete mil e duzentos e dezesseis reais.), houve um incremento na ordem de 111,07%.

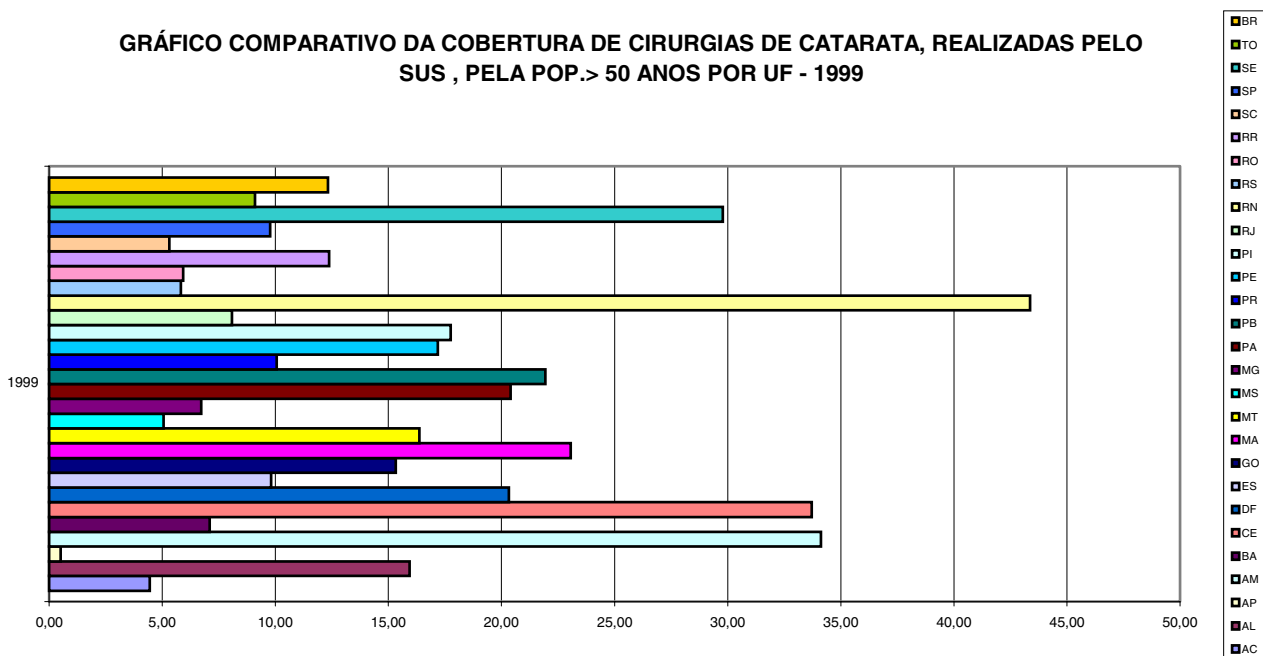
Com relação ao número absoluto de cirurgias realizadas, o estado que apresentou o maior número foi o São Paulo com 54.169 cirurgias realizadas, seguido do estado do Ceará com 34.832. Os estados que apresentaram o menor número de cirurgias realizadas foram Amapá e Acre, com 18 e 231 cirurgias respectivamente.

Como o nº absoluto de cirurgias não nos permite uma análise adequada de impacto sobre a população, como já mencionado anteriormente, foi desenvolvida uma taxa de cobertura por 1000 habitantes maior de 50 anos.

O estado que apresentou maior taxa cobertura por 1.000 hab. maior de 50 anos foi o Rio Grande do Norte com 43,37, seguido do Amazonas - 34,12 e Ceará – 33,72. Amapá e Acre apresentaram a menor taxa de cobertura – 0,51 e 4,44 respectivamente.

A nível Brasil a taxa de cobertura por 1.000 hab. maior de 50 anos passou de 5,84 em 1998 para 12,33 em 1999, o que confirma a redução da demanda reprimida/fila de espera em alguns municípios/estados. Não se pode falar que esta demanda reduziu igualmente no país uma vez que a taxa de cobertura é bastante variável dentro de uma mesma região, como ocorre na região norte entre o Acre e a Amazonas.

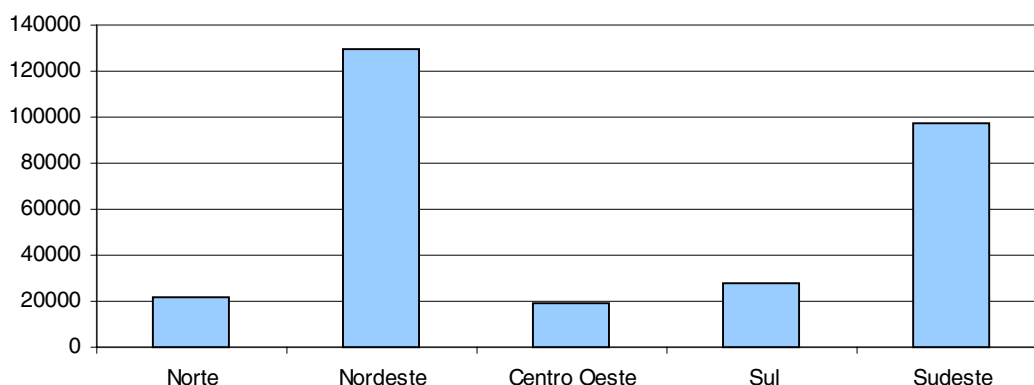
GRÁFICO COMPARATIVO DA COBERTURA DE CIRURGIAS DE CATARATA, REALIZADAS PELO SUS , PELA POP.> 50 ANOS POR UF - 1999



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

Quanto às regiões geográficas, observou-se que o Nordeste realizou 43,8% do contingente total das cirurgias da campanha e a região Centro Oeste apresentou o menor percentual de 6,4% de cirurgias realizadas.

GRÁFICO DEMONSTRATIVO DO Nº DE CIRURGIAS DE CATARATA REALIZADAS PELO SUS, POR REGIÃO EM 1999

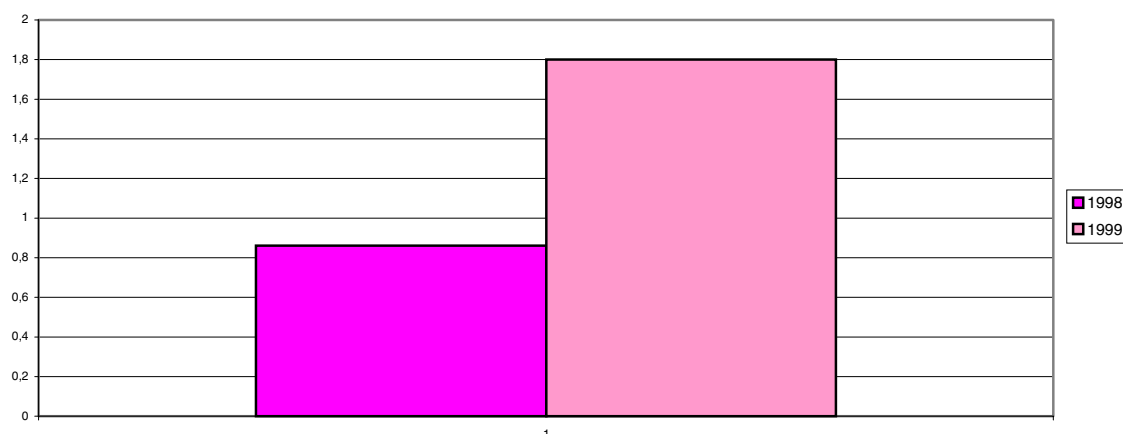


Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

Com relação ao número absoluto, as capitais que apresentaram o maior número de cirurgias foram Fortaleza com 17.415, Recife com 11.729 e Rio de Janeiro com 10.485, sendo que Florianópolis, Rio Branco e Palmas apresentaram os menores números absolutos de cirurgias com 93, 147, e 348 respectivamente.

Quando se compara a taxa de cobertura de 1998 com a de 1999, tem-se um incremento de 110,70%, conforme gráfico abaixo.

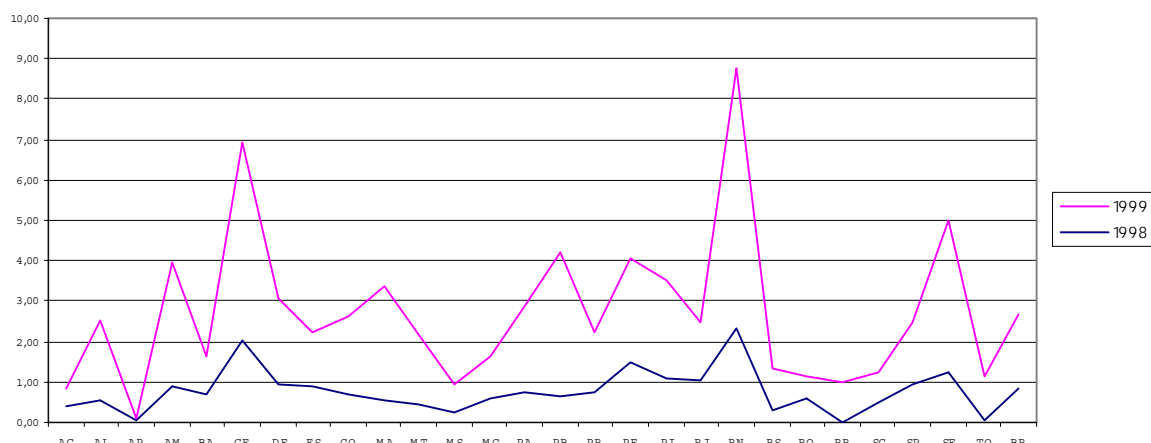
GRÁFICO DEMONSTRATIVO DA TAXA DE COBERTURA DE CIRURGIAS DE CATARATA REALIZADAS PELO SUS EM 1998 E 1999



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

Quando comparada a taxa de cobertura dos estados entre 1998 e 1999 quase todos apresentaram um aumento em relação a 1998, exceto Amapá, sua taxa em 1998 foi de 0,05 e em 1999 0,04, conforme descrito no gráfico abaixo.

GRÁFICO COMPARATIVO DA TAXA DE CIRURGIAS DE CATARATA/SUS POR 1.000 HAB. POR UF EM 1998 E 1999



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

A partir destas informações, e comparando os dados levantados durante 98 e 99, observa-se que houve um aumento médio de 100% no atendimento de cirurgias de catarata no ano de 1999. Pode-se, portanto, concluir que este acréscimo se deu em decorrência da realização do mutirão de cirurgias de Catarata que possibilitou um maior acesso da população com problemas de catarata aos serviços de saúde do SUS.

Pode-se inferir que o mutirão cumpriu seu objetivo em relação à absorção e resolução de parte da demanda reprimida. Outro fator positivo ocorreu em alguns estados aonde o mutirão chegou a induzir o processo de organização da rede no que diz respeito aos procedimentos oftalmológicos.

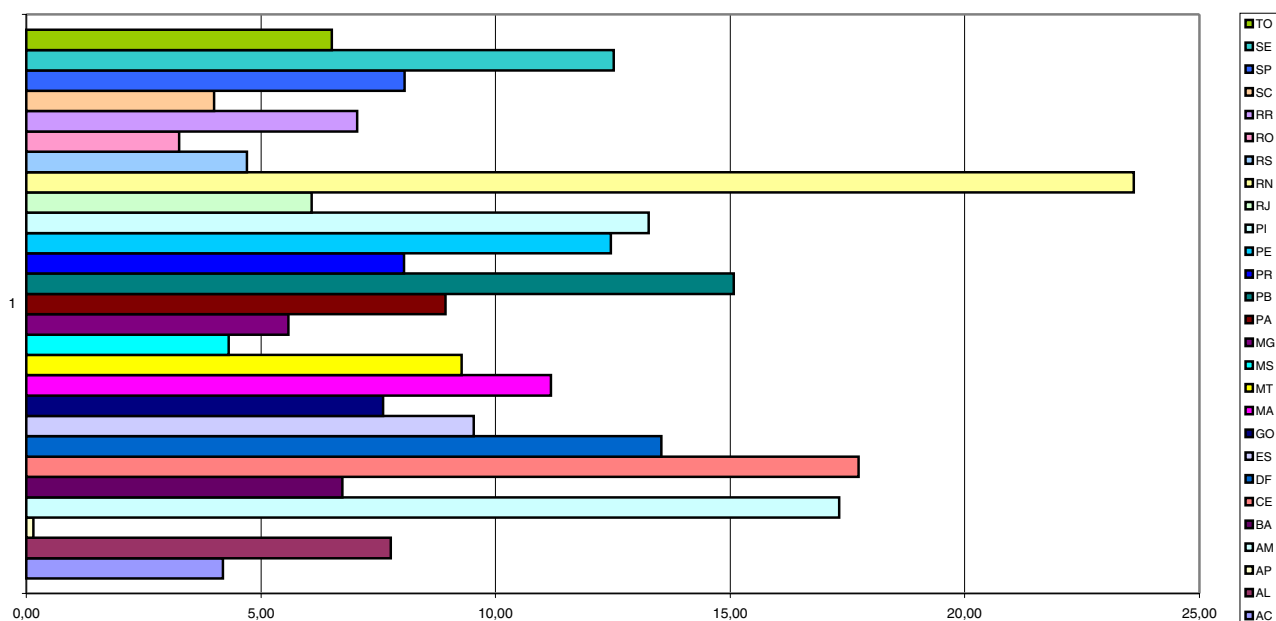
1.2 RESULTADOS DO MUTIRÃO DE CIRURGIA DE CATARATA - 2000

No período de janeiro a dezembro de 2000 foram realizadas 228.145 cirurgias de catarata em todo o país, tendo sido 185.069 cirurgias em regime ambulatorial e 43.076 em regime de internação, totalizando o repasse de um recurso no valor R\$ 97.848.671,58.

Quanto à frequência de cirurgias, o estado que apresentou maior número foi São Paulo com 50.593 cirurgias realizadas, seguido do Ceará com 20.554 cirurgias realizadas e o Rio de Janeiro com 17.080 cirurgias. Os estados que apresentaram a menor produção foram o Amapá, Roraima e Acre com 6; 199; e 245 cirurgias, respectivamente.

Quando se analisa a taxa de cobertura por 1.000 hab. maior de 50 anos -, destacaram os estados do Rio Grande do Norte com 23,60, Ceará com 17,74 e Amazonas com 17,32. As menores taxas de cobertura foram observadas nos estados do Amapá, Rondônia e Santa Catarina com 0,15; 3,25 e 4,00 cirurgias/1.000 hab. maior de 50 anos, respectivamente.

GRÁFICO COMPARATIVO DA COBERTURA POPULACIONAL POR UF –2000.



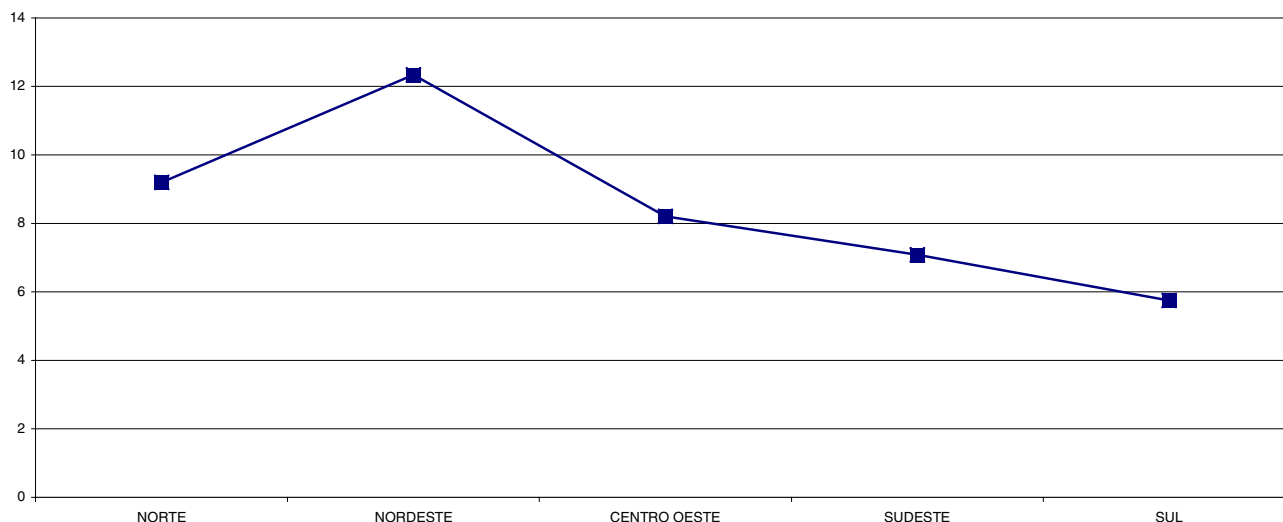
Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

Considerando a escassez ou mesmo a falta, tanto de serviços de atendimento oftalmológico, quanto de profissionais especializados, e considerando ainda o aspecto geográfico, que por vez dificulta o acesso da população aos serviços, pode-se inferir que é evidente a dificuldade encontrada pelos estados do Acre, Roraima e Amapá na realização das cirurgias de Catarata.

Quanto ao número absoluto de cirurgias de catarata realizadas, as capitais que mais se destacaram foram São Paulo com 15.048, Fortaleza com 10.669 e Recife com 10.273 cirurgias de catarata realizadas.

Quanto às regiões geográficas, observou-se que a região nordeste e a região norte apresentaram maior taxa de cobertura por 1.000 hab. maior de 50 anos com 13,58 e 10,34 respectivamente, enquanto as regiões sudeste e sul apresentaram as menores taxas de coberturas por 1.000 hab. maior de 50 anos: 7,91 e 6,44, respectivamente, conforme demonstra o gráfico a baixo.

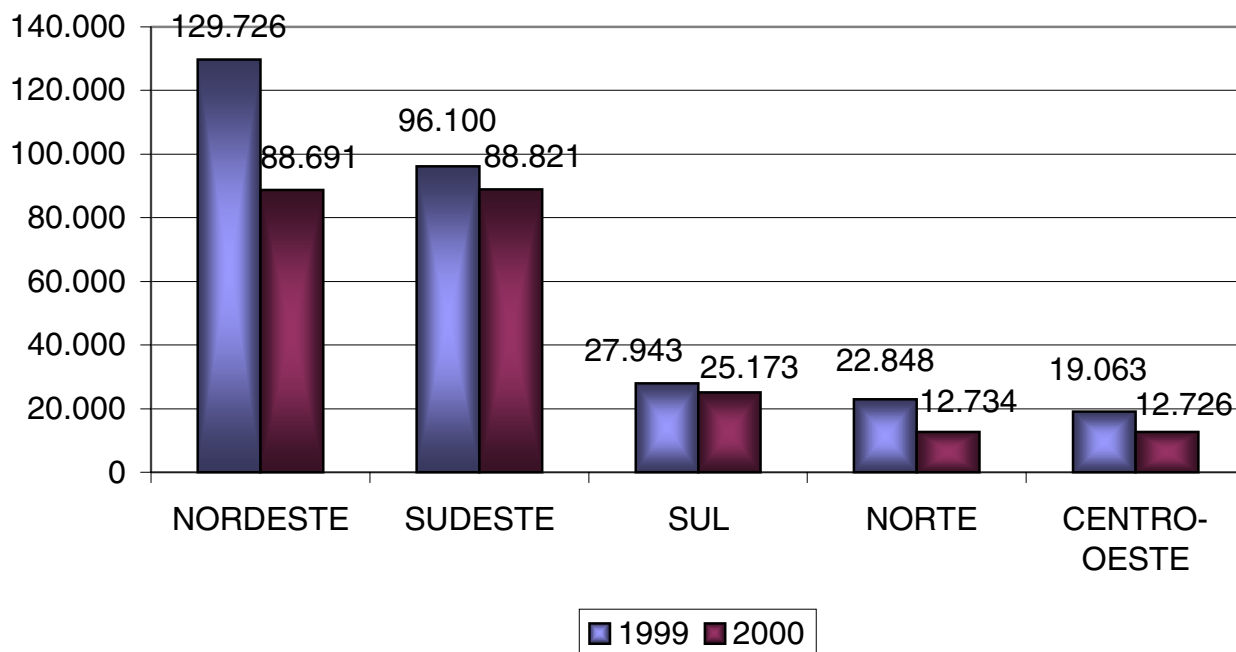
GRÁFICO COMPARATIVO DA TAXA DE COBERTURA DE CIRURGIA DE CATARATA POR REGIÃO, EM 2000



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

Com relação ao comparativo de cirurgias de catarata por regiões geográficas em 1999 e 2000, conforme demonstrado no gráfico acima, houve uma redução nas frequências de cirurgias de catarata realizadas pelo SUS em todas as regiões geográficas no ano 2000.

GRÁFICO COMPARATIVO DE CIRURGIAS DE CATARATA POR REGIÕES GEOGRÁFICAS REALIZADAS EM 1999 E 2000.



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001

Isto provavelmente estava associado à introdução da APAC – Autorização de Procedimento de alta complexidade – para realização de cirurgia de catarata ambulatorial. Em 1999 o procedimento cirurgia de catarata era apenas registrado no Boletim de Produção Ambulatorial – BPA, este registro não permite a identificação nominal do paciente, trata-se apenas de um registro numérico de procedimentos. A APAC é uma ficha utilizada para o atendimento ambulatorial de procedimento de alta complexidade ou procedimento “especial” como é o caso da cirurgia de catarata. Este instrumento permite a identificação do pacien-

te e viabiliza um melhor controle dos procedimentos realizados, uma vez que o pagamento do procedimento realizado só ocorre se o preenchimento da APAC estiver adequado.

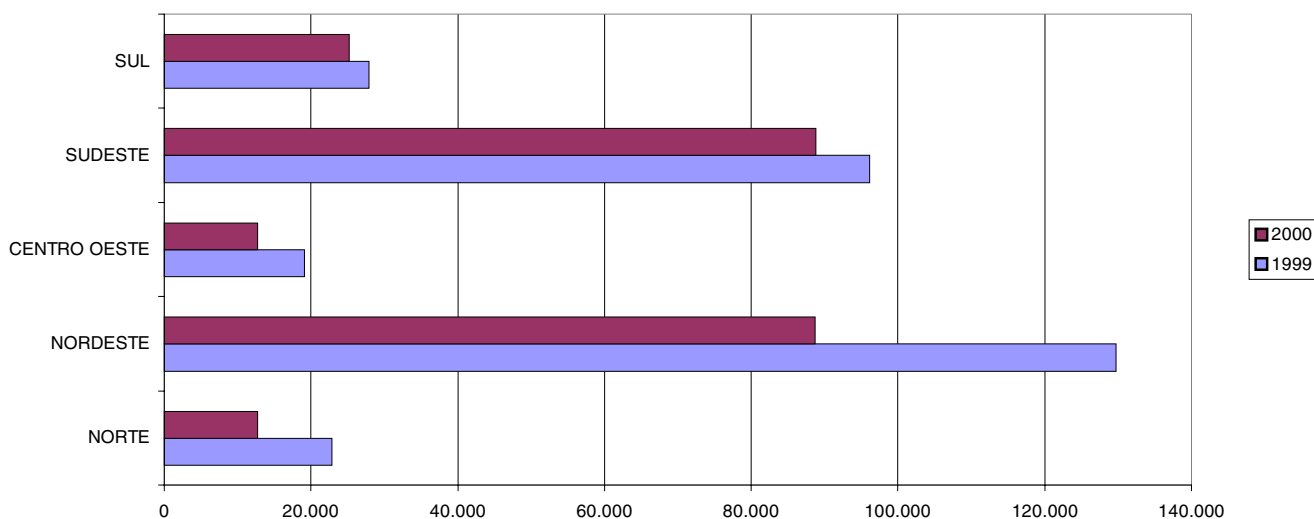
Em virtude destas mudanças para o mutirão de 2000, vários municípios apresentaram dificuldades quanto ao preenchimento das APACs, por ser este um formulário que exige um maior nº de informações do paciente e do médico responsável pelo ato.

Não se pode associar, pelo menos neste momento, a queda do nº cirurgias de catarata com a redução da demanda uma vez que 1998 existiam cerca de 600 mil cegos por catarata e a cada ano mais 120 mil novos casos, CBO, 2001.

As cirurgias realizadas em 1999 – 295.680 - e as realizadas em 2000 – 228.145 -, perfazem um total de 523.825 cirurgias de catarata realizadas pelo SUS, ainda não foram suficientes para superar a demanda já existente.

Com relação ao desempenho do mutirão por região entre 1999 e 2000, pode-se destacar que em 1999 a região nordeste apresentou a maior frequência de realização de cirurgia de catarata pelo SUS, tendo realizado, 129.726 cirurgias de catarata. No ano 2000, a região sudeste apresentou a maior frequência, tendo realizado 88.821 cirurgias de catarata. A região Centro-Oeste permaneceu com a menor frequência: 19.063 cirurgias em 1999 e 12.726 cirurgias no ano 2000, conforme demonstra o gráfico abaixo.

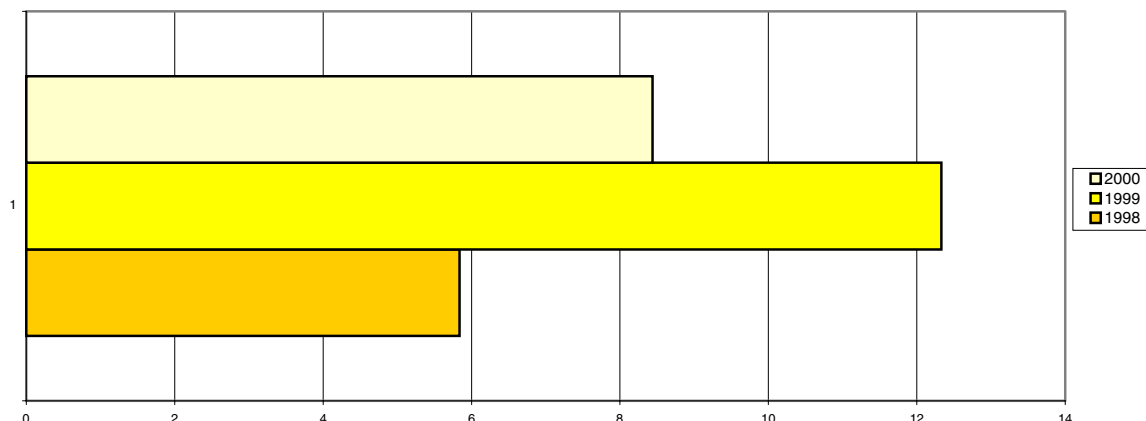
GRÁFICO COMPARATIVO DA COBERTURA DE CIRURGIAS DE CATARATA/SUS PELA POPULAÇÃO > 50 ANOS EM 1999 E 2000



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

Com relação à cobertura populacional no período de 1998 a 2000, observa-se que no ano de 1999, quando foi instituída a primeira etapa da Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas – Mutirão de Catarata, houve um aumento significativo da taxa de cobertura por 1.000hab. maior de 50 anos, que passou de 5,84 em 1998 para 12,33 em 1999. Em 2000 este número cai para 8,44, por razões já mencionadas anteriormente.

GRÁFICO COMPARATIVO DA TAXA DE COBERTURA DE CIRURGIAS DE CATARATA/SUS ENTRE 1998 E 2000



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

1.3 RESULTADOS DO MUTIRÃO DE CIRURGIA DE CATARATA - 2001

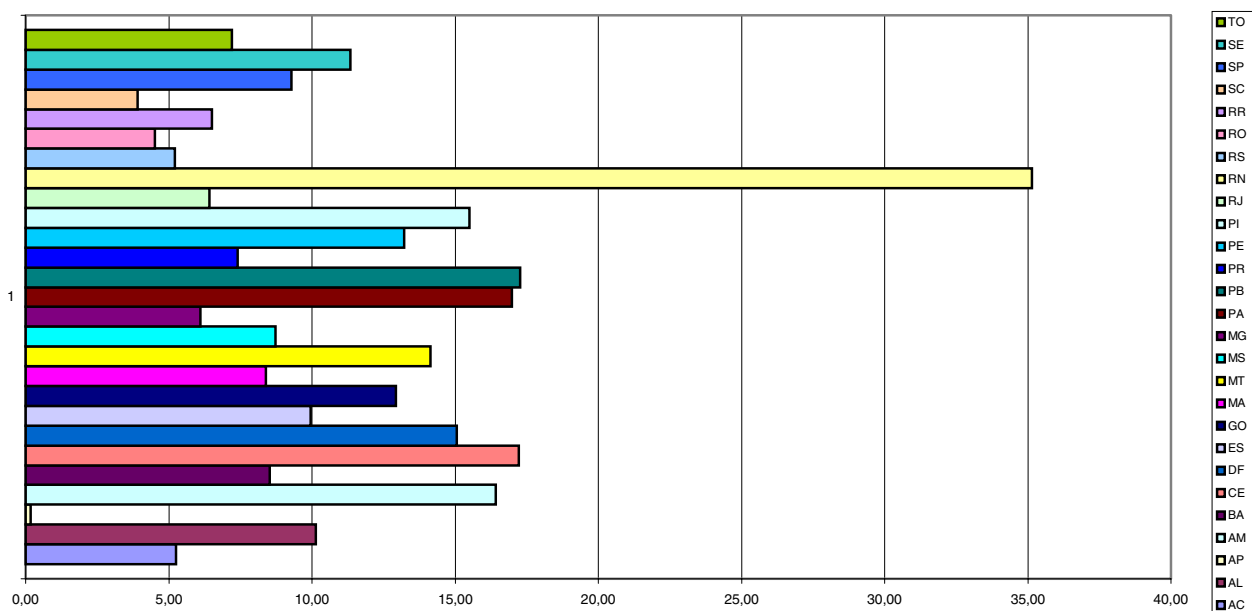
Segundo informações do Datasus/Ministério da Saúde, 2001, neste ano foram realizadas pelo SUS 264.406 cirurgias de catarata em todo país, sendo 237.770 realizadas em regime ambulatorial e 26.636 em regime de internação, o recurso repassado pela realização destas cirurgias foi no valor R\$ 117.032.164,00.

Os estados que se destacaram com maior frequência de cirurgias realizadas pelo SUS foi o estado de São Paulo com 59.098, seguido do estado do Ceará com 20.255 e Minas Gerais com 18.524 cirurgias. Os estados que apresentaram a menor frequência foram o Amapá, Santa Catarina e Acre com 7; 191 e 317 cirurgias, respectivamente. No caso do Amapá e Acre os motivos da baixa produção já foram esclarecidos anteriormente, com relação a Santa Catarina não se tem informações suficientes para uma análise mais detalhada.

Quanto as capitais as que mais se destacaram foram São Paulo com 18.052 cirurgias realizadas, Fortaleza com 11.200 e Recife com 10.790 cirurgias de catarata realizadas. As capitais que apresentaram menor produção foram Macapá com 7 cirurgias realizadas, Florianópolis com 84 cirurgias e Boa Vista com 191 cirurgias.

Quanto à taxa de cobertura populacional por 1.000 hab.maior de 50 anos, mais uma vez destacam-se os estados do Rio Grande do Norte com 35,15, Ceará com 17,22 e a Paraíba com 17,28. As menores taxas de cobertura foram observadas nos estados do Amapá, Santa Catarina e Rondônia com 0,17; 3,92 e 4,53, respectivamente.

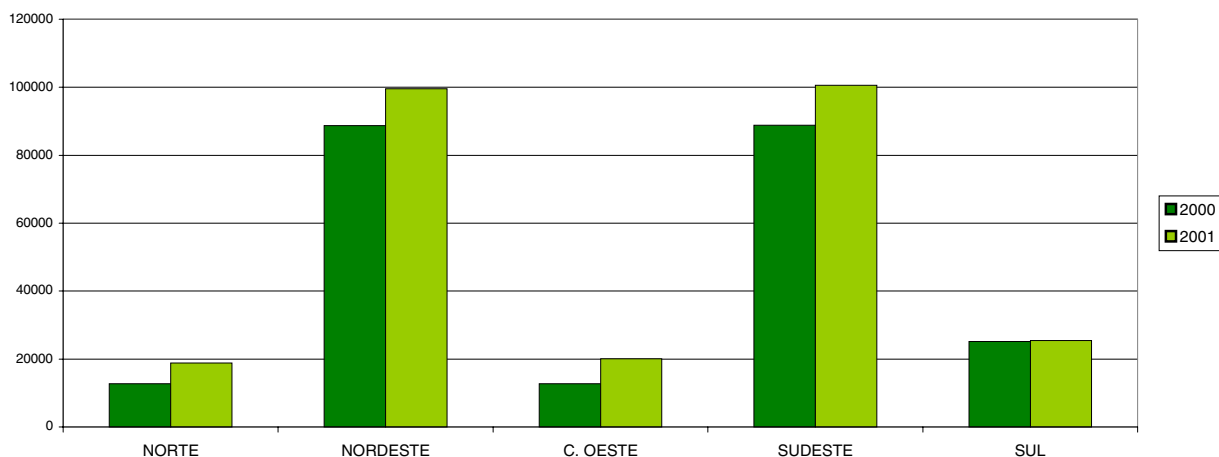
GRÁFICO COMPARATIVO DA COBERTURA POPULACIONAL POR UNIDADE DE FEDERAÇÃO – PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2001.



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

Com relação ao comparativo de cirurgias de catarata por regiões geográficas em 2000 e 2001, neste último ano houve um aumento nas frequências de cirurgias de catarata em todas as regiões geográficas. Pode-se inferir que isto é decorrente dos Estados e Municípios, em 2001, terem superado/minimizado as dificuldades apresentadas com as mudanças durante o processo de produção de cirurgias, ou seja, com o preenchimento das APACs, cumprimento de uma rotina mínima mensal de cirurgias e demais articulações para a implantação da campanha em 2000, o que favoreceu uma produção maior em 2001, como demonstrado no gráfico a seguir.

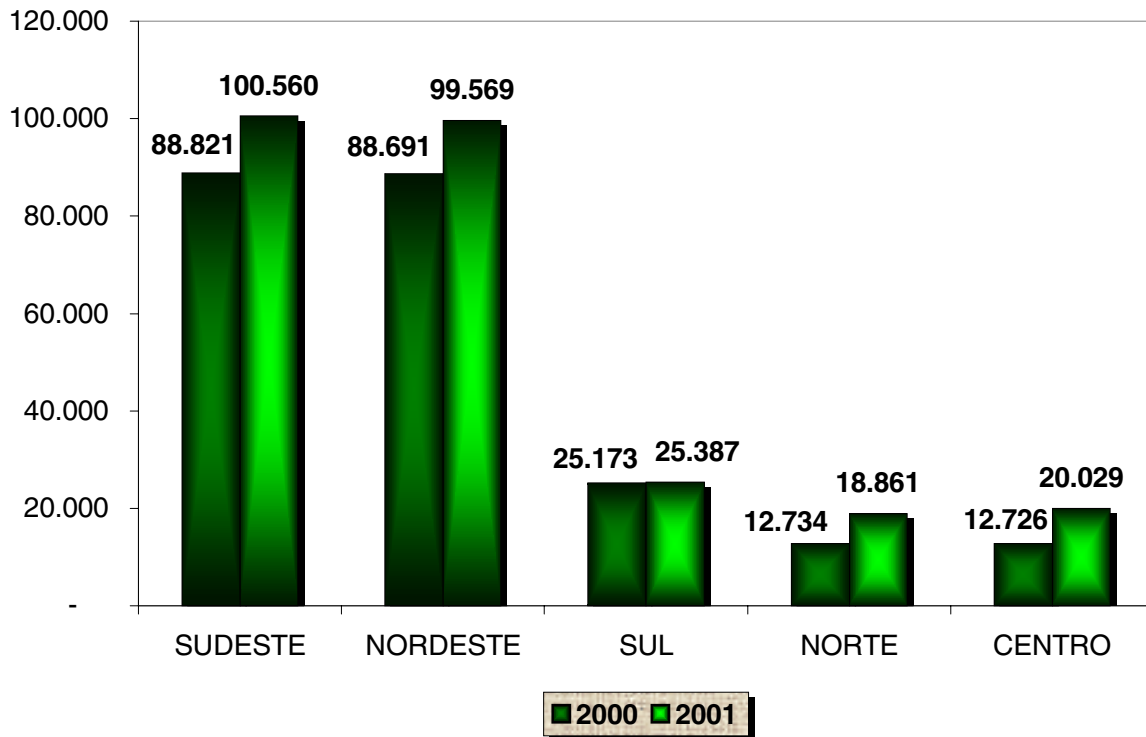
GRÁFICO COMPARATIVO, 2000-2001, DO Nº DE CIRURGIAS DE CATARATA/SUS POR REGIÃO



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

No ano de 2000, a região sudeste apresentou a maior frequência, tendo realizado, 88.821 cirurgias de catarata. Em 2001, a região sudeste permaneceu com uma maior frequência, tendo realizado 100.560 cirurgias de catarata. Com referência a menor frequência à região Centro-Oeste realizou 12.726 cirurgias em 2000 e a região Norte 18.861 cirurgias no ano 2001, vê gráfico que segue.

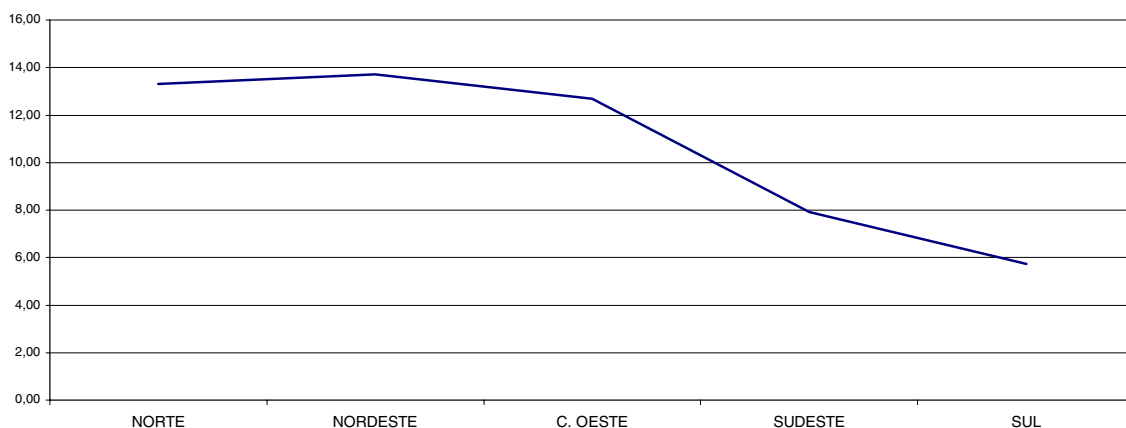
GRÁFICO COMPARATIVO DE CIRURGIAS DE CATARATA POR REGIÃO ENTRE 2000 E 2001.



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

Com relação à taxa de cobertura populacional por 1000 hab. maior de 50 anos por região geográfica, observou-se que a região nordeste e a região norte apresentaram maior cobertura populacional 13,70 e 13,30, respectivamente, conforme descrito no gráfico abaixo.

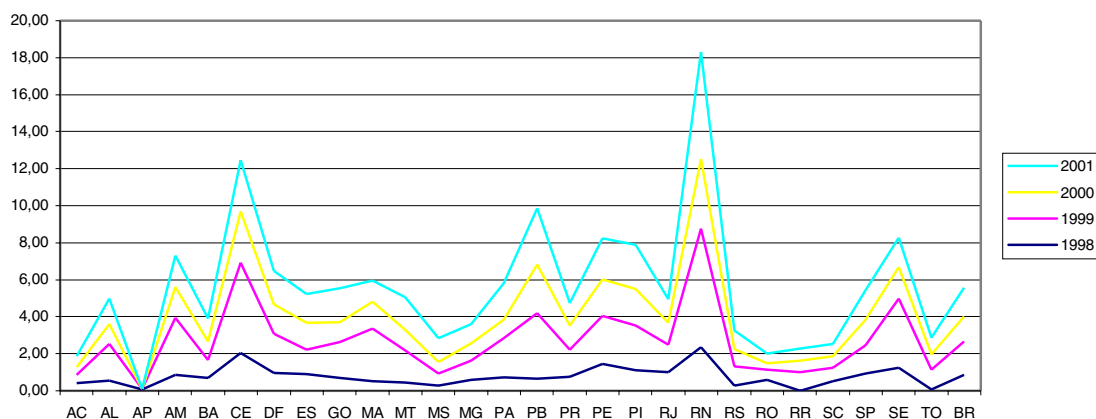
GRÁFICO DA TAXA DE COBERTURA DE CIRURGIAS DE CATARATA POR 1000 HAB. EM 2001



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

Quanto à taxa de cobertura por 1.000 hab. maior de 50 anos, no período de 1998 a 2001, observa-se que no ano de 1999, quando foi instituída a primeira etapa do mutirão de Catarata, houve um aumento significativo da cobertura, que passou de uma média anual de 5,63 nos anos de 95 a 98, para 12,33 no ano de 1999. Em 2000 apresentou queda na cobertura, tendo voltado a crescer em 2001 quando apresentou uma taxa de 9,65.

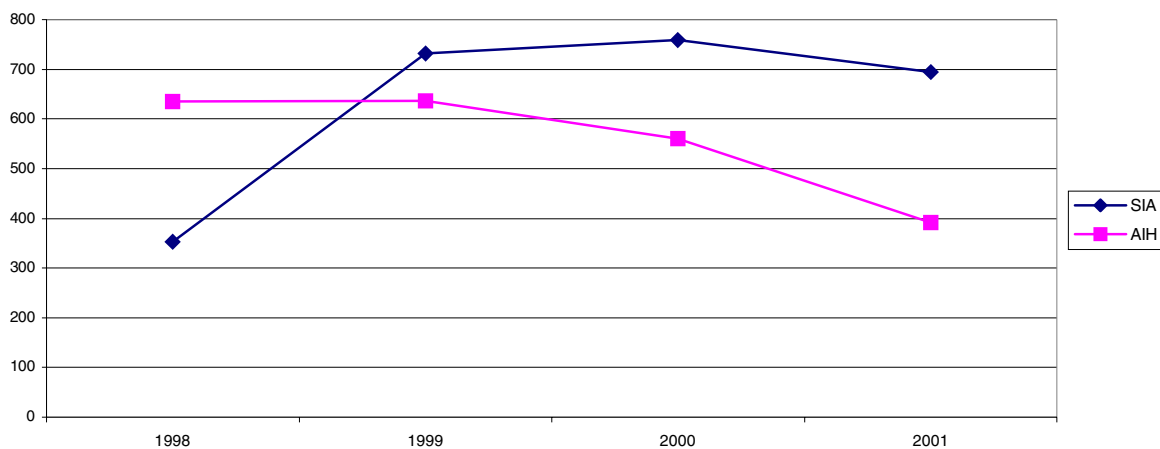
GRÁFICO COMPARATIVO DA TAXA DE COBERTURA DE CIRURGIA DE CATARATA POR 1.000 HAB. POR ESTADO ENTRE 1998 E 2001



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

Com relação ao número de serviços cadastrados, Datasus/Ministério da Saúde, 2001., para realização de cirurgia de catarata no SUS, em 1998 tinham 353 serviços ambulatoriais e 988 serviços que realizam cirurgia em regime hospitalar. Em 2001 o quadro era inverso: 694 serviços ambulatoriais e 391 hospitalares, conforme demonstra o gráfico abaixo.

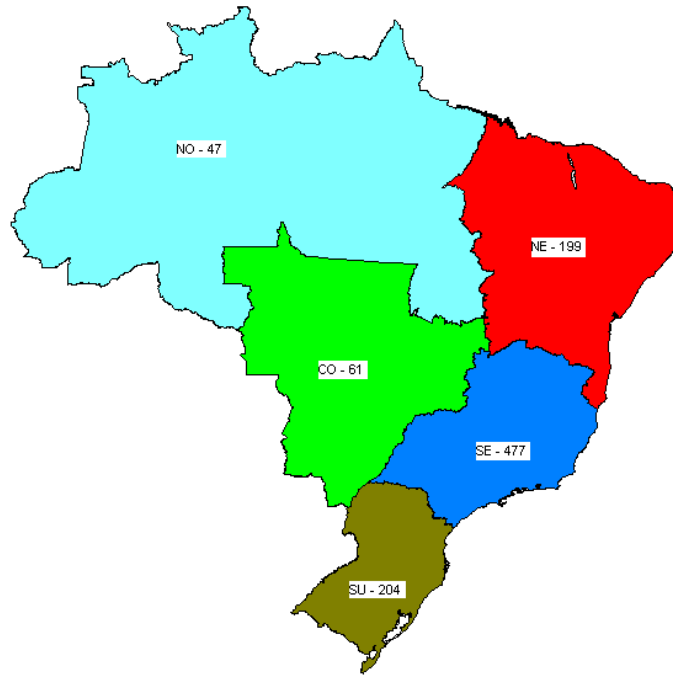
GRÁFICO COMPARATIVO DO Nº DE SERVIÇOS CADASTRADOS NO SUS PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE CATARATA NO PERÍODO DE 1998 A 2001



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

Quanto à distribuição destes serviços, em 1998 cerca de 48,28% dos serviços estavam na região sudeste e apenas 4,75% na região norte, conforme representação no mapa abaixo.

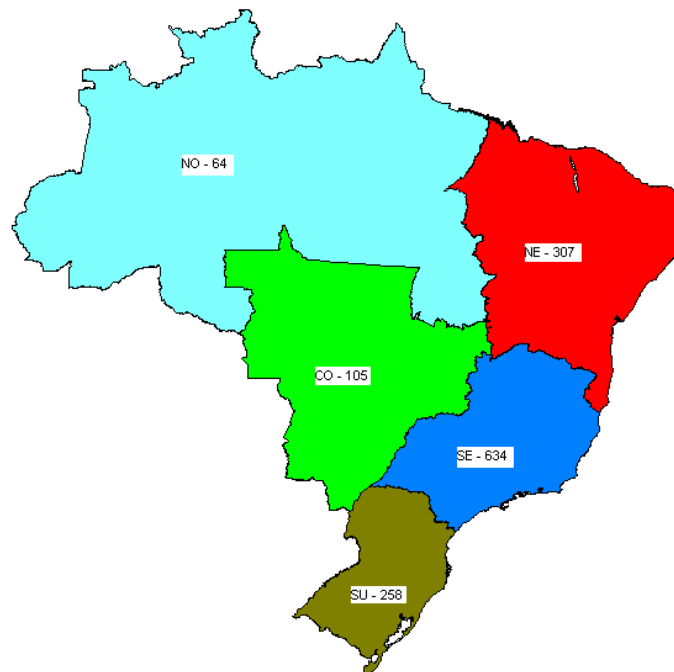
MAPAREPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE CIRURGIA DE CATARATA NO PAÍS EM 1998.



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

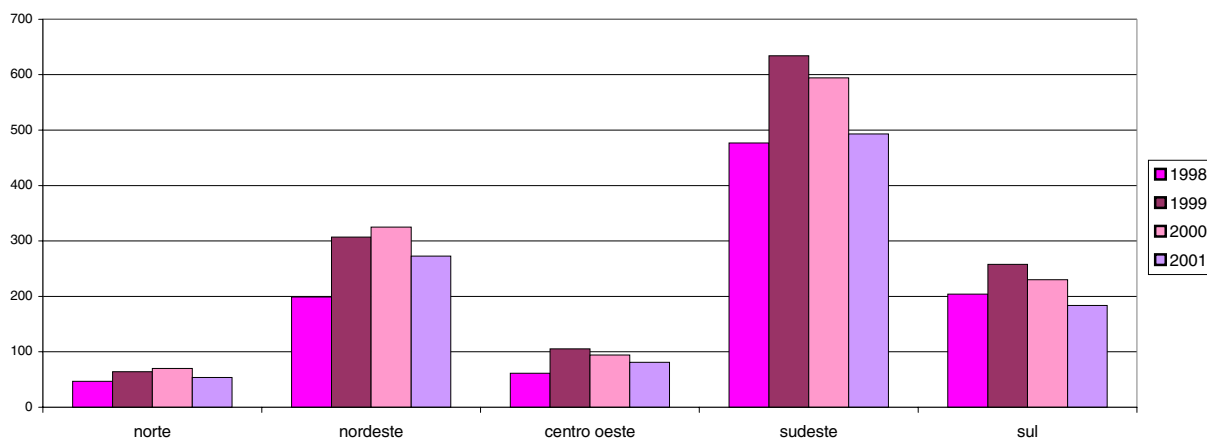
No ano de 1999 de uma maneira geral todas as regiões tiveram um aumento no número de serviços cadastrados para realização de cirurgia de catarata, a região norte passa de 47 serviços cadastrados em 1998 para 64 em 1999, conforme descrito no mapa e gráfico que se segue.

MAPAREPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE CIRURGIA DE CATARATA NO PAÍS EM 1999.



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

GRÁFICO COMPARATIVO DA DISTRIBUIÇÃO DE SERVIÇOS CADASTRADOS NO SUS PARA CIRURGIA DE CATARATA POR REGIÃO, NO PERÍODO DE 1998 A 2001



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, 2001.

CAPÍTULO IV: ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente desenvolver/coordenar um mutirão de cirurgia de catarata era, para mim, um retrocesso na história de avanço do SUS nos últimos 10 anos. Era como cronificar um problema sem conhecer suas verdadeiras causas. Talvez um preconceito do uso desta palavra tão estigmatizada pelas escolas de Saúde Pública. O desafio tornou-se ainda maior, era preciso “trabalhar” esta questão vencer meus próprios receios para poder defender a causa.

Vencido este primeiro dilema, debrucei-me sobre o problema para tentar entendê-lo. A escolha da catarata como uma patologia a ser trabalhada em esquema de mutirão, era justa? Tinha lógica?

Considerando todos os dados epidemiológicos já descritos percebi que, realmente, tratava-se de um problema mundial de saúde pública – a cegueira curável. Além disto o outro aspecto era a atenção/assistência ao portador de problemas oculares, entre eles a catarata, no sistema público de saúde que apresenta algumas dificuldades tais como: dificuldade de acesso – grandes filas de espera/demanda reprimida, baixa disponibilidade de procedimentos cirúrgicos – cotas estipuladas pelos gestores aos prestadores – e o grande número de vezes que o paciente precisa retornar ao serviço entre o diagnóstico e o pós-operatório – em geral são pessoas idosas que precisam de acompanhante para se deslocar e muitas vezes o paciente não volta por falta de dinheiro para transporte.

Como reduzir a demanda reprimida se não aumentar a capacidade instalada existente? Diante deste quadro avaliei ser pertinente o desenvolvimento de uma Campanha, digo, mutirão como uma estratégia para superar estas questões.

Apesar do mutirão de catarata ter sido implantado pelo Ministério da Saúde como um programa nacional e verticalizado, ou seja, sua viabilidade/legitimidade não foi discutida com os gestores que seriam responsáveis pela execução do programa, porém seus resultados, no que diz respeito ao número de pessoas atendidas e que deixaram de ficar cegas, comprovaram sua eficácia uma vez que a demanda reprimida foi de fato reduzida em quase toda sua totalidade.

De acordo com as estimativas do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, CBO, 2001, em 1998 havia cerca de 600 mil casos de catarata, além dos 120 mil novos casos que apareceriam a cada ano. Quando se analisa os números de cirurgias de catarata realizadas nos últimos 4 anos – 1998 a 2001 - 926.690 mil cirurgias, pode-se inferir que a demanda reprimida – 600 mil - teria sido atendida e que a partir de 2002 seria operado apenas os casos novos.

É claro que a demanda reprimida não se encontra igualmente distribuída entre os estados e menos ainda entre os municípios, por isso é bastante provável que alguns municípios continuem com grandes filas de espera, principalmente os municípios localizados em região de difícil acesso geográfico. No entanto os resultados obtidos com o mutirão explicitam claramente que um maior n° de pessoas tiveram, de

alguma forma, acesso ao oftalmologista e que os grandes centros reduziram suas longas filas de espera a ponto de poderem absorver outras pessoas.

Com relação à questão organizacional houve um impacto significativo com relação à rede ambulatorial instalada, em 1998 o Sus contava apenas com 353 serviços ambulatoriais que realizavam cirurgia de catarata – o que era insuficiente para absorver a demanda, em 2001 tinha cadastro de 694 serviços ambulatoriais no Sus, um incremento de 96,6%.

O aumento no número de serviços está diretamente relacionado a inserção dos oftalmologistas no mutirão que ocorreu de forma paulatina no primeiro ano e de forma bastante intensa nos anos seguintes. O que levou a isto? Acredita-se que a alteração da tabela de valores e o pagamento extrateto da cirurgia de catarata e dos exames tenham sido os principais motivos de mobilização da classe médica, impulsionando-os inclusive a migrar, mesmo que temporariamente, para regiões menos assistidas do ponto de vista de especialidade médica.

A distribuição dos serviços de oftalmologia é que ainda permanece concentrada na região sudeste que em 1998 tinha 48,2% dos serviços e em 2001 este quadro não mudou muito, 45,4 % dos serviços continuam nesta região. Esta realidade está relacionada ao fato de que desde o antigo INAMPS a região sudeste detinha o maior nº de serviços de saúde e isto de certa forma se perpetuou nos anos seguintes com o grande crescimento da medicina privada; e que o eixo Rio/São Paulo são grandes detentores de incorporação tecnológica e grandes formadores de “mão de obra especializada”.

Como descrito na introdução, a organização dos serviços de saúde tem como base, entre outras questões, a descentralização e a regionalização dos serviços, no entanto, o pluralismo institucional freqüentemente dificulta a coincidência de vontades e objetivos, e as medidas que se pretendem tomar em sistema regionalizados requerem um esforço adicional para um final unificado e operativo. A isto ainda se associa a questão de áreas, tradicionalmente tidas como de alta tecnologia e de alta especialização serem colocados no cenário da regionalização de serviços médicos.

Particularmente, a oftalmologia não possuía, até poucos anos atrás, uma tradição de participação em programas com base em serviços primários de saúde e na racionalização de oferta de serviços especializados. No entanto, a oftalmologia brasileira vem ganhando papel de destaque neste setor pelas seguintes características que lhe são próprias:

- a prevenção da cegueira é uma área de interesse e preocupação quase natural da comunidade em geral;
- do ponto de vista comunitário, os problemas oftalmológicos são dos mais prevalentes e incapacitantes;
- existe disponibilidade de tecnologia que permite o tratamento de grande número de doenças com resultados muito satisfatórios;
- existe no país um grande contingente de profissionais com alto nível técnico;
- poucas áreas da medicina permitem atividades de retorno positivo tão imediato como a oftalmologia, o que cada vez é melhor percebido pelas autoridades de saúde de forma geral;
- os custos para fornecimento de atenção de alta qualidade têm uma relação custo-benefício altamente positiva se forem observados critérios de qualidade com tecnologia segura e adequada à realidade local (tecnologia apropriada).

A isto se associa ainda a evolução da cirurgia de catarata nos últimos 15 anos, baseado em 3 fatores: a técnica cirúrgica passou de intracapsular para extracapsular, o desenvolvimento e a popularização da utilização das lentes intra-oculares de câmara posterior e a cirurgia ambulatorial.

Há alguns anos, a cirurgia de catarata apresentava uma elevada relação custo/benefício, pois, o ato cirúrgico, os especiais cuidados pós-operatórios e a pouca previsibilidade dos resultados extrapolavam o conhecimento e a habilidade do cirurgião. Assim, as cirurgias em cataratas incipientes não eram realizadas, aguardava-se uma maior opacificação do cristalino, com baixa importância da acuidade visual, para que a cirurgia fosse indicada. Com tão poucas técnicas cirúrgicas e com cataratas quase sempre tão maduras, uma classificação não se fazia necessária. O avanço técnico-científico trouxe, também, um grande benefício a uma faixa da população cada vez mais jovem, em que as exigências da vida moderna impõem uma ótima acuidade visual e uma recuperação cirúrgica mais rápida.

Kara José et al, 1982, relatam a experiência com alta precoce dos operados de catarata com a técnica intracapsular. Concluíram pela validade da conduta em um serviço que conta com poucos leitos e tem uma alta demanda de pacientes da população carente necessitando de cirurgia de catarata.

Diante dos dados acima descritos pode-se concluir que de fato o mutirão atingiu o objetivo ao qual se propôs – reduzir a demanda reprimida e conseqüentemente o tempo na fila de espera. Mesmo que isto não tenha acontecido igualmente em todos os municípios do país, no entanto os grandes centros urbanos conseguiram desafogar a fila e iniciar novos atendimentos.

Com relação à organização da atenção oftalmológica a partir do mutirão, apenas com os resultados obtidos não se pode inferir se a organização dos serviços de oftalmologia esta diretamente relacionada à implantação do mutirão. No entanto pode-se concluir que o mutirão influenciou no mínimo no aumento da oferta de serviços nesta área, isto é claramente comprovado pelo aumento do número de serviços cadastrados que aumentou 96,5% de 1998 para 2001. Para avaliar esta questão faz-se necessário um estudo mais detalhado sobre o comportamento do mutirão nos estados possibilitando relacionar o mutirão à organização da saúde ocular.

Porém o mutirão provou que para a prevenção e cura de cegueira, diante de uma realidade de recursos finitos como é a nossa, recursos e estruturas organizacionais adequadas, gerenciamento astuto e pessoal treinado possibilitam o atendimento de massa com qualidade e realizado a baixos custos. Pode-se dizer que o mutirão é uma tecnologia que pode ser usada com sucesso para tratar algumas patologias como é o caso da Catarata.

ANEXOS

MINISTÉRIO DA SAÚDE GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 279, DE 7 DE ABRIL DE 1999

Dispõe sobre a Campanha Nacional de Mutirões de Cirurgias Eletivas.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

- a necessidade de implementar medidas que visem ampliar o acesso e melhorar a qualidade da assistência hospitalar;
- as dificuldades enfrentadas pelos usuários do SUS no acesso a procedimentos cirúrgicos eletivos, e
- a necessidade de estabelecimento de esforços conjuntos, visando a eliminação de eventuais filas de espera para realização de procedimentos cirúrgicos específicos nos estabelecimentos assistenciais integrantes do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º - Instituir a Campanha Nacional de Mutirões de Cirurgias Eletivas:

§ 1º - No ano de 1999, a Campanha Nacional de Mutirões de Cirurgias Eletivas terá a seguinte programação:

maio/junho/julho - cirurgias de catarata;

julho/ agosto - cirurgias hérnias inguinais;

setembro/ outubro - cirurgias de varizes de membros inferiores;

novembro/ dezembro - cirurgias de próstata.

§ 2º - À Campanha, serão alocados recursos no valor de R\$ 36.000.000,00 (trinta e seis milhões de reais), e seus procedimentos serão realizados pela rede de estabelecimentos assistenciais integrantes do Sistema Único de Saúde.

§ 3º - A Campanha será realizada em etapas, em todo o território nacional, conforme disposto no § 1º deste artigo, e envolverá a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Universidades, Centros de Ensino e Sociedades Científicas.

Art. 2º - Designar a Secretaria de Assistência à Saúde como órgão responsável pelo desenvolvimento da Campanha Nacional de Mutirões de Cirurgias Eletivas.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

PUBLICADA NO DOU DE 08/04/99 SEÇÃO - I

Portaria nº 317/GM Em 23 de março de 2000.

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições legais,

Considerando que 50% da cegueira evitável ocorre por catarata, que atinge principalmente a população da terceira idade, onde há maior incidência de casos com indicação cirúrgica;

Considerando que a cada ano surgem 2 a 3 casos de catarata por 100.000 habitantes;

Considerando o sucesso alcançado com o mutirão de catarata, que cumpriu seu objetivo em relação à absorção e resolução de parte da demanda reprimida;

Considerando o desempenho de cada estado no mutirão de catarata de 1999, e

Considerando a necessidade de estimular a manutenção da produção de cirurgias de catarata, realizadas pelos estados e municípios, na rotina do Sistema de Informações Ambulatoriais-SIA/SUS, resolve:

Art. 1º Determinar a continuidade da 1ª Etapa da Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas – Cirurgias de Catarata, iniciada no mês de maio de 1999, de acordo com o estabelecido pela Portaria GM/MS Nº 279, de 07 de abril de 1999.

§ 1º A coordenação nacional da Etapa de que trata este Artigo será exercida pela Secretaria de Assistência à Saúde.

§ 2º A coordenação estadual da Etapa de que trata este Artigo será compartilhada e exercida por dois membros: 01 (um) representante da respectiva Secretaria Estadual de Saúde e 01 (um) representante do Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

Art. 2º Definir, como meta nacional, a realização de 150.000 cirurgias de catarata no período de abril a dezembro de 2000.

Art. 3º Estabelecer a inclusão, no Fundo de Ações Estratégicas – FAEC, do total dos recursos destinados ao custeio das cirurgias de catarata de que trata o Artigo 2º desta Portaria.

§ 1º Os recursos objeto deste Artigo serão disponibilizados pelo FAEC de acordo com a programação de cirurgias detalhada no Anexo desta Portaria.

§ 2º Os valores financeiros que integrarão o FAEC para o custeio destas cirurgias serão compostos por:

a) Campanha Nacional de Cirurgias de Catarata - realizadas em conformidade com os quantitativos e limites mensais constantes do Anexo desta Portaria - Recursos novos, disponibilizados pelo Ministério da Saúde extra-teto, no valor de R\$ 49.400.000,00; e

b) Cirurgias de rotina - Recursos dos tetos financeiros estaduais e municipais, de acordo com a programação mínima prevista no Anexo desta Portaria no valor de R\$ 48.500.000,00.

§ 3º Todas as cirurgias de catarata realizadas no período de abril a dezembro de 2000 serão pagas com recursos do FAEC, no entanto os valores referentes as cirurgias realizadas pela rotina serão descontados, no mês subsequente, dos tetos estaduais ou municipais em Gestão Plena.

§ 4º Os recursos do FAEC destinados à Campanha Nacional de Cirurgias de Catarata só serão disponibilizados mediante a realização da rotina mínima de cirurgias de catarata definida no Anexo desta Portaria.

Art. 4º Determinar à Secretaria de Assistência a Saúde a adoção de medidas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 5º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO I		
CAMPANHA NACIONAL DE CIRURGIAS DE CATARATA 2000		
REGIÃO/UF	ROTINA MENSAL MÍNIMA	TETO MENSAL CAMPANHA
NORTE		
ACRE	10	20
AMAPÁ	10	20
AMAZONAS	200	200
PARÁ	25	50
150080 Ananindeua	90	20
150140 Belém	275	200
150420 Marabá	25	50
150543 Ourilândia do Norte	15	30
150550 Paragominas	8	15
150613 Redenção	15	30
150680 Santarém	40	15
150808 Tucumã	15	30
RONDÔNIA	25	50
110002 Ariquemes	5	10
110004 Cacoal	5	10
110020 Porto Velho	10	30
RORAIMA	10	15
TOCANTINS	25	50
172100 Palmas	25	50
s total		

NORDESTE		
ALAGOAS	80	40
270030 Arapiraca	10	20
270430 Maceió	30	210
270630 Palmeira dos Índios	8	15
270670 Penedo	5	10
270930 União dos Palmares	15	30
BAHIA	600	340
290320 Barreiras	8	15
290570 Camaçari	8	15
292950 São Sebastião do Passé	8	15
CEARÁ	250	160
230210 Baturité	10	10
230250 Brejo Santo	5	60
230280 Canindé	10	20
230410 Crateús	5	10
230420 Crato	15	20
230440 Fortaleza	450	160
230550 Iguatu	13	25
230730 Juazeiro do Norte	69	160
230765 Maracanaú	20	60
231130 Quixadá	5	10
231290 Sobral	90	60
MARANHÃO	30	20
210120 Bacabal	40	80
210330 Codó	30	60
210360 Coroatá	8	15
210530 Imperatriz	90	180
210990 Santa Inês	20	40
211130 São Luís	130	330
PARAIBA	120	100
251130 Piancó	15	15
250400 Campina Grande	40	30
PERNAMBUCO	400	300
260960 Olinda	30	50
261110 Petrolina	15	30
261160 Recife	400	300
PIAUI	230	100
221100 Teresina	50	100
RIO GRANDE DO NORTE	0	0
240810 Natal	250	200
240800 Mossoró	250	200
SERGIPE	150	120
s total		

C OESTE		
DISTRITO FEDERAL	90	90
GOIÁS	130	50
520870 Goiânia	150	300
521000 Inhumas	10	15
521250 Luziânia	10	20
MATO GROSSO	30	30
510340 Cuiabá	85	170
MATO GROSSO DO SUL	30	15
500110 Aquidauana	8	15
500270 Campo Grande	25	50
500370 Dourados	8	15
s total		
SUDESTE		
ESPÍRITO SANTO	200	10
320090 Barra de São Francisco	5	10
320150 Colatina	25	50
MINAS GERAIS	350	160
310160 Alfenas	8	15
310560 Barbacena	10	50
310620 Belo Horizonte	350	80
311530 Cataguases	5	10
311860 Contagem	5	10
311880 Coração de Jesus	10	25
312770 Governador Valadares	13	25
313440 Iturama	10	10
313670 Juiz de Fora	40	80
313820 Lavras	30	10
314330 Montes Claros	10	30
314800 Patos de Minas	13	25
315210 Ponte Nova	8	15
316860 Teófilo Otoni	13	25
316940 Três Pontas	13	25
317010 Uberaba	15	40
317020 Uberlândia	20	10
RIO DE JANEIRO	350	160
330170 Duque de Caxias	20	40
330190 Itaboraí	15	30
330220 Itaperuna	10	15
330330 Niterói	30	60
330455 Rio de Janeiro	350	500

330580 Teresópolis	13	25
330390 Petrópolis	10	10
330630 Volta Redonda	25	10
SÃO PAULO	1.400	1.050
350010 Adamantina	5	10
350190 Amparo	5	10
350320 Araraquara	10	15
350400 Assis	5	10
350450 Avaré	5	10
350950 Campinas	350	150
351050 Caraguatatuba	10	20
351280 Cosmópolis	5	10
351350 Cubatão	8	15
351440 Dracena	5	10
351620 Franca	15	30
351640 Franco da Rocha	15	10
351670 Garça	8	15
352240 Itapeva	10	20
352260 Itapira	13	25
352590 Jundiaí	40	15
352670 Leme	5	10
352740 Lucélia	10	120
352900 Marília	15	120
353390 Olímpia	8	15
353470 Ourinhos	10	20
353550 Paraguaçu Paulista	10	25
353730 Penápolis	25	50
353800 Pindamonhangaba	8	15
353870 Piracicaba	20	40
354140 Presidente Prudente	15	55
354340 Ribeirão Preto	50	40
354390 Rio Claro	5	10
354780 Santo André	20	10
354850 Santos	8	15
354880 São Caetano do Sul	50	25
354890 São Carlos	15	10
354980 São José do Rio Preto	100	200
354990 São José dos Campos	15	50
355220 Sorocaba	50	160
355370 Taquaritinga	50	20
s total		

SUL		
PARANÁ	350	550
410140 Apucarana	20	40
410690 Curitiba	40	150
410720 Dois Vizinhos	10	15
410830 Foz do Iguaçu	20	40
410840 Francisco Beltrão	5	10
411370 Londrina	60	140
411520 Maringá	15	50
411850 Pato Branco	15	30
412810 Umuarama	20	110
RIO GRANDE DO SUL	100	300
430300 Cachoeira do Sul	10	10
431490 Porto Alegre	350	190
431680 Santa Cruz do Sul	5	10
SANTA CATARINA	120	60
420240 Blumenau	5	10
420420 Chapecó	10	50
420910 Joinville	50	15
420930 Lages	10	10
421480 Rio do Sul	5	10
s total		
TOTAL	11.015	11.200

Portaria nº 95 de 27 de março de 2000

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a Portaria GM/MS Nº 317, de 23 de março de 2000, que determina a continuidade da 1ª etapa da Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas – Cirurgias de Catarata;

Considerando que 50% da cegueira evitável ocorre por catarata, que atinge principalmente a população da terceira idade, onde há maior incidência de casos com indicação cirúrgica;

Considerando que a cada ano surgem 2 a 3 casos de catarata por 100.000 habitantes;

Considerando o sucesso alcançado com a campanha de catarata - 1999, que cumpriu seu objetivo em relação à absorção e resolução de parte da demanda reprimida, e

Considerando o trabalho desempenhado pelo Comitê Técnico Assessor na Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas de 1999 – Cirurgias de Catarata, resolve:

Art. 1º - Instituir a formação do Comitê Técnico Assessor - CTA para assessorar a Secretaria de Assistência à Saúde no desenvolvimento da Campanha Nacional de Cirurgias de Catarata 2000.

§ 1º - O CTA, formado por oftalmologistas indicados pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia, terá seguinte composição, sob a presidência do primeiro:

Dr. Marcos P. Ávila – Presidente do Conselho Brasileiro de Oftalmologia e Professor Titular da UFG;

Dr. Newton Kara José – Professor Doutor da UNICAMP;

Dr. Rubens Belfort – Professor Titular da Escola Paulista de Medicina;

Dr. Jacó Lavinsky – Professor Titular da UFRS;

Dr. João Agostinni Neto – Professor Titular da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais;

Dr. Marcelo Carvalho Ventura – Coordenador da Fundação Altino Ventura /PE;

Dr. Miguel Ângelo Padilha – Presidente da Sociedade Brasileira de Catarata e Implantes intra-oculares.

§ 2º - Determinar que cabe ao CTA, ainda, assessorar o Departamento de Assistência e Serviços de Saúde/SAS nos aspectos técnicos científicos da Campanha e na análise dos resultados quanto ao impacto epidemiológico e assistencial.

Art. 2º - Esta portaria entra em vigor a partir da data de sua publicação

RENILSON REHEM DE SOUZA

Portaria Conjunta SE/SAS/Nº 06 de 27 de março de 2000

O Secretário Executivo e o Secretário de Assistência a Saúde, no uso de suas atribuições legais e, considerando o disposto na Portaria GM/MS Nº 317, de 23 de março de 2000, que trata da determinação de continuidade da 1ª Etapa da Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas – Cirurgias de Catarata.

Considerando a necessidade de definir os procedimentos a serem realizados na Campanha Nacional de Cirurgias de Catarata, resolve:

Art. 1º - Excluir da Tabela de Procedimentos SIA/SUS o procedimento abaixo relacionado:

08.146.03-9 – Facectomia com implante de lente intra ocular.

Art. 2º - Incluir na Tabela de Procedimentos do / SIA-SUS, os códigos para os procedimentos abaixo relacionados:

08.146.15-2 – Facectomia com implante de lente Intra-ocular com a realização de exames de Tonometria e Biometria Ultrassônica	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	00/000
Atividade Profissional	31
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
Valor do Procedimento	R\$ 443,00

11.041.36-6 – Exames Pré-Operatórios da Campanha de Cirurgias de Catarata (glicose, hemograma, coagulograma).	
Nível de Hierarquia	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	13/058, 13/059, 13/060, 13/061, 13/062, 13/063
Atividade Profissional	35, 66
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
Valor do Procedimento	R\$ 9,51

17.031.04-4 – Eletrocardiograma (Exame Pré-Operatório da Campanha de Cirurgias de Catarata)	
Nível de Hierarquia	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	00/000
Atividade Profissional	09, 15, 36, 58, 84
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
Valor do Procedimento	R\$ 1,49

Art. 2º – Implantar a sistemática de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo - APAC, para todas as cirurgias de catarata – rotina e campanha - realizadas no período de abril a dezembro de 2000.

Art. 3º - Manter os formulários/Instrumentos da sistemática APAC e regulamentar suas utilizações para os procedimentos de cirurgia de catarata da seguinte forma:

a) Laudo Médico para Emissão de APAC (Anexo I) - Documento que justifica, perante o órgão autorizador, a solicitação do procedimento de Facetomia com Implante de lente intra Ocular com a realização de exames de Tonometria e Biometria Ultrassônica, devendo ser corretamente preenchido pelo médico responsável pelo paciente. O Laudo Médico será preenchido em duas vias, sendo a 2ª via encaminhada juntamente com a APAC-I / Formulário para a unidade onde será realizado o procedimento e a 1ª via arquivada no órgão autorizador.

b) APAC-I / FORMULÁRIO- Anexo II - Documento que autoriza a realização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo.

Preenchido em duas vias pelos autorizadores. A 2ª via ficará arquivada na Unidade Prestadora de Serviços – UPS, onde será realizado o procedimento e a 1ª via arquivada no órgão autorizador.

c) APAC-II / MEIO MAGNÉTICO - Instrumento hábil para coleta de informações gerenciais e cobrança de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo.

Art.4º Estabelecer que a APAC será encerrada com o código 6.9 - Alta por conclusão do tratamento, de acordo com a Tabela de Motivo de Cobrança.

Art. 5º Estabelecer que não será necessária a utilização do Cadastro de Pessoa Física / Cartão de Identidade do Contribuinte – CPF/CIC como identificador dos pacientes, os mesmos serão identificados nominalmente.

Art.6º Determinar que a autorização da APAC-I/Formulário para o procedimento de Facectomia com Implante de lente intra Ocular com a realização de exames de Tonometria e Biometria Ultrassônica terá validade de 01 (uma) competência.

Art.7º Definir que o Departamento de Informática do SUS/DATASUS disponibilizará no BBS-DATASUS/MS área 38-SIA, o programa da APAC Magnético a ser utilizado pelos prestadores de serviço.

Art.8º - Determinar que o pagamento destas APACs será realizado de acordo com o descrito no Artigo 3º da Portaria GM/MS N° 317 , de 23 de março de 2000.

Parágrafo Único - Os procedimentos referentes ao pré-operatório deverão ser cobrados por meio de BPA magnético que deve ser apresentado dentro dos prazos, fluxos e rotinas do SIA-SUS, não sendo, porém, computados no teto financeiro da assistência do Estado em Gestão Plena e no teto financeiro da assistência do Município em Gestão Plena do Sistema.

Art. 9º - Definir que os Gestores Estaduais e Municipais em Gestão Plena do Sistema poderão contratar e cadastrar no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS Unidades Prestadoras de Serviços – UPS – pessoa jurídica, exclusivamente para realização dos procedimentos da Campanha ou designar UPS já cadastradas no SIA/SUS para realizá-los.

Art. 10 – Estabelecer que os créditos dos valores resultantes do processamento dos procedimentos de que trata o Artigo 11 desta Portaria serão efetivados diretamente às Secretarias Estaduais em Gestão Plena, Secretarias Municipais de Saúde em Gestão Plena, ou aos prestadores de serviço pelo Fundo Nacional de Saúde, quando sob gestão estadual, após ordem da Secretaria de Assistência à Saúde para efetivação do pagamento.

Art. 11 - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI

RENILSON REHEM DE SOUZA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
RETIFICAÇÃO

Na Portaria Conjunta SE/SAS nº 06, de 27 de março de 2000, publicada no D.O nº 62-E, de 30/03/2000, pág. 20, Seção 1, onde se lê: “...11.041.36-6 – Exames Pré-Operatórios da Campanha de Cirurgias de Catarata (glicose, hemograma, coagulograma)...”, leia-se: “...11.041.37-4 - Exames Pré-Operatórios da Campanha de Cirurgias de Catarata (glicose, hemograma, coagulograma)...”.

Portaria Conjunta SE/SAS nº 01 de 12 de janeiro de 2001.

O Secretário Executivo e o Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais e,

Considerando o disposto nas Portarias GM/MS nºs 31, 32, 33 e 34, de 08 de janeiro de 2001, publicadas no Diário Oficial nº 7-E, de 10 de janeiro de 2001, que prorrogam, para o período de janeiro a dezembro de

2001, as Campanhas Nacional de Cirurgias Eletivas de Próstata, Varizes, Retinopatia Diabética e Catarata, respectivamente, resolvem:

Art. 1º - Prorrogar, para o período de janeiro a dezembro de 2001, os prazos de que tratam as seguintes Portaria Conjuntas SE/SAS:

a – Portaria Conjunta SE/SAS nº 6, de 27 de março de 2000, publicada no Diário Oficial nº 62-E, de 30 de março de 2000 – Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas – Cirurgia de Catarata;

b - Portaria Conjunta SE/SAS nº 7, de 06 de abril de 2000, publicada no Diário Oficial nº 68-E, de 07 de abril de 2000 – Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas – Retinopatia Diabética;

c - Portarias Conjuntas SE/SAS nºs 17 e 18, de 09 de agosto de 2000, publicadas no Diário Oficial nº 154-E, de 10 de agosto de 2000 – Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas – Cirurgia de Próstata, e

d - Portarias Conjuntas SE/SAS nºs 21 e 22, de 06 de setembro de 2000, publicadas no Diário Oficial nº 174-E, de 08 de setembro de 2000 – Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas – Cirurgias de Varizes;

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI

RENILSON REHEM DE SOUZA

Portaria n.º 34/GM Em 08 de janeiro de 2001.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a Portaria GM/MS N.º 317, de 23 de março de 2000, publicada no Diário Oficial n.º 58-E, de 24 de março de 2000, que instituiu a continuidade da 1ª Etapa da Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas – Cirurgias de Catarata, para o período de abril a dezembro de 2000;

Considerando que o mutirão de catarata absorveu parte da demanda reprimida;

Considerando a necessidade de estimular a manutenção da produção de cirurgias de catarata, realizada pelos estados e municípios, na rotina do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS, e

Considerando a necessidade de garantir a realização de cirurgias para os pacientes triados pelo mutirão de cirurgias de catarata de 2000, não operados no prazo previsto, resolve:

Art. 1º Prorrogar, para o período de janeiro a dezembro de 2001, o prazo de continuidade da Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas – Cirurgias de Catarata, fixado pela Portaria GM/MS N.º 317, de 23 de março de 2000, mantidas as disposições relativas à coordenação desta Etapa da Campanha, nos níveis nacional e estadual.

Art. 2.º Definir, como meta nacional para a Campanha, para o período objeto do Artigo 1º desta Portaria, a realização de 134.508 cirurgias de catarata.

Art. 3.º Estabelecer que os recursos, no valor de R\$ 61.066.632,00 (sessenta e um milhões, sessenta e seis mil, seiscentos e trinta e dois reais), destinados ao custeio das cirurgias de catarata realizadas pela Campanha, sejam incluídos no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC e por ele disponibilizados, em conformidade com o quantitativo estabelecido no Anexo desta Portaria.

Parágrafo único. Os recursos do FAEC destinados à Campanha Nacional de Cirurgias de Catarata só serão disponibilizados mediante a realização da rotina mínima de cirurgias de catarata definida no Anexo desta Portaria.

Art. 4º Estabelecer que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho:

10.302.0023.4306 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde – SUS.

10.302.0023.4307 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 5º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde a adoção de medidas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

##ATO Portaria nº 53/GM Em 03 de janeiro de 2002.

O Ministro de Estado da Saúde, Interino, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a Portaria GM/MS N.º 317, de 23 de março de 2000, publicada no Diário Oficial n.º 58-E, de 24 de março de 2000, que instituiu a continuidade da 1.ª Etapa da Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas – Cirurgias de Catarata, para o período de abril a dezembro de 2000;

Considerando a Portaria GM/MS N.º 34, de 08 de janeiro de 2001, publicada no Diário Oficial n.º 7-E, de 10 de janeiro de 2001, que prorroga para o período de janeiro a dezembro de 2001, o prazo de continuidade da Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas – Cirurgias de Catarata;

Considerando a Portaria GM/MS N.º 627, de 26 de abril de 2001, que estabelece que as ações de alta complexidade e ações estratégicas sejam custeadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC;

Considerando a necessidade de garantir a realização de cirurgias para os pacientes triados pelo mutirão de cirurgias de catarata de 2000, não operados no prazo previsto;

Considerando a necessidade de estimular a manutenção da produção de cirurgias de catarata, realizada pelos estados e municípios, na rotina do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS, resolve:

Art. 1º Prorrogar, para o período de janeiro a dezembro de 2002, o prazo previsto na Portaria GM/MS N.º 34, de 08 de janeiro de 2001, publicada no Diário Oficial n.º 7-E, de 10 de janeiro de 2001, referente à Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas – Cirurgias de Catarata, mantidas as disposições relativas à coordenação da atual Etapa da Campanha, nos níveis Nacional e Estadual.

Art. 2º Redefinir, como meta nacional para campanha de catarata, para o período objeto do Artigo 1º desta Portaria, a realização de 248.712 cirurgias de catarata.

Parágrafo único. Os quantitativos aproximados, destinados à Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas – Cirurgias de Catarata, descrito no anexo desta portaria, foram definidos com base na série histórica do ano de 2001.

Art. 3º Estabelecer que os recursos, no valor de R\$ 112.915.248,00 (cento e doze milhões, novecentos e quinze mil, duzentos e quarenta e oito reais), destinados ao custeio das cirurgias de catarata realizadas, sejam incluídos no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC e por ele disponibilizados, em conformidade com o quantitativo aproximado estabelecido no Anexo desta Portaria.

Art. 4º Estabelecer que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho:

10.302.0023.4306 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde – SUS.

10.302.0023.4307 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 5º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde a adoção de medidas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

##ASS BARJAS NEGRI

ANEXO

Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas - Cirurgias de Catarata

UNIDADE DE FEDERAÇÃO	QUANTITATIVO MENSAL APROXIMADO
----------------------	--------------------------------

ACRE - sob gestão estadual	22
Total do Estado	22
ALAGOAS - sob gestão estadual	10
Sob gestão municipal	
270030 Arapiraca	21
270430 Maceió	233
270630 Palmeira dos Índios	16
270670 Penedo	4
Total do Estado	284
AMAZONAS- sob gestão estadual	372
Total do Estado	372
AMAPÁ - sob gestão estadual	10
Total do Estado	10
BAHIA - sob gestão estadual	1.214
Sob gestão municipal	
290320 Barreiras	6
290570 Camaçari	16
291460 Irecê	4
291840 Juazeiro	14
291880 Laje	24
293330 Vitória da Conquista	33
Total do Estado	1.311
CEARÁ - sob gestão estadual	391
Sob gestão municipal	
230190 Barbalha	10
230250 Brejo Santo	33
230280 Canindé	25
230420 Crato	13
230440 Fortaleza	967
230550 Iguatu	26
230765 Maracanaú	74
231130 Quixadá	4
231140 Quixeramobim	4
231290 Sobral	139
Total do Estado	1.686

DISTRITO FEDERAL - sob gestão estadual	312
Total do Estado	312
ESPÍRITO SANTO - sob gestão estadual	322
Sob gestão municipal	
320150 Colatina	59
Total do Estado	381
GOIÁS - sob gestão estadual	107
Sob gestão municipal	
520540 Ceres	25
520870 Goiânia	544
521150 Itumbiara	11
521190 Jataí	4
Total do Estado	691
MARANHÃO - sob gestão estadual	10
Sob gestão municipal	
210120 Bacabal	16
210300 Caxias	5
210820 Pedreiras	12
210990 Santa Inês	20
211130 São Luís	415
Total do Estado	478
MATO GROSSO - sob gestão estadual	61
Sob gestão municipal	
510340 Cuiabá	295
Total do Estado	356
MATO GROSSO DO SUL - sob gestão estadual	24
Sob gestão municipal	
500110 Aquidauana	5
500270 Campo Grande	164
500370 Dourados	7
500830 Três Lagoas	6
Total do Estado	206
MINAS GERAIS – sob gestão estadual	555
Sob gestão municipal	
310160 Alfenas	16
310560 Barbacena	18
310620 Belo Horizonte	312
311120 Campo Belo	4
311530 Cataguases	5
311860 Contagem	13
311880 Coração de Jesus	42
312230 Divinópolis	10
312770 Governador Valadares	19

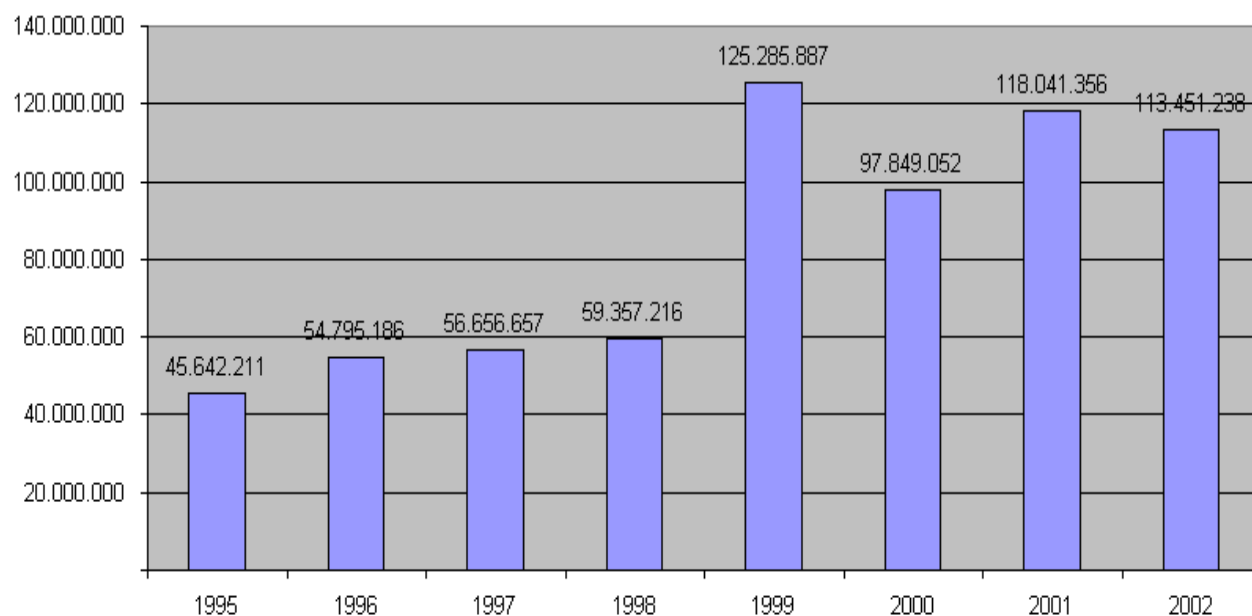
313620 João Monlevade	4
313670 Juiz de Fora	58
313820 Lavras	6
314330 Montes Claros	32
314800 Patos de Minas	31
314810 Patrocínio	4
314930 Pedro Leopoldo	24
315180 Poços de Caldas	9
315210 Ponte Nova	7
315460 Ribeirão das Neves	11
316860 Teófilo Otoni	14
316940 Três Pontas	6
317010 Uberaba	38
317020 Uberlândia	30
317130 Viçosa	10
Total do Estado	1.278
PARÁ - sob gestão estadual	117
Sob gestão municipal	
150080 Ananindeua	145
150140 Belém	361
150220 Capanema	46
150420 Marabá	20
150553 Parauapebas	16
150680 Santarém	57
150810 Tucuruí	19
Total do Estado	781
PARAIBA - sob gestão estadual	250
Sob gestão municipal	
250400 Campina Grande	247
250750 João Pessoa	260
250970 Monteiro	21
251130 Piancó	23
251630 Sumé	51
Total do Estado	852
PARANÁ - sob gestão estadual	320
Sob gestão municipal	
410140 Apucarana	19
410430 Campo Mourão	4
410690 Curitiba	245
410720 Dois Vizinhos	12
410830 Foz do Iguaçu	19
410840 Francisco Beltrão	5
411370 Londrina	109
411520 Maringá	52
411850 Pato Branco	14
412810 Umuarama	35
Total do Estado	834

PERNAMBUCO - sob gestão estadual	284
Sob gestão municipal	
260190 Bezerros	13
260290 Cabo de Santo Agostinho	13
260410 Caruaru	45
260640 Gravatá	26
260960 Olinda	56
261110 Petrolina	39
261160 Recife	911
Total do Estado	1.387
PIAUI - sob gestão estadual	321
Sob gestão municipal	
221100 Teresina	342
Total do Estado	663
RIO DE JANEIRO - sob gestão estadual	270
Sob gestão municipal	
330040 Barra Mansa	10
330045 Belford Roxo	17
330190 Itaboraí	20
330330 Niterói	201
330350 Nova Iguaçu	127
330420 Resende	8
330455 Rio de Janeiro	209
330510 São João do Meriti	495
330570 Sumidouro	51
330580 Teresópolis	9
330620 Vassouras	16
330630 Volta Redonda	22
Total do Estado	1.455
RIO G. DO NORTE sob gestão estadual	465
Sob gestão municipal	
240200 Caico	30
240325 Parnamirim	17
240800 Mossoró	142
240810 Natal	617
Total do Estado	1.271
RIO G DO SUL - sob gestão estadual	321
Sob gestão municipal	
430300 Cachoeira do Sul	38
430510 Caxias do Sul	14
431490 Porto Alegre	446
431680 Santa Cruz do Sul	11
Total do Estado	830

RONDÔNIA - sob gestão estadual	37
Sob gestão municipal	
110012 Ji-Paraná	14
Total do Estado	51
RORAIMA - sob gestão estadual	10
140010 Boa Vista	16
Total do Estado	26
SANTA CATARINA sob gestão estadual	108
Sob gestão municipal	
420240 Blumenau	6
420420 Chapecó	49
420460 Criciúma	16
420890 Jaraguá do Sul	4
420910 Joinville	43
420930 Lages	13
421480 Rio do Sul	6
Total do Estado	245
SÃO PAULO - sob gestão estadual	2.747
Sob gestão municipal	
350010 Adamantina	16
350160 Americana	14
350280 Araçatuba	11
350320 Araraquara	13
350400 Assis	11
350450 Avaré	7
350550 Barretos	9
350760 Bragança Paulista	20
350950 Campinas	273
350960 Campo Limpo Paulista	4
351000 Cândido Mota	7
351050 Caraguatatuba	9
351110 Catanduva	110
351280 Cosmópolis	6
351340 Cruzeiro	4
351440 Dracena	8
351620 Franca	9
351640 Franco da Rocha	13
351870 Guarujá	6
352220 Itapeceira da Serra	9
352240 Itapeva	4
352260 Itapira	6
352340 Itatiba	7
352390 Itu	6
352440 Jacareí	16
352590 Jundiaí	13
352670 Leme	5
352690 Limeira	16
352710 Lins	12

352740 Lucélia	135
352900 Marília	49
353070 Mogi-Guaçu	18
353390 Olímpia	4
353470 Ourinhos	8
353550 Paraguaçu Paulista	14
353730 Penápolis	16
353800 Pindamonhangaba	21
353870 Piracicaba	34
354080 Potirendaba	4
354140 Presidente Prudente	49
354340 Ribeirão Preto	167
354390 Rio Claro	19
354520 Salto	10
354780 Santo André	62
354850 Santos	30
354880 São Caetano do Sul	51
354890 São Carlos	16
354980 São José do Rio Preto	231
354990 São José dos Campos	25
355170 Sertãozinho	4
355220 Sorocaba	239
355370 Taquaritinga	66
Total do Estado	4.663
SERGIPE - sob gestão estadual	213
Total do Estado	213
TOCANTINS - sob gestão estadual	52
Sob gestão municipal	
172100 Palmas	16
Total do Estado	68
TOTAL GERAL	20.726

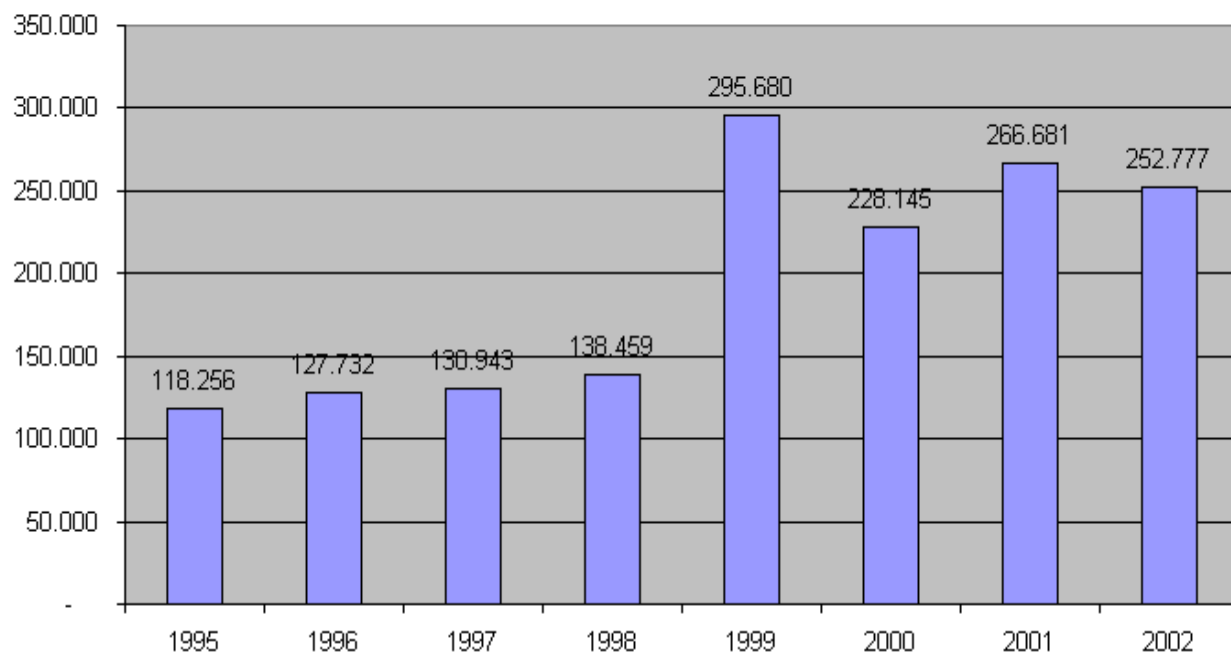
Gasto anual de cirurgias de catarata



Ministério da Saúde
Secretária de Assistência à Saúde
Departamento de Controle e Avaliação de Serviços

Gasto anual com cirurgias de catarata									
Unidade da Federação	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Varição entre 95 e 2002
Acre	22.025	54.513	84.886	83.773	85.512	103.865	135.933	60.346	174,0%
Alagoas	418.926	591.055	531.467	594.392	2.265.716	1.273.673	1.690.570	1.844.716	340,3%
Amapá	16.715	49.805	12.493	8.315	6.445	1.701	1.950	194.400	1063,0%
Amazonas	555.660	641.350	653.032	857.596	3.293.191	1.993.760	1.982.915	1.684.012	203,1%
Bahia	2.824.529	3.812.314	3.802.524	3.986.310	5.675.770	5.638.630	7.307.028	6.819.288	141,4%
Ceará	4.765.948	5.233.268	5.408.359	5.684.110	14.443.339	8.881.119	9.823.582	8.585.402	80,1%
Distrito Federal	798.788	599.927	951.948	1.015.718	1.890.375	1.381.888	1.614.041	316.482	-60,4%
Espírito Santo	805.898	906.472	1.036.494	1.084.529	1.766.328	1.924.788	2.056.590	2.014.858	150,0%
Goiás	1.153.871	1.350.437	1.199.782	1.366.782	3.937.226	2.303.134	4.155.995	2.652.683	129,9%
Maranhão	1.107.558	1.110.655	1.226.521	1.107.056	6.440.277	3.565.358	2.801.168	5.261.638	375,1%
Mato Grosso	99.315	133.142	247.502	404.741	1.737.317	1.208.923	1.920.514	1.430.841	1340,7%
Mato Grosso do Sul	317.186	334.310	225.027	249.376	575.061	549.737	1.198.788	1.180.442	272,2%
Minas Gerais	4.412.404	4.986.003	5.293.552	4.446.236	7.285.851	7.135.181	8.122.282	9.669.687	119,1%
Pará	422.725	796.426	1.414.291	1.661.918	5.044.045	2.630.274	5.320.395	4.506.563	966,1%
Paraíba	556.321	510.830	481.560	879.700	5.048.456	3.943.758	4.607.778	4.696.109	744,1%
Paraná	2.712.950	3.465.058	2.961.122	3.087.028	5.882.750	5.379.195	5.176.744	4.458.198	64,3%
Pernambuco	2.918.698	4.260.394	4.098.270	4.426.875	8.010.852	6.810.806	7.767.240	6.610.610	126,5%
Piauí	1.117.606	1.063.518	965.074	1.203.939	2.766.590	2.377.372	2.863.092	3.091.485	176,6%
Rio de Janeiro	5.505.959	6.285.726	5.639.658	6.088.489	8.590.699	7.226.904	7.938.513	8.566.865	55,6%
Rio Grande do Norte	665.543	1.539.864	1.949.738	2.399.283	7.025.491	4.523.726	7.023.233	5.898.257	786,2%
Rio Grande do Sul	1.341.826	907.662	815.997	1.162.802	4.223.002	3.993.113	4.583.143	4.677.289	248,6%
Rondônia	134.618	221.795	215.697	298.334	295.068	213.293	326.269	120.998	-10,1%
Roraima	40.858	10.153	3.896	1.626	111.775	87.973	88.213	210.222	414,5%
Santa Catarina	898.275	955.694	995.651	1.033.835	1.608.710	1.427.296	1.470.289	1.428.244	59,0%
São Paulo	11.840.316	14.231.495	15.664.141	15.375.349	24.092.540	21.533.781	26.351.084	25.467.973	115,1%
Sergipe	156.382	663.403	732.281	820.779	2.676.793	1.319.816	1.235.620	1.620.051	936,0%
Tocantins	31.313	79.917	45.693	28.324	506.706	419.989	478.385	383.579	1125,0%
Brasil	45.642.211	54.795.186	56.656.657	59.357.216	125.285.887	97.849.052	118.041.356	113.451.238	148,6%

Frequência anual de cirurgias de catarata



Ministério da Saúde
Secretária de Assistência à Saúde
Departamento de Controle e Avaliação de Serviços

Frequência anual de cirurgias de catarata

Unidade da Federação	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Varição entre 95 e 2002
Acre	92	159	224	215	231	245	317	144	56,5%
Alagoas	1.160	1.465	1.316	1.478	5.401	2.946	3.889	4.227	264,4%
Amapá	62	134	34	22	18	6	7	750	1109,7%
Amazonas	1.579	1.678	1.676	2.201	7.963	4.646	4.540	3.691	133,8%
Bahia	7.233	8.820	8.501	8.822	12.539	13.092	16.720	15.549	115,0%
Ceará	13.369	13.175	13.559	14.206	34.832	20.554	22.252	19.506	45,9%
Distrito Federal	1.765	1.256	1.727	1.842	4.177	3.255	3.704	756	-57,2%
Espírito Santo	2.289	2.298	2.571	2.563	3.956	4.442	4.723	4.817	110,4%
Goiás	3.286	3.416	2.989	3.213	9.422	5.375	9.310	5.982	82,0%
Maranhão	3.012	2.838	3.099	2.812	15.329	8.227	6.356	12.003	298,5%
Mato Grosso	314	351	639	1.012	4.122	2.793	4.338	3.231	929,0%
Mato Grosso do Sul	683	656	482	541	1.342	1.303	2.677	2.589	279,1%
Minas Gerais	10.803	10.629	11.737	10.319	17.817	16.706	18.532	21.762	101,4%
Pará	1.255	2.045	3.612	4.238	12.438	6.192	12.036	10.185	711,6%
Paraíba	1.705	1.369	1.194	2.147	11.999	9.020	10.401	10.596	521,5%
Paraná	7.034	7.948	6.916	7.028	13.771	12.488	11.609	9.864	40,2%
Pernambuco	7.986	10.729	10.108	11.042	19.521	15.763	16.909	13.863	73,6%
Piauí	3.341	2.816	2.456	2.966	6.640	5.642	6.655	7.113	112,9%
Rio de Janeiro	14.342	14.116	12.524	13.897	20.158	17.080	18.215	18.624	29,9%
Rio Grande do Norte	1.903	3.952	5.002	6.155	17.043	10.416	15.813	13.338	600,9%
Rio Grande do Sul	3.212	2.372	1.832	2.867	10.342	9.327	10.435	10.515	227,4%
Rondônia	393	570	538	748	734	485	739	258	-34,4%
Roraima	116	26	10	4	263	199	191	354	205,2%
Santa Catarina	2.512	2.408	2.504	2.540	3.830	3.358	3.343	3.129	24,6%
São Paulo	28.141	30.529	33.703	33.421	54.169	50.593	59.098	55.407	96,9%
Sergipe	576	1.738	1.870	2.086	6.422	3.031	2.790	3.657	534,9%
Tocantins	93	239	120	74	1.201	961	1.082	867	832,3%
Brasil	118.256	127.732	130.943	138.459	295.680	228.145	266.681	252.777	113,8%

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALMEIDA, C.M., Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. Ciência e Saúde Coletiva – ABRASCO v 4 n 2, 1999.

ARIETA, C.E. Resultados de programa de atendimento cirúrgico de cegos por catarata, utilizando medida de acuidade visual por auto-exame. Tese de mestrado. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1991.

_____. Otimização do atendimento de portadores de catarata em um serviço universitário. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 1995.

ARNOTT, E.J., Ophthalmology: Recent advances in cataract surgery. Trans.Med. Soc. Lond, 1984.

BERTON, J. F.; PASQUINELLI, F. F.; PINTO Jr, W.; FONSECA, J. C.; KARA JOSÉ, N. As vantagens da alta precoce após cirurgia de catarata senil. Arq. Brás. Oftal. V 43: 17-19, 1980.

CEBES, A Questão Democrática na Área de Saúde, *in* Revista Saúde em Debate 9, Rio de Janeiro: CEBES, 1980

CBO, CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, Censo 2001, São Paulo: Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2001.

- DUFFEY, R.J.; ZABEL, R.W.; LINDSTROM, R.L., Multifocal intraocular lenses. *Cataract Refract Surg*, 1990.
- GALIN, M. A.; BONIUK, V.; OBSTBAUM, S. et alii. Hospitalization and cataract surgery. *Ann. Ophtal.* v 13: 365-367, 1981.
- LAVINSKI, J.; CHOTGES, L. F.; FRANCO, J.A. Levantamento das causas de cegueira no Brasil. In *Anais do VII Congresso Brasileiro de Prevenção da cEgueira*, Porto Alegre, 1986, pp. 49-102.
- LEVCOVITZ, E., 25 Anos de Transição na Política Nacional de Saúde... e Os Desafios Técnico-Operacionais Atuais da Consolidação do SUS, 2000. Texto elaborado para o Mestrado Profissional IMS/UERJ-SAS/MS.
- KARA JOSÉ, N.; ARIETA, C.E. *Prevenção da Cegueira por Catarata*. Unicamp, 1996.
- KARA JOSÉ, N.; DELGADO, A.M.N; ARIETA, C.E. Exequibilidade da cirurgia de catarata em hospital-escola: em busca de um modelo econômico. *Ver. Ass. Méd. Brasileira* v 40, 1994.
- KARA JOSÉ, N.; CONTRERAS, F.; CAMPOS, M. A.;DELGADO, A.M.N; MOWERY, R. L. e ELLWEIN, L. E. Estudo populacional de triagem visual e intervenção cirúrgica para reduzir a cegueira por catarata em Campinas-Brasil e Chimbote-Peru. *Arq. Brás. Oftal.* v 52: 91-96, 1989.
- KARA JOSÉ, N. et alii. Screening and surgical intervention results from Cataract-Free Zone Projects in Campinas, Brazil and Chimbote, Peru. *Int. Ophthalmol* v 14: 155-164, 1990.
- KARA JOSÉ, N.; BARBOSA, E.; FONSECA NETO, J. C.; OURA, M. H. e MARTINS, W.H. Considerações sobre aspectos sociais do atendimento clínico e cirúrgico de pacientes portadores de catarata senil. *Arq. Brás. Oftal.* v 45: 115-118, 1982.
- KARA JOSÉ, N.; DELGADO, A.M.N; ARIETA, C.E. Expansion of Cataract Free Zone Projects in Latin América. *American Academy of Ophthalmology – Pôster Section*, Anaheim, 1991.
- KUPFER, C. Worldwide Prevention of Blindness. *Am. J. Ophthalmol* v 96: 543-545, 1993.
- MICHAELES, *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*, São Paulo 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Norma Operacional Básica 01/96, 1996.
- MIR, R. C.; NOVAES, H. M. *Sistemas Locales de Salud. Um medio para la regionalización de los servicios de salud*. Opas, Publicação Científica v 519: 147-157, 1991.
- PATEL, J.V., SINSKEY, R.M., *Manula de Cirurgia de Catarata*. Rio Medi Livros Ltda, 1993.
- RODRIGUES, M. L. V. *Prevenção da Cegueira*. In: RODRIGUES, M. L. V. *Oftalmologia clínica*. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1992, pp. 502-522
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report of the interregional meeting on the management of cataract within primary health care systems, 1986.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Management of cataract in primary health care services*, 1990.
- VIANA, A.L., *Políticas Sociais e Políticas Públicas de Saúde: uma incursão no debate*, 2000. Texto elaborado para o Mestrado Profissional em Administração de saúde, IMS/UERJ- SAS/MS
- VIANA, A.L., Dal, Poz, N.R., *Estudo sobre o processo de Reforma em Saúde no Brasil. Reformas en Educación y Salud en America Latina*, Santiago 1999.