

Perfil epidemiológico de uma emergência oftalmológica de referência no Sul do Brasil

Epidemiological profile of a reference ophthalmological emergency in Southern Brazil

Hugo Diehl de Souza¹ , Bruno Victor Tenório Cavalcanti Padilha² , Annelise Lídice Francisquini Fernandes Marra¹ , Renan Nola Schmoeller¹ , Larissa Gemballa³ , Astor Grumann Junior⁴ 

¹ Programa de Residência Médica em Oftalmologia, Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, São José, SC, Brasil.

² Programa de Graduação em Medicina, Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, SC, Brasil.

³ Programa de Fellowship em Glaucoma, Médicos de Olhos S.A., Curitiba, PR, Brasil.

⁴ Departamento de Oftalmologia, Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, São José, SC, Brasil.

Como citar:

Souza HD, Padilha BV, Marra AL, Schmoeller RN, Gemballa L, Grumann Júnior A. Perfil epidemiológico de uma emergência oftalmológica de referência no Sul do Brasil. Rev Bras Oftalmol. 2024;83:e0049.

doi:

<https://doi.org/10.37039/1982.8551.20240049>

Descritores:

Perfil de saúde; Pesquisa em sistemas de saúde pública; Gestão em saúde; Traumatismos oculares; Corpos estranhos no olho; Infecções oculares

Keywords:

Health profile; Public health systems research; Health management; Eye injuries; Eye foreign bodies; Eye infections

Recebido:
12/12/2023

Aceito:
17/6/2024

Autor correspondente:

Hugo Diehl de Souza
Tv. Felipe Godinho e Silva, nº 30, 1104B.
Agronômica, Florianópolis - SC.
CEP 88025-326.
E-mail: hugo.diehls@gmail.com

Instituição de realização do trabalho:
Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, São José, SC, Brasil.

Fonte de auxílio à pesquisa:
trabalho não financiado.

Conflitos de interesse:
não há conflitos de interesses.

Trabalho acadêmico associado:
Artigo derivado de monografia de conclusão de curso de Residência Médica em Oftalmologia intitulada *Perfil epidemiológico de uma emergência oftalmológica de referência no sul do Brasil*, apresentada por Hugo Diehl de Souza no programa de Residência Médica em Oftalmologia, do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, em 2023.



Copyright ©2024

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico dos atendimentos em uma emergência oftalmológica de referência, sob livre demanda, em um hospital terciário no Sul brasileiro.

Métodos: Realizou-se um estudo histórico transversal no Hospital Regional de São José, em Santa Catarina, abrangendo todos os atendimentos na emergência oftalmológica durante 46 dias em 2019 (n = 1.728). Os dados foram inseridos em planilha e exportados ao *Statistical Package for Social Sciences*, versão 21.0.0.0. A análise incluiu frequências, com o teste do qui-quadrado para dados categóricos (p < 0,05).

Resultados: Dos 1.728 atendimentos, 1.365 ocorreram por livre demanda, com predominância masculina (58,5%) e média de idade 42 anos. Pacientes da Região Metropolitana de Florianópolis representaram 76,2%, associados à maior taxa de desistência na espera por consulta (p < 0,001). A taxa geral de desistência foi 12%. Queixas mais comuns foram dor (27,7%) e irritação (21,3%), apresentando-se com até 1 semana de sintomas em 74,4% dos casos. Principais diagnósticos foram corpo estranho na superfície (15,5%) e conjuntivites infecciosas (12,7%). Em 28,6% dos atendimentos, houve trauma associado. Seguimento ou cirurgia foram necessários em 39,7% dos casos, estando mais associados a encaminhamento por outro serviço de saúde.

Conclusão: Muitos atendimentos foram resolvidos com baixa complexidade, destacando a importância do conhecimento epidemiológico para otimizar investimentos em saúde pública e melhorar a experiência do paciente do Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To outline the epidemiological profile of a reference ophthalmological emergency department, with no appointment scheduled, at a tertiary hospital in Southern Brazil.

Methods: A cross-sectional historical study was conducted at Hospital Regional de São José, Santa Catarina, covering all visits to the ophthalmological emergency department over 46 days in 2019 (n = 1,728). Data were entered in a spreadsheet and analyzed using Statistical Package for Social Sciences, version 21.0.0.0), with frequencies and chi-square tests for categorical data (p < 0.05).

Results: Of 1,728 visits, 1,365 were with no appointment scheduled, predominantly male (58.5%), average age of 42 years. Patients from the Florianópolis Metropolitan Region represented 76.2%, associated with a higher abandonment rate (p < 0.001). The overall abandonment rate was 12%. Common complaints included pain (27.7%) and irritation (21.3%), presenting within a week in 74.4% of cases. Main diagnoses were foreign body on the surface (15.5%) and infectious conjunctivitis (12.7%). Trauma was associated in 28.6% of visits. Follow-up or surgery was required in 39.7% of cases, often associated with referral from another health service.

Conclusion: Many visits were resolved with low complexity, highlighting the importance of epidemiological knowledge to optimize public health investments and enhance the Unified Health System patient experience.

INTRODUÇÃO

A oftalmologia é uma especialidade médica na qual a ameaça da vida do paciente, habitualmente, não está presente. Dados de 2018 do portal brasileiro Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), relativos a óbitos nacionais segundo os capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), mostram que, de todos os capítulos que registraram ocorrência fatal, o capítulo VII, doenças dos olhos e anexos, foi o de menor expressividade (menos de 0,0016% do total de óbitos).⁽¹⁾ Ainda assim, a iminência da perda de função de um órgão e, por extensão, de um sentido, faz com que alguns quadros oftalmológicos sejam encarados como emergências médicas.

Naturalmente, a percepção de um leigo acerca do que é de fato uma situação ameaçadora da visão é muito diferente daquela de um profissional da saúde.⁽¹³⁾ Mesmo entre os médicos, é frequente haver dúvida quanto à urgência de certos quadros oftalmológicos, sendo importante o treinamento constante e equipes de suporte para orientação dos profissionais da Atenção Primária quanto às condutas oftalmológicas mais adequadas.

Nesse cenário, é de se esperar que a disponibilidade de uma emergência oftalmológica com porta aberta, atendendo à livre demanda dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), seja um facilitador do acesso da população ao atendimento especializado, colaborando sobretudo nas situações tempo-sensíveis. Contudo, não seria surpreendente caso se observasse a saturação de um serviço desse gênero, com sobrecarga de atendimentos não emergenciais, os quais poderiam ser resolvidos ao referenciar o paciente ambulatorialmente, otimizando a organização e o fluxo do SUS.

Além da definição do conceito de emergência médica, em se tratando de gestão em saúde, é importante salientar também as diferenças entre os níveis de Atenção à Saúde. A Atenção Terciária lida com um alto nível de complexidade e envolve alto custo de funcionamento. Já a Atenção Primária e a Secundária têm complexidade mais baixa, são menos onerosas e, ainda assim, são responsáveis pela resolução da imensa maioria de problemas de saúde da população.⁽²⁾ Diante disso, infere-se que seria vantajoso que apenas os problemas mais complexos chegassem a um hospital terciário, independentemente de sua urgência. Por exemplo, um paciente com corpo estranho na córnea, a despeito de se caracterizar como uma urgência oftalmológica, não precisaria ser referenciado a um serviço equipado com aparelhagem complexa e centro cirúrgico em tempo

integral, podendo ser tratado por um especialista da Atenção Secundária.

O conhecimento do perfil do usuário é fundamental para a otimização do serviço, além de nortear as políticas públicas de assistência à saúde e reduzir gastos. Na literatura nacional, já há relatos consolidados sobre o uso indiscriminado de emergências oftalmológicas de alta complexidade com porta aberta,⁽³⁾ acarretando maior tempo de espera e atraso no tratamento de condições mais urgentes. É possível também encontrar, nos trabalhos nacionais e internacionais, levantamentos epidemiológicos que, na maioria das vezes, trazem queixas tratáveis por médicos generalistas da Atenção Primária como as mais prevalentes em serviços de emergências oftalmológicas, como hordéolos e conjuntivites.^(4,5-9)

O Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJ) é referência em oftalmologia no estado de Santa Catarina, sendo a única emergência oftalmológica disponível pelo SUS em tempo integral todos os dias do ano no estado,⁽⁹⁾ agregando uma amostra representativa das emergências em oftalmologia e fornecendo condições singulares para o levantamento do perfil epidemiológico de uma típica emergência oftalmológica no Sul do Brasil. Por esse motivo, além de informação referente à natureza das doenças envolvidas e seu manejo, torna-se importante também coletar dados acerca da questão administrativa dos atendimentos, como a origem dos pacientes que, muitas vezes, deslocam-se centenas de quilômetros pelo atendimento, e a apresentação de cartas de encaminhamento pelos pacientes referenciados de outro estabelecimento de saúde onde ocorreu o primeiro atendimento.

Também é importante discriminar quando os atendimentos realizados são, na verdade, retornos agendados pela porta de emergência, numa tentativa de não perder o seguimento de pacientes graves, admitidos sobretudo pela própria emergência oftalmológica sob livre demanda, diante do insuficiente número de vagas ambulatoriais oferecidas no serviço para atender uma região tão grande quanto todo o estado de Santa Catarina. Esse tipo de dado pode contribuir inclusive com o planejamento dos recursos estaduais de saúde, direcionando atenção extra às subespecialidades oftalmológicas mais saturadas.

Ainda, é importante lembrar que o surto de doença por coronavírus iniciado em 2019 (Covid-19) trouxe um cenário de pandemia, desencadeando a nível mundial um desequilíbrio na saúde, economia e relações sociais.⁽¹⁰⁾ Considerando essas alterações, são esperadas adaptações nos sistemas de saúde e na relação

da população com os mesmos,^(11,12) sendo que um perfil epidemiológico dos atendimentos de uma emergência ao longo do período crítico da pandemia pode não corresponder com fidedignidade ao perfil tipicamente encontrado. Por esse motivo, torna-se interessante a coleta de dados em janela de tempo anterior ao dessa mudança na dinâmica de atendimentos.

São nessas circunstâncias que se conduziu o presente estudo na emergência oftalmológica do HRSJ, com o objetivo de descrever o perfil epidemiológico dos atendimentos em uma emergência oftalmológica de referência, sob livre demanda, em um hospital terciário no Sul brasileiro.

MÉTODOS

O presente estudo, de desenho transversal histórico, revisou a descrição em prontuário de todos os atendimentos ocorridos na emergência oftalmológica do HRSJ ao longo de 45 dias, durante o mês de março e a primeira quinzena de abril do ano de 2019. Foram analisados prontuários referentes a 1.739 atendimentos.

Foram excluídos do estudo apenas aqueles atendimentos cuja descrição em prontuário estava em branco (um atendimento) e que foram abertos em duplicata (dez atendimentos), restando 1.728 atendimentos que foram incluídos no estudo para revisão. Um mesmo paciente pode ter dado origem a dois ou mais atendimentos em dias diferentes, sendo todos igualmente computados. Contudo, atendimentos que consistiam em retornos agendados após uma consulta original foram alocados em um grupo separado para análise.

Assim, os casos incluídos foram divididos em dois grupos: os atendimentos por espontânea demanda dos pacientes e os atendimentos na condição de retornos ou consultas pós-operatórias agendados pela porta de emergência. O grupo principal, dos atendimentos por espontânea demanda, foi considerado a típica amostra de uma emergência oftalmológica de porta aberta, sendo, por isso, eleito para o desenvolvimento da maioria das análises. A análise do grupo dos retornos, mais sucinta, restringiu-se a aspectos como determinar as categorias de diagnósticos que mais frequentemente demandam o agendamento de um retorno pela emergência, a fim de comparação com o grupo principal.

Os atendimentos foram revisados buscando responder às perguntas da tabela 1. Os questionamentos foram divididos em duas seções. A primeira abordou dados pessoais, como idade, sexo e procedência. Já a segunda seção abordou os dados clínicos, englobando a queixa principal, natureza traumática, tempo de sintomas e medicação

oftalmológica em uso relatada. Também foi pesquisada a existência de vínculo ambulatorial com o Serviço de Oftalmologia do HRSJ e o tempo desde a última consulta caso existisse vínculo. Por fim, investigou-se o desfecho da consulta: diagnóstico recebido, tipo de tratamento e acompanhamento (necessidade de cirurgia ou internação, acompanhamento ambulatorial ou via Atenção Primária).

Tabela 1. Dados coletados dos prontuários

1. Dados pessoais e inerentes ao atendimento
1.1 Data do atendimento
1.2 Idade
1.3 Sexo
1.4 Procedência (município)
1.5 Consta encaminhamento no prontuário?
2. Dados clínicos
2.1 Queixa principal
2.2 Tempo de duração da queixa principal
2.3 Acompanha em ambulatório? (Se não, pular questão 2.4, 2.5 e 2.6)
2.4 A qual item a queixa principal é melhor relacionada? 1) Nova queixa diferente do motivo do acompanhamento ambulatorial 2) agudização da doença crônica 3) solicitação de receita médica 4) Solicitação de reagendamento de consulta 5) Solicitação de atestado com código de doença 6) Outro
2.5 Tempo, em meses, desde última consulta
2.6 Trata-se de demanda referente a trauma oftalmológico?
2.7 Submeteu-se a cirurgia oftalmológica prévia?
2.8 Diagnóstico
2.9 Encaminhamento: (1) Não foi dado (2) À Atenção Básica (3) Internação ao menos por uma noite (4) Para cirurgia
2.10 Caso tenha sido encaminhado à cirurgia neste atendimento, quanto à urgência da cirurgia, foi agendada para: (1) O mesmo dia do atendimento (2) O dia seguinte ao atendimento (3) Dois ou mais dias após o atendimento

Os prontuários digitais foram acessados por meio do sistema MICROMED de uso próprio do HRSJ. Os dados coletados foram alocados em base de dados tipo planilha na plataforma Google (*Google Sheets*) e, posteriormente, exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0.0.0, onde foram analisados com as ferramentas quantitativas e descritivas.

Os dados foram descritos utilizando-se frequências relativas e absolutas. Dados qualitativos foram descritos como frequências (simples e relativa). Já os quantitativos foram descritos como medidas de tendência central (média) associadas as suas devidas medidas de dispersão e variabilidade (desvio-padrão e amplitude).

O teste do qui-quadrado foi utilizado para testar a significância estatística de frequências encontradas para dados categóricos. Valor de $p < 0,05$ foi adotado para determinar resultados estatisticamente significantes.

Este estudo seguiu os preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), resolução 466/2012 (autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade). Foi providenciado o Termo de Dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Autorização para Coleta de Dados nos Prontuários, bem como Carta de Anuência Institucional. Nenhum dado coletado permitiu identificar diretamente o paciente, não tendo sido

coletada informação como número de prontuário, nome, telefone ou data de nascimento.

Os dados somente foram coletados após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, por meio de Parecer Consubstanciado, tendo sido aprovado sob CAAE 45718621.4.0000.0113. Os pesquisadores envolvidos declaram não haver conflitos de interesse.

RESULTADOS

Foram analisados prontuários referentes a 1.728 atendimentos. Os casos foram divididos em dois grupos: um grupo principal, correspondendo aos atendimentos por espontânea demanda dos pacientes (contabilizando 1365 atendimentos, ou 79% da amostra), e um grupo de retornos, composto dos atendimentos realizados na condição de retornos ou consultas pós-operatórias agendados pela porta de emergência (contabilizando 363 atendimentos, ou 21% da amostra). O grupo principal, dos atendimentos por espontânea demanda, foi eleito para o desenvolvimento da maioria das análises. Em se tratando das características do grupo principal, a média de idade encontrada nos registros dos atendimentos foi de 42 anos ($\pm 19,7$ desvio-padrão, mediana 41 anos), variando de zero a 98 anos (Figura 1). Já quanto ao sexo, a amostra apresentou 798 registros (58,5%) de homens.

Avaliando-se a procedência do grupo principal, verificou-se que 447 atendimentos (32,7%) foram de pacientes moradores da própria cidade de São José, onde se localizava o hospital-sede do estudo. Outros 161 atendimentos (11,8%) foram referentes a pacientes oriundos de Florianópolis (capital estadual e município vizinho a São José); 432 atendimentos (31,6%) foram de pacientes de outros municípios da Região Metropolitana, e 320 (23,4%) de outras regiões do interior do estado. Atendimentos a indivíduos de outros estados contabilizaram apenas cinco atendimentos (0,4%) na amostra estudada, advindos do Rio Grande do Sul e do Paraná.

Coletaram-se também dados sobre os atendimentos cujo desfecho foi a desistência do usuário em aguardar pela consulta médica após a triagem. Ainda no grupo principal, 164 atendimentos (12%) resultaram na desistência do paciente, e o restante dos 1.201 (88%) atendimentos foram concluídos com a consulta médica. Entre as desistências, apenas 20 ocorreram em atendimentos de pacientes que se deslocaram do interior catarinense ou de outros estados pela consulta médica, com as demais 144 desistências sendo de pacientes procedentes da capital e da Região Metropolitana. O teste do qui-quadrado

mostrou que houve associação da procedência metropolitana (região onde ficava o hospital do estudo) com maior taxa de desistência ($p < 0,001$), conforme a tabela 2.

Tabela 2. Procedência versus desistências

Procedência	Desistência	Atendimento concluído	Total
Região metropolitana	144 (10,50)	896 (65,60)	1.040 (76,20)
Interior	20 (1,50)	305 (22,30)	325 (23,80)
Total	164 (12,00)	1.201 (88,00)	1.365 (100,00)

$p < 0,001$ pelo teste do qui-quadrado.
Resultados expressos por n (%).

Quanto ao fato de o paciente ter sido ou não encaminhado de um outro estabelecimento de saúde, apenas em 150 (12,5%) dos 1.201 atendimentos concluídos do grupo principal se mencionava em prontuário tratar-se de um paciente encaminhado.

Constatou-se também que 77 (ou 6,4%) dos atendimentos do grupo principal foram de pacientes que já frequentavam o ambulatório de oftalmologia do hospital do estudo antes da consulta de emergência. Em outros 1.119 casos (93,1%), o paciente nunca passara por consulta oftalmológica ambulatorial no hospital do estudo. Essa informação sobre um eventual vínculo ambulatorial prévio do paciente da emergência estava omissa nos prontuários de 5 dos 1.201 atendimentos do grupo principal.

Entre os referidos pacientes com vínculo prévio, avaliou-se também o tempo em meses decorrido desde a última consulta ambulatorial no momento do atendimento de emergência. Encontrou-se amplitude variando de zero a 30 meses, com a mediana sendo de 1 mês, e a média de 3,1 meses ($\pm 4,9$ desvio-padrão). Outro dado extraído dos atendimentos de pacientes ambulatoriais foi a motivação da consulta de emergência, descrita em 70 desses atendimentos: o número de atendimentos motivados por novas queixas oftalmológicas diferentes da condição seguida ambulatorialmente foi de 26 (37,1%); o número de atendimentos devido à agudização da questão ambulatorial foi de 25 (35,7%). Motivos burocráticos, como solicitação para renovação de receitas e agendamentos de consultas, somaram 19 atendimentos (29,1%).

Ainda referente à história oftalmológica prévia nos atendimentos concluídos do grupo principal, verificou-se que, em 232 dos 1.201 atendimentos (26,6%), o paciente já se submetera à cirurgia oftalmológica prévia.

Partindo para a análise dos dados referentes ao motivo da consulta do grupo principal, foram avaliadas as queixas principais mais frequentemente citadas nos atendimentos concluídos. Dor ocular foi a queixa principal predominante, correspondendo a 333 (27,7%) atendimentos.

A seguir, irritação ocular foi citada 255 (21,%) vezes, piora visual 186 (15,5%) vezes e vermelhidão ocular ou olhos vermelhos foram citados 151 (12,6%) vezes.

Outras queixas citadas com frequências inferiores a 10% se encontram também na tabela 3, e queixas citadas em menos de 1% das vezes foram agrupadas como “outras queixas”, incluindo queixas como lacrimejamento e solicitação de receita/laudo (citadas 11 vezes cada).

Tabela 3. Queixas principais

Queixas principais	
Dor	333 (27,7)
Irritação	255 (21,3)
Piora visual	186 (15,5)
Vermelhidão	151 (12,6)
Outras alterações visuais	74 (6,2)
Prurido	66 (5,5)
Outras queixas	55 (4,6)
Tumorações	36 (3,0)
Edema	27 (2,3)
Rastreo neonatal	18 (1,5)
Total	1201 (100)

Resultados expressos como n (%).

Ao se analisar a duração da queixa que motivou a consulta no grupo principal, a informação foi encontrada em 1.042 atendimentos. Evidenciou-se grande amplitude, variando de atendimentos realizados no mesmo dia do início dos sintomas até atendimentos ocorridos apenas 9 anos depois. A mediana da variável de duração foi de 3 dias. Já a média foi de 33,8 dias ($\pm 162,9$ desvio-padrão).

Em 74,4% desses atendimentos, a duração da queixa era de até 1 semana, sendo que, em 364 casos (34,9%), a queixa surgira havia 1 dia ou menos. Entre 7 a 14 dias de queixa, foram 78 atendimentos (7,5%); entre 15 e 30 dias, somaram-se 79 atendimentos (7,6%); entre 1 e 3 meses, contabilizaram-se 53 atendimentos (5,1%) e entre 3 e 12 meses, foram 37 atendimentos (3,6%), sendo que os demais 18 atendimentos (1,7%) só ocorreram após 1 ano de queixa.

Sobre a etiologia da condição clínica, nos atendimentos concluídos do grupo principal, 344 (28,6%) deles decorreram de traumas, e 857 (71,4%) não foram traumáticos.

Aprofundando o estudo das etiologias mais prevalentes, o diagnóstico dado ao se concluir cada atendimento do grupo principal foi categorizado em grupos de diagnósticos para melhor análise. As doenças mais frequentemente verificadas foram corpo estranho na parte externa do olho (186 ou 15,5%), conjuntivites infecciosas (153 ou 12,7%) e ceratites e úlceras de córnea (123 ou 10,2%). A constatação de que não havia alteração oftalmológica compatível com a queixa apresentada também foi frequente (94 casos, ou 7,8%).

O teste do qui-quadrado inclusive demonstrou associação do diagnóstico de corpo estranho na parte externa do olho com o fato do paciente ser do sexo masculino. ($p < 0,001$). Dos 186 atendimentos por corpo estranho, 171 foram demandados por pacientes do sexo masculino. Já dos 1.015 atendimentos por outras causas, apenas 530 foram demandados pelo mesmo sexo.

Seguiram-se, entre as etiologias mais prevalentes, outros distúrbios de córnea e superfície (63 ou 5,2%), uveítes (56 ou 4,7%), calázio ou hordéolo (54 ou 4,5%) e glaucoma (52 ou 4,3%). A listagem completa se encontra na tabela 4.

Tabela 4. Diagnósticos dos atendimentos oftalmológicos de emergência

Diagnóstico	
Corpo estranho externo	186 (15,5)
Conjuntivites infecciosas	153 (12,7)
Ceratites e úlceras de córnea	123 (10,2)
Ausência de alteração oftalmológica compatível	94 (7,8)
Outros distúrbios da córnea e sua superfície	63 (5,2)
Uveítes	56 (4,7)
Calázio e hordéolo	54 (4,5)
Hipofagma e outras afecções conjuntivais	53 (4,4)
Glaucoma	52 (4,3)
Descolamento de retina	47 (3,9)
Conjuntivites alérgicas	46 (3,8)
Outras afecções da retina	40 (3,3)
Catarata e distúrbios do cristalino	36 (3,0)
Outros distúrbios palpebrais	30 (2,5)
Pós-operatório: complicações	29 (2,4)
Hemorragia vítrea	25 (2,1)
Queimadura química	16 (1,3)
Esclerite e episclerite	15 (1,2)
Perfuração ocular	12 (1,0)
Olho cego doloroso	10 (0,8)
Outros distúrbios orbitários e de vias lacrimais	10 (0,8)
Ametropias	9 (0,7)
Outros	42 (3,5)
Total	1.201 (100)

Resultados expressos como n (%).

Direcionando-se agora ao desfecho, os pacientes do grupo principal que tiveram seu atendimento concluído também foram analisados. A maioria dos atendimentos (724 ou 60,3%) finalizou com alta sem necessidade de seguimento. Em 310 atendimentos (25,8%), foi dado seguimento com pelo menos um retorno solicitado ao paciente. Em 105 casos (8,7%), foi necessário encaminhar o paciente à Atenção Primária para regulação ao especialista, em caráter ambulatorial.

Outros 17 atendimentos (1,4%) resultaram em internação do paciente por, pelo menos, 1 noite, e, em 42 (3,5%) casos, foi necessário agendar uma cirurgia de urgência. Apenas três atendimentos (0,2%) demandaram encaminhamento do paciente a outro serviço de oftalmologia, podendo ocorrer quando o HRSJ não dispunha de algum

insumo específico ou em casos nos quais o paciente morava em região distante.

Cabe destaque aqui à associação encontrada ($p < 0,001$) por meio do teste do qui-quadrado entre o fato de o paciente ter sido encaminhado de outro serviço de saúde e a necessidade de seguimento, internação ou cirurgia após o atendimento na emergência oftalmológica. Dos 150 pacientes encaminhados de outros serviços, 97 (64,7%) precisaram de seguimento clínico, internação ou cirurgia. Já entre os 1.048 pacientes que buscaram atendimento sem encaminhamento prévio, 380 precisaram de seguimento clínico, internação ou cirurgia (ou apenas 36,3%).

Por fim, entre os atendimentos para os quais a cirurgia foi agendada pela emergência, 13 (ou 29,5%) tiveram a cirurgia realizada no mesmo dia; 11 (ou 25%) no dia seguinte e 19 (43,2%) em 2 ou mais dias.

Cabe agora mencionar breve análise realizada sobre o grupo de retornos, revelando as etiologias que mais frequentemente demandaram retorno na emergência oftalmológica no período estudado. Notoriamente, consultas pós-operatórias foram a causa mais frequente dos retornos (97, ou 23,7% deles). A seguir, uveíte aparece como a doença que mais retornos emergenciais demandou (57 retornos, ou 15,7%). Na sequência, estiveram ceratites e úlceras (51, ou 14%) e glaucoma (38, ou 10,5%). A tabela 5 demonstra os atendimentos realizados em caráter de retorno, por diagnóstico.

Tabela 5. Diagnósticos que demandaram retornos

Diagnósticos	
Pós-operatório	97 (26,7)
Uveítes	57 (15,7)
Ceratites e úlceras de córnea	51 (14,0)
Glaucoma	38 (10,5)
Outros	16 (4,4)
Descolamento de retina	14 (3,9)
Conjuntivites infecciosas	13 (3,6)
Corpo estranho externo	12 (3,3)
Hemorragia vítrea	10 (2,8)
Outros distúrbios da córnea e sua superfície	9 (2,5)
Outras afecções da retina	9 (2,5)
Ausente alteração oftalmológica compatível com queixa	9 (2,5)
Catarata e distúrbios do cristalino	8 (2,2)
Hiposfagma e outras afecções conjuntivais	4 (1,1)
Esclerite e episclerite	4 (1,1)
Outros distúrbios palpebrais	4 (1,1)
Outros distúrbios orbitários e de vias lacrimais	4 (1,1)
Outros diagnósticos	4 (1,1)
Total	363 (100)

DISCUSSÃO

Foram analisados 1.728 prontuários, sendo que 1.365 compuseram o grupo principal, representando amostra típica dos atendimentos espontâneos numa emergência

oftalmológica. Avaliando-se as características do grupo principal, fica em evidência que a população economicamente ativa origina a maioria dos novos atendimentos da emergência oftalmológica, com média de idade encontrada de 42 anos. Ainda, os atendimentos se originam principalmente de indivíduos do sexo masculino (58,46%).

É válido observar também que, a despeito do HRSJ ser referência em emergências oftalmológicas para todo o estado de Santa Catarina, os atendimentos avaliados são majoritariamente de pacientes da Região Metropolitana de Florianópolis (76,2%), sendo raros os atendimentos de pacientes de outros estados (0,4%). Todavia, demonstrou-se associação ($p < 0,001$) entre a procedência metropolitana do paciente e uma maior taxa de desistência em esperar pela consulta médica. Embora não seja possível neste estudo se comprovar relação causal, uma especulação plausível seria a de que os pacientes que se deslocam distâncias maiores teriam menor tendência a desistir do atendimento, uma vez que chegam à porta da emergência. A taxa geral de desistências foi de 12%.

Dos atendimentos que foram concluídos, uma minoria mencionava em prontuário se tratar de encaminhamento de outro profissional da saúde (apenas 12,5%). Igualmente uma parcela pequena era aquela dos que já tinham se submetido à cirurgia oftalmológica prévia (26,6%).

Poucos também foram os casos em que o atendimento foi destinado a um paciente que já tinha vínculo ambulatorial prévio com o hospital de estudo (apenas 77 deles, ou 6,4%). Porém, se aprofundando nos atendimentos de pacientes que já vinham tendo consultas no ambulatório previamente, observou-se que, na maioria dos casos, uma consulta ambulatorial havia se passado com 1 mês ou menos de antecedência, sugerindo uma doença oftalmológica crônica em atividade. De fato, em 64,8% desses atendimentos a motivação da consulta se relacionava ao motivo do vínculo ambulatorial, seja por agudização da doença em seguimento, seja por necessidade de uma receita ou remarcação de consulta. Tendo em vista esses dados, é possível especular a respeito da aparente ideia de indistinção entre a emergência oftalmológica e o ambulatório de oftalmologia do HRSJ. Por estarem no mesmo espaço físico e fazerem parte do Serviço de Oftalmologia do HRSJ, pode-se sugerir que os pacientes não tenham bem definida a ideia de independência entre a emergência (que funciona sob livre demanda) e o ambulatório (cujo acesso deveria se dar exclusivamente pela regulação do SUS, por meio da Secretaria de Saúde de Santa Catarina). Inclusive, seria compreensível que até mesmo os próprios profissionais da saúde do serviço partilhassem dessa indefinição,

vez que exercem suas funções tanto no ambulatório quanto na emergência de oftalmologia.

Sobre as queixas principais mais frequentes, houve predomínio de dor (27,7%) e irritação (21,3%) no olho, que, juntas, agregam praticamente metade das queixas oftalmológicas. Piora visual (15,5%) e vermelhidão (12,6%) também foram queixas expressivas, enquanto as demais se mostraram com frequência inferior a 10%.

Sobre o tempo de duração das queixas, é interessante pontuar que, de fato, os atendimentos costumam ocorrer por causas agudas, como é esperado em uma emergência. Em cerca de um terço dos casos, a queixa tinha até 1 dia (34,9%), e a maioria se deu com até 1 semana de sintomas (74,4%). Porém, segue a necessidade de educar a população quanto ao uso consciente da emergência, visto que, em 10,4% dos casos, a queixa já possuía mais de 1 mês de duração, sugerindo problemas passíveis de serem regulados por meio da Atenção Primária.

Um dos dados de maior interesse na análise do perfil epidemiológico da emergência oftalmológica é o diagnóstico constatado em cada atendimento. Especial atenção se destina a esse tópico, o qual permite melhor planejamento dos programas de saúde pública (como trabalhos de prevenção e otimização dos fluxos do SUS) e melhor organização do próprio Serviço de Oftalmologia do HRSJ. Avaliando-se o grupo principal, primeiramente, aponta-se a relevância do trauma enquanto causa de doença oftalmológica: 28,6% dos atendimentos ocorreram em decorrência de trauma.

Boa parte dos traumas constitui-se de corpo estranho na parte externa do olho, que inclusive foi a maior causa geral de procura por atendimento na emergência oftalmológica (15,5%), havendo associação desse diagnóstico com o sexo masculino ($p < 0,001$). Com conjuntivites infecciosas (12,7%), os traumas encabeçam a lista das doenças mais frequentemente encontradas na emergência oftalmológica. Ainda entre as doenças mais frequentes, figuram ceratites e úlceras (10,2%), outros distúrbios da córnea e superfície (5,2%), uveítes (4,7%), calázio e hordéolo (4,5%), em conformidade com o encontrado em estudos nacionais⁽⁴⁻⁶⁾ e internacionais.^(7,8)

Surpreende ainda a quantidade de atendimentos que resulta na ausência de algum achado oftalmológico que justifique as queixas declaradas pelo paciente (7,8%). De fato, há outros relatos nos estudos nacionais de que uma fração significativa dos atendimentos resulta na ausência de um diagnóstico plausível, havendo uma rotulação genérica como irritação inespecífica, por exemplo, ou como ausência de desordens oculares.^(3,4)

Nesse ponto, abre-se espaço para a discussão dos objetivos de se manter uma emergência oftalmológica em um hospital terciário funcionando sob livre demanda: boa parte dos atendimentos são de doenças que, muitas vezes, poderiam ter uma primeira abordagem pelo clínico geral. Apenas somando-se conjuntivites infecciosas, calázios e hordéolos tem-se que cerca de 17,2% dos atendimentos poderiam ser manejados em uma Unidade Básica de Saúde a nível de Atenção Primária, por exemplo, com encaminhamento apenas dos casos refratários.

Além disso, parcela ainda maior dos atendimentos poderia ser resolvida em uma emergência oftalmológica com equipamentos menos complexos, bastando para diagnóstico e tratamento uma lâmpada de fenda e refrator de Greens, sem que se precisasse recorrer a um hospital terciário para manejo do caso. Algumas poucas unidades de emergências oftalmológicas dispersas pelo estado que funcionassem a nível secundário poderiam inclusive evitar grandes deslocamentos de pacientes, como já sugerido há décadas por trabalhos nacionais,⁽¹³⁾ ou, ainda, prestar assistência a uma parcela da população que acaba recorrendo a serviços particulares para evitar viagens distantes. Somando-se corpos estranhos na parte externa do olho, ceratites e úlceras de córnea, queixas sem alteração oftalmológica compatível, outros distúrbios da córnea e superfície, conjuntivites alérgicas, ametropias, estima-se que 43,2% dos atendimentos poderiam ter sido desempenhados em emergências oftalmológicas sem recorrer ao nível terciário de Atenção à Saúde.

Reunindo-se os casos que poderiam ser manejados no âmbito das Atenções Primária e Secundária à Saúde, conclui-se que 60,4% dos atendimentos oftalmológicos de emergência do HRSJ poderiam ser desempenhados em outras unidades. No período de 45 dias do presente estudo, esse percentual representaria 720 atendimentos. Curiosamente, esse percentual é praticamente o mesmo que a parcela dos atendimentos avaliados que foram prontamente resolvidos com alta imediata, sem necessidade de cirurgia ou acompanhamento adicional (60,3%).

Ainda sobre os atendimentos resolvidos com alta imediata, talvez o achado mais relevante do presente estudo tenha sido associá-los aos casos em que os pacientes não foram encaminhados de outros serviços de saúde ($p < 0,001$). Demonstrou-se que pacientes encaminhados por outros profissionais da saúde estão mais associados a um desfecho que demande seguimento, internação ou mesmo cirurgia. Certamente, a natureza do estudo não permite ir além da mera associação, mas a informação instiga a cogitar que pacientes encaminhados não puderam

ter suas queixas resolvidas após abordagem inicial em um serviço de menor complexidade, necessitando do devido encaminhamento ao hospital terciário. Essa hipótese fortalece a defesa da descentralização do atendimento oftalmológico de urgência, utilizando outros serviços das Atenções Primária e Secundária como grandes solucionadores dos problemas oftalmológicos e, ao mesmo tempo, centros de triagem para o encaminhamento de problemas mais complexos.

Poderia se reservar, assim, o atendimento em nível terciário para queixas oftalmológicas potencialmente mais graves, como traumas mais severos, uveítes, glaucoma agudo, descolamento de retina e outras afecções retinianas, complicações pós-operatórias, queimaduras químicas, perfurações oculares, doenças neuro-oftalmológicas, dentre outras. Vale lembrar que o HRSJ dispõe de centro cirúrgico em tempo integral, leitos de internação, exames como retinografia e tomografia de coerência óptica, amparo de outras especialidades médicas, laboratório de análises clínicas, serviço de assistência social, dentre outros recursos de maior complexidade.

Naturalmente, atendimentos oftalmológicos de menor complexidade que acontecem no HRSJ concorrem com os casos graves por atendimento. Há, assim, maiores filas, maior atraso no manejo das doenças e uma taxa de desistência elevada (neste estudo, foi de 12%). Ainda, os atendimentos oftalmológicos menos graves concorrem pela estrutura do hospital também com problemas médicos mais severos de outras especialidades, utilizando a mesma equipe de recepção e triagem e o mesmo espaço físico de espera, por exemplo.

Pelos motivos expostos é que se propõe uma reflexão acerca do papel de uma emergência oftalmológica terciária no atendimento da demanda livre da população. Conscientizar os usuários sobre a definição de urgência oftalmológica e priorizar o manejo inicial a nível da Atenção Primária são medidas que contribuiriam para a otimização dos fluxos do SUS e melhor utilização dos recursos de saúde.

Uma breve análise sobre os motivos mais frequentes de retornos agendados pela emergência permite também especular sobre as subespecialidades oftalmológicas que necessitam mais atenção e eventual ampliação da capacidade de atendimentos: são elas uveítes (15,7% dos retornos), ceratites e úlceras da córnea (14%) e glaucoma (10,5%). Somados às consultas pós-operatórias (26,7%), esses motivos correspondem a dois terços dos retornos agendados por meio da emergência de oftalmologia do HRSJ.

Por fim, uma última consideração a respeito da situação em que se insere este estudo é a de que o Serviço de Oftalmologia do HRSJ possui um programa de Residência Médica em Oftalmologia e estágios acadêmicos. Enquanto, por um lado, sabe-se que o melhor direcionamento de pacientes e conscientização quanto aos fluxos do SUS pode reduzir filas e priorizar aqueles que, de fato, são portadores de doenças agudas mais graves, por outro lado, é importante não restringir demasiadamente o acesso de indivíduos com queixas gerais, de modo que a população não fique desassistida, e o médico residente não perca o contato com toda sorte de apresentações clínicas durante essa fase crítica da sua formação.

CONCLUSÃO

Emergências oftalmológicas ocorrem em quantidade suficiente para justificar mais serviços especializados nesse ramo de assistência. Um encaminhamento dos pacientes vindos de serviços de menor complexidade mostrou-se associado a queixas que, de fato, necessitam de acompanhamento adicional ou mesmo cirurgia. A grande variedade de apresentações clínicas, diferentes em gravidade e complexidade, pode justificar uma reanálise da organização do SUS no estado de Santa Catarina. Deve-se ter por finalidade reduzir deslocamentos e filas de espera; diminuir o índice de desistências por consultas; desafogar serviços saturados; otimizar os investimentos públicos na saúde e, em última instância, melhorar a experiência geral dos usuários do SUS.

Conhecer o perfil epidemiológico dos atendimentos em qualquer serviço de saúde é crucial para a gestão dele, permitindo tomar decisões com base em evidências. Em se tratando de um serviço público de nível terciário, referência no seu estado, maior ainda é a importância de se conhecer sua realidade, possibilitando se argumentar com mais propriedade em defesa dele e seguir lutando por condições melhores de assistência à população.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Souza HD e Junior AG contribuíram na concepção e delineamento do estudo, coleta, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Padilha BVTC contribuiu na coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Marra ALFF, Schmoeller RN e Gembala L contribuíram na redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – (DATASUS). Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [citado 2024 7 jun]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2024 Jun 7]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>
3. Carvalho RS, José NK. Ophthalmology emergency room at the University of São Paulo General Hospital: a tertiary hospital providing primary and secondary level care. *Clinics*. 2007;62(3):301-8.
4. Campos GM, Brum IV, Brum IV. Perfil epidemiológico dos atendimentos em um serviço público de urgência oftalmológica. *Rev Bras Oftalmol*. 2019;78(5):297-9.
5. Rassi AJ, Nascimento JL, Duarte LC, Freitas LP, Filice LC, Morais LT et al. Epidemiologia das urgências e emergências oftalmológicas em um hospital universitário terciário. *Rev Bras Oftalmol*. 2020;79(4): 227-30.
6. Ribeiro LZ, Nakayama LF, Bergamo VC, Regatieri CVS. Ophthalmology emergency department visits in a Brazilian tertiary hospital over the last 11 years: data analysis. *Arq Bras Oftalmol*. 2023;86(5):e20230067.
7. Costa AS, Rosa A, Murta J, Bernardes MJ, Bernardes L. COVID-19: Impactos sobre a Urgência de Oftalmologia. *Revista Sociedade Portuguesa de Oftalmologia*. 2021;45(2):79-88.
8. Samoilă O, Ostriceanu S, Samoilă L. Epidemiology of ocular emergencies in Cluj ophthalmology clinic. *Rom J Ophthalmol*. 2016;60(3):165-9.
9. Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação. Gerência de Planejamento do Sistema Único de Saúde. Plano Operativo para a Organização da Rede Estadual de Atenção em Oftalmologia de Santa Catarina. 2008 [citado 2024 7 jun]. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/planos-operativos/plano-de-oftalmologia/2506-plano-de-oftalmologia/file>
10. Fineberg HV. Ten weeks to crush the curve. *N Engl J Med*. 2020;382(17):e37.
11. Blumenthal D, Fowler EJ, Abrams M, Collins SR. Covid-19 - Implications for the Health Care System. *N Engl J Med*. 2020;383(15):1483-8. Erratum in: *N Engl J Med*. 2020 Jul 23;: PMID: 32706956.
12. Oliveira WK, Duarte E, França GV, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(2):e2020044,
13. Kara-Junior N, Zanatto MC, Villaça VT, Nagamati LT, Kara-José N. Aspectos médicos e sociais no atendimento oftalmológico de urgência. *Arq Bras Oftalmol*. 2001;64(1):39-43.