

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS**

**Maristella Mares Leite Cirilo Moura**

**Avaliação da qualidade de um serviço de assistência oftalmológica da  
atenção secundária do Sistema Único de Saúde na percepção dos usuários  
e/ou de seus pais ou responsáveis em uma cidade do Sudoeste da Bahia**

**Vitória da Conquista  
2022**



**Maristella Mares Leite Cirilo Moura**

**Avaliação da qualidade de um serviço de assistência oftalmológica da  
atenção secundária do Sistema Único de Saúde na percepção dos usuários  
e/ou de seus pais ou responsáveis em uma cidade do Sudoeste da Bahia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Mestrado Interinstitucional (MINTER), em parceria com o Instituto de Pesquisa e Extensão em Saúde Pública (INPES), como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Epidemiologia Geral e Epidemiologia Molecular

Orientadora: Dra. Andréa Maria Eleutério de Barros Lima  
Martins

Coorientadora: Dra. Thaísa Soares Crespo

**Vitória da Conquista  
2022**

M929a Moura, Maristella Mares Leite Cirilo.  
Avaliação da qualidade de um serviço de assistência oftalmológica da atenção secundária do Sistema Único de Saúde na percepção dos usuários e/ou de seus pais ou responsáveis em uma cidade do sudoeste da Bahia [manuscrito] / Maristella Mares Leite Cirilo Moura. – Montes Claros (MG), Vitória da Conquista (BA), 2022.  
97 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes,

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2022.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins.

Coorientadora: Profa. Dra. Thaísa Soares Crespo.

1. Avaliação dos serviços de saúde. 2. Serviço oftalmológico. 3. Qualidade da assistência à saúde. 4. Acesso aos serviços de saúde. 5. Oftalmologia. 6. Sistema Único de Saúde – SUS. I. Martins, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima. II. Crespo, Thaísa Soares. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.

Catálogo: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS-Unimontes**  
**INSTITUTO DE PESQUISAS E EXTENSÃO EM SAÚDE PÚBLICA (INPES)**

Reitor: Prof. Antônio Alvimar Souza

Vice-reitora: Prof.<sup>a</sup> Ilva Ruas de Abreu

Pró-reitora de Pesquisa: Prof.<sup>a</sup> Clarice Diniz Alvarenga Corsato

Coordenadoria de Controle e Acompanhamento de Projetos: Prof. Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Prof.<sup>a</sup> Maria Alice Ferreira dos Santos

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Prof.<sup>a</sup> Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de pós-graduação: Prof. André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de pós-graduação lato sensu: Allysson Steve Mota Lacerda

Coordenadoria de pós-graduação Stricto sensu: Marcos Flávio Silveira Vasconcelos D'Angelo

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Coordenador: Prof. Alfredo Maurício Batista de Paula

Subcoordenador: Prof. Renato Sobral Monteiro Junior

**INSTITUTO DE PESQUISAS E EXTENSÃO EM SAÚDE PÚBLICA (INPES)**

Presidente: Prof. Stenio Fernando Pimentel Duarte

Diretor: Prof. Felipe Oliveira Bittencourt

**CANDIDATA:** MARISTELLA MARES LEITE CIRILO MOURA

**TÍTULO DA DISSERTAÇÃO:** Avaliação da qualidade de um serviço de assistência oftalmológica da atenção secundária do Sistema Único de Saúde na percepção dos usuários e/ou de seus pais ou responsáveis em uma cidade do Sudoeste da Bahia.

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:** Saúde Coletiva

**LINHA DE PESQUISA:** Epidemiologia Populacional e Molecular

**BANCA (TITULARES)**

PROF. DR Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins - ORIENTADOR

PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup> Thaísa Soares Crespo - COORIENTADOR

PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup> Cristina Andrade Sampaio

PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup> Raquel Conceição Ferreira

**ASSINATURAS**

*Andréa M. Eleutério de Barros Lima Martins*

*Thaísa Soares Crespo*

*Cristina Andrade Sampaio*

*Raquel Conceição Ferreira*

**BANCA (SUPLENTES)**

PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup> Lucyana Conceição Farias

PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup> Maria Tereza Carvalho Almeida

**ASSINATURAS**

*Lucyana Conceição Farias*

*Maria Tereza Carvalho Almeida*

**RESULTADO DA ANÁLISE DA DEFESA PELA BANCA  
EXAMINADORA:**

**APROVADA**

**REPROVADA**

Hospital Universitário Clemente Faria – HUCF  
<http://www.unimontes.br> / [ppgcs@unimontes.br](mailto:ppgcs@unimontes.br)  
Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372  
Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros-MG, Brasil/CEP: 39401001





## AGRADECIMENTOS

Em dezembro de 2019, saiu o resultado da seleção do PPGCS (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde), parceria do INPES com a Unimontes. Fiquei muito feliz, mesmo consciente de que precisaria disponibilizar o tempo que um mestrado exige.

O primeiro módulo iniciou em 2020. Nesse período surge a pandemia provocada pelo COVID-19, entretanto prosseguimos com as atividades. Passados quase dois anos, seguindo nosso calendário, mesmo em meio a expectativas, medos, dores, perdas, incertezas, etc. conseguimos concluir o último módulo. Que vitória!

Diante das restrições impostas pela pandemia, sem possibilidades de viagens, reuniões ou quaisquer eventos sociais, tive oportunidade de utilizar o meu tempo de forma extremamente produtiva, não o ocupando apenas com as preocupações inerentes a uma pandemia. Foram momentos delicados e desafiadores principalmente para mim que havia concluído a graduação há um certo tempo. Contudo, com a ajuda de muitos, consegui vencer.

Agradeço, primeiramente a Deus, que me permitiu iniciar e continuar o mestrado, na ocasião certa, no tempo certo, e assim realizar um sonho há muito desejado.

Gratidão a meus pais Cirilo e Penha, que sempre me apoiaram e estiveram presentes em todos os momentos da minha vida.

Gratidão aos meus filhos, Rafael e Fernanda, bênçãos em minha vida.

Gratidão a Salomão, por me incentivar a enfrentar desafios.

Gratidão a minha querida orientadora, professora Dra. Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins, por sua competência e dedicação.

Gratidão a minha coorientadora, professora Dra. Thaisa Soares Crespo, por suas contribuições na elaboração dessa dissertação.

Gratidão a minha colega, e doutoranda Nadja Rabelo, cujas palavras encorajadoras e apoio me ajudaram a prosseguir quando eu pensava que não iria dar conta.

Gratidão aos nossos professores que ao ministrar as disciplinas com maestria e dedicação consolidavam a excelência do programa.

Gratidão a todas as outras pessoas, que direta ou indiretamente me apoiaram nesta valiosa conquista.

*“A qualidade nunca se obtém por acaso; ela é sempre o resultado do esforço inteligente.”*

John Ruskin



## RESUMO

A visão, assim como os distintos sentidos, é fundamental para a manutenção da qualidade de vida das pessoas. A funcionalidade visual pode ser assegurada por serviços oftalmológicos acessíveis e de qualidade. Objetivou-se avaliar e caracterizar a qualidade da assistência oftalmológica ofertada em uma unidade de serviços ambulatoriais da atenção secundária do SUS. Assim como, identificar fatores associados a menores níveis dessa qualidade na percepção dos usuários e/ou dos responsáveis por estes usuários. Foi estimada uma amostra probabilística para população finita de 1058 usuários e/ou responsáveis por usuários assistidas em uma unidade de serviço oftalmológico do sudoeste da Bahia. Os seguintes parâmetros foram considerados: universo ou  $N=1058$ ; grau de confiança ou escore padronizado ( $Z$ ) =1,96; proporção de ocorrência  $p= 0,5$ ; e erro amostral  $e=0,05$ . Dentre os 1058 que haviam consultado do dia 01 de setembro de 2019 a 31 de março de 2020 foram sorteados 422, destes apenas 389 eram elegíveis. Os participantes foram entrevistados via telefone. A variável dependente foi estimada pelo método aditivo simples considerando as doze questões do Questionário de Responsividade à Satisfação com a Assistência Ocular (QRSAO), variando de 12 a 60, sendo que 12 seria a qualidade máxima e 60 a qualidade mínima. Foram calculadas média, Intervalo de Confiança à 95% e Desvio padrão dessa escala, que foi dicotomizada considerando o limite superior do intervalo de confiança como ponto de corte. Foram conduzidas análises descritivas (valor absoluto e percentual/média, desvio padrão, amplitude e intervalo de confiança a 95%), análises bivariadas por meio do teste do qui-quadrado. O modelo múltiplo considerou as variáveis com valor  $p \leq 0,20$  na análise bivariada. Dentre os 389 elegíveis convidados 378 aceitaram participar da pesquisa, ou seja, a taxa de resposta foi de 97,17%. Dos 389, 132 tinham menos de 18 anos, portanto, entre estes a entrevista foi feita com os pais ou responsáveis. A média da idade dos participantes foi de 30,69 anos (IC 95% = 28,94-32,44 / DP = 17,55), amplitude de 1 a 72 anos. A escolaridade média dos participantes foi de 12,32 anos (IC 95% = 11,78-12,86 / DP = 4,85), amplitude de 1 a 25 anos. A renda per capita média foi de R\$ 785,94 (IC 95% = R\$ 699,58–872,30 / DP = 616,18), amplitude de 0 a 6000 reais. O escore médio referente ao nível da qualidade da assistência foi de 18,37 (IC 95% de 18,25-18,50 / DP = 1,22), amplitude de 14 a 24. Constatou-se que dentre as 12 questões constituintes do QRSAO somente a questão referente a “liberdade de escolher o prestador do cuidado ocular” foi avaliada de forma negativa. Todos os participantes avaliaram de forma positiva a qualidade da assistência oftalmológica, ao se considerar a distribuição média e DP do escore. Entretanto, ao se considerar o ponto de corte adotado, 55% dos participantes apresentaram menores níveis de

satisfação. Foram registradas associações entre os menores níveis de satisfação e o sexo masculino; a faixa etária  $\geq 60$  anos; a escolaridade em anos  $\geq 12$ ; a raça branca autodeclarada; a renda per capita  $\geq$  a um salário mínimo; o estado civil de casado; a autopercepção da saúde como ótima. Todos avaliaram a qualidade da assistência de forma positiva, sendo assim, entre os satisfeitos, foram identificados os fatores associados aos menores níveis de satisfação. Dessa forma, esses fatores devem ser considerados pelos gestores e prestadores desses serviços, tendo em vista a busca pela qualidade total e o aperfeiçoamento da assistência à saúde oftalmológica no serviço em questão.

Palavras-Chave: Avaliação dos serviços de saúde. Serviço oftalmológico. Qualidade da assistência à saúde. Acesso aos serviços de saúde. Oftalmologia.

## ABSTRACT

Vision, as well as the other senses, is fundamental for the maintenance of people's quality of life. Visual functionality can be ensured by affordable, high-quality eye care services. The objective was to evaluate and characterize the quality of eye care offered in an outpatient service unit of SUS secondary care. In addition, factors associated with low quality levels perceived by users and/or those responsible for the users were identified. A probabilistic sample was estimated for a finite population of 1058 users and/or those responsible for users assisted in an eye service unit in Northeast of Brazil. The following parameters were considered: universe or  $N=1058$ ; confidence level or standardized score ( $Z$ ) = 1.96; rate ratio ( $p$ ) = 0.5; and sampling error ( $e$ ) = 0.05. Of 1058 people consulted from September 1, 2019 to March 31, 2020, 422 were randomly selected, of which only 389 were eligible. Participants were interviewed via telephone. The dependent variable was estimated by the simple additive method considering 12 questions of the Questionnaire of Responsiveness to Eye Care System. Quality scale ranged from 12 to 60, with 12 meaning the highest quality and 60, the lowest quality. Mean, Confidence Interval at 95% and Standard Deviation of this scale were calculated, which was dichotomized considering the upper limit of the confidence interval as the cut-off point. Descriptive analyzes (absolute value and percentage/mean, standard deviation, range, and 95% confidence interval) and bivariate analyzes using the chi-square test were performed. The multiple model considered variables with  $p$ -value  $\leq 0.20$  in the bivariate analysis. Of the 389 eligible people, 378 accepted to participate in the survey, which represents a acceptance rate of 97.17%. Of the 389, 132 were under 18 years of age, therefore, the interview was conducted with the minors accompanied by their parents or guardians. The mean age of the participants was 30.69 years (95% CI = 28.94-32.44 / SD = 17.55), ranging from 1 to 72 years. The participants' mean years of schooling was 12.32 years (95% CI = 11.78-12.86 / SD = 4.85), ranging from 1 to 25 years. The average per capita income was R\$ 785.94 (95% CI = R\$ 699.58-872.30 / SD = 616.18), ranging from 0 to 6,000 reais. The mean score referring to the quality of eye care was 18.37 (95% CI 18.25-18.50 / SD = 1.22), ranging from 14 to 24. Of the 12 questions from the questionnaire, only the question referring to "freedom to choose the eye care provider" was evaluated negatively. All participants evaluated positively the quality of eye care, when considering the mean distribution and SD of the score. However, when considering the cut-off point, 55% of the participants showed lower levels of satisfaction. The lowest levels of satisfaction were associated with males; the age group  $\geq 60$  years; schooling in years  $\geq 12$ ; the self-declared white race; per capita income  $\geq$  one minimum wage; the marital status of married; and self-perception of health as

excellent. All participants evaluated the quality of care positively; thus, among those who were satisfied, the factors associated with lower levels of satisfaction were identified. Therefore, these factors must be considered by the managers and providers of eye care services to seek constant improvement of eye health care.

**Keywords:** Evaluation of health services. Ophthalmological service. Quality of health care. Access to health services. Ophthalmology

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CBO	Conselho Brasileiro de Oftalmologia
CEMAE	Centro Médico de Atenção Especializada
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LS	Letramento em Saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PIB	Produto Interno Bruto
PSQ-18	<i>Patient Satisfaction Questionnaire</i>
QRSAO	Questionário de Responsividade ao Sistema de Cuidado Oftalmológico
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library on line</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido





## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	18
2 OBJETIVOS .....	26
2.1 Objetivo geral.....	26
2.2 Objetivos específicos.....	26
3 METODOLOGIA .....	28
3.1 Delineamento .....	28
3.2 População do estudo.....	28
3.2.2 Local do estudo .....	28
3.2.3 Instrumento para coleta de dados .....	30
3.2.4 Coleta de dados .....	30
3.2.5 Variáveis analisadas .....	31
3.2.6 Análises estatísticas .....	31
3.2.7 Questões Éticas.....	31
4 PRODUTOS .....	34
4.1 Artigo 1.....	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	62
REFERÊNCIAS .....	64
APÊNDICES .....	68
APÊNDICE A - Questionário das condições demográficas e socioeconômicas .....	68
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	70
ANEXOS.....	72
ANEXO A - Termo de concordância da Instituição para participar da pesquisa.....	72
ANEXO B - Termo de responsabilidade para acesso, manipulação, coleta e uso das informações de sigilo profissional para fins científicos (arquivos de saúde, judiciais e outros) .....	74
ANEXO C - Questionário de Responsividade ao Sistema de Cuidado Ocular.....	76
ANEXO D - Parecer do CEP.....	86
ANEXO E – Instruções para autores do periódico Cadernos de Saúde Pública .....	92



## 1 INTRODUÇÃO

A reflexão sobre temas relacionados ao setor saúde no intuito de alcançar qualidade de vida entusiasmou várias conferências, como a de Alma-Ata, em 1978, Ottawa, em 1986, e a de Bogotá, em 1992. Elas propunham “saúde para todos” como direito principal do indivíduo (HEIDEMANN *et al.*, 2006). Na carta de Ottawa, publicada em 1986, na primeira referência mundial de promoção à saúde foi apontada a importância da capacitação e da participação da comunidade no controle do processo de melhoria de sua qualidade de vida e saúde (WHO, 1986). Sendo assim, ressalta-se a importância da participação do usuário dos serviços de saúde na condução de seu tratamento.

No Brasil, também em 1986, foi concretizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde assinalando o princípio da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram propostas melhoras administrativas, políticas e organizativas dentro do campo das políticas públicas de saúde. Foi nesta conjuntura que a participação pública, um dos pilares do SUS, foi legalizada, consentindo aos representantes dos usuários dos serviços de saúde decidir, acompanhar a efetivação e vigiar as políticas de saúde (LONGHI; CANTON, 2011). De acordo com o artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O SUS atua por meio de gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, requerendo a participação da sociedade em todos os níveis de governo com a finalidade de fornecer uma atenção preventiva e curativa, abrangente e universal. No entanto existem desafios a serem enfrentados pelo SUS como a melhoria do financiamento, que visa garantir igualdade, universalidade e integralidade, com sustentabilidade a longo prazo. Há ainda a necessidade de adaptação do padrão de assistência à saúde para acatar as transformações demográficas e epidemiológicas do país buscando a promoção da qualidade da assistência à saúde e à segurança das pessoas.

Na assistência à saúde, são observados três níveis de atenção: a Atenção Primária à Saúde (APS), a atenção secundária e a atenção terciária. O objetivo da APS, denominada atenção básica no Brasil, é ofertar acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de atenção secundária e terciária. A atenção secundária corresponde à prestação de serviços especializados, cuja oferta no SUS, além de ser limitada, é prejudicada, pois o setor privado contratado, muitas vezes, dá preferência aos planos de saúde

e à assistência privada. O SUS é dependente de contratos com o setor privado, sobretudo naqueles de serviço de diagnóstico e terapêutica. A atenção terciária no SUS inclui alguns procedimentos de alto custo, realizados predominantemente por prestadores privados contratados e hospitais públicos de ensino. (PAIM *et al.*, 2011).

No processo de descentralização da saúde proposto pelo SUS em 1988, ocorreu a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1998, em Vitória da Conquista, BA. Esse município apresentava-se como o principal centro regional na prestação de serviços nas áreas de educação e saúde. Sendo assim, a implantação do PSF, que veio a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi um marco na evolução da APS no município. Em outubro de 1999, foi iniciada a gestão plena do sistema municipal de saúde em Vitória da Conquista e, na sequência, ocorreram mudanças na atenção especializada e hospitalar. Observou-se, na atenção secundária, a implantação do Centro Municipal de Atenção Especializada (CEMAE) e de outros serviços públicos especializados que visavam à incorporação de consultas médicas especializadas eletivas em diversas especialidades (SOLA, 2010).

No Brasil, surgiram também as Policlínicas Regionais de Saúde. A de Vitória da Conquista foi inaugurada em agosto de 2019, para ampliar a oferta de serviços na atenção secundária e mirar a atenção integral à saúde, a cura da doença em estágios iniciais, a diminuição de possíveis sequelas por tratamento e a queda nas taxas de hospitalização. Além do aspecto da economicidade, com diminuição da procura por internação e por procedimentos de maior aporte tecnológico em equipamentos médicos, constata-se que essas policlínicas têm valor social na qualidade de vida da população, pois elas promovem uma diminuição da procura por serviços de urgência e emergência. (BAHIA, 2019).

As Policlínicas Regionais de Saúde estão inseridas na política brasileira de Consórcios Inter Federativos de Saúde. Nesses consórcios, municípios de uma mesma região se vinculam para colaborar com o rateio dos custos com a assistência e ampliar o acesso ambulatorial às especialidades médicas. No estado da Bahia, eles foram idealizados para cobrir um vazio assistencial identificado na região. A cobertura da APS atingia mais de 70% do território baiano, mas não funcionava de forma resolutiva, pois faltava acesso aos médicos especialistas e à realização de exames diagnósticos para direcionar os tratamentos. Tais consórcios surgiram para garantir a oferta dos exames complementares e consultas especializadas, evitando que os pacientes precisassem ir para os hospitais com casos que podem e devem ser solucionados na atenção primária e secundária (BAHIA, 2019).

No contexto internacional e brasileiro, surgiram novas propostas e políticas de saúde. Dentre elas, destacam-se aquelas discutidas na 9ª Conferência Global para a Promoção da Saúde, realizada em 2015, que apresentou como produto a declaração de Xangai. Foi proposta uma agenda a ser alcançada até 2030, por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Essa agenda aborda os principais desafios no desenvolvimento social e promoção da equidade, abrangendo saúde e desenvolvimento e proteção do meio ambiente e dos recursos naturais. Foram também apresentados os três pilares para alcançar os ODS: cidades saudáveis, governos participativos e letramento em saúde.

A discussão abordando o tema criação de cidades saudáveis tem sido solicitada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pois governantes e lideranças locais têm a capacidade de aprimorar a saúde de seus cidadãos e organizar as cidades para florescer no século XXI. Outro alvo da Agenda tem como proposta de ação educar as pessoas por meio do Letramento em Saúde (LS), embasado na acessibilidade inclusiva e equitativa à educação de qualidade e aprendizado sobre cuidados em saúde. Associado a isto, o LS incentiva a busca pela saúde individual, familiar e comunitária, fortalecendo a participação do cidadão na determinação de direitos e serviços de qualidade e propiciando o engajamento em atuações coletivas de promoção da saúde (WHO, 2016).

O LS diz respeito à motivação, às habilidades pessoais, cognitivas e sociais que determinam a capacidade das pessoas em acessar, compreender, avaliar e aplicar as informações necessárias para promoção da saúde, prevenção de doenças e ou manutenção da boa saúde (SØRENSEN *et al.*, 2012). Nesse contexto, as organizações letradas em saúde devem ser projetadas para ajudar a construir um sistema centrado na pessoa, baseado em evidências científicas e em cuidados orientados para a qualidade. Essas organizações devem considerar guias que fornecem recomendações baseadas em evidências científicas para incrementar a adoção de práticas ou comportamentos saudáveis (FARMANOVA; BONNEVILLE; BOUCHARD, 2018), assim como a percepção dos usuários no que diz respeito à assistência à saúde.

Ao abordar a questão do LS, deve-se considerar a entrevista motivacional como passo inicial para garantir a qualidade da assistência à saúde (MILLER; ROLLNICK; 2009). No contexto dessa entrevista, o acolhimento é efetivado de maneira satisfatória e o paciente é motivado a adotar uma melhor aderência à terapêutica proposta e ao seguimento no uso do serviço de saúde, o que repercute em um aumento da qualidade de vida dos usuários (BARON-EPEL; DUSHENAT; FRIEDMAN, 2001; ARAKAWA, 2012). Várias ferramentas e técnicas são indicadas para melhorar o fornecimento de informações de saúde e garantir sua

compreensão, entendimento e uso, como a utilização de uma linguagem mais simples e dos métodos “*ask me three*”, “*teach-back*” e “*show-me*”.

O método “*ask me three*” é um programa educacional que estimula o paciente e seus familiares a realizarem 3 perguntas específicas para entender melhor suas condições de saúde e o que eles necessitam fazer para permanecerem saudáveis. As perguntas são: Qual o principal problema? O que eu preciso fazer? Por que é importante para mim fazer isso? No método “*teach-back*” os pacientes tentam explicar informações da saúde com suas próprias palavras (YEN; LEASURE, 2019). Este método é uma forma de checar o entendimento por meio da solicitação aos pacientes que, com suas palavras, descrevem o que eles precisam saber ou fazer acerca de sua saúde (AHRQ, 2020). Já no método “*show-me*”, o profissional da saúde solicita ao paciente que execute na sua presença o que foi proposto. Quando o paciente demonstrar “como fazer”, por exemplo, a injeção da insulina, possíveis erros técnicos podem ser visualizados e corrigidos (CAVANAUGH, 2011). O uso correto da insulina é necessário para o controle glicêmico adequado, que é importante para prevenir a retinopatia diabética e também para evitar oscilações na acuidade visual em função de alterações no índice de refração do humor aquoso (GAERNER *et al.*, 2014).

Os governos participativos, conforme proposta da Declaração de Xangai (WHO, 2016) e fundamentos do LS (SØRENSEN *et al.*, 2012; FARMANOVA; BONNEVILLE; BOUCHARD, 2018; YEN; LEASURE, 2019), devem considerar a opinião dos usuários referente à qualidade dos serviços de saúde como ferramenta necessária para atuar segundo as carências detectadas nos serviços e produtos da equipe de saúde. Logo faz-se necessário avaliar as subjetividades e as percepções dos usuários concernentes aos métodos de trabalho adotados no serviço de saúde (ALMEIDA; GOIS, 2020).

A qualidade da assistência à saúde é uma das inquietações crescentes entre os gestores dos serviços de saúde; diante disso, a avaliação do nível da qualidade da assistência à saúde ofertada aos usuários é fundamental. Os usuários podem expor indícios essenciais para melhorar e aprimorar a qualidade dos serviços de assistência à saúde, com a identificação dos determinantes dos níveis da qualidade da assistência, assim como da satisfação dos usuários com essa assistência, tendo em vista a excelência na prestação de serviços à saúde (MARTINS; FRUTUOSO, 2017). Ações direcionadas para avaliação da qualidade da assistência em saúde vêm sendo realizadas no Brasil, assim as pesquisas de níveis de satisfação passaram a ter uma função importante diante da avaliação dos serviços por meio de interrogatórios aos usuários e do fortalecimento da participação da sociedade nas metodologias de planejamento (GOUVEIA *et al.*, 2009).

Nas avaliações do nível da qualidade da assistência e da satisfação do usuário com o serviço, a utilização de questionários já validados, adaptados para o contexto específico ou criados, é comum. Na investigação da satisfação do paciente, podem ser utilizados: o *Patient Satisfaction Questionnaire* (PSQ-18) (MORISADA *et al.*, 2021) e o questionário de atendimento diário preenchido pelo médico no momento do atendimento (SERVIQUAL) (MONTEIRO *et al.*, 2019). O Questionário de Responsividade ao Sistema de Assistência Oftalmológica (QRSAO) apresenta duas dimensões de avaliação da qualidade da assistência (estrutura e processo) e foi utilizado para explicar os níveis de satisfação com a assistência oftalmológica entre usuários de São Paulo - SP e de Montes Claros – MG. (PEREIRA *et al.*, 2009; MARTINS *et al.*, 2016). O QRSAO é um instrumento que aborda características do cuidado ou da assistência oftalmológica e avalia a responsividade do usuário quanto à assistência à saúde recebida. Ele foi desenvolvido pela OMS (OMS, 2000) e traduzido para o idioma português brasileiro (PEREIRA *et al.*, 2009). Configura-se, portanto, como um importante instrumento de avaliação da qualidade da assistência à saúde.

A avaliação em Saúde envolve a seleção de critérios, que se organizam em indicadores de qualidade em saúde. Eles são utilizados para medir e conferir adequação, benefícios, resultados desfavoráveis e gastos de tecnologias, serviços ou programas de saúde (DONABEDIAN, 2003). Os critérios podem ser classificados em 3 categorias - estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 1988). Enquanto estrutura refere-se aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros imprescindíveis no cuidado ou assistência à saúde, processo refere-se à relação desenvolvida entre profissionais e usuários e resultado faz referência ao efeito determinado pela assistência à saúde oferecida (DONABEDIAN, 2003). Esse efeito pode ser avaliado por meio do nível da qualidade da assistência à saúde alcançada na perspectiva dos usuários do serviço de saúde analisado, bem como com o nível de satisfação do usuário em relação com esta qualidade.

A qualidade da assistência em saúde é caracterizada por 07 pilares (indicadores) da qualidade: eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e, equidade (DONABEDIAN, 2003). Um indicador pode ser definido como um sensor que auxilia a conferir se os fins propostos foram ou não obtidos; sua concepção é muito importante para a avaliação da qualidade, pois adapta um conceito e admite o monitoramento e a identificação de chances de desenvolvimento de serviços e de alterações positivas com vista à obtenção da qualidade a um preço aceitável (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Os serviços de saúde, a partir da década de sessenta, passaram a ser analisados como produtos; são, logo, passíveis de uma uniformização na qualidade. Hoje em dia, a avaliação da



qualidade da assistência configura-se como uma característica essencial na valorização dos serviços de saúde. Além de seu valor na esfera privada, a qualidade recebeu proeminência também nos serviços oferecidos no domínio público, como componente dos direitos sociais das pessoas, pelos movimentos dos usuários desses serviços. A avaliação da qualidade, frequentemente vinculada à gestão e à garantia de qualidade, ocorreu de ser desenvolvida com determinada legitimidade por profissionais especializados (NOVAES, 2000).

A influência dos consumidores na qualidade da assistência à saúde se inicia ao eleger uma fonte dessa assistência, assim é importante que eles conheçam as estratégias da assistência e suas implicações, para eleger o caminho de atuação mais condizente com seus ambientes e vontades. A cooperação dos pacientes interfere na implementação da estratégia de assistência escolhida, contribuindo para a sua falha ou seu sucesso, ao manifestar seus níveis de satisfações; além disso os consumidores podem colaborar para uma formulação das extensões proeminentes da qualidade, assim como para sua avaliação (DONABEDIAN, 1983).

É de grande relevância a avaliação de serviços de saúde, pois a finalidade é identificar a qualidade da assistência à saúde ofertada às pessoas nesses serviços, o que tem sido acatado desde o início do tratamento médico hospitalar e que reflete em uma maior preocupação dos profissionais com a qualidade, além de ser um importante instrumento para a inserção institucional na sociedade (MARTINS *et al.*, 2016; FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003; DONABEDIAN, 1988). Nesse contexto, há que se considerar a avaliação da qualidade da assistência oftalmológica ofertada, na percepção do usuário.

A avaliação da qualidade de serviços de saúde a partir das opiniões dos usuários sobre a assistência à saúde e seu nível de satisfação é uma forma de identificar aspectos a serem melhorados ou implementados nos serviços de assistência à saúde, tendo em vista maior proteção à saúde oftalmológica das pessoas (GUILHERME; MASSUDA; YAMAGUCHI, 2016; MARTINS *et al.*, 2016).

Boa saúde oftalmológica é um direito que precisa ser reconhecido como um componente importante de saúde pública, já que permite um reconhecimento integral dos potenciais intelectuais e laborais do ser humano (FIGUEIREDO *et al.*, 2015). Cerca de 85% das interações com o mundo são dependentes da visão, o que enfatiza a relevância da saúde visual (FERNANDES; KÖPTCKE, 2021). Doenças oftalmológicas são tratadas como problema de saúde pública, pois a perda de acuidade visual compromete características ligadas a qualidade de vida, interfere na inserção do indivíduo no meio social, impõe limites para a atuação profissional e incapacita o indivíduo para a realização de atividades simples (GUEDES, 2021).

Em nível global, a estimativa de indivíduos cegos cresceu 17,6% no período entre 1990 e 2015: de 30,6 milhões para 36,0 milhões de indivíduos. Este crescimento é atribuído a três fatores: aumento da população (38,4%), envelhecimento populacional (depois de contabilizar o aumento da população, na ordem de 34,6%), diminuição da prevalência característica da idade (36,6%). Dentre as causas evitáveis de cegueira, na infância, são citadas: cicatrizes da córnea, catarata, glaucoma, retinopatia da prematuridade, vícios de refração (miopia, hipermetropia, astigmatismo) etc. Nos indivíduos adultos, são encontrados como maiores motivos de cegueira: glaucoma, catarata, retinopatia diabética, tracoma e opacidades corneanas, degeneração macular relacionada à idade, vícios de refração (miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia). Segundo a OMS, a prestação de atendimento oftalmológico eficaz e acessível é a chave para reprimir a deficiência visual e a cegueira. Nesse sentido, deve-se dar prioridade ao reforço dessa assistência oftalmológica com a sua inclusão nos sistemas de saúde (OTTAIANO *et al.*, 2019). Em um estudo observacional transversal, realizado em 2018, verificou-se uma prevalência da retinopatia diabética de 31,96%. No entanto tem sido constatada uma variabilidade geográfica na prevalência da retinopatia diabética em função de uma variada exposição aos fatores de risco. O conhecimento das características regionais pode orientar as políticas de saúde pública, permitindo atuar com impacto na redução das estatísticas de cegueira evitável (GALVÃO, 2021).

Assim como em outras enfermidades, os principais fatores ligados a doenças oftalmológicas e seus agravos são a falta de informação sobre os cuidados adequados de prevenção e tratamento, fato que reflete a realidade da população brasileira (OMS, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). A visão é fundamental para a manutenção da qualidade de vida do ser humano. A funcionalidade visual pode ser assegurada por serviços de assistência oftalmológica acessíveis e de qualidade, na atenção primária e na atenção secundária em saúde. As atenções secundária e terciária se estruturam para suprir os cuidados em saúde em nível ambulatorial e hospitalar (LEAL; TUPINAMBÁ; ARAGÃO, 2021).

Em vista de possuir demandas e necessidades diferentes da atenção primária, a atenção secundária se apresenta com suporte tecnológico de cunho intermediário e que possibilita a realização de procedimentos de média complexidade. Os serviços inseridos neste contexto são, por exemplo, serviços médicos especializados; serviços para a promoção de diagnósticos como os de imagem, oftalmológicos ou laboratoriais; serviços terapêuticos e de atuação na urgência e emergência (BRASIL, 2010).

A caracterização da qualidade da assistência oftalmológica do serviço avaliado, na percepção dos usuários e/ou de seus pais ou responsáveis, pretende identificar os fatores

associados aos níveis da qualidade da assistência recebida e assim subsidiar políticas de saúde condizentes com a realidade dos serviços ofertados e com as necessidades dos usuários. Há de se considerar a importância da melhoria da comunicação profissional-paciente, ou seja, dos níveis de LS, tendo em vista a melhoria da qualidade da assistência e, conseqüentemente, da saúde oftalmológica e da qualidade de vida dos usuários.

Essa pesquisa pretende contribuir socialmente com a sinalização de modelos a serem implantados ou aperfeiçoados para promover uma melhor qualidade dos serviços de assistência oftalmológica. Uma vez que se constatou a inexistência de estudos que avaliassem serviço de assistência oftalmológica da atenção secundária do SUS, na região de Vitória da Conquista, Bahia, acredita-se que a proposta deste estudo é relevante para subsidiar políticas que visem à promoção da saúde visual desta população.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar a qualidade da assistência oftalmológica ofertada em uma unidade de serviços ambulatoriais da atenção secundária do SUS na percepção dos usuários e/ou dos responsáveis por estes usuários

### **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar a qualidade da assistência oftalmológica ofertada em uma unidade de serviços ambulatoriais da atenção secundária do SUS na percepção dos usuários e/ou dos responsáveis por estes usuários
- Identificar fatores associados a menores níveis da qualidade da assistência oftalmológica ofertada em uma unidade de serviços ambulatoriais da atenção secundária do SUS na percepção dos usuários e/ou dos responsáveis por estes usuários



### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Delineamento**

Estudo seccional de prevalência analítico.

#### **3.2 População do estudo**

A população de estudo foi aquela assistida na Policlínica Regional de Vitória da Conquista – BA, Brasil. Esta policlínica, uma dentre as seis unidades de saúde do município, que oferecem assistência oftalmológica pelo SUS, foi inaugurada no dia 02 de agosto de 2019. Foram consideradas 1220 pessoas que receberam assistência oftalmológica desse dia até o dia 31 de março de 2020. No entanto a policlínica não tinha fichas registradas em sistema computacional com dados completos das primeiras 162 pessoas assistidas no mês de agosto. Sendo assim foram repassadas informações de 1058 pessoas, representadas como o universo deste estudo. Foi estimada uma amostra probabilística aleatória simples, considerando os seguintes parâmetros: universo ou  $N=1058$ ; grau de confiança ou escore padronizado ( $Z$ ) =1,96; proporção de ocorrência  $p= 0,5$ ; e erro amostral  $e=0,05$ . Foram acrescentados 10% de taxa de não resposta, ou seja, estimou-se uma amostra de 422 participantes.

Dentre os 1058 que foram assistidos do dia 01 de setembro de 2019 a 31 de março de 2020, foram sorteados 422 usuários. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: apresentar telefone para contato, atender o telefone após 4 tentativas (três nos períodos matutino, vespertino e noturno em dias de semana e a última tentativa no final de semana). Dentre os sorteados, 389 atenderam aos critérios de inclusão. Dos elegíveis, 378 aceitaram participar, ou seja, a taxa de resposta foi de 97,17%.

##### **3.2.2 Local do estudo**

A pesquisa foi conduzida em Vitória da Conquista-Bahia, Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), esse município (coordenada geográfica latitude 14° 53' e longitude -40° 48') faz parte da mesorregião centro-sul, região econômica Sudoeste e está a 509 Km de distância da capital-Salvador. Possui o Produto Interno Bruto (PIB) de 3.469 bilhões e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,708. O clima varia de subúmido a seco, com uma temperatura média de 20° e altitude de 923 m. Segundo dados de 2012, a

população total de Vitória da Conquista é de 315.884 habitantes, sendo que 274.739 vivem em zona urbana e 32.127 em zona rural. As mulheres são em maior número, com 158.987 pessoas e os homens, com 147.879. Segundo a cor da pele/ raça autodeclarada, a distribuição é a seguinte: branca - 99.595; preta: - 31.082; amarela - 1.397; parda: - 174.436; indígena - 354; sem declaração – 2 (IBGE, 2013).

No município de Vitória da Conquista, foram identificados seis serviços de assistência oftalmológica ofertadas na atenção secundária SUS (Centro Oftalmológico Queiroz; Clínica Gênese; Hospital de Olhos Conquista; Provisão; e Policlínica Regional de Vitória da Conquista). Optou-se por realizar a pesquisa somente entre os usuários da Policlínica Regional de Vitória da Conquista, pois tratava-se de um serviço com características peculiares, por ser uma proposta inovadora que preconiza uma assistência mais acessível e diferenciada à população. A avaliação da qualidade da assistência ofertada nesse serviço viabilizará a identificação de fatores a serem considerados em Vitória da Conquista, assim como em outros serviços de assistência oftalmológica da região. Assim espera-se que os resultados desta pesquisa possam subsidiar políticas de assistência oftalmológica e assim contribuir socialmente ao identificar modelos a serem implementados para a melhoria da saúde visual da comunidade.

### **Policlínica Regional em Vitória da Conquista**

Esta pesquisa foi conduzida entre usuários da Policlínica Regional em Vitória da Conquista, Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico com serviços de consultas clínicas especializadas em exames gráficos e de imagem, que potencializa a assistência e a atenção à saúde da população de forma humanizada. Ela possui uma equipe multiprofissional preparada para atender as demandas da região e oferecer um maior bem-estar aos pacientes do SUS. As Policlínicas têm sido implantadas em algumas regiões do país e seguem um padrão: possuem 2.848,32m<sup>2</sup> de área construída em locais estratégicos no interior do estado, com 12 consultórios, equipadas com estrutura tecnológica de excelência. Possibilitam descentralizar a assistência, regionalizando o atendimento ao cidadão, que passa a ter acesso aos serviços perto da sua residência, sem precisar se deslocar longas distâncias ou aguardar tempo excessivo para o atendimento.

Todas as consultas e exames são feitos por meio de um agendamento prévio, que deve ser realizado pela Secretaria de Saúde dos municípios consorciados. Tem como objetivo receber pacientes que já passaram por unidades da Atenção Básica e que possuem encaminhamento para uma unidade especializada. Elas disponibilizam micro-ônibus com ar condicionado e

acessibilidade para transportar diariamente os pacientes de seus municípios até a unidade de atendimento. Os municípios consorciados à Policlínica Regional de Vitória da Conquista são: Anagé, Barra do Choça, Belo Campo, Bom Jesus da Serra, Caatiba, Caetanos, Cândido Sales, Caraíbas, Condeúba, Cordeiros, Encruzilhada, Ibicuí, Iguai, Itambé, Itapetinga, Itarantim, Macarani, Maetinga, Maiquinique, Mirante, Nova Canaã, Piripá, Planalto, Poções, Presidente Jânio Quadros, Ribeirão do Largo, Tremedal (BAHIA, 2019).

### **3.2.3 Instrumento para coleta de dados**

Foram utilizados o Questionário demográfico e socioeconômico e o QRSO. O QRSO analisa as seguintes características da assistência oftalmológica: acesso a assistência oftalmológica; membro da família que teve problema com o acesso; problema no olho que melhor descreve por que precisou de assistência oftalmológica; motivos para não comparecer à consulta marcada; satisfação com essa assistência; acesso à assistência oftalmológica no último ano; local da assistência oftalmológica; opinião do usuário quanto às habilidades do profissional que presta assistência; opinião do usuário sobre se o material médico e equipamentos utilizados foram adequados para o tratamento; tempo para chegar ao local da consulta; meio de transporte para chegar ao local da consulta. A avaliação da assistência oftalmológica na perspectiva dos usuários considerou doze questões do QRSO referentes a sete domínios, seis referentes ao processo (prontidão ou presteza no atendimento, dignidade, privacidade, comunicação, autonomia, escolha) e um referente à estrutura, cujas respostas apresentavam cinco opções: ótimo (a), bom (a), regular (a), ruim, péssimo (a). O QRSO já foi utilizado em estudos prévios (MARTINS *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2009).

### **3.2.4 Coleta de dados**

A investigação ocorreu por meio de entrevista telefônica, com autorização prévia do usuário e, em alguns casos, dos pais ou responsáveis desses usuários menores de 18 anos. Foram avaliadas condições demográficas (sexo, idade, cor da pele/raça autodeclarada) e socioeconômicas (estado civil, escolaridade, renda *per capita*) e autopercepção da saúde. A autopercepção da saúde foi avaliada por meio da pergunta: “Como você classificaria sua saúde?” e da apresentação de 5 opções de resposta (ótima, boa, regular, ruim e péssima). Foram avaliadas por meio do QRSO características da assistência oftalmológica e nível de satisfação com essa assistência oftalmológica na perspectiva dos usuários. O QRSO aborda



características da assistência oftalmológica e avalia a responsividade do usuário quanto a essa assistência. O método foi desenvolvido pela OMS em 2000 e posteriormente traduzido para idioma português brasileiro.

### **3.2.5 Variáveis analisadas**

A variável dependente foi estimada pelo método aditivo simples, considerando as doze questões do Questionário de Responsividade à Satisfação com a Assistência Ocular (QRSAO).

Foram consideradas variáveis independentes ou covariáveis: as condições socioeconômicas (escolaridade, estado civil, renda per capita), as condições demográficas (sexo, faixa etária, etnia) e a autopercepção da saúde.

### **3.2.6 Análises estatísticas**

Inicialmente foram conduzidas análises descritivas para caracterizar os participantes quanto às suas condições demográficas e socioeconômicas, quanto à autopercepção da saúde e quanto à assistência à saúde oftalmológica. Foi estimada a escala de avaliação do serviço oftalmológico na perspectiva dos usuários ou responsáveis pelos usuários pelo método aditivo simples, considerando as doze questões de avaliação da qualidade da assistência do QRSAO. Foram calculadas a média, o Intervalo de Confiança à 95% (IC 95%) e o Desvio padrão dessa escala. A variável dependente (maiores níveis da qualidade da assistência / menores níveis da qualidade da assistência) foi estimada considerando o limite superior do IC 95% da escala como ponto de corte. Na sequência, foram feitas análises bivariada e múltipla para identificar os fatores associados aos menores níveis da qualidade da assistência. As covariáveis foram: condições demográficas e socioeconômicas e autopercepção da saúde. Foram estimados os valores absolutos e o percentual nas análises descritivas, as magnitudes das associações dos menores níveis da qualidade da assistência com os serviços oftalmológicos com as variáveis independentes por meio da *odds ratio* (OR) e dos intervalos de confiança a 95% (IC 95%). Foram conduzidas análises bivariadas a partir do teste do qui-quadrado, considerando variáveis com valor de  $p \leq 0,20$  no modelo múltiplo. As análises múltiplas foram realizadas a partir de regressão logística a um nível de significância de 5%. Empregou-se o SPSS® 25.0.

### **3.2.7 Questões Éticas**

Esta investigação atendeu aos princípios éticos da declaração de Helsinki, assim como da resolução 466 de 2012. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o parecer número 4148766.

Os participantes desta pesquisa, os usuários e os pais ou responsáveis de usuários menores de 18 anos concordaram e consentiram via telefone, uma vez que a coleta foi conduzida no primeiro ano da pandemia da COVID-19, época na qual o isolamento social era mandatório.



## **4 PRODUTOS**

**4.1 Artigo 1:** Avaliação da qualidade da assistência à saúde oftalmológica na percepção dos usuários de um serviço público da região nordeste do Brasil.

Formatado segundo as normas para publicação e enviado para o periódico Cadernos de Saúde Pública.

**Avaliação da qualidade da assistência à saúde oftalmológica na percepção dos usuários de um serviço público da região nordeste do Brasil**

**Evaluation of the quality of ophthalmic health care in the perception of users of a public service in the northeast region of Brazil**

**RESUMO**

Estudo seccional de prevalência analítico, que objetivou avaliar e caracterizar a qualidade da assistência oftalmológica ofertada em uma unidade de serviços ambulatoriais da atenção secundária do SUS na percepção dos usuários e/ou dos responsáveis por estes usuários, assim como identificar fatores associados a menores níveis dessa qualidade na percepção dos usuários e/ou dos responsáveis por estes usuários. Foi estimada uma amostra probabilística para a população finita de 1058 usuários e/ou responsáveis por usuários assistidas em uma unidade de serviço oftalmológico do nordeste do Brasil (grau de confiança = 95%; proporção de ocorrência de 50%; e erro amostral de 5%) entre setembro de 2019 e março de 2020. A entrevista foi via telefone. Os escores da escala dos níveis da qualidade da assistência na percepção dos usuários foram estimados pelo método aditivo, pela soma dos escores dos itens do Questionário de Responsividade ao Sistema de Cuidado Oftalmológico (QRSAO). Estimou-se média, Intervalo de Confiança a 95% (IC 95%) e Desvio padrão do escore. A variável dependente foi dicotomizada em maiores e menores níveis da qualidade da assistência. Foram conduzidas análises bivariadas a partir do teste do qui-quadrado, considerando as variáveis com valor de  $p \leq 0,20$  e foram estimadas associações no modelo múltiplo. As médias da idade e da escolaridade foram, respectivamente, “30,69” anos e “12,32” anos. A renda *per capita* média correspondia a “75,20%” do salário mínimo vigente. Dentre os 389 convidados, 378 participaram (taxa de resposta = “97,17%”). Todos avaliaram de forma positiva a qualidade da assistência ofertada. Ao se considerar o ponto de corte adotado, “55%” relataram menores níveis da qualidade da assistência. Na análise múltipla, foi possível constatar menores níveis da qualidade da assistência oftalmológica entre pessoas: do sexo masculino, mais velhas, que se autodeclararam brancas, que tinham 12 ou mais anos de estudo, que eram casadas, que apresentavam renda maior ou igual a um salário mínimo e ótima autopercepção de saúde. Todos os usuários avaliaram de forma positiva a qualidade da assistência oftalmológica, assim a identificação dos fatores associados a menores níveis de qualidade dessa assistência pode ser considerada por

gestores e prestadores desses serviços no exercício de suas atividades laborais, tendo em vista o aperfeiçoamento e a melhoria da qualidade dessa assistência ofertada aos cidadãos.

**Palavras-Chave:** Avaliação dos serviços de saúde. Serviços de Saúde Ocular. Qualidade da assistência à saúde. Acesso aos serviços de saúde. Oftalmologia.

## INTRODUÇÃO

A avaliação dos serviços de saúde envolve a seleção de critérios, os quais se organizam em indicadores de qualidade<sup>1</sup>. A concepção de indicadores é muito importante para a avaliação da qualidade, pois adapta um conceito e admite o monitoramento e a identificação de chances de desenvolvimento de serviços e de alterações positivas, tendo em vista a obtenção da qualidade<sup>2</sup>. Nos estudos de qualidade em saúde, foram considerados indicadores de estrutura, processo e resultado. Estrutura refere-se aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros imprescindíveis na assistência à saúde. Processo alude à relação desenvolvida entre profissionais e usuários. Resultado faz referência ao efeito determinado pela assistência à saúde ofertada. Esse efeito pode ser avaliado por meio da satisfação com a qualidade da assistência à saúde alcançada na percepção dos usuários do serviço de saúde analisado. A qualidade da assistência à saúde alcançada é o produto da aplicação da ciência e da tecnologia na prática. Ela pode ser caracterizada por sete pilares que, tomados isoladamente ou em combinações, constituem a referida qualidade. Os sete pilares da qualidade são: eficácia (habilidade da ciência e tecnologia de assistência à saúde para trazer melhorias em saúde quando usada sob circunstâncias favoráveis); efetividade (níveis de melhorias atingíveis em saúde de fato alcançadas nas distintas condições de trabalho); eficiência (habilidade de baixar os custos da assistência sem diminuir melhorias atingíveis em saúde); otimização (equilíbrio de melhorias em saúde considerando os custos de tais melhorias); aceitabilidade (conformidade com os desejos e expectativas dos usuários dos serviços de saúde, assim como de seus familiares); legitimidade (consonância com as preferências sociais manifestadas em princípios éticos, costumes, normas, valores, leis e regulamentos); e equidade (princípio que determina o que é justo e aceitável na distribuição da atenção à saúde e seus benefícios entre os membros da população, tratando as pessoas com igualdade e priorizando os que mais precisam da assistência)<sup>3</sup>. Constata-se, portanto, a importância da participação do paciente na assistência à saúde.

No Brasil, em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que atua por meio de gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, requerendo a participação da sociedade em todos os níveis de governo, com a finalidade de fornecer uma atenção preventiva e curativa, abrangente e universal. No entanto existem desafios a serem enfrentados pelo SUS, como a melhoria do financiamento, visando garantir igualdade, universalidade, integralidade e sustentabilidade a longo prazo. Há ainda a necessidade de adaptação do padrão de assistência à saúde para acatar as transformações demográficas e epidemiológicas do país, visando a promoção da qualidade da assistência à saúde e à segurança das pessoas<sup>4</sup>. Na assistência à saúde, são observados três níveis de atenção: a Atenção Primária à Saúde (APS), a atenção secundária e a atenção terciária. A APS oferta acesso universal e serviços abrangentes, visando expandir a cobertura para níveis mais complexos de atenção secundária e terciária. A atenção secundária corresponde à prestação de serviços especializados, cuja oferta no SUS, além de ser limitada, é prejudicada, pois os profissionais da saúde contratados, muitas vezes, dão preferência aos planos de saúde e à assistência privada. O SUS é dependente de contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de diagnóstico e terapêutica. A atenção terciária no SUS inclui alguns procedimentos de alto custo, realizados predominantemente por prestadores privados contratados e hospitais públicos de ensino<sup>5</sup>. O SUS tem implantado estratégias de avaliação da qualidade da assistência<sup>4</sup>. A avaliação da qualidade de serviços de saúde tem sido considerada no Brasil para o setor privado<sup>6</sup>, assim como para o público<sup>7</sup>.

No ano 2000, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a avaliação da qualidade de serviços de saúde por meio do questionário da Pesquisa Mundial da Saúde<sup>8</sup>. Também foi desenvolvido o Questionário de Responsividade ao Sistema de Assistência Oftalmológica (QRSAO). Este questionário aborda características de cuidado ou assistência à saúde oftalmológica e avalia a responsividade do usuário quanto à assistência à saúde recebida. O QRSAO foi traduzido para o português brasileiro<sup>9</sup> e analisa as seguintes características da assistência à saúde ocular: acesso à saúde ocular; se membro da família teve problema com o acesso; problema no olho que melhor descreve por que precisou de assistência à saúde ocular; motivos para não comparecer à consulta marcada; satisfação com essa assistência; acesso à assistência à saúde oftalmológica no último ano; local da assistência à saúde ocular; opinião do usuário quanto às habilidades do profissional que ofertou a assistência; pagamento do usuário; se o material médico e os equipamentos utilizados foram adequados para o tratamento; tempo para chegar ao local da consulta; meio de transporte para chegar ao local da consulta. Ressalta-se ainda que o QRSAO foi considerado em estudos prévios para avaliar os níveis de satisfação com a assistência oftalmológica<sup>9,10</sup>.

O conhecimento e a tecnologia da oftalmologia atualizada ao longo do tempo são capazes de prevenir ou abordar adequadamente agravos à saúde visual. Para isso é importante um cuidado ou uma assistência à saúde oftalmológica acessível, especialmente nas regiões pobres<sup>11</sup>. O aumento progressivo da deficiência visual e da cegueira no mundo pode ser atribuído, em boa parte, às dificuldades de acesso da população à assistência oftalmológica, à falta de serviços especializados, à falta ou escassez de empenhos educativos que desenvolvam ações preventivas relacionadas aos problemas oftalmológicos, às dificuldades econômicas e ao envelhecimento populacional<sup>12</sup>. A maior prevalência de problemas oculares está ligada ao aumento de doenças crônicas, como, por exemplo, do Diabetes Mellitus<sup>13</sup>. Os principais fatores ligados às doenças oftalmológicas e aos seus agravos são a falta de informação sobre os cuidados adequados de prevenção e tratamento, o que reflete a realidade da população brasileira<sup>14,15</sup>. O diagnóstico precoce e apropriado das moléstias oftalmológicas pode limitar e reduzir suas sequelas<sup>16</sup>. A avaliação da qualidade de serviços de saúde a partir da percepção dos usuários é uma forma de identificar aspectos a serem melhorados ou implementados nos serviços de saúde e na assistência à saúde, tendo em vista maior proteção à saúde visual das pessoas<sup>10,17</sup>.

Na cidade de São Paulo, foi conduzido um estudo para a avaliação da percepção de usuários dos serviços de assistência ocular em uma população de baixa renda<sup>9</sup>. Já em Montes Claros, uma outra pesquisa avaliou fatores associados à insatisfação com a assistência oftalmológica em uma população domiciliar<sup>10</sup>. No entanto, não foram encontradas pesquisas relacionadas à avaliação da qualidade da assistência oftalmológica em um serviço de saúde com características peculiares. Assim, neste trabalho, objetivou-se avaliar e caracterizar a qualidade da assistência oftalmológica ofertada em uma unidade de serviços ambulatoriais da atenção secundária do SUS na percepção dos usuários e/ou dos responsáveis por estes usuários.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado estudo seccional de prevalência analítico entre usuários assistidos no período de setembro de 2019 a março de 2020, em um dos seis serviços de assistência oftalmológica pelo SUS, na região de Vitória da Conquista. Foi estimada uma amostra probabilística para população finita de 1058 usuários e/ou responsáveis por usuários assistidas em uma unidade de serviço oftalmológico do nordeste do Brasil (grau de confiança = 95%; proporção de ocorrência de 50%; e erro amostral de 5%), entre setembro de 2019 e março de 2020. Para acessar os participantes, consideraram-se os registros dos prontuários eletrônicos de



um serviço de assistência à saúde oftalmológica de uma unidade de Saúde de Vitória da Conquista, que atendia pessoas provenientes de diferentes municípios da região sudoeste da Bahia. O município de Vitória da Conquista-Bahia, Brasil (coordenada geográfica latitude 14° 53' e longitude -40° 48'), faz parte da mesorregião centro-sul, região econômica Sudoeste e está a 509 Km de distância da capital-Salvador. Possui o Produto Interno Bruto (PIB) de 3.469 bilhões e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,708. O clima varia de subúmido a seco, com uma temperatura média de 20° e altitude de 923 m. Segundo dados de 2012, a população total de Vitória da Conquista é de 315.884 habitantes, sendo que 274.739 vivem em zona urbana e 32.127 em zona rural. As mulheres são em maior número, com 158.987 pessoas e homens com 147.879. Segundo a cor da pele/ raça autodeclarada, a distribuição é a seguinte: branca - 99.595; preta: - 31.082; amarela - 1.397; parda: - 174.436; indígena - 354; sem declaração – 2 (IBGE, 2013)<sup>18</sup>.

Uma vez identificados aqueles que atendiam os critérios de inclusão adotados, 389 usuários ou seus responsáveis foram convidados a participar. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: apresentar telefone para contato, atender o telefone após 4 tentativas (três tentativas nos períodos matutino, vespertino e noturno em dias de semana e a última tentativa no final de semana). Vale ressaltar que a unidade de saúde referida trata-se de um consórcio intermunicipal de saúde do SUS, que oferece aos usuários transporte governamental para acesso aos serviços de assistência oftalmológica ofertados em uma unidade da atenção secundária do SUS, com características inovadoras, que tem em vista a qualidade total na assistência oftalmológica, sob a percepção dos usuários e/ou de seus pais ou responsáveis.

A investigação ocorreu no primeiro ano da pandemia da COVID-19, foi realizada por meio de entrevista telefônica, com autorização prévia do usuário e, em alguns casos, dos pais ou responsáveis por esses usuários. Optou-se por entrevista telefônica, pois o nível de escolaridade dos entrevistados era desconhecido. Sendo assim, questionários autoaplicados, enviados de forma digital, poderiam não ser respondidos por pessoas analfabetas ou com baixo nível de escolaridade. Foram avaliadas condições demográficas (sexo, cor da pele/raça autodeclarada, idade) e socioeconômicas (estado civil, escolaridade, renda *per capita*), bem como autopercepção da saúde (por meio da pergunta: “Como você classificaria sua saúde?” e apresentando 5 opções de resposta - ótima, boa, regular, ruim e péssima). Foram avaliadas, por meio do QRSO, características da assistência à saúde oftalmológica e níveis da qualidade da assistência oftalmológica na percepção dos usuários e/ou dos responsáveis pelos usuários.

A avaliação da qualidade da assistência oftalmológica na perspectiva dos usuários considerou doze questões do QRSO referentes a sete domínios, seis referentes ao processo

(prontidão ou presteza no atendimento, dignidade, privacidade, comunicação, autonomia e escolha) e um referente à estrutura, cujas respostas apresentavam cinco opções: ótimo (a), bom (a), regular (a), ruim, péssimo (a)<sup>9</sup>.

Inicialmente foram conduzidas análises descritivas para caracterizar os participantes quanto às suas condições demográficas e socioeconômicas, quanto à autopercepção da saúde e da assistência oftalmológica. Foi estimada a escala de avaliação do serviço de assistência à saúde oftalmológica na percepção dos usuários ou responsáveis pelos usuários. Foram calculadas a média, o Intervalo de Confiança à 95% (IC 95%) e o Desvio padrão dessa escala. A variável dependente foi estimada pelo método aditivo; considerando as respostas dadas às doze questões do QRSO, o escore dessa escala poderia variar de 12 a 60 pontos, assim ela foi dicotomizada, considerando como ponto de corte o limite superior do intervalo de confiança. Sendo assim, aqueles participantes que apresentaram os maiores escores exibiam menores níveis de satisfação. Na sequência, foram feitas análises bivariada e múltipla para identificar os fatores associados aos menores níveis de satisfação. As covariáveis foram: condições demográficas e socioeconômicas e autopercepção da saúde. Foram estimados os valores absolutos e percentuais nas análises descritivas, as magnitudes das associações dos menores níveis de satisfação com os serviços oftalmológicos com as variáveis independentes por meio da *odds ratio* (OR) e dos intervalos de confiança a 95% (IC 95%). Foram conduzidas análises bivariadas a partir do teste do qui-quadrado, considerando no modelo múltiplo aquelas variáveis com associação com valor de  $p \leq 0,20$  na análise bivariada. As análises múltiplas foram realizadas por meio da regressão logística a um nível de significância de 5%. Empregou-se o SPSS® 25.0.

Esta investigação atendeu aos princípios éticos da declaração de Helsinque e da resolução 466 de 2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o parecer número 4148766.

## **RESULTADOS**

Dentre os 389 usuários e/ou responsáveis convidados a participar, 378 responderam, ou seja, a taxa de resposta foi “97,17%”. A maioria dos participantes era: mulher; parda; separada, divorciada, viúva ou solteira e que trabalhava. A média da idade foi de 30,69 anos (IC 95%=28,94-32,44 / DP=17,55), amplitude de 1 a 72 anos. Dos 389 participantes, “34%” tinham menos de 18 anos, portanto, entre estes, a entrevista foi realizada com os pais e/ou responsáveis. Em relação a cor da pele, “51,1%” autodeclaravam-se de “raça” parda, “15,7%” negra ou

indígena e “33,2%” branca. A escolaridade obteve média de 12,32 anos (IC 95%=11,78-12,86 / DP=4,85), amplitude de 1 a 25 anos. A renda *per capita* média foi de R\$ 785,94 (IC 95%=R\$ 699,58-872,30/DP= 616,18), amplitude de 0 a R\$ 6000 reais. Há que se considerar o salário mínimo vigente de R\$1045,00 e que um dólar correspondia a R\$ 5,64 reais em setembro de 2020. A maioria, “62,7%”, classificou sua saúde como ótima (Tabela 1).

Quando perguntado sobre não ter sido possível obter assistência oftalmológica na última vez que foi necessário, “87,5%” dos entrevistados referiram uma perspectiva oposta, pois conseguiram obter acesso à assistência oftalmológica; dos que não conseguiram, “7,3%” precisaram nos últimos 30 dias, “3,8%” precisaram entre 1 mês e menos de 6 meses, e “1,4%” precisou entre 6 meses e menos de 1 ano. Com relação para qual membro da família foi buscada a assistência oftalmológica quando não foi possível obtê-la, “7,3%” dos entrevistados relataram ter sido para si próprio, “3%” para uma criança e “2,2%” responderam que a assistência oftalmológica era para um outro adulto da família. O problema mais prevalente que levou essas pessoas a buscarem a assistência à saúde oftalmológica foi “dor, incômodo ou coceira no olho”. Quanto aos motivos questionados sobre o não comparecimento à consulta marcada, ressalta-se que “98,3%” (quase a totalidade) compareceram; dos que não compareceram, “1,3%” referiu que isso aconteceu por não ter transporte para deslocamento até o local da consulta, “0,2%” por não possuir recursos financeiros para arcar com o transporte e outros “0,2%” por não poder deixar o trabalho ou por ter outros compromissos que impediram de ir à consulta.

Sobre o nível de satisfação com as “condições dos serviços de assistência oftalmológica na região em que residem”, “90%” (quase a totalidade) relataram estar parcialmente satisfeitos e “10%”, nem satisfeitos nem insatisfeitos. Com relação “ao cuidado ocular no último ano”, “100%” (todos os entrevistados) relataram “sim” ter recebido; “não ter pago pela assistência oftalmológica recebida no último ano”; “ter utilizado sistema público”; e que “as habilidades do prestador de assistência à saúde ocular foram adequadas para o seu tratamento ou para o tratamento da criança acompanhada”. Sobre a “opinião em relação à adequabilidade do material médico e dos equipamentos do prestador de assistência à saúde oftalmológica usados no tratamento ou para o tratamento da criança acompanhada”, “99,76%” responderam que sim e “0,26%” respondeu que não.

Quanto ao “tempo despendido no deslocamento / tempo de transporte da residência ao local do atendimento”, observou-se variabilidade. Em relação ao deslocamento para o local de atendimento, “55,6%” (pouco mais da metade) referiram ter utilizado um ônibus específico para isto, ou seja, um transporte governamental do consórcio de saúde; e “22,7%” relataram ter utilizado uma ambulância, meio de transporte que também é ofertado pelo governo (Tabela 2).

O serviço também foi caracterizado quanto à assistência oftalmológica, conforme respostas dadas às questões referentes aos sete domínios do QRSO. Observaram-se níveis de avaliação comprometidos em relação ao domínio “liberdade de escolher o seu prestador de cuidado ocular”, pois “57,2%” responderam regular e “39,7%”, ruim (Tabela 3).

Ao analisar a avaliação da qualidade da assistência à saúde oftalmológica na perspectiva dos usuários, considerando os escores do QRSO, *a priori*, todos os participantes relataram altos níveis de satisfação. Pois, na análise descritiva, os escores da escala variam de 12 a 60 pontos, sendo os escores maiores registrados entre aqueles com menores níveis de satisfação. O escore médio encontrado foi de 18,37 pontos; IC de 95%, variando de 18,25-18,50; DP= 1,22 - a amplitude variou de 14-24. Entretanto, considerando o limite superior do intervalo de confiança como ponto de corte da escala do QRSO, constatou-se que, dentre os 378 participantes que responderam às questões referentes aos domínios do QRSO, “55%” (208) relataram menores níveis de satisfação.

Na sequência, foram constatadas associações entre os menores níveis de satisfação e as condições demográficas e socioeconômicas e de autopercepção de saúde na análise bivariada, confirmadas na análise múltipla (Tabela 4). Foi possível constatar menores níveis de satisfação com a qualidade da assistência oftalmológica entre pessoas do sexo masculino, mais velhas, que se autodeclararam brancas, que tinham 12 ou mais anos de estudo, que eram casadas, que apresentavam renda *per capita* maior que um salário mínimo e autopercepção de saúde ótima.

## **DISCUSSÃO**

Todos os participantes avaliaram de forma positiva a qualidade da assistência oftalmológica ofertada. Esse resultado, de certa forma, era esperado, pois os serviços ambulatoriais da unidade de atenção secundária do SUS avaliada apresentavam características peculiares. O serviço foi inaugurado pouco tempo antes da investigação e, portanto, a estrutura física, assim como os equipamentos, eram novos e não apresentavam desgastes próprios do tempo e da utilização por parte dos usuários e dos prestadores de serviços. Há que se considerar ainda que o consórcio de saúde ofertava transporte para os usuários, situação que provavelmente também colaborou para que a avaliação culminasse em bons níveis de satisfação em relação aos serviços oferecidos e conseqüentemente em uma avaliação positiva no que diz respeito à qualidade dos serviços oftalmológicos ofertados. Não foram encontrados estudos prévios que apresentassem tal avaliação em serviços com características similares, optou-se, portanto, por

considerar avaliações de serviços que não apresentavam essas características peculiares. Ao ler as discussões aqui apresentadas essa situação de ineditismo deve ser considerada.

No que diz respeito à caracterização da assistência oftalmológica de Vitória da Conquista, município situado no estado da Bahia, região nordeste do Brasil, constatou-se que, embora todos os usuários entrevistados, assim como os filhos dos responsáveis entrevistados houvessem utilizado o serviço avaliado, optou-se por avaliar questões relacionados ao acesso a serviços oftalmológicos entre essas pessoas. Os serviços foram ofertados do dia 02 de agosto de 2019 a 31 de março de 2020, e a coleta de dados para avaliação desses serviços foi conduzida do dia 01 de setembro de 2020 ao dia 31 de outubro de 2020. Observou-se que 12,5% apresentavam problemas de acesso há menos de um ano seja para eles mesmos seja para outros membros da família. Ressalta-se, portanto, a necessidade de incrementar a oferta de tais serviços na região, tendo em vista a integralidade e a universalidade da assistência prevista no SUS. Problemas relacionados ao acesso foram registrados em estudos prévios, pois percebeu-se insuficiência de oferta para atendimentos<sup>19</sup>. Um estudo que avaliou os serviços de assistência oftalmológica em população urbana de baixa renda da cidade de São Paulo – Brasil<sup>9</sup>, apresenta dados que fortalecem a necessidade da busca por assistência oftalmológica como a registrada no presente estudo.

No estudo conduzido na cidade de São Paulo – Brasil, 2/3 dos entrevistados referiram que o problema no olho mais prevalente, que melhor descreve por que os usuários buscaram o atendimento, foi “estar com a visão embaçada, borrada ou reduzida”<sup>9</sup>. Já em Vitória da Conquista, o principal problema foi “dor, incômodo ou coceira no olho” (42%), seguido por “visão embaçada, borrada ou reduzida” (19,9 %) ou “olho vermelho” (19,2%). Entre pessoas mais velhas, espera-se que o principal motivo para buscar assistência oftalmológica seja visão embaçada, borrada ou reduzida<sup>20</sup>. Portanto as diferenças registradas possivelmente são explicadas pela diferente composição etária das duas populações investigadas, dentre outras questões desconhecidas.

Os motivos apresentados para não comparecer a consultas marcadas algum tempo depois da consulta ofertada no período considerado (02 de agosto de 2019 a 31 de março de 2020) foram: não ter transporte, não pode arcar com os custos do transporte, não poder se ausentar do trabalho. Estudos prévios registraram resultado similares<sup>21</sup>. Os gestores podem considerar estas questões, tendo em vista a melhoria dos níveis de satisfação dos usuários e a busca pela qualidade total.

A maioria (98,3%) dos entrevistados do presente estudo conseguiu comparecer à consulta marcada; o principal motivo que levou a minoria a não comparecer está relacionado

ao transporte. Diante disso, obtiveram-se as seguintes respostas: “sem transporte” (1,3%); “não pode arcar com o custo do transporte” (0,2%); e “não pode sair do trabalho ou tinha outros compromissos” (0,2%). Já em um estudo realizado com pacientes de 10 municípios da região centro-oeste de São Paulo, que analisou os motivos para o não comparecimento à assistência oftalmológica, constatou-se que a prevalência desse não comparecimento variou (de 13,4% – 73,0%). Os principais motivos foram: “buscar por outro serviço” (22,1%); “estar doente ou apresentar dificuldades para viajar” (11,4%); “morte ou mudança de endereço” (10,7%); “dificuldade de compreensão sobre a importância da assistência” (10,0%); dentre outras. Estas prevalências discrepantes de comparecimento aos serviços são explicadas por diferenças contextuais entre os 10 municípios e por condições relacionadas aos usuários (saúde geral, estrutura familiar ou desconhecimento de condições oftalmológicas)<sup>22</sup>. Sugere-se que as diferenças registradas entre o estudo dos 10 municípios de São Paulo e o presente estudo, quanto ao comparecimento às consultas, possam ser explicadas por uma carência de assistência oftalmológica via SUS em Vitória da Conquista, assim como pelas peculiaridades relacionadas ao serviço deste estudo, dentre elas a oferta de transporte aos usuários que têm como propósito incrementar o acesso. Estratégias de melhoria referente ao transporte com isenção de custos ou baixo custo para o deslocamento da maior parte dos indivíduos em busca da assistência oftalmológica podem ser responsáveis por melhorias no acesso, pois aproximadamente um terço de usuários de outros serviços de assistência oftalmológica relataram não poder arcar com os custos referentes ao transporte<sup>9</sup>.

Em relação à “satisfação com a qualidade da assistência à saúde oftalmológica ofertada”, “90%” dos participantes referiram estar “parcialmente satisfeitos” e “10%”, “nem satisfeito nem insatisfeito”. O maior nível de satisfação dos participantes pode ser esclarecido em parte pela facilidade de acesso ao serviço e pela ausência de despesas financeiras diretas geridas para eles, pois trata-se de serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Estudo realizado em Montes Claros<sup>10</sup> sobre o nível de satisfação do usuário também considerou que parte dos melhores níveis de satisfação dos usuários com o serviço prestado deve estar relacionada ao reconhecimento de poder acessar de forma incomum serviços sem despesas financeiras diretas para eles, via SUS. O maior nível de satisfação dos entrevistados deste estudo, ao terem passado por algum atendimento oftalmológica no último ano de forma gratuita via SUS, reflete na observação sobre as habilidades do profissional que prestou o serviço. Os direitos garantidos para o cidadão, no que diz respeito à oferta de mão de obra especializada de forma integral, universal e governamental, por meio do SUS, para suprir as necessidades de saúde específicas podem não estar sendo plenamente alcançados<sup>23</sup>. Sendo assim os gestores e

trabalhadores da saúde envolvidos na questão podem rever a forma como a assistência oftalmológica tem sido ofertada, visando melhorar os níveis de satisfação dos usuários.

Todos os entrevistados relataram que as habilidades do prestador de cuidado ocular foram adequadas para o seu tratamento ou para o tratamento da criança acompanhada. Essa situação diverge da registrada em estudo prévio, no qual parte dos voluntários relataram o contrário<sup>10</sup>. Ressalta-se, portanto, que os prestadores podem apresentar boas habilidade ou os participantes podem não ter sabido avaliar a questão sob investigação. Um pequeno percentual (0,3%) relatou que o material médico e os equipamentos utilizados não eram adequados. Não podemos afirmar que estes participantes eram ou não aptos a avaliar esta questão. No entanto os gestores e trabalhadores da saúde envolvidos na questão devem rever se os materiais médicos e equipamentos precisam ser mantidos e/ou melhorados. Essa avaliação majoritariamente (99,7%) positiva diverge da registrada em estudo prévio, no qual parte dos voluntários relataram o contrário<sup>10</sup>, evidenciando-se mais uma vez a qualidade da assistência ofertada.

A variabilidade no tempo necessário (30 a mais de 61 minutos) para que os usuários chegassem ao local da consulta, assim como a variabilidade da forma de transporte feita (veículo particular, táxi, transporte público, ambulância ou caminhada) era esperada, uma vez que se trata de um consórcio de saúde que atende pessoas do município, assim como de cidades circunvizinhas, com distintas condições socioeconômicas. Todos os participantes (100%) deste estudo consideraram “um bom tempo de viagem até o atendimento”. Essa realidade contrasta com a que foi apresentada para o estudo realizado em Montes Claros, onde foi respondido: “que o tempo de viagem foi bom ou ótimo” (74,7%)<sup>10</sup>. Essas divergências podem ser consequência de diferenças metodológicas dos estudos, dentre outras questões.

No que diz respeito às características do cuidado, conforme respostas apresentadas em escala de likert (Ótimo / Bom / Regular / Ruim / Péssimo) do QRSO, verificou-se uma avaliação positiva da qualidade da assistência oftalmológica ofertada (respostas: ótimo / bom e regular). Foram constatadas imparcialidades (regular) somente nas respostas dadas a três questões, referentes: ao tempo de espera para ser atendido (0,3%); ao tempo para fazer perguntas sobre o seu problema de visão ou tratamento (26,4%); e à experiência de ter obtido informações sobre outros tipos de exames ou tratamentos (0,2%).

A grande maioria dos usuários (98,7%) do serviço oftalmológico de Vitória da Conquista classificou o tempo de espera como “ótimo” e 1% classificou como bom. Essa realidade contrasta com a que foi apresentada para o estudo realizado em Montes Claros, onde pouco mais da metade (58,2%) classificou o tempo de espera como ótimo ou bom<sup>10</sup>. Para os domínios prontidão no atendimento, dignidade, privacidade e infraestrutura, houve grande

positividade para as respostas, visto que em todas as perguntas encontrou-se uma aprovação acima de “98%” para bom ou ótimo. A experiência de ter sido tratado com respeito obteve maioria de respostas como ótimo, o que demonstra a valorização da humanização neste aspecto da assistência à saúde e que dá significado ao domínio dignidade<sup>24</sup>. A garantia de privacidade é importante, pois possibilita ao usuário maior segurança para se expressar e melhor colaboração com o atendimento<sup>25</sup>.

A imparcialidade registrada no tempo para fazer perguntas sobre o problema de visão ou tratamento (26,4%) e a experiência de ter obtido informações sobre outros tipos de exames ou tratamentos (0,2%) ressaltam a necessidade de capacitação dos trabalhadores no que diz respeito ao letramento em saúde, buscando a melhoria da qualidade da comunicação profissionais/pacientes, pois o letramento em saúde diz respeito à motivação, às habilidades pessoais, cognitivas e sociais, que determinam a capacidade das pessoas em acessar, compreender, avaliar e aplicar as informações necessárias para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e/ou a manutenção da boa saúde<sup>26</sup>. Além disso esse letramento incentiva a busca pela saúde individual, familiar e comunitária, fortalecendo a participação do cidadão na determinação de direitos e serviços de qualidade e propiciando o engajamento em atuações coletivas de promoção da saúde<sup>27</sup>. Nesse contexto, as organizações letradas em saúde devem ser projetadas para ajudar a construir um sistema de saúde centrado na pessoa, baseado em evidências científicas e em cuidados de saúde orientados para a qualidade. Essas organizações devem considerar guias que fornecem recomendações baseadas em evidências científicas para incrementar a adoção de práticas ou comportamentos saudáveis<sup>28</sup>, assim como a percepção dos usuários no que diz respeito à qualidade da assistência à saúde.

O domínio comunicação obteve grande aprovação em sua primeira pergunta, ou seja, a clareza ao explicar as coisas, todavia houve maior discrepância ao avaliar sobre ter havido tempo para perguntas sobre o problema visual ou tratamento, em que cerca de um quarto dos entrevistados achou o tempo ruim para tal. Para Almeida, Gois<sup>29</sup> a comunicação é uma qualidade respeitável para alcançar efeito positivo quanto aos serviços oferecidos. Ressalta-se que a conversa eficiente concebe uma base para o doente se sentir acolhido e com isso poder compartilhar seus temores, fraquezas, desconfianças e ansiedades. Frente a isso, alcança-se uma melhora na qualidade dos serviços oferecidos, dessa maneira garantindo avaliações positivas sobre a assistência à saúde oftalmológica recebida<sup>30</sup>.

O domínio autonomia possibilitou observar grande satisfação quanto à experiência de estar envolvido na tomada de decisões sobre o tratamento. A autonomia corresponde ao poder do usuário de decidir que profissional escolher para atendê-lo, que terapêutica aceitar ou



acolher, seja por motivo de credo ou não, motivando os seus interesses, desempenhado de forma livre<sup>31</sup>.

O domínio escolha, “liberdade de escolher o prestador de assistência oftalmológica”, chamou atenção, pois levou a respostas de menores níveis de satisfação, já que foi considerado regular por 57,2% e ruim por 39,7%. Contrapõe-se com o resultado encontrado no estudo de Pereira et al.<sup>9</sup>, que buscou avaliar os serviços de assistência oftalmológica do ponto de vista do usuário em população de baixa renda, na zona leste da cidade de São Paulo, onde 67,4% responderam estar satisfeitos, afirmando ser “ótima ou boa a possibilidade de escolher o prestador de assistência ocular”. Vale ressaltar que a dificuldade de oferta de profissionais de saúde, por vezes, pode levar ao aumento do tempo de espera para o atendimento, o que dificulta a escolha do profissional que prestará o serviço e contribui para que o usuário aceite ser atendido pelo profissional sugerido<sup>32,33</sup>. Tal contexto deve ser considerado visando novas políticas de humanização e reorganização desses serviços de saúde<sup>10</sup>.

Ao se considerar a infraestrutura, ressalta-se a importância da qualidade de limpeza do ambiente, local de exame e banheiros, com a maioria afirmando estar ótimo, aspecto apoiado pelos critérios de limpeza abordados em outro estudo<sup>9</sup>, demonstrando que a limpeza pode influenciar na satisfação do usuário<sup>34</sup>. Menores níveis de satisfação com a qualidade do serviço oftalmológico foram registrados entre os idosos na análise bivariada, mas na múltipla esta situação não foi registrada. Vale frisar que a fragilidade dos idosos faz com que eles percebam de forma mais sensível certos níveis de comunicação e a maneira como são tratados ou respondidos. Essas situações poderiam ser responsáveis pelos menores níveis de satisfação entre eles, conforme achados referentes a estudos de avaliação de serviços odontológicos<sup>35,36</sup>.

Quanto aos fatores associados a menores níveis dessa qualidade na percepção dos usuários e/ou dos responsáveis por estes usuários, constatou-se que a chance de avaliação negativa, ou seja, de relato de menores níveis de qualidade foi maior entre homens e entre brancos. As condições demográficas e socioeconômicas, especialmente, no que se refere à renda familiar, escolaridade e sexo, são fatores essenciais para sugerir o nível de satisfação do usuário quanto à qualidade da assistência, que pode ser envolta por aparências técnicas e interpessoais. No entanto, ao se considerar as variadas condições demográficas e socioeconômicas, mesmo que os usuários não compreendam bem a técnica, eles são capazes de avaliar a qualidade interpessoal do acolhimento<sup>37</sup>. A baixa escolaridade de alguns usuários adverte que o profissional de saúde deve considerar a necessidade de conduzir adequadamente a comunicação, objetivando os esclarecimentos oferecidos ao usuário em relação à sua patologia, aos sinais e à terapêutica a ser realizada, pois a comunicação prestador/usuário é

importante para o sucesso do tratamento que acontece também por meio das instruções oferecidas<sup>38</sup>. No entanto, no presente estudo, a maioria (66,2%) dos participantes apresentava mais de 12 anos de escolaridade. Já em um estudo realizado em um município do interior de São Paulo, a maioria (64%) dos participantes possuía o ensino médio como maior nível de escolaridade<sup>32</sup>. Também no estudo realizado na cidade de Canoas, RGS-Brasil, a maioria (58,9%) das pessoas que buscou por assistência oftalmológica possuía escolaridade menor ou igual a 7 anos. Há uma predominância de baixa escolaridade no grupo de usuários do SUS<sup>39</sup>. Há que se considerar, portanto, os diferentes níveis de escolaridade ao se confrontar dados de pesquisas conduzidas ao longo do tempo em distintas localidades. No presente estudo, a maioria (58,9%) relatou ter uma renda *per capita* inferior a meio salário mínimo. No estudo realizado em Canoas, a renda média apresentada era superior ao salário mínimo da época, entretanto 16% dos usuários referiram indicar o serviço em questão apenas para pessoas que não apresentassem condições financeiras. A recomendação do serviço para outras pessoas pode ser avaliada como indicador da qualidade. Logo esse resultado encontrado em Canoas suscita a impressão de que a política pública de saúde está direcionada à população socialmente menos favorecida, mesmo que o SUS se proponha a alcançar toda a comunidade independentemente das diferentes condições socioeconômicas<sup>39</sup>. As diferenças em relação à renda encontradas entre os dois estudos mostram que a busca por assistência oftalmológica existe independente de perfil financeiro da população e região específica. Uma maior renda salarial pode ser levada em consideração para indicar que a população com essas características estaria utilizando o serviço público como opção. O fato de poder escolher entre serviço público ou privado deixa o indivíduo em posição de melhor julgamento sobre a qualidade do serviço que recebe e ainda o conduz a optar ou buscar por outros serviços de mesma especialidade<sup>40</sup>.

No presente estudo realizado em Vitória da Conquista, a cor da pele autodeclarada branca foi estatisticamente associada a menores níveis de avaliação da qualidade da assistência oftalmológica. Tal resultado contrasta com o resultado encontrado em estudo que avaliou níveis da qualidade da assistência realizado em outro local, no qual os indivíduos de raça autodeclarada branca apresentaram melhores níveis de avaliação da qualidade do atendimento.<sup>40</sup> Cabe ressaltar que pode existir correlação entre a raça e o perfil de escolaridade e que aqueles com maior escolaridade tendem a apresentar maior compreensão relacionada às necessidades básicas de saúde e à satisfação com o serviço oftalmológico. Melhor nível de satisfação dos indivíduos autodeclarados brancos traduz que esta parte dos usuários apresenta níveis mais elevados de renda e menos dependência do sistema público<sup>41</sup> e, por conseguinte, maior inclinação a maiores níveis de avaliação da qualidade da assistência de saúde, já que poderiam

utilizá-la por opção<sup>40</sup>. Esse maior nível de avaliação da qualidade da assistência poderia ser correlacionado à possibilidade de escolher apenas os serviços que consideram de qualidade e optar por outros locais de assistência quando não satisfeitos com o serviço oferecido pela assistência pública.

Em estudo prévio<sup>9</sup>, observou-se que, assim como na presente investigação (62,10%), a maioria dos avaliados era do sexo feminino (71,56%). Resultados similares foram descritos em outros estudos,<sup>42,43</sup> mostrando que as mulheres procuram mais por assistência à saúde e são mais empenhadas em investigar a saúde em comparação aos homens<sup>38,44</sup>. Esse fato pode ter contribuído para que menores níveis de satisfação com a qualidade do serviço oftalmológico em Vitória da Conquista fossem registrados entre os homens.

Ter autopercepção de saúde ótima não esteve associado à menor satisfação com o serviço de saúde oferecido. Primordialmente a autopercepção de saúde fala sobre as principais necessidades do indivíduo, com foco no seu aspecto de saúde atual, associada à perspectiva do usuário sobre essa saúde. A autopercepção de saúde ainda conta com influência de fatores biológicos, demográficos e socioeconômicos<sup>45</sup>. A melhor autopercepção de saúde sozinha pode não ser capaz de indicar os reais motivos de menores níveis de satisfação com a qualidade do serviço, pois pode estar vinculada a fatores socioeconômicos, biológicos, emocionais, culturais, inerentes ao indivíduo<sup>46</sup>. A autopercepção do estado de saúde é um aspecto relacionado a fatores associados à vida do indivíduo, ao fato de este passar por problemas ou prejuízos que influenciam o estado de saúde e a sua percepção. A frequência de maior número de enfermidades crônicas não transmissíveis e de insuficiência funcional entre os idosos reflete que eles apresentem auto-percepção de saúde negativa<sup>47</sup>. Logo autopercepção de saúde ótima é condizente com os entrevistados deste estudo que, em sua maioria, apresentavam idade entre 18 e 59 anos. É importante frisar que a negligência ou falta de acesso a este tipo de serviço pode ser indicativo de problemas oculares e alterações de autopercepção do estado de saúde<sup>9</sup>.

Em estudo prévio, o estado civil foi associado a menores níveis de satisfação com o atendimento em serviços públicos de saúde<sup>48</sup>. Todavia os níveis de satisfação são influenciados por condições demográficas e socioeconômicas. O estado civil, uma vez ligado à aceitabilidade, vem proporcionar influência na adesão à rotina de consultas, exames e tratamentos, o que reflete na expectativa e na satisfação do atendimento<sup>49</sup>. Isso pode ser posto em contraponto por outro estudo em que o estado civil não apresentou associação com o nível de satisfação com o serviço de saúde recebido<sup>50</sup>. Em Vitória da Conquista, essa associação foi registrada na análise bivariada e não permaneceu na múltipla, situação provavelmente explicada por controle de fatores de confusão relacionados ao estado civil.

Dentre as limitações deste estudo, é importante ressaltar que, entre os usuários, havia menores de 18 anos e, portanto, os questionamentos foram feitos aos responsáveis por estes. Nota-se ainda que o serviço oftalmológico avaliado foi implantado em uma região na qual as pessoas apresentavam carência de assistência oftalmológica via SUS. Esse serviço é fruto de um consórcio intermunicípios da região e apresenta a qualidade total como meta a ser alcançada. Sendo assim pode-se considerar que, embora sejam usuários de serviços prestados pelo SUS, de certa forma, trata-se de uma população viciada e que, ao confrontar os resultados encontrados neste estudo com aqueles registrados em outras localidades, estão sendo consideradas realidades distintas. Além disso há que se ponderar que o ponto de corte adotado parece ser inédito, assim as discussões apresentadas devem considerar esta questão.

## **CONCLUSÃO**

Na avaliação da qualidade da assistência oftalmológica prestada, foi observado que, quanto à perspectiva dos participantes da pesquisa, quase a totalidade relatou bons níveis de qualidade da assistência. Entretanto, ao considerar o ponto de corte adotado no escore do QRSO, mais da metade dos participantes relatou menores níveis de qualidade. Ao caracterizar a qualidade da assistência, foram verificados menores níveis quanto ao domínio escolha (liberdade de escolher o prestador de assistência oftalmológica). Os fatores associados aos menores níveis de qualidade foram o sexo e a raça autodeclarada. Esses aspectos podem ser considerados pelos gestores e trabalhadores dos sistemas de saúde na elaboração das políticas de saúde, com vista à ampliação da oferta de serviços ofertados.

## **REFERÊNCIAS**

1. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? JAMA. 1988;260(12):1743–1748.
2. D’Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm. 2006;59(1): 84-8.
3. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

5. Paim JS, Travassos CMDR, Almeida CMD, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet* [online]. 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf).
6. Okano MT, Gomes JGC. Dimensões de satisfação da qualidade em serviços de saúde privado. *Rev. Humanid. Inov.* 2020; 7(4), 206-217.
7. Albuquerque FJBD, Melo CDF. Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. *Psic.: Teor.* 2010; 26(2), 323-330.
8. Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB, et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: O Brasil em números. *Revista Radis.* 2004;23:14-33.
9. Pereira JM, Salomão SR, Cinoto RW, Mendieta L, Sacai PY, Berezovsky A, et al. Avaliação dos serviços de assistência oftalmológica em população urbana de baixa renda da cidade de São Paulo – Brasil. *Arq Bras Oftalmol.* 2009;72(3):332-40.
10. Martins AMEBL, Muniz AB, Silveira MF, Carreiro DL, Souza JGS, Ferreira EF. Avaliação da assistência oftalmológica na perspectiva dos usuários. *Rev Bras Epidemiol.* 2016;19(2):390-402.
11. Figueiredo MNFC, Tanarah MLM, Stival LR, Nassaralla Junior JJ. Perfil epidemiológico dos atendimentos Oftalmológicos em um serviço público (SUS). *RcITPAC.* 2015;8(2)Pub.5.
12. Temporini ER, Kara-José N. A perda da visão – Estratégias de prevenção. *Arq Bras Oftalmol.* 2004;67(4):597-601.
13. Galvão FM, Silva YP, Resende MILD, Barbosa FR, Martins TA, Carneiro LB. Prevalência e fatores de risco para retinopatia diabética em pacientes diabéticos atendidos por demanda espontânea: um estudo transversal. *Rev. Bras. Oftalmol.* 2021; 80.
14. Organização Mundial da Saúde. *World Report on Vision.* 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-vision>.
15. Ministério da Saúde. Portaria nº 957, de 15 de Maio de 2008. Institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2008; 93, 80 16.*
16. Pretto C, Bagatini MD, Baesso JV, Bonadiman BSR. Influência da visão na qualidade de vida dos idosos e medidas preventivas a deficiências visuais. *Braz. J. Hea. Rev.* 2020;3(3):4900-4905
17. Guilherme JA, Massuda EM, Yamaguchi MU. Avaliação dos serviços de saúde para satisfação dos usuários: estudo cienciométrico. *J Health Sci Inst.* 2016;34(2):93-7.

18. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). HDI - Human development Index; GDP - Gross National Product. 2013. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/vitoria-daconquista>. Acesso em 05 de Dez. de 2021
19. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni L, Nunes, EDFPDA. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Cien. Saude. Colet*, 2017; 22, 1109-1120.
20. Barbosa HJC, Ferreira DM, Junior RRA, Szpilman ARM. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes atendidos em um ambulatório de oftalmologia em Vila Velha/ES. *Rev. Bras. Pesqui. Saúde*. 2018; 20(3), 77-84.
21. Yu SWY, Hill C, Ricks ML, Bennet J, Oriol NE. O escopo e o impacto das clínicas móveis de saúde nos Estados Unidos: uma revisão da literatura. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):178.
22. Rezende MA, Hashimoto M, Padovani CR, Schellini SA. Razão de não comparecimento à clínica oftalmológica da universidade após triagem em uma unidade móvel oftalmológica em uma região brasileira. *Arq Bras Oftalmol*, 2021; 84, 554-560.
23. Santos LAP, Gonçalves MJR. A judicialização da saúde: desafio da efetivação dessa garantia fundamental. *Revista Processus de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros*, 2020; 11(40), 41-53.
24. Schveitzer MC, Esper MV, Silva MJP. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. *O mundo da saúde*, 2012; 36(3), 442-451.
25. Silva DDN, Araújo JLD, Silva RTS, Nascimento EGCD. Privacidad y confidencialidad de los usuarios en un hospital general. *Rev. bioet*, 2017; 25, 585-595.
26. Sørensen, K, Van den Broucke, S, Fullam, J, Doyle, G., Pelikan, J, Slonska, Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 2012; 12(1), 1-13.
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all. Geneva. WHO REFERENCE NUMBER: WHO/NMH/PND/17.5. CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2017.
28. Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L. Alfabetização em Saúde Organizacional: Revisão de Teorias, Estruturas, Guias e Questões de Implementação. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2018, V55: p.1–17.

29. Almeida HOC, Góis RMO. Avaliação da satisfação do paciente: indicadores assistenciais de qualidade. *Rev. Adm. Saúde (On-line)*. 2020; 20(81):e244.
30. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cien. Saude. Colet*, 2004; 9(1), 139-146.
31. Marchi MM, Sztajn R. Autonomia e Heteronomia na Relação entre Profissional de Saúde e Usuário dos Serviços de Saúde. *Rev Bioet*. 2009;6(1).
32. Meneguín S, Fernandes PC, Mainini OIR. Dificuldades enfrentadas pelos usuários para resolubilidade do cuidado oftalmológico na rede de atenção à saúde. *Enfermería (Montevideo) [Internet]*. 2021; 10( 2 ): 29-41.29.
33. Oliveira IPRM, Meneguín S. Resolubilidade do cuidado oftalmológico em um centro de atendimento secundário: abordagem quantitativa. *Einstein (São Paulo)* 2019; 17.
34. Hollanda E, Siqueira SAVD, Andrade GRBD, Molinaro A, Vaitsman J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Cien. Saude. Colet*, 2012; 17(12), 3343-3352.
35. Souza JGS, Oliveira BEC, Lima CV, Sampaio AA, Noronha MDS, Oliveira RF, Ferreira EF, Martins, AMEDBL. Insatisfação com os serviços odontológicos entre idosos brasileiros dentados e edentados: análise multinível. *Cien. Saude. Colet*, 2019; 24, 147-158. 46.
36. Nery NG, Marcelo VC, Dantas MAA. A satisfação de idosos quanto à Estratégia Saúde da Família, a partir da atenção em Saúde Bucal. *Rev Bras Ciênc Saúde*, 2010; 4(1), 43-50.
37. Mendonça KMPP, Guerra RO, Diógenes TPM. Influência das características sócio-demográficas na satisfação do paciente com o tratamento fisioterapêutico. *Fisioter Mov*.2006;19(3):83-9.
38. Bernardino JCB, Goes TBL, Santana LA, Silva SG. Avaliação do nível de satisfação dos pacientes atendidos no núcleo de fisioterapia e reabilitação física de Sobradinho/DF. *Fisioterapia Brasil*. 2015;16(1):38-42.
39. Benazzi LEB, Figueiredo ACL, Bassani DG. Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil. *Cien. Saude. Colet*. 2010; 15(3), 861-868.
40. Gomes MAV, Pinto VDO, Cassuce FCDC. Determinantes da satisfação no atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). *Cien. Saude. Colet*, 2021; 26, 1311-1322.
41. Ribeiro MCSDA, Barata RB, Almeida MFD, Silva ZPD. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS-PNAD 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):1011-1022.

42. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(3):565-574. 27.
43. Aquino EML, Menezes GMS, Amoedo MB. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Rev Saúde Pública* 1992;26(3):195-202.
44. Campos GM, Brum IV, Brum IV. Perfil epidemiológico dos atendimentos em um serviço público de urgência oftalmológica. *Rev Bras Oftalmol*, 2019; 78, 297-299.
45. Savassi, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2010; 5(17), 3-5.
46. Agostinho MR, Oliveira, MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2010; 5(17), 9-15.
47. Carneiro JA, Gomes CAD, Durães W, Jesus DRD, Chaves KLL, Lima, CDA, et al. Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. *Cien. Saude. Colet*. 2020; 25, 909-918.
48. Schmidt SMS, Müller FM, Santos ED, Ceretta PS, Garlet V, Schmitt S. Análise da satisfação dos usuários em um hospital universitário. *Saúde em Debate*, 38, 305-317.
49. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*, 2012; 31, 260-268.
50. Oliveira A, Albuquerque C, Cunha M, Oliveira M, Andrade A. Satisfação dos utentes numa unidade de cuidados de saúde primários do interior. *Servir*, 2016; 59(3), 62-67.





**Tabela 1.** Condições demográficas e socioeconômicas, de autopercepção da saúde entre usuários dos serviços oftalmológicos do SUS de Vitória da Conquista, BA, 2020. (n=389)

<b>CONDIÇÕES DEMOGRÁFICAS</b>	N	%
<b>Sexo<sup>a</sup></b>		
Feminino	239	62,1
Masculino	146	37,9
<b>Faixa etária em anos<sup>a</sup></b>		
1-11	63	16,2
12-17	69	17,8
18-59	238	61,4
≥ 60	18	4,6
<b>Etnia / cor da pele / Raça autodeclarada</b>		
Branca	129	33,2
Parda	199	51,1
Negro/Indígena	61	15,7
<b>CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS</b>		
<b>Escolaridade em anos<sup>a</sup></b>		
Maior ou igual a 12	256	66,2
9 a 11	62	16,0
De 1 a 8	69	17,8
<b>Estado civil</b>		
Casado	116	29,8
Separado/divorciado/viúvo/solteiro	273	70,2
<b>Renda per capita<sup>a,b</sup></b>		
Maior que um salário mínimo	50	13,0
De meio a um salário mínimo	108	28,1
Menor que meio salário mínimo	226	58,9
<b>AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE</b>		
<b>Como você classificaria sua saúde</b>		
Ótima	244	62,7
Boa	100	25,7
Regular	45	11,6
Ruim		
Péssima		

<sup>a</sup>: n° de respondentes foi inferior ao n° de participantes;

<sup>b</sup>: SM: salário mínimo (vigente R\$ 1045,00 / \$=185,28; \$ 1,00 = R\$ 5,64; setembro de 2020)

**Tabela 2.** Caracterização da assistência oftalmológica entre usuários dos serviços oftalmológicos do SUS de Vitória da Conquista, BA, 2020. (n=389)

	n	%
<b>Quando foi a última vez que você ou algum outro membro de seu domicílio precisou de cuidado ocular, mas não foi possível obtê-lo? <sup>a</sup></b>		
Nos últimos 30 dias	27	7,3
Entre 1 mês e menos de 6 meses atrás	14	3,8
Entre 6 meses e menos de 1 ano atrás	5	1,4
Precisou e obteve cuidado ocular	323	87,5
<b>Esta última vez que houve necessidade e não foi conseguido cuidado oftalmológica foi para você, para uma criança na sua família ou para algum outro membro adulto da sua família? <sup>a</sup></b>		
Você	27	7,3
Uma criança	11	3,0
Outro membro	8	2,2
Precisou e obteve cuidado ocular	323	87,5
<b>Que problema no olho melhor descreve por que você ou a criança da sua família precisou de cuidado ocular? <sup>a</sup> <sup>q7002</sup></b>		
Visão embaçada, borrada ou reduzida	61	19,9
Problema com luz, ofuscamento ou halus	23	7,5
Olho vermelho	59	19,2
Dor, incomodo ou coceira no olho	129	42,0
Olho lacrimejando ou secreção	26	8,5
Ferimento no olho	0	0,00
Outro	9	2,9
<b>Motivos para não comparecer à consulta marcada</b>		
Compareceu à consulta marcada	382	98,3
Sem transporte	5	1,3
Não pude arcar com o custo do transporte	1	0,2
Não pude sair do trabalho ou tinha outros compromissos	1	0,2
As habilidades, medicamentos ou equipamentos do prestador de assistência oftalmológica não foram adequados	0	
Você foi previamente mal tratado	0	
Não sabia aonde ir	0	
Ficou com medo de receber o tratamento	0	
Achou que o problema na visão não era sério o suficiente para procurar tratamento	0	
Achou que o problema na visão não poderia ser tratado	0	
Outras razões	0	
<b>SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO DE CUIDADO OFTALMOLÓGICO</b>		
<b>Em geral você diria que está muito satisfeito, parcialmente satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, parcialmente insatisfeito ou muito insatisfeito com as condições dos serviços de assistência oftalmológica na sua região do país. <sup>a</sup></b>		
Muito Satisfeito		
Parcialmente satisfeito	349	90,0
Nem satisfeito nem insatisfeito	39	10,0
Parcialmente insatisfeito		
Muito Insatisfeito		
<b>No último ano, você recebeu algum cuidado ocular?</b>		
Sim	389	100
Não		
<b>O último local em que você [esta criança acompanhada] se consultou era</b>		
Hospital / Clínica pública	389	100
Hospital / Clínica particular		
<b>Na sua opinião, as habilidades do [prestador de cuidado ocular] foram adequadas para o seu tratamento ou para o tratamento da criança acompanhada? <sup>a</sup></b>		
Sim	388	100
Não		
<b>Como você pagou pelo serviço?</b>		
Particular, sem reembolso		
Não pagou/ sistema público	389	100
<b>Na sua opinião, o material médico e equipamentos do prestador de assistência oftalmológica foram adequados para seu tratamento ou para o tratamento da criança acompanhada? <sup>a</sup></b>		
Sim	386	99,7

Não	1	0,3
<b>Pensando sobre sua [esta criança acompanhada] última consulta, quanto tempo você demorou para chegar ao local?<sup>a</sup></b>		
Até 30 minutos	88	24,9
31 a 59 minutos	122	34,5
60 minutos	90	25,4
Mais de 61 minutos	54	15,2
<b>Pensando sobre sua [esta criança acompanhada] última consulta, como você chegou lá? [Entrevistador: marque aquele usado para a maior parte do percurso]</b>		
Veículo particular	41	10,6
Táxi	17	4,4
Transporte público	215	55,6
Ambulância	88	22,7
Andou	26	6,7

<sup>a</sup>: n° de respondentes foi inferior ao n° de participantes;

**Tabela 3.** Características da assistência oftalmológica conforme “Questionário de Responsividade ao Sistema de Cuidado Oftalmológico - QRSAO” entre usuários dos serviços oftalmológicos do SUS de Vitória da Conquista, BA, 2020. (n=389)

<b>Características do cuidado conforme QRSAO.</b> Na sua última consulta, como você classificaria...	N	%
<b>Domínio prontidão no atendimento/processo</b>		
1 ...O tempo de viagem até o prestador de cuidado ocular** como:		
Ótimo		
Bom	389	100
Regular		
Ruim		
Péssimo		
2 ...O tempo que você esperou antes de ser atendido** como:		
Ótimo	382	98,7
Bom	4	1,0
Regular	1	0,3
Ruim		
Péssimo		
<b>Domínio dignidade/processo</b>		
3 ...A experiência de ter sido recebido e tratado com respeito** como:		
Ótimo	386	99,5
Bom	2	0,5
Regular		
Ruim		
Péssimo		
<b>Domínio privacidade/processo</b>		
4 ...Sua privacidade foi respeitada durante exames e tratamentos** como:		
Ótimo	384	99,0
Bom	4	1,0
Regular		
Ruim		
Péssimo		
5 ...A maneira que o serviço assegurou que você poderia falar reservadamente** como:		
Ótimo	381	98,2
Bom	7	1,8
Regular		
Ruim		
Péssimo		
<b>Domínio comunicação/processo</b>		
6 ...A clareza com que o prestador explicou as coisas para você** como		
Ótimo	8	2,1
Bom	380	97,9
Regular		
Ruim		
Péssimo		
7 ...Ter tempo suficiente para fazer perguntas sobre seu problema de visão ou tratamento** como:		
Ótimo	168	44,3
Bom	111	29,3
Regular	100	26,4
Ruim		
Péssimo		
8 ...A experiência de ter informações sobre outros tipos de exames ou tratamentos** como:		
Ótimo	5	1,3
Bom	382	98,5
Regular	1	0,2
Ruim		
Péssimo		
<b>Domínio autonomia/processo</b>		
9 ...A experiência de estar envolvido em tomar decisões sobre seu tratamento** como:		
Ótimo	325	83,8
Bom	63	16,2
Regular		
Ruim		
Péssimo		
<b>Domínio escolha/processo</b>		

10 ...A liberdade que teve para escolher o seu prestador de cuidado ocular** como:		
Ótimo	3	0,8
Bom	9	2,3
Regular	222	57,2
Ruim	154	39,7
Péssimo		
<b>Domínio infraestrutura/estrutura</b>		
11 ...A limpeza das salas dentro do local de exame, incluindo os banheiros** como:		
Ótimo	385	99,2
Bom	3	0,8
Regular		
Ruim		
Péssimo		
12 ...A quantidade de espaço na sala de espera e na sala onde foi examinado** como:		
Ótimo	383	98,5
Bom	6	1,5
Regular		
Ruim		
Péssimo		

---

\*\* para você ou para o menor atendido

**Tabela 4.** Análise bivariada e múltipla para avaliar associação entre as condições demográficas e socioeconômicas e menores níveis de satisfação com a assistência oftalmológica ofertado diretamente via SUS na perspectiva de usuário de uma unidade de saúde de Vitória da Conquista, BA, Brasil 2020. (n=389)

	Maiores níveis de satisfação		Menores níveis de satisfação		OR	IC 95%	Valor p	OR	IC 95%	Valor p
	n	%	N	%						
<b>CONDIÇÕES DEMOGRÁFICAS</b>										
<b>Sexo<sup>a</sup></b>										
Feminino	112	(48)	121	(52)	1,00		1,00			0,033
Masculino	57	(40)	84	(60)	1,36	(0,89-2,08)	0,151	1,66	(1,04-2,65)	
<b>Faixa etária em anos</b>										
1-11	37	(59)	26	(41)	1,00					
12-17	38	(55)	31	(45)	1,16	(0,58-2,31)	0,672			
18-59	88	(39)	139	(61)	2,24	(1,27-3,97)	0,005			
≥ 60	6	(33)	12	(67)	2,85	(0,95-8,55)	0,063			
<b>Etnia / cor da pele / Raça autodeclarada</b>										
Parda/ Negro/Indígena	148	(58)	106	(42)	1,00		1,00			
Branca	22	(18)	102	(82)	6,47	(3,83-10,93)	0,000	6,89	(4,00-11,86)	0,000
<b>CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS</b>										
<b>Escolaridade em anos<sup>a</sup></b>										
De 1 a 8	34	(51)	33	(49)	1,00					
9 a 11	29	(47)	33	(53)	1,37	(0,80-2,35)	0,254			
Maior ou igual a 12	106	(43)	141	(57)	1,17	(0,59-2,34)	0,652			
<b>Estado civil</b>										
Separado/divorçado/viúvo/solteiro	126	(47)	142	(53)	1,00					
Casado	44	(40)	66	(60)	1,33	(0,85-2,09)	0,214			
<b>Renda per capita<sup>a,b</sup></b>										
Menor que meio salário mínimo	107	(49)	112	(51)	1,00					
Meio a um salário mínimo	45	(42)	62	(58)	2,03	(1,04-3,97)	0,037			
Maior que um salário mínimo	15	(32)	32	(68)	1,32	(0,83-2,09)	0,248			
<b>AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE</b>										
<b>Como você classificaria sua saúde</b>										
Ótimo	99	(42)	139	(58)						
Bom	53	(54)	46	(46)	0,62	(0,39-1,00)	0,046			
Regular	18	(44)	23	(56)	0,91	(0,47-1,78)	0,782			

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%; <sup>a</sup>: n° de respondentes foi inferior ao n° de participantes; <sup>b</sup>:

SM: salário mínimo (vigente R\$ 1045,00 / \$=185,28; \$ 1,00 = R\$ 5,64; setembro de 2020)

Análise múltipla ajustada pela renda *per capita*. Hosmer Lemeshow = 0,885

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade oferecida nos serviços de saúde está inteiramente unida ao nível de avaliação da qualidade da assistência ofertada na percepção do usuário, que é um indicador respeitado na avaliação da qualidade da assistência oftalmológica. Esta pesquisa verificou que quase a totalidade dos participantes referiu bons níveis de avaliação da qualidade de assistência. Entretanto, ao considerar o ponto de corte adotado no escore do QRSAO, constatou-se que pouco mais da metade dos participantes relatou menores níveis de avaliação de qualidade.

Ao caracterizar a qualidade da assistência observou-se que o fato de não poder escolher seu prestador de cuidado ocular provocou menor nível de avaliação da qualidade dos serviços. Há de se considerar que, no serviço público, por haver uma demanda alta de busca por assistência, é difícil garantir uma disponibilidade de profissionais que atenda a escolha do usuário. Os gestores devem considerar a possibilidade de ampliar a oferta de prestadores da assistência oftalmológica, para sanar tal dificuldade, pois ela tem sido motivo de menores níveis de avaliação da qualidade dos serviços prestados. Esta pesquisa, também verificou que os fatores associados aos menores níveis de qualidade foram o sexo e a raça autodeclarada, tal aspecto também deve ser considerado e analisado pelos gestores e trabalhadores dos serviços de saúde.

Observou-se que a comunicação eficiente ajuda o usuário a se perceber acolhido e, com isso, mais confortável em poder compartilhar seus temores, dúvidas e aflições, o que reflete em maiores níveis de satisfação e em resultados mais positivos na avaliação da qualidade dos serviços oferecidos. É relevante considerar a expansão do acesso ao letramento em saúde para fortalecer a participação do cidadão na promoção da saúde individual, familiar e comunitária.

Esta pesquisa, ao caracterizar a qualidade do serviço de assistência oftalmológica na percepção dos usuários, almeja colaborar para a melhoria da assistência oftalmológica, sinalizando os fatores associados a menores e maiores níveis de avaliação da qualidade. É relevante salientar a necessidade de avaliações frequentes, pois os resultados são temporários, e os níveis de qualidade alteram-se constantemente. Novas pesquisas sobre o tema deste estudo são necessárias para garantir uma qualidade de assistência oftalmológica de excelência.





## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H. O. C.; GÓIS, R. M. O. Avaliação da satisfação do paciente: indicadores assistenciais de qualidade. **Revista de Administração em Saúde**, v. 20, n. 81, 2020.

ARAKAWA, A. M. *et al.* Percepção dos usuários do SUS: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. **Revista CEFAC**, v. 14, n. 6, p. 1108-1114, 2012.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Use o método Teach-Back**. 2020. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/professional-training/shared-decision/tool/resource-6.html>. Acesso em: 18 de Fev. de 2022.

BAHIA. Secretaria da Saúde [internet]. Salvador, BA, Brasil; 2019 [acesso em 29 ago 2020]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/>. Acesso em: 18 de Fev. de 2022.

BARON-EPEL, O.; DUSHENAT, M.; FRIEDMAN, N. Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 13, n. 4, p. 317-323, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 957, de 15 de Maio de 2008. **Institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 93, p.80 16 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA GM Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**. Diário Oficial da União. Imprensa Nacional. Brasília, DF. Nº 251, Seção 1 – 31 de dezembro de 2010.

BRASIL. Constituição Brasileira de 1988. **Artigo 196**. Brasília, DF. 1988. Disponível em: <https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/legislacao/constituicao-de-1988/#:~:text=Art.,Art>. Acesso em: 15 de Jan. de 2022.

CAVANAUGH, K. L. Alfabetização em saúde no cuidado do diabetes: explicação, evidências e equipamentos. **Diabetes Manag (Londres)**. v.1 n.2. p.191–199. março; 2011.

DONABEDIAN, A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford: **Oxford University Press**; p.240; 2003.

DONABEDIAN, A. Quality assessment and monitoring: retrospect and prospect. **Evaluation & the health professions**, v. 6, n. 3, p. 363-375, 1983.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed?. **Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

FARMANOVA, E.; BONNEVILLE, L.; BOUCHARD, L. Alfabetização em Saúde Organizacional: Revisão de Teorias, Estruturas, Guias e Questões de Implementação. **The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing**. V55: p.1–17. 2018.

FERNANDES, L. A.; KÖPTCKE, L. S. Análise da ação de saúde ocular do Programa Saúde na Escola no Brasil de 2014 a 2019: um estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.

FIGUEIREDO, S. O. *et al.* Detecção precoce e resolução de deficiência visual em escolares da cidade de Patos de Minas. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. Supl 5, p. S18-S21, 2015.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**, v. 2, p. 125-34, 2003.

GAERTNER, F. *et al.* Procedimentos relacionados ao uso de insulina por portadores de diabetes mellitus tipo i e tipo ii. **Revista Contexto & Saúde**, v. 14, n. 27, p. 44-53, 2014.

GALVÃO, F. M. *et al.* Prevalência e fatores de risco para retinopatia diabética em pacientes diabéticos atendidos por demanda espontânea: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 80, 2021.

GOUVEIA, G. C. *et al.* Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 3, p. 281-296, 2009.

GUEDES, R. A. P. Glaucoma, saúde coletiva e impacto social. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 80, p. 05-07, 2021.

GUILHERME, J. A.; MASSUDA, E. M.; YAMAGUCHI, U. M. Avaliação dos serviços de saúde para satisfação dos usuários: estudo cienciométrico. **J Health Sci Inst**, v. 34, n. 2, p. 93-97, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). HDI - Human development Index; GDP - Gross National Product. 2013. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/vitoria-daconquista>. Acesso em 05 de Dez. de 2021.

LEAL, R.V. S.; EMMI, D. T.; ARAÚJO, M. V. A. Acesso e qualidade da atenção secundária e da assistência em estomatologia no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310205, 2021.

LONGHI, J. C.; CANTON, G. A. M. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 21, p. 15-30, 2011.

MARTINS, A. M. E. B. L. *et al.* Avaliação da assistência oftalmológica na perspectiva dos usuários. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 390-402, 2016.

MARTINS, R.; FRUTUOSO, C. Monitorização da qualidade em saúde: estudo da satisfação dos utentes. **Gestão e Desenvolvimento**, v. 25, p. 183-194, 2017.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. Dez coisas que a entrevista motivacional não é. **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva**. n.37, p.129-140. 2009.

MONTEIRO, N. J. *et al.* Avaliação do serviço de coleta para exame colpocitológico pela escala SERVQUAL. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 72, p. 118-124, 2019.

MORISADA, M. V. *et al.* Telemedicine, patient satisfaction, and chronic rhinosinusitis care in the era of COVID-19. **American Journal of Rhinology & Allergy**, v. 35, n. 4, p. 494-499, 2021.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-549, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **World Report on Vision**. OMS: 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-vision>. Acesso em: 15 de Fev. de 2022.

OTTAIANO, J. A. A. *et al.* **As condições de Saúde Ocular no Brasil**. Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO). São Paulo. n. 1. 2019. Disponível em: [https://www.cbo.com.br/novo/publicacoes/condicoes\\_saude\\_ocular\\_brasil2019.pdf](https://www.cbo.com.br/novo/publicacoes/condicoes_saude_ocular_brasil2019.pdf). Acesso em: 15 de Jan. de 2022.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [online] 9 May, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf). Acesso em: 17 de Fev. de 2022.

PEREIRA, J. M. *et al.* Avaliação dos serviços de assistência ocular em população urbana de baixa renda da cidade de São Paulo-Brasil. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 72, n. 3, p. 332-340, 2009.

SØRENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC public health**, v. 12, n. 1, p. 1-13, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa.WHO: Canadian Public Health Association, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all**. Geneva. WHO REFERENCE NUMBER: WHO/NMH/PND/17.5. CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2017.

YEN, P. H.; LEASURE, A. R. Uso e Eficácia do Método Teach-Back na Educação do Paciente e Resultados de Saúde. **Praticante Federal**. Junho de 2019.



## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Questionário das condições demográficas e socioeconômicas

**ATENÇÃO**, as questões ou afirmações com \* ler na íntegra a pergunta ou afirmativa e as respostas\* Por favor, responda as perguntas abaixo, escolhendo a resposta que parece mais adequada para você. Não existem respostas certas ou erradas

Nº de identificação do participante \_\_\_\_\_USF Data da entrevista \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Entrevistadora \_\_\_\_\_

#### INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS

01- Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade\_\_\_\_\_

02- Qual o seu estado civil?

1. ( ) Solteiro(a)
2. ( ) Casado(a)
3. ( ) Separado(a) / Divorciado(a)
4. ( ) Viúvo(a)
5. ( ) União estável

03- Sexo

1. ( ) Masculino
2. ( ) Feminino

04- Raça autodeclarada

1. ( ) Branco(a)
2. ( ) Pardo(a)
3. ( ) Negro(a)
4. ( ) Amarelo(a)
5. ( ) Indígena

05- Renda familiar mensal líquida geral R\$\_\_\_\_\_

06- Número de habitantes no domicílio \_\_\_\_\_

07- Escolaridade, em anos de estudo \_\_\_\_\_

08- Trabalho atual

1. ( ) Empregado(a)
2. ( ) Autônomo(a)
3. ( ) Trabalhador (a) informal

4. ( ) Estagiário(a) remunerado
5. ( ) Aposentado(a)/empregado(a)
6. ( ) Aposentado(a)/ Trabalhador (a) informal
7. ( ) Aposentado(a)
8. ( ) Não trabalha/ nunca trabalhou
9. ( ) Desempregado(a)

09- Tempo de residência no território \_\_\_\_\_

10- Número de cômodos da casa \_\_\_\_\_

11- Tipo de moradia

1. ( ) Própria
2. ( ) Própria em aquisição
3. ( ) Alugada
4. ( ) Cedida
5. ( ) Outros \_\_\_\_\_

12- Profissão \_\_\_\_\_

13- Anos de exercício \_\_\_\_\_

#### QUESTÕES SUBJETIVAS

\*14- Como você classificaria a sua saúde?

1. ( ) Ótima
2. ( ) Boa
3. ( ) Regular
4. ( ) Ruim
5. ( ) Pésima

\*15- Quanto você está satisfeito com o seu trabalho?

1. ( ) Extremamente satisfeito
2. ( ) Moderadamente satisfeito
3. ( ) Regulamente satisfeito
4. ( ) Insatisfeito
5. ( ) Totalmente insatisfeito

## **APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Título da pesquisa: Avaliação do cuidado oftalmológico na perspectiva dos usuários de serviço público - Vitória da Conquista - BA, 2020.

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros – MG / Unimontes.

Patrocinadora: recursos próprios

Coordenadora: Dra Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins

Pesquisadora responsável Professora Dra Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins.

Telefone:

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo: avaliar o nível de satisfação dos usuários com o cuidado oftalmológico ofertado em uma unidade de serviço público de oftalmologia na cidade de Vitória da Conquista.

2- Metodologia/procedimentos o Sr. / a Sra. / você será convidado a responder algumas perguntas referentes à qualidade do cuidado oftalmológico ou referente à sua visão ofertado na Policlínica Regional de Vitória da Conquista, por meio de entrevista a ser realizada via telefone por uma entrevistadora devidamente treinada.

3- Justificativa: A investigação da satisfação dos usuários com o cuidado oftalmológico no serviço público é importante para a melhoria da qualidade desse cuidado.

4- Benefícios: Os resultados da investigação poderão proporcionar melhorias no cuidado oftalmológico ofertado na unidade de saúde avaliada que presta assistência a pessoas de Vitória da Conquista, assim como de cidades circunvizinhas. Os resultados podem subsidiar a melhoria dos serviços, tendo em vista a identificação de aspectos relevantes para promoção da saúde visual, prevenção da cegueira e da baixa visão da população, assim como a eficiente recuperação das pessoas com alguma doença que compromete a visão.

5- Desconfortos e riscos de acordo com a resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Toda pesquisa envolvendo seres humanos pressupõe riscos, portanto estes serão admissíveis quando oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos participantes da pesquisa e de outras pessoas. Esta pesquisa pode gerar desconforto por solicitar dados pessoais e questionar suas opiniões quanto ao tema, além disso o tempo necessário para a condução da entrevista pode



incomodar. A entrevista será conduzida por meio de telefone em local reservado, de forma que outra pessoa não vai escutar as suas respostas. Além disso a entrevista será direta, objetivando minimizar o tempo necessário para a condução da investigação. Se necessário, a entrevista poderá ser fracionada, ou seja, ocorrerá em momentos distintos, considerando um agendamento prévio.

6- Danos não previstos.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: não se aplica

8- Confidencialidade das informações: Os resultados adquiridos serão divulgados, sendo resguardada sua identidade.

9- Compensação/indenização: não são antevistos danos ou riscos aos pesquisados, entretanto, se houver dano proveniente da pesquisa, haverá compensações ou indenizações.

10- Outras informações pertinentes: você possui autonomia sobre a sua participação, sendo garantida a oportunidade de se afastar da pesquisa a qualquer período ou fase do estudo.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. A autorização para participação da pesquisa foi dada voluntariamente via telefone, indicando o seu consentimento em participar.

*Andréia Maria Fleiteris de Barros Lima Martins*

17 /06 /2020

---

ENDEREÇO DO PESQUISADOR: Av. Rui Braga S/N, 3º andar (Pr4 S1310), Montes Claros, MG, CEP: 39401-089.

TELEFONE: (38) 3229 8284 / (38) 3229 8000 / (38) 98828 8191

## ANEXOS

## ANEXO A - Termo de concordância da Instituição para participar da pesquisa

**TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**  
 Título da pesquisa: **Avaliação do cuidado oftalmológico na perspectiva dos usuários de serviço público - Vitória da Conquista - Ba, 2020.**  
 Instituição onde será realizada a pesquisa: **Policlínica Regional de Vitória da Conquista e Itapetinga.**

Pesquisador responsável: **Dra. Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins.**

**Atenção:** antes de aceitar permitir a participação dos usuários de serviços oftalmológicos da Policlínica Regional de Vitória da Conquista e Itapetinga, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Este termo descreve o objetivo, metodologia, procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- **Objetivo:** avaliar o nível de satisfação dos usuários com cuidado ofertado em uma unidade de serviço público de oftalmologia na cidade de Vitória da Conquista.

2- **Metodologia/procedimentos:** os usuários do serviço oftalmológico serão convidados a responder algumas perguntas referentes à qualidade do cuidado oftalmológico ofertado na Policlínica Regional de Vitória da Conquista, por meio de entrevista a ser realizada via telefone por entrevistadoras devidamente treinadas.

3- **Justificativa:** uma adequada capacidade visual é fundamental na qualidade de vida do ser humano e para ser alcançada é necessário a garantia de acesso da população a serviços de cuidado oftalmológico de qualidade. O nível de satisfação do usuário desses serviços é importante na avaliação da qualidade dos mesmos. Pois, a análise da qualidade do cuidado em saúde permite a identificação de aspectos a serem melhorados ou implementados para a proteção da saúde visual da população assistida.

4- **Benefícios:** os resultados da investigação poderão proporcionar melhorias no cuidado oftalmológico ofertado na unidade de saúde avaliada que presta assistência a pessoas de Vitória da Conquista, assim como de cidades circunvizinhas. Os resultados podem subsidiar a melhoria dos serviços tendo em vista a identificação de aspectos relevantes para promoção da saúde visual, prevenção da cegueira e da baixa visão da população, assim como a eficiente recuperação das pessoas com alguma doença que compromete a visão.

5- **Desconfortos e riscos:** de acordo com a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos, porém, estes serão aceitáveis quando oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos de pesquisa e de outros indivíduos. Neste caso, o pesquisador se compromete a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco, desconforto ou danos à saúde do sujeito participante da pesquisa, consequente a mesma, não previsto nesse termo de consentimento.

6- **Danos:** não previstos

7- **Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** não se aplica

8- **Confidencialidade das informações:** os resultados serão divulgados, sendo resguardada a identidade de cada participante da pesquisa.

9- **Compensação/indenização:** não são previstos danos ou riscos aos pesquisados, entretanto se houver dano proveniente da pesquisa haverá compensações ou indenizações.

10- **Outras informações pertinentes:** os participantes desta pesquisa possuem autonomia sobre a sua participação, sendo garantido aos mesmos a oportunidade de se afastarem da pesquisa a qualquer período ou fase do estudo.

11- **Consentimento:** li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participação desta instituição/empresa, a qual eu deixo a portaria. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição proponente.

*Handara Samiana Silva Souza* 10/100 *Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins*  
 Handara Samiana Silva Souza  
 Diretora Geral - Policlínica Regional de Vitória da Conquista e Itapetinga  
 Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins

17/06/2020



**ANEXO B** - Termo de responsabilidade para acesso, manipulação, coleta e uso das informações de sigilo profissional para fins científicos (arquivos de saúde, judiciais e outros)

<b>Título do projeto de pesquisa</b>	Avaliação do cuidado oftalmológico na perspectiva dos usuários de serviço público - Vitória da Conquista - BA, 2020.
<b>Coordenador da pesquisa</b>	Prof. <sup>a</sup> Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins
<b>Instituição e Setor dos dados</b>	Policlínica Regional de Vitória da Conquista e Itapetinga / Setor Administrativo

Por meio deste documento, certificamos que respeitaremos as disposições éticas e legais brasileiras para acesso, manipulação, coleta e uso das informações de sigilo profissional para fins científicos, no caso de aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos, da Unimontes:

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – art. 5º, incisos X e XIV;

Código Civil – artigos 20 e 21;

Código Penal – artigos 153 e 154;

Código de Processo Civil – artigos 388, 404 e 448;

Código de Defesa do Consumidor – artigos 43 e 44;

Códigos de Ética de diferentes categorias profissionais, exemplificando a área da saúde: Código de Ética Médica – CFM (2019) – Cap. XII, artigos 99 a 110; Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2017) – artigos 12,16,17,86,89; Código de Ética Odontológica (2012) – Cap. VI, artigos 14 a 16 e Cap. XVII, artigo 50.

Normas da Instituição quanto ao acesso a prontuários;

Parecer CFM nº 08/2005 e nº 06/2010;

Padrões de creditações hospitalares do Consórcio Brasileiro de Acreditação, em particular Gl.2 – Gl 1.12;

Resoluções da ANS (Lei nº 9.961/2000) em particular a RN nº 21; Resoluções do CFM – nº 1605/2000 – 1638/2002 – 1639/2002 – 1642/2002.

Resoluções do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS/MS: 466/2012 e 510/2016.

**Sendo assim, firmamos compromisso com o CEP da Unimontes em:**

1. Preservar a privacidade dos usuários do serviço (proprietários dos dados da documentação);

2. Utilizar as informações exclusivamente para os fins científicos deste projeto de pesquisa;
3. Manter o anonimato das informações e não utilizar iniciais ou outras indicações que identifiquem o participante da pesquisa;
4. Dispor de todo o cuidado necessário para evitar rasuras, dobras, sujeiras ou quaisquer outros danos na documentação durante o manuseio e coleta de dados.

17/06/2020

**Nomes e Assinaturas de todos os pesquisadores**

Andréa M<sup>a</sup> Eleutério de Barros

Lima Martins

*Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins*

Maristella Mares Leite Cirilo

Moura

*Maristella M. L. Cirilo Moura*

## ANEXO C - Questionário de Responsividade ao Sistema de Cuidado Ocular

Data: \_\_\_\_\_

Nome do respondente: \_\_\_\_\_

Necessidade de Cuidado Ocular e Avaliação Geral dos Sistemas de Cuidado ocular

**Q7000** Quando foi a última vez que você ou algum outro membro de seu domicílio precisou de cuidado ocular, mas não foi possível obtê-lo?

Se 6 vá para Q7020 Se 7 ou 8, termine

[Entrevistador: pare de ler assim que o respondente tiver selecionado uma resposta.]

1. Nos últimos 30 dias
2. Entre 1 mês e menos de 6 meses atrás
3. Entre 6 meses e menos de 1 ano atrás
4. Entre 1 ano e menos de 2 anos atrás a entrevista
5. Há mais de dois anos
6. Precisou e obteve cuidado ocular
7. Nunca precisou
8. Não sabe

**Q7001** Esta última vez que houve necessidade e não foi conseguido cuidado ocular foi para

1. Você, para uma criança na sua família ou para algum outro membro adulto da sua família?
2. Uma criança do seu domicílio [Entrevistador: Use “você” ou “essa criança” ou “outro adulto de seu domicílio”]
3. Outro membro adulto de seu domicílio de acordo com a resposta] (Especifique)

\_\_\_\_\_

**Q7002** Que problema no olho melhor descreve por que você [a criança ou o outro membro de seu domicílio] precisou de cuidado ocular?

[Entrevistador – o respondente deve selecionar SOMENTE uma resposta]

1. Visão embaçada, borrada ou reduzida
2. Problema com luz, ofuscamento ou halos
3. Olho vermelho
4. Dor, incômodo ou coceira no olho
5. Olho lacrimejando ou secreção

6. Ferimento no olho

7. Outro (Especifique) \_\_\_\_\_

**Que motivos explicam melhor por que você [essa criança ou o outro membro de seu domicílio] não conseguiu cuidado ocular**

**Q7004** Não pude arcar com o custo da consulta

1. Sim

5. Não

**Q7005** Sem transporte

1. Sim

5. Não

**Q7006** Não pude arcar com o custo do transporte

1. Sim

5. Não

**Q7007** Não pude sair do trabalho ou tinha outros compromissos

1. Sim

5. Não

**Q7008** As habilidades, medicamentos ou equipamentos do prestador de cuidado ocular não foram adequados

1. Sim

5. Não

**Q7009** Você foi previamente mal tratado

1. Sim

5. Não

**Q7010** Não sabia aonde ir

1. Sim

5. Não

**Q7011** Ficou com medo de receber o tratamento

- 1. Sim
- 5. Não

**Q7012** Achou que o problema na visão não era sério o suficiente para procurar tratamento

- 1. Sim
- 5. Não

**Q7013** Achou que o problema na visão não poderia ser tratado

- 1. Sim
- 5. Não

**Q7014** Você tentou mas lhe foi negado o cuidado ocular

- 1. Sim
- 5. Não

**Q7015** Outras razões (Especifique) \_\_\_\_\_

- 1. Sim
- 5. Não

**Q7020** Em geral, você diria que está muito satisfeito, parcialmente satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, parcialmente insatisfeito ou muito insatisfeito com as condições dos serviços de cuidado ocular na sua região do país.

- 1. Muito satisfeito
- 2. Parcialmente satisfeito
- 3. Nem satisfeito nem insatisfeito
- 4. Parcialmente insatisfeito
- 5. Muito insatisfeito

**Q7200** No último ano, você recebeu algum cuidado ocular? Se Sim, vá para Q7300

- 1. Sim
- 5. Não



**Q7201** No último ano, alguma vez você acompanhou uma criança do seu domicílio para cuidar da visão? Se Não, termine a entrevista

1. Sim
5. Não

### **Experiência sobre o Cuidado Ocular**

[Entrevistador: use “você” ou “esta criança acompanhada” de acordo com as respostas da sessão anterior “Consultando Prestadores de Cuidado Ocular”]

**Q7300** Qual o nome do último prestador de cuidado ocular que você [esta criança acompanhada] consultou?

[Entrevistador: tente obter o nome da clínica ou centro de saúde, além do médico, se o respondente foi a uma clínica ou centro de saúde] (Especifique) \_\_\_\_\_

**Q7301** O último local em que você [esta criança acompanhada] se consultou era:

1. Hospital/clínica pública
2. Hospital/clínica particular
3. Hospital/clínica do convênio
4. Outros (Especifique) \_\_\_\_\_
8. Não sabe

**Q7302** Que tipo de prestador de cuidado ocular você [esta criança acompanhada] utilizou na última vez?

[Entrevistador: Depois da Q7302 substitua o tipo de prestador de cuidado ocular selecionado pelo paciente quando você vir [prestador de cuidado ocular] entre parênteses.]

1. Médico clínico geral
2. Oftalmologista
3. Optometrista
4. Tecnólogo oftálmico/paramédico
5. Óptico
6. Curandeiro
7. Outros (Especifique) \_\_\_\_\_
8. Não sabe

**Q7303** Na sua opinião, as habilidades do [prestador de cuidado ocular] foram adequadas para o seu [esta criança acompanhada] tratamento?

1. Sim
5. Não
8. Não sabe

**Q7303a** Como você pagou pelo serviço?

1. Particular, sem reembolso
2. Plano de saúde
3. Não pagou/sistema público

**Q7304** Na sua opinião, o material médico e o equipamentos do [prestador de cuidado ocular] foram adequados para seu [esta criança acompanhada] tratamento?

1. Sim
5. Não
8. Não sabe

**Q7305** Pensando sobre sua [esta criança acompanhada] última consulta, quanto tempo você demorou para chegar ao local?

Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

**Q7306** Pensando sobre sua [esta criança acompanhada] última consulta, como você chegou lá? [Entrevistador: marque aquele usado para a maior parte do percurso]

1. Veículo particular
2. Táxi
3. Transporte público
4. Ambulância
5. Bicicleta
6. Andou
7. Outro

**Pensando sobre sua [esta criança acompanhada] última consulta, quanto você ou sua família pagou:**[Entrevistador: só escreva 0 se o serviço foi de graça. Se uma pessoa não teve exames ou medicamentos, circule “Não aplicável, não teve”]

**Q7307** O valor da consulta [do prestador de cuidado ocular], incluindo frequências clínicas e do centro de saúde (Quantia) \_\_\_\_\_

8. Não sabe

**Q7308** Material médico, incluindo óculos (Quantia) \_\_\_\_\_

8. Não sabe

9. Não aplicável, não teve

**Q7309** Exames (Quantia) \_\_\_\_\_

8. Não sabe

9. Não aplicável, não teve

**Q7310** Transporte (Quantia) \_\_\_\_\_

8. Não sabe

9. Não aplicável, não teve

**Q7311** Outros (Especifique) \_\_\_\_\_ (Quantia) \_\_\_\_\_

8. Não sabe

9. Não aplicável, não teve

**Q7312** Para sua [esta criança acompanhada] última consulta, como você classificaria o tempo de viagem até o [prestador de cuidado ocular]?

1. Ótimo

2. Bom

3. Regular

4. Ruim

5. Péssimo

**Q7313** Para sua [esta criança acompanhada] última consulta, como você classificaria o tempo que você esperou antes de ser atendido?

1. Ótimo

2. Bom

3. Regular

4. Ruim

## 5. Péssimo

**Q7314** Para sua [esta criança acompanhada] última consulta, como você classificaria sua experiência de ter sido recebido e tratado com respeito?

1. Ótimo
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Péssimo

**Q7315** Para sua [esta criança acompanhada] última consulta, como você classificaria como sua privacidade foi respeitada durante exames e tratamentos?

1. Ótimo
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Péssimo
9. Não aplicável não examinado/tratado

**Q7316** Para sua [esta criança acompanhada] última consulta, como você classificaria a clareza com que o [prestador de cuidado ocular] explicou as coisas para você?

1. Ótimo
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Péssimo

**Q7317** Para sua [esta criança acompanhada] última consulta, como você classificaria a experiência de ter tempo suficiente para fazer perguntas sobre seu problema na visão ou tratamento?

1. Ótimo
2. Bom
3. Regular
4. Ruim

5. Péssimo

**Q7318** Para sua [esta criança acompanhada] última consulta, como você classificaria a experiência de ter informações sobre outros tipos de exames ou tratamentos?

1. Ótimo
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Péssimo

**Q7319** Para sua [esta criança acompanhada] última consulta, como você classificaria a experiência de estar envolvido em tomar decisões sobre seu cuidado ocular ou tratamento?

1. Ótimo
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Péssimo

**Q7320** Para sua [esta criança acompanhada] última consulta, como você classificaria a maneira que o serviço de saúde assegurou que você poderia falar reservadamente com o [prestador de cuidado ocular]?

1. Ótimo
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Péssimo

**Q7321** Para sua [esta criança acompanhada] última consulta, como você classificaria a liberdade que teve para escolher o seu [prestador de cuidado ocular]?

1. Ótimo
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Péssimo

**Q7322** Para sua [esta criança acompanhada] última consulta, como você classificaria a limpeza das salas dentro do local de exame, incluindo os banheiros?

1. Ótimo
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Péssimo

**Q7323** Para sua [esta criança acompanhada] última consulta, como você classificaria a quantidade de espaço na sala de espera e na sala onde foi examinado?

1. Ótimo
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Péssimo



**ANEXO D - Parecer do CEP**

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação do cuidado oftalmológico na perspectiva dos usuários de serviço público Vitória da Conquista - BA, 2020 **Pesquisador:** Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins **Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 34032420.1.0000.5146

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.148.766

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos “Apresentação do projeto”, “Objetivos da pesquisa” e “Avaliação de riscos e benefícios” foram retiradas de documentos inseridos na Plataforma Brasil.

Trata-se de uma pesquisa seccional ou de prevalência analítica a ser conduzida por meios de entrevistas, utilizando o Questionário de Responsividade ao Sistema do Cuidado Oftalmológico (QRSCO), em uma amostra aleatória simples probabilística da população assistida por este serviço no período de setembro a dezembro de 2019, considerando os seguintes parâmetros: proporção de 50%, erro de 5%, taxa de não resposta de 10%. Serão investigadas variáveis referentes ao cuidado oftalmológico, condições demográficas e socioeconômicas, satisfação com o cuidado oftalmológico, características desse cuidado/estrutura. Os questionários serão aplicados via ligação telefônica por equipe devidamente treinada. As análises estatísticas serão conduzidas por meio do SPSS® 24.0. Serão conduzidas análises descritivas, bivariadas e múltiplas. Nas análises bivariadas, será considerado o nível de significância do teste qui-quadrado menor ou igual a 0,20 (p 0,20). Serão mantidas no modelo final as variáveis com “p”



menor ou igual à 0,05 (p 0,05). Os princípios éticos serão considerados conforme resolução 466/ 2012.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Avaliar o nível de satisfação com serviços ambulatoriais ofertados em uma unidade de cuidado oftalmológico na cidade de Vitória da Conquista na perspectiva dos seus usuários

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o serviço público de cuidado oftalmológico.
- Identificar as características socioeconômicas da população atendida.
- Analisar a necessidade de serviços oftalmológicos na população investigada.
- Identificar possíveis barreiras ao acesso aos serviços de saúde ocular.
- Classificar a satisfação dos usuários com o cuidado oftalmológico.
- Identificar fatores associados a possível insatisfação dos usuários com o cuidado oftalmológico.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: de acordo com a resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos, portanto estes serão admissíveis quando oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos participantes da pesquisa e de outras pessoas. Esta pesquisa pode gerar desconforto por solicitar dados pessoais e questionar suas opiniões quanto ao tema, além disso o tempo necessário para a condução da entrevista pode incomodar. A entrevista será conduzida por meio de telefone em local reservado, de forma que outra pessoa não possa escutar as respostas. Além disso a entrevista será direta, objetivando minimizar o tempo necessário para a condução da investigação e, se necessário, poderá ser fracionada, ou seja, ocorrerá em momentos distintos, considerando um agendamento prévio.

Benefícios:

Os resultados da investigação poderão proporcionar melhorias na assistência à saúde ocular ofertada na unidade de saúde avaliada que presta assistência a pessoas de Vitória da Conquista, assim como de cidades circunvizinhas. Os resultados podem subsidiar a melhoria dos serviços, tendo em vista a identificação de aspectos relevantes para promoção da saúde visual, prevenção

da cegueira e da baixa visão da população, assim como a eficiente recuperação das pessoas com alguma doença que compromete a visão.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante, metodologia de acordo com objetivos privados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta todos termos necessários.

**Recomendações:**

- 1- Apresentar relatório final da pesquisa, até 30 dias após o seu término, por meio da Plataforma Brasil, em "enviar notificação".
- 2 - O CEP da Unimontes deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes.
- 3- Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP da Unimontes deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
- 4- O TCLE deverá ser obtido em duas vias; uma ficará com o pesquisador, e a outra com o participante da pesquisa.
- 5 - Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS e a Resolução 466/12, faz-se obrigatória a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo participante de pesquisa e pelo pesquisador.
6. Inserir o endereço do CEP no TCLE:

Pró Reitoria de Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - CEP Unimontes, Av. Dr. Rui Braga, s/n - Prédio

05- 2º andar. Campus Universitário Prof. Darcy Ribeiro. Vila Mauricéia, Montes Claros, MG.  
CEP: 39401089 - Montes Claros, MG, Brasil.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado. Não foram identificados óbices éticos nesse projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo assim somos favoráveis à sua aprovação.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1578728.pdf	24/06/2020 09:32:50		Aceito

Página 03 de

Declaração de concordância	Termo_de_Concordancia_assinado.pdf	24/06/2020 09:30:12	Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada_pela_pesquisadora.pdf	24/06/2020 09:27:17	Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_OFTALMO_REENVIADO PARA_O_CEP.pdf	24/06/2020 09:23:02	Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidade_PROJETO_OFTALMO_ENVIADO_PARA_O_CEP. Pdf	17/06/2020 11:41:13	Andréa Maria Eleutério de Barros	Aceito

			Lima Martins	
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROJETO_OFTALMO_ENVIAD O_PARA_O_CEP.pdf	17/06/2020 11:39:38	Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MONTES CLAROS, 10 de Julho de 2020

---

**Assinado por:**  
**SIMONE DE MELO COSTA**  
**(Coordenador(a))**



## **ANEXO E – Instruções para autores do periódico Cadernos de Saúde Pública**

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções, antes de submeterem seus artigos a CSP.

### **1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:**

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O Editorial 32(9) discute sobre as revisões sistemáticas (Leia mais).

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais). O Editorial 29(6) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, a comparação ou a avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais).

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos,

apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa. Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o Editorial 32(8).

1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

## **2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS**

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico, o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

## **3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS**

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem

publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- Clinical Trials
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

#### **4. FONTES DE FINANCIAMENTO**

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

#### **5. CONFLITO DE INTERESSES**

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

#### **6. COLABORADORES E ORCID**

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os



aspectos do trabalho na garantia da exatidão e da integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

## **7. AGRADECIMENTOS**

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que, de alguma forma, possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## **8. REFERÊNCIAS**

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva <sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## **9. NOMENCLATURA**

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## **10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA**

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o Editorial 34(1).

## **1. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE**

1.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/>.

1.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo *e-mail*: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

1.3 – Inicialmente, o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático dela em “Esqueceu sua senha?”.

1.4 – Para os novos usuários, após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## **2. ENVIO DO ARTIGO**

2.1 – A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a seção “Submeta seu texto”.

2.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas essas normas.

2.3 – Na segunda etapa, são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

2.4 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es), respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um e o respectivo número de registro no ORCID (<https://orcid.org/>). Não serão aceitos autores sem registro. O autor que cadastrar o artigo, automaticamente será incluído como autor do artigo e designado autor de correspondência. A ordem dos nomes dos autores deverá ser estabelecida no momento da submissão.

2.5 – Na quarta etapa, é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

2.6 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

2.7 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

2.8 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

2.9 – Na quinta etapa, são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

2.10 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

2.11 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

2.12 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP no endereço: [cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br) ou [cadernos@fiocruz.br](mailto:cadernos@fiocruz.br).

### **3. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO**

3.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

3.2 – O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito pelo sistema SAGAS.

### **4. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO**

4.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* “Submeter nova versão”.

### **5. PROVA DE PRELO**

5.1 – A prova de prelo será acessada pelo (a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>). Para visualizar a prova do artigo, será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site*: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

5.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo

5.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições).

5.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica).

5.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica). O autor de correspondência também deverá assinar o documento de Aprovação da Prova de Prelo e indicar eventuais correções a serem feitas na prova.

5.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito selecionando o autor e a declaração correspondente.

5.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

5.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções.

5.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF.

5.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

5.3 – Após inserir a documentação assinada e as correções, deve-se clicar em “Finalizar” e assim concluir a etapa.

5.4 – As declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>) no prazo de 72 horas.

## **6. PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO**

Para a preparação do manuscrito, os autores deverão atentar para as seguintes orientações:

6.1 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

6.2 – O título corrido poderá ter o máximo de 70 caracteres com espaços.

6.3 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

6.4 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenhas, Cartas, Comentários ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaços. Visando a ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do Resumo para os idiomas a serem publicados. Não são aceitos equações e caracteres especiais (por exemplo: letras gregas, símbolos) no Resumo.

6.4.1 – Como o Resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração (Leia mais).

6.5 – Equações e Fórmulas: as equações e fórmulas matemáticas devem ser desenvolvidas diretamente nos editores (Math, Equation, Mathtype ou outros que sejam equivalentes). Não serão aceitas equações e fórmulas em forma de imagem.

6.6 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaços.

6.7 – Quadros. Destina-se a apresentar as informações de conteúdo qualitativo, textual do artigo, dispostas em linhas e/ou colunas. Os quadros podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidos em arquivo text: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document TEXT). Cada dado do quadro deve ser inserido em uma célula separadamente, ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.8 – Tabelas. Destina-se a apresentar as informações quantitativas do artigo. As tabelas podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e citadas no corpo do mesmo texto. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não se deve incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.9 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: mapas, gráficos, imagens de satélite, fotografias, organogramas e fluxogramas. As Figuras podem ter até 17cm de largura. O arquivo de cada figura deve ter o tamanho máximo de 10Mb para ser submetido; deve ser desenvolvido e salvo/exportado em formato vetorial/editável. As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do texto.

6.9.1 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial. São aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

6.9.2 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.3 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

6.9.4 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF

(Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.5 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado com base em descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

6.10 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

6.11 – CSP permite a publicação de até cinco ilustrações (Figuras e/ou Quadros e/ou Tabelas) por artigo. Ultrapassando esse limite, os autores deverão arcar com os custos extras. Figuras compostas são contabilizadas separadamente; cada ilustração é considerada uma figura.