

Avaliação de conhecimentos oftalmológicos entre pediatras

PAULO GOIS MANSO¹; MYRIAN DEBERT-RIBEIRO²; RUBENS BELFORT JR.³; NILTON H. CHINEN¹; ANA LIA P. NIERO¹
CHRISTIANE R. RIBEIRO¹

O conhecimento dos determinantes da cegueira e a distribuição desta condição na população brasileira é ainda restrita, apesar de trabalhos recentes nesta área¹⁻⁹.

Apesar do crescimento em termos da sua prevalência, países não desenvolvidos parecem apresentar taxas cerca de 10 a 40 vezes maiores do que aquelas observadas em países desenvolvidos¹⁰.

Estudos realizados pela Organização Mundial da Saúde referem que cerca de 75% dos casos de cegueira são passíveis de prevenção, o que implicaria em grande redução do sofrimento humano associado, e dos consideráveis custos econômicos e sociais dos tratamentos especializados e programas de reabilitação¹⁰.

Em relação aos casos de cegueira, deve-se salientar que um contingente relativamente numeroso de crianças com patologias oculares em nosso meio chega com atraso ao oftalmologista por deficiências estruturais dos serviços médicos⁹.

A distribuição inadequada de oftalmologistas nas diferenças regiões de país¹¹, com carência regional de especialistas mesmo em Estados mais desenvolvidos como de São Paulo¹⁴, transfere aos pediatras grande parcela do atendimento inicial dos pacientes.

A partir do reconhecimento destas características de prestação de serviços, o Plano Nacional de Saúde Ocular, passa a considerar a importante função do pediatra, na detecção, instituição da terapêutica e encaminhamento ao especialista¹⁵.

É neste contexto que se torna fundamental em um primeiro momento, buscar conhecer os níveis de formação e informação oftalmológica existente entre pediatras, constituindo-se este o objetivo central do presente trabalho.

OBSERVAÇÃO E MÉTODOS

Um questionário elaborado pelos autores após estudo preliminar, foi aplicado a 67 pediatras, que constituem cerca de 90% dos profissionais da área que trabalham na cidade de Jundiaí (300.000 habitantes a 60 Km. de São Paulo). O referido instrumento foi aplicado por dois dos autores (ALPN e CRR) em conjunto, previamente treinados quanto à técnica de condução das entrevistas.

O questionário incluiu uma parte inicial de caracterização do médico a partir de informações como idade, ano e Faculdade de formação, curso de especialização (residência ou estágio), título de especia-

lista, função docente e carga horária semanal nas diferentes atividades.

A segunda parte foi constituída de 17 testes de tipo certo ou errado e quatro perguntas com respostas abertas. Algumas das questões, intencionalmente repetidas, foram colocadas em folhas diferentes e não se permitiu ao entrevistado voltar para se certificar da resposta anterior nem mudar conceito anteriormente emitido. As entrevistas tiveram duração de 15 a 20 minutos.

Para proceder à validação do questionário, comparou-se a proporção de acertos nos 28% superiores e inferiores para cada item, de acordo com o número de acertos com escores corrigidos (número de acertos menos número de erros), considerando-se item adequado aquele que apresentasse diferença maior que 20% entre grupos com desempenho marcadamente diversos.

Assim comparou-se o comportamento do grupo formado pelos 19 pediatras com maior número de acertos (grupo A) com o do grupo formado pelos 19 pediatras com menor número de acertos (grupo B).

RESULTADOS

Dos 67 pediatras entrevistados, 43,3% pertenciam a grupo etário de 25 a 30 anos, 40,3% de 31 a 40 anos e 16,4% tinham mais de 40 anos. Quanto ao tempo de formado, 37,3% eram formados há menos de 5 anos, 47,8% entre 6 e 14 anos e 14,9% mais de 14 anos.

Quanto à Faculdade de Medicina de origem, 40,3% se formaram na Faculdade de Medicina de Jundiaí; 26,9% em outras Faculdades do Estado de São Paulo e 32,8% em outros Estados.

Em relação a curso de aperfeiçoamento após a graduação, 10,4% fazem residência; 53,7% fizeram residência; 3% fazem estágio; 31,4% fizeram estágio e apenas 1 pediatra (1,5%) não fez curso algum.

Dos entrevistados, 53,7% possuíam título de especialista e o grupo apresentava 17,9% de pediatras com função docente.

O estudo da jornada semanal de trabalho mostrou 28,3% com menos de 40 horas; 38,8% entre 40 e 69 horas; 26,9% entre 70 e 99 horas e 6% com mais de 100 horas de trabalho.

Dentre os integrantes do grupo A (maiores proporções de acertos) 42,1% tinham título de especialista, enquanto que entre os integrantes do grupo B, 57,9% eram especialistas.

(1) Faculdade de Medicina de Jundiaí.

(2) Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina.

(3) Professor Adjunto-Doutor em Imunologia; Doutor em Oftalmologia da Disciplina de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.
Endereço p/ correspondência: Caixa Postal 4086 — CEP 01051 — São Paulo — Brasil

Estavam no grupo A 36% dos docentes e no grupo B havia apenas 1 docente (5,3%).

Os médicos mais jovens tiveram tendência a apresentar maior número de acertos, conforme se verifica na tabela 1. A análise dos resultados quanto ao tempo de formado levou a resultado semelhante.

Tabela 1
Número e Percentagem de Pediatras com maior e menor número de acertos de acordo com o grupo etário.

| Grupo Etário | 28% n | Superiores % | 28% n | Inferiores % |
|--------------|----------|-----------------|----------|-----------------|
| 25-30 | 11 | 57,9 | 6 | 31,6 |
| 31-40 | 4 | 21,1 | 8 | 42,1 |
| 41 + | 4 | 21,0 | 5 | 26,3 |
| TOTAL | 19 | 100,00 | 19 | 100,00 |

Quanto à faculdade de formatura, verificou-se que a maior parte dos médicos formados na Faculdade de Medicina de Jundiaí estavam dentre os de melhor desempenho, seguidos pelos formados em outras faculdades do Estado de São Paulo. Os médicos formados em outros Estados apresentaram menor número de acertos.

Tabela 2
Distribuição dos Pediatras com maior índice de acertos de acordo com Faculdade que se formou.

| Faculdades | 28% n | Superiores % | 28% n | Inferiores % |
|----------------|----------|-----------------|----------|-----------------|
| Jundiaí | 10 | 52,6 | 4 | 21,1 |
| Outras Cidades | | | | |
| Estado SP | 4 | 21,1 | 5 | 26,3 |
| Outros Estados | 5 | 26,3 | 10 | 52,6 |
| TOTAL | 19 | 100,00 | 19 | 100,00 |

O estudo do desempenho nos testes, de acordo com a carga horária semanal de trabalho não levou a identificação de desempenhos diferentes nos grupos.

As 17 questões de respostas certo ou errado foram analisadas, quanto a sua eficácia como instrumento de avaliação de conhecimento, considerando-se como teste adequado aquele com diferença maior de 20% entre os grupos de examinados com maiores e menores índices de acerto.

A análise das respostas mostrou que 14,9% dos pediatras desconhecem a composição dos colírios que prescrevem. Seis por cento ao tentar prescrever apenas colírio de antibiótico o fazem para um produto que também contém esteróide; 7,5% prescrevem esteróide ao tentar usar associação de antibiótico com esteróide e 14,9% ao tentar usar esteróide utiliza antibiótico associado sem o saber.

Colírios de esteróide são receitados e chega-se mesmo a prescrever colírio de anestésico.

Quinze por cento dos pediatras desconhecem que a iatrogenia ocular causada por colírios de esteróide é grande entre nós e 32% desconhecem que catarata, glaucoma, piora de infecções herpéticas e bacterianas são complicações frequentes do tratamento com corticóides tópicos.

A análise das questões mostra 31,4% dos pediatras desconhecem que a indicação de cirurgia no glaucoma congênito é imediata; 61,2% não encami-

nam ao oftalmologista crianças com quadro típico de glaucoma congênito e 70,1% desconhecem o diagnóstico diferencial de glaucoma congênito e patologia de vias lacrimais excretoras.

A indicação cirúrgica imediata em catarata congênita bilateral é desconhecida por 37,3% dos pediatras e 43,3% não sabem que a criança operada de catarata necessita de óculos para desenvolver sua visão.

Em relação à vitamina A, 88% dos pediatras acreditam que a hipovitaminose A é causa importante de cegueira no Brasil e 45% em São Paulo e 56,7% desconhecem a importância da fibroplasia retrocristaliniana como causa de cegueira.

A oftalmia neo-natal segundo 40,3% dos entrevistados é ainda um problema importante em São Paulo e 94,7% sabem que o nitrato de prata a 1% é a melhor profilaxia.

A análise das questões mostra que 59,7% dos entrevistados acham importante avaliar a visão a partir dos 3 anos mas somente 25,4% dos pediatras avaliavam a acuidade visual, sendo que 25,4% dos entrevistados consideram desnecessário verificar a visão das crianças abaixo da idade escolar. Apenas 64,2% dos pediatras consideram que a criança estrábica deve ser encaminhada ao oftalmologista logo após os seis meses de idade e 82,1% dos entrevistados responderam que o uso de óculos previne a piora das alterações da refração enquanto 83,6% considera que cefaleias por causa refracional são frequentes em crianças com menos de 10 anos de idade.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados sugerem que o nível de conhecimentos oftalmológicos entre pediatras é deficiente. Trabalho anterior indicou que importante grupo com patologia ocular no nosso meio é constituído por crianças que chegam com atraso ao oftalmologista, por deficiência de atendimento do sistema ou por demora de encaminhamento por parte das equipes de saúde⁹.

A atenção à visão na criança é prioritária pois o sistema visual, para alcançar visão normal necessita receber estímulos adequados na infância, principalmente até os 6 anos de idade¹⁶. A instalação de qualquer patologia ocular, ainda que transitória e benigna num adulto, pode levar a consequências visuais sérias na criança ao não permitir a formação retiniana da imagem com consequente baixa visual uni ou bilateral permanente⁵.

A qualidade da assistência médica prestada depende de vários fatores, além do nível de informação do médico; entre eles suas condições de trabalho, capacidade do sistema de saúde em suportar a demanda de atendimento e possibilidade do paciente se submeter ao tratamento e adquirir os medicamentos. No presente trabalho avaliamos, apenas do ponto de vista teórico, o conhecimento dos pediatras. Isso não significa que estes conhecimentos se traduzam como tal no exercício da prática médica, sendo provável que as condições de trabalho diminuam ainda mais o rendimento profissional destes conhecimentos.

Os pediatras mais jovens apresentaram maior número de acertos, fato que pode se dever a melhora do curso médico, menor tempo decorrido entre o curso de oftalmologia e aferição do conhecimento ou vies na elaboração do questionário que apresenta aspectos considerados pela geração atual de professores de oftalmologia como os mais importantes. O melhor desempenho de pediatras mais jovens e formados há menos tempo não significa necessariamente uma melhoria na informação oftalmológica entre os pediatras a longo prazo. A ausência de cursos de reciclagem oftalmológica para pediatras, juntamente com o desenvolvimento cada vez mais rápido da especialidade tende provavelmente a fazer estes profissionais jovens apresentarem menor desempenho no futuro.

A maior porcentagem de acertos entre os pediatras formados em Jundiá pode ser em parte explicado pela ênfase nos aspectos preventivos, característica do Curso de Graduação em Oftalmologia daquela Faculdade, desde seu início.

É importante salientar que na população estudada os pediatras com título de especialistas não apresentaram desempenho melhor que os outros pediatras. Por outro lado, o exercício de atividade docente, não implicou também em maior número de acertos, levantando dúvidas quanto ao nível de informações oftalmológicas transmitidas.

A análise dos resultados mostra que os pediatras, talvez pela inexistência de cursos de reciclagem, estão desatualizados.

Assim, conceitos clássicos no passado e que foram transformados nos últimos 10 ou 20 anos, pela mudança médico-tecnológica não foram absorvidos ainda. Entre estes itens podemos incluir a indicação precoce da cirurgia da catarata congênita bilateral e do glaucoma congênito além da iatrogenia por colírios, principalmente contendo corticóides.

Julgamos que o presente trabalho, ainda que realizado em apenas uma cidade do país e com número limitado de pediatras entrevistados, sugere a necessidade de promover a atualização dos conhecimentos de oftalmologia entre Pediatras para que estes possam desempenhar melhor seu papel na solução de doenças oculares simples, detecção de patologias mais importantes e encaminhamento adequado.

RESUMO

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Ocular, cabe ao pediatra o tratamento das afecções oculares mais simples, bem como o encaminhamento oftalmológico quando necessário.

Estudo preliminar mostrou que em São Paulo um grupo de crianças chega com atraso ao oftalmologista devido a deficiências estruturais do serviço de saúde.

O objetivo do presente estudo foi o de avaliar o nível de informação oftalmológica entre pediatras da cidade de Jundiá (300.000 habitantes e 60 Km. da cidade de São Paulo).

Os resultados indicam que o nível de informação oftalmológica entre grande número de pediatras é pobre.

A falta de informação sobre a iatrogenia ocular do tratamento tóxico e sobre a necessidade de se avaliar a acuidade visual na infância bem como do encaminhamento rápido em casos de glaucoma e catarata congênitos são preocupantes.

Os dados sugerem que atualmente os pediatras talvez não estejam especificamente preparados a atuar entre o oftalmologista e o paciente.

Sugere-se que os cursos de graduação médica e de residência ou especialização em pediatria tenham conteúdo programático adequado ao bom desempenho da pediatria também em doenças oculares.

SUMMARY

Under the National Ocular Health Program, the pediatrician is supposed both to provide non specialized ocular care as well as to refer severe cases to ophthalmic treatment.

In a previous paper it was shown that a large group of children with a variety of ophthalmologic pathologies has a later referral to the specialist given to structural deficiencies in health services.

The objective of the present study is to assess certain features of ophthalmologic skills and information level among pediatricians from the city of Jundiá. (300.000 inhabitants and about 60 Km. from São Paulo).

The results have indicated that the level of ophthalmologic information if a great number of pediatricians is poor. Acknowledgement of the topical treatment iatrogeny and of the need for measurement of visual acuity in childhood as well as those aspects relating to easily referral for congenital glaucoma and cataract are issues of major concern.

The data suggests that on the current basis the pediatrician's skills do not enable him to fill in the gap between pediatric patients and ophthalmologists.

It is suggested that content of medical school courses and residency programs should be updated so that pediatrician's role in primary ocular care could be implemented in a more satisfactory way.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ROSÁRIO, E. R. — Levantamento de Cegueira no Estado de São Paulo — Anais do XVI Congresso Bras. de Oftal.: 288-90, 1971.
2. BELFORT Jr., R. — Levantamento dos casos de Cegueira atendidos pelo ambulatório de Oftalmologia da EPM no ano de 1965. Arq. Bras. Oftal. 35: 28-33, 1972.
3. FARIAS, N. L. — Prevenção de cegueira no Brasil. Rev. Bras. de Oftal. 34: 5-12, 1975.
4. PICOLI, P. M.; DINIZ, A. S.; SOARANS, F. J. E.; GUERRA, C. A.; MARTINELLI NETO, G. — Causa de Cegueira no Instituto Burnier, estudo comparativo entre os anos de 1956, 1966 e 1976. Arq. Bras. Oftal. 41: 143-146, 1978.
5. COSTA, M. N.; JOSÉ, N. K.; MACHIAVERNI F., N.; RANGEL, F. F. — Estudo da incidência de Ambliopia, Estrabismo e Anisometropia em pré-escolares. Arq. Bras. Oftal. 34: 249-252, 1979.
6. MACHIAVERNI F., N.; JOSÉ, N. K.; RIEDA, G.; PEREIRA, V. L.; COSTA, M. N.; RANGEL, F. F.; FAVERO, M. — Levantamento oftalmológico em escolares da primeira e quarta séries do primeiro grau na cidade de Paulínia, São Paulo. Arq. Bras. Oftal. 42: 289-294, 1979.
7. ABREU, M. T.; HIRATA, P. S.; BELFORT Jr., R.; DOMINGOS S. — Uveíte em São Paulo. Arq. Bras. Oftal. 43: 10-16, 1980.
8. ALVES, M. R. & KARA JOSÉ, N. — Ulcera de Córnea em crianças. Arq. Bras. Oftal. 43: 131-133, 1980.
9. LIMA, A. L. H.; RIBEIRO, M. B. D.; BELFORT Jr., R.; OTTAIANO, J. A. A.; NÓBREGA, M. J.; LEWINSKY, R. — Prevalência de diferentes patologias e causas de cegueira em pacientes atendidos em serviço de SP. Arq. Bras. Oftal. 45: 193-197, 1982.
10. THYLEFORS, B. — La ceguera evitable. Salud Mundial, p. 2, Enero, 1983.
11. OMS — Pautas para los programas de prevencion de la ceguera. Ginebra, 1980, p. 9-10.
12. Sinopse Preliminar do Censo Demográfico. 9º Recenseamento Geral do Brasil, 1980, vol. I, Tomo I, nº 1 — R. J. — Inge 1981.
13. SARTORI, M. B. C.; MARTINS, M. C.; BELFORT Jr., R. — Distribuição de Oftalmologistas nas diferentes mesoregiões, estados do Brasil e cidades brasileiras mais populosas e respectivos índices de oftalmologistas por número de habitantes e oftalmologistas por número de médicos. Arq. Bras. Oftal. 47: 182-186, 1984.
14. MARTINS, M. C.; SARTORI, M. B. C.; BELFORT Jr., R. — Distribuição de Oftalmologistas nas diferentes regiões e municípios do Estado de São Paulo e respectivos índices de oftalmologistas por número de habitantes e de oftalmologistas por número total de médicos. Arq. Bras. Oftal. 47: 201-209, 1984.
15. THYLEFORS, B.; RUIZ, L.; NETO, F. P. C.; CARDOSO, M. D. P. S.; ROMERO, L. C.; BARROS, O. M.; NISKIER, H. & CARREL, R. C. — Proposta de um plano nacional de saúde ocular, com ênfase na atenção primária. Arq. Bras. Oftal. 47: 1-6, 1984.
16. PARKS, M. M. — Single Binocular Vision. In Duane T. D. Clinical Ophthalmology, vol. I, cap. 5, 1981.