

Avaliação da assistência oftalmológica na perspectiva dos usuários

Evaluation of ophthalmologic assistance from the perspective of users

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins^I, Ariadna Borges Muniz^{II}, Marise Fagundes Silveira^{III}, Danilo Lima Carreiro^{IV}, João Gabriel Silva Souza^V, Efigênia Ferreira e Ferreira^{VI}

RESUMO: Estimou-se as prevalências da necessidade, do acesso e da insatisfação com a assistência oftalmológica entre os que a obtiveram no último ano; identificaram-se os fatores associados a essa insatisfação. Considerou-se uma amostra probabilística complexa. Conduziu-se análises descritivas, bivariadas e múltiplas com correção pelo efeito de desenho. Dos 2.582 participantes, 76% necessitavam de assistência, dentre os que necessitavam, 82,5% tiveram acesso. Dentre os que obtiveram assistência no último ano, 13,1% estavam insatisfeitos. A insatisfação foi maior entre mais velhos, os que foram andando ou de bicicleta para o local da consulta e os que relataram que foi regular/ruim/péssima: a experiência de ter sido recebido e tratado com respeito, a clareza com que o prestador explicou as coisas e a liberdade que teve para escolher o seu prestador de assistência oftalmológica. A maioria necessitava e teve acesso à assistência. A insatisfação foi baixa. A idade do paciente, o meio de transporte utilizado para chegar ao local da consulta, o relacionamento paciente/profissional e a liberdade de escolha intervêm na insatisfação.

Palavras-chave: Satisfação do paciente. Serviços de saúde. Qualidade da assistência à saúde. Oftalmologia. Avaliação de serviços de saúde. Acesso aos serviços de saúde.

^IDepartamento de Odontologia, Universidade Estadual de Montes Claros. Faculdades Unidas do Norte de Minas – Montes Claros (MG), Brasil.

^{II}Departamento de Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas – Montes Claros (MG), Brasil.

^{III}Departamento de Ciências Exatas, Universidade Estadual de Montes Claros – Montes Claros (MG), Brasil.

^{IV}Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Norte de Minas – Januária (MG), Brasil.

^VDepartamento de Ciências Fisiológicas – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas – Piracicaba (SP), Brasil.

^{VI}Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autor correspondente: Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins. Avenida Rui Barbosa, 126, Vila Mauriceia, CEP: 39401-089, Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: martins.andreambl@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Edital 01/2010 - Demanda Universal, Processo nº CDS-APQ-02161-10. Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins é bolsista de Pós-doutorado Júnior do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico (CNPQ), processo nº 151080/2014-3. Efigênia Ferreira e Ferreira é bolsista de produtividade do CNPQ.

ABSTRACT: The prevalence of need of, access to, and dissatisfaction with ophthalmic assistance was estimated among those who were assisted in such services in the last year; factors associated with dissatisfaction were identified. Complex probabilistic sample was used. A descriptive, bivariate, and multiple analysis with correction for design effect was conducted. Of 2.582 participants, 76% needed assistance and, of those, 82.5% possessed access to it. Among patients who received assistance in the last year, 13.1% were dissatisfied. Dissatisfaction was higher among older patients, those who went walking or cycling to the location of assistance, and those who described the following aspects as regular/bad/terrible: being received and treated with respect, the clarity with which the service provider explained things, and their autonomy to choose their provider of ophthalmic assistance. Most of them was in need of and possessed access to assistance. Dissatisfaction was low. Patient's age, means of transport used to get to the local of the assistance, patient-professional relationship, and autonomy to choose are factors that interfere for the outcome of dissatisfaction.

Keywords: Patient satisfaction. Health services. Quality of health care. Ophthalmology. Health services evaluation. Health services accessibility.

INTRODUÇÃO

A avaliação da qualidade e da satisfação dos usuários com a assistência à saúde tem ganhado maior enfoque na literatura científica¹⁻⁵. Essa satisfação refere-se à visão e/ou experiência vivenciada pelos usuários quanto aos serviços utilizados^{2,3}. A avaliação do usuário, importante ferramenta de gestão, viabiliza a organização e ordenação dos recursos, objetivando atender apropriadamente às necessidades de saúde da população. A identificação dos determinantes dessa insatisfação pode subsidiar melhoramentos na relação profissional-paciente, na estrutura física da unidade de saúde e nos desfechos de saúde², ou seja, na qualidade do serviço prestado.

A qualidade dos serviços de saúde pode ser considerada como resultado de vários fatores, entre eles a competência profissional, o acesso, a eficácia ou resolutividade da assistência, a eficiência e a satisfação do usuário com essa assistência⁴. Dentre os diferentes serviços de saúde, a assistência oftalmológica tem sido avaliada na perspectiva dos usuários⁵. Tal avaliação indica que esses serviços de assistência carecem de atenção, pois constataram-se altas prevalências de problemas de visão^{6,7}. Além disso, considera-se a escassez de serviços oftalmológicos especializados, de dificuldades econômicas, de insuficiência à assistência, de ausência e ou insuficiência de esforços educativos para adoção de comportamentos preventivos no que diz respeito à saúde ocular⁶. Portanto, a avaliação da assistência oftalmológica na perspectiva dos usuários é necessária tendo em vista a organização e aperfeiçoamento dessa assistência⁸, assim como a elaboração e ou o melhoramento das políticas de saúde oftalmológicas⁹.

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde propôs um método para avaliar a eficiência dos sistemas de saúde abordando a relevância, o reconhecimento e a

receptividade do usuário ao sistema de saúde. Tal método foi considerado no Questionário de Responsividade ao Sistema de Assistência Oftalmológica (QRSAO), que foi baseado na responsividade dos indivíduos com a assistência utilizada, ou seja, do quão bem o sistema de saúde responde às legítimas expectativas da população. O QRSAO considera os domínios: prontidão no atendimento, dignidade, privacidade, comunicação, autonomia, escolha e infraestrutura, cujo elemento abordado é a resposta do usuário ao sistema de saúde^{5,10}. O QRSAO foi utilizado previamente em estudo brasileiro⁵. A qualidade dos serviços de saúde é vista, com frequência, como fator primordial a ser considerado na avaliação desses serviços¹¹. Em 1988, Donabedian² propôs que a melhor estratégia para avaliar serviços de saúde deve envolver a tríade: estrutura-processo-resultados. A estrutura refere-se às características que envolvem seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como as condições físicas e organizacionais dos serviços; o processo corresponderia à relação estabelecida entre profissionais e usuários durante as atividades de assistência à saúde; e os resultados seriam pertinentes às mudanças verificadas no estado de saúde, conhecimentos, comportamentos e satisfação com a assistência prestada nos serviços de saúde².

Considerando as questões propostas pelo QRSAO⁵, assim como a tríade de Donabedian², propõe-se identificar a prevalência da necessidade de assistência e do acesso aos serviços oftalmológicos entre os que necessitavam a partir de estudo populacional domiciliar. Além disso, estimou-se entre os que utilizaram tais serviços, a prevalência e os fatores associados à insatisfação com a assistência oftalmológica.

MÉTODOS

Estudo transversal conduzido a partir de entrevistas com um representante de cada um dos domicílios sorteados considerando uma amostra complexa probabilística por conglomerados em Montes Claros, Minas Gerais, 2012. Na avaliação dos serviços oftalmológicos foram elegíveis os que necessitaram e obtiveram assistência oftalmológica no último ano. Investigou-se necessidade e obtenção da assistência oftalmológica, características sociodemográficas, satisfação com a assistência oftalmológica, características dessa assistência/estrutura e o QRSAO processo/estrutura.

Na estimativa da amostra por conglomerados considerou-se a população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, proporção de 50%, erro de 5%, taxa de não resposta de 20%, e um *deff* (*design effect*) de 2,0. Foi realizado um plano amostral por conglomerado em 2 estágios, no primeiro foram sorteados 30 setores censitários, por amostragem proporcional ao tamanho (PPT) e para cada setor sorteado foi calculada a fração de amostragem, tendo como base o número de domicílios do setor sorteado e o total de domicílios no município. No segundo estágio, através de amostragem aleatória simples (AAS), foi sorteado um percentual de quadras em cada um dos 30 setores selecionados no primeiro estágio. Todos os domicílios das quadras selecionadas foram visitados e apenas um morador de cada domicílio, com idade superior a 18 anos,

convidado a participar do inquérito. A fração de amostragem desse estágio foi obtida pela razão entre o número de domicílios visitados em cada setor e o total de domicílios desse setor. Em seguida, foi calculada a probabilidade de inclusão de cada domicílio selecionado através do produto da probabilidade de inclusão em cada um dos dois estágios. Além disso, a taxa de resposta (T_r) em cada setor foi incorporada e a probabilidade final de inclusão de cada domicílio foi obtida. Foram atribuídos pesos diferenciados aos elementos da amostra. Os pesos foram calculados através do inverso do produto das probabilidades de inclusão nos diversos estágios de seleção, consideraram-se ainda as taxas de não resposta por conglomerado¹². Estimou-se uma amostra de 2.712 pessoas, dentre os que aceitaram participar, compuseram a população de estudo referente à avaliação da insatisfação com os serviços de saúde, os que relataram a utilização de serviços oftalmológicos no último ano e que responderam à pergunta relativa a essa avaliação. As entrevistas domiciliares foram realizadas por acadêmicos dos cursos de medicina, odontologia e matemática que participaram de um treinamento prévio.

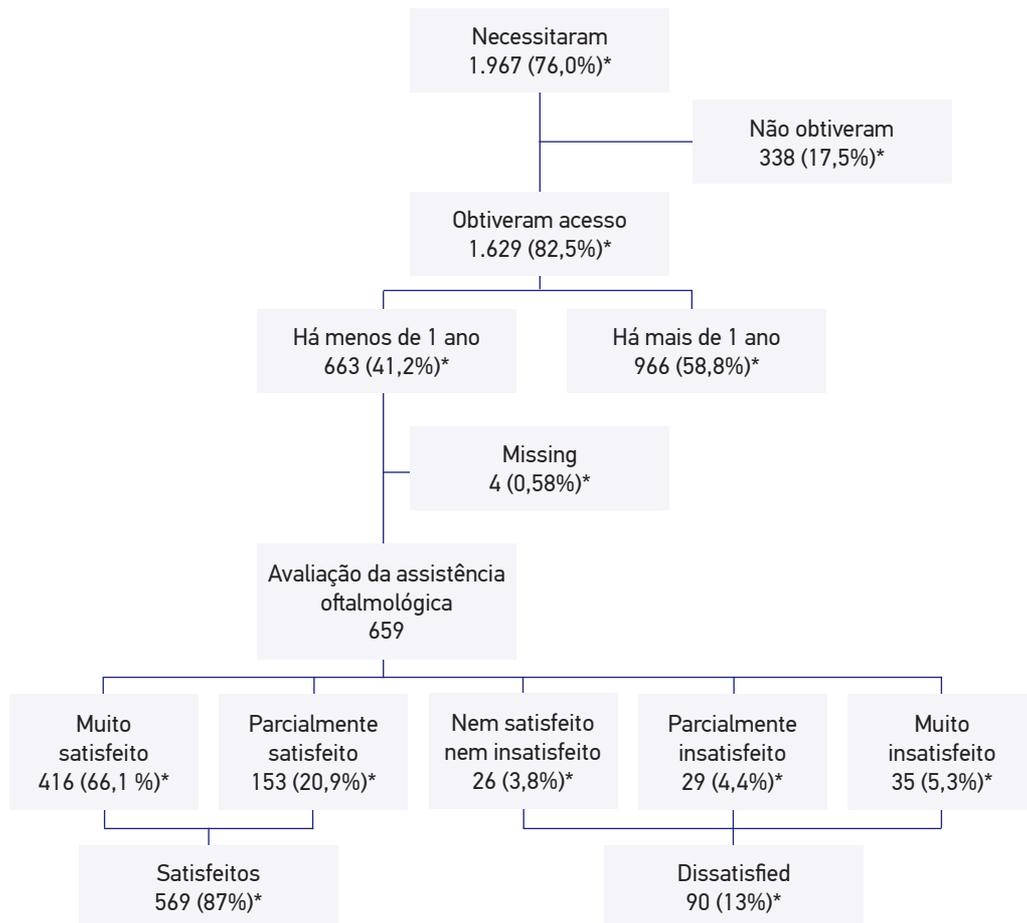
A avaliação dos serviços oftalmológicos foi obtida a partir da pergunta: “Em geral você diria que está muito satisfeito, parcialmente satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, parcialmente insatisfeito ou muito insatisfeito com as condições dos serviços de assistência ocular?”, a resposta foi dicotomizada em satisfeitos (muito satisfeito/parcialmente satisfeito) ou insatisfeitos (nem satisfeito nem insatisfeito/parcialmente insatisfeito/muito insatisfeito).

As co-variáveis avaliadas foram características sociodemográficas, da assistência oftalmológica; do QRSO, domínios processo (domínios dignidade, privacidade, comunicação e autonomia) e infraestrutura^{5,10}. Esse instrumento, que pode ser encontrado em publicação prévia⁵, aborda aspectos sobre a assistência ocular e foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e traduzido para língua portuguesa e cultura brasileira⁵. Trata-se de uma avaliação da responsividade do usuário quanto ao serviço utilizado nos domínios: prontidão no atendimento, dignidade, privacidade, comunicação, autonomia, escolha e infraestrutura⁵. Em um estudo piloto, que demandou uma carga horária de 40 horas, os entrevistadores foram treinados por uma das autoras com experiência prévia em treinamentos e calibrações para condução de estudos epidemiológicos. A confiabilidade do QRSO foi estimada, o questionário foi aplicado e reaplicado entre 80 voluntários, que não foram incluídos na análise dos resultados desse estudo, em um intervalo de duas semanas, contaram-se boas concordâncias coeficientes Kappa $\geq 0,61$ ¹³.

Foram estimados os valores absolutos, o percentual com correção pelo efeito de desenhos nas análises descritivas, as magnitudes das associações da insatisfação com os serviços oftalmológicos com as variáveis independentes — *odds ratios* (OR) e os intervalos de confiança de 95% (IC95%). Conduziu-se análises bivaridas a partir do teste do χ^2 , considerando aquelas variáveis com valor de p menor do que 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® 17.0. A investigação atendeu aos princípios éticos, conforme parecer nº 112//2010 do Comitê de Ética das Faculdades Unidas do Norte de Minas, Sociedade Educativa do Brasil (FUNORTE/SOEBRAS).

RESULTADOS

Dos sorteados, 4 não aceitaram participar (taxa de resposta = 99,8%). Dos 2.582 participantes, 2.578 foram avaliados quanto à necessidade de assistência oftalmológica. Relataram que nunca necessitaram da assistência 24,0%. Dos que haviam necessitado, 82,5% tiveram acesso. Dos que tiveram acesso, 41,2% relataram que obtiveram assistência oftalmológica no último ano. Dos que obtiveram assistência oftalmológica no último ano, 0,5% não responderam a questão sobre avaliação da assistência oftalmológica e, portanto, não participaram da avaliação dessa assistência (Figura 1).



*Correção pelo efeito desenho.

Figura 1. Fluxograma da participação no inquérito conduzido com o intuito de identificar a avaliação da assistência oftalmológica na perspectiva dos usuários em uma amostra domiciliar da população de Montes Claros, MG, 2012.

Os que necessitaram e obtiveram assistência oftalmológica no último ano foram caracterizados quanto às suas condições sociodemográficas, a satisfação com a assistência oftalmológica, às características da assistência oftalmológica/estrutura e às questões relativas aos domínios contidos no QRSO, estrutura e processo. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino, possuía 13 ou mais anos de escolaridade e utilizou serviços oftalmológicos particular/convenio/outros. Quanto aos domínios do QRSO, a maioria relatou como ótimo/bom a experiência de ter sido tratado com respeito, a liberdade na escolha do profissional e o espaço do local de atendimento (Tabela 1). Dos entrevistados, 13% afirmaram estar insatisfeitos com a assistência oftalmológica. Na análise bivariada, identificaram-se associações ($p \leq 0,20$) consideradas na análise múltipla (Tabela 1).

Na análise múltipla, constatou-se maior insatisfação com a assistência oftalmológica com o aumento da idade dos usuários, meio de transporte utilizado para chegar ao local da consulta, a experiência de ter sido recebido e tratado com respeito, a clareza com que o prestador explicou as coisas e a liberdade para escolher o prestador de assistência ocular, conforme os domínios dignidade, comunicação e escolha do QRSO (Tabela 2).

Tabela 1. Descrição das variáveis investigadas e análise bivariada dos fatores associados ($p \leq 0,20$) à insatisfação com a assistência oftalmológica entre usuários de Montes Claros, MG, 2012 (n = 659).

Sociodemográficas	Total	Insatisfeito	OR*	IC95%*	Valor p
	%	%			
Sexo					
Masculino	27,2	7,5	1,00		
Feminino	72,8	10,2	1,40	0,68 – 2,88	0,349
Raça ou cor**					
Branca/amarela	31,9	6,2	1,00		
Negra/parda	68,1	11,1	1,90	0,89 – 4,04	0,093
Faixa etária (em anos)					
Até 39	37,3	6,6	1,00		
40 a 59	36,9	11,0	1,77	0,79 – 3,95	0,157
60 ou mais	25,7	11,6	1,88	0,90 – 3,93	0,092
Faixa etária (variável discreta, idade em anos)		–	1,01	1,00 – 1,03	0,114
Escolaridade (anos de estudo)**					
13 ou mais	37,6	7,6	1,00		
9 a 12	27,8	9,3	1,28	0,52 – 3,16	0,580
Até 8	34,6	12,3	1,76	1,01 – 3,06	0,047
Escolaridade (variável discreta, anos de estudo)		–	0,96	0,92 – 1,01	0,114

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Sociodemográficas	Total	Insatisfeito	OR*	IC95%*	Valor p
	%	%			
Estado civil**					
Casado/união estável	49,1	10,8	1,00		
Solteiro/separado/divorciado/viúvo	50,9	8,1	0,73	0,35 – 1,50	0,376
Renda per capita**					
Maior ou igual a 1 SM	28,4	6,4	1,00		
Menor do que 1 SM	71,6	10,6	1,73	0,57 – 5,21	0,317
Renda per capita (variável discreta, em reais)		–	1,00	1,00 – 1,00	0,236
Trabalho**					
Trabalha	50,5	10,2	1,00		
Aposentado/pensionista	20,8	12,5	1,26	0,56 – 2,83	0,564
Nunca trabalhou/desempregado	28,7	6,3	0,60	0,28 – 1,28	0,173
Características da assistência oftalmológica/estrutura					
Local da consulta**					
Hospital ou clínica particular/do convênio	62,9	8,4	1,00		
Hospital ou clínica pública	37,1	11,6	1,43	0,77 – 2,65	0,245
Forma de pagamento do serviço**					
Particular sem reembolso	29,9	9,6	1,00		
Plano de saúde	34,6	5,8	1,70	0,22 – 1,55	0,265
Não pagou/sistema público	35,6	12,6	1,35	0,77 – 2,37	0,285
Meio de transporte utilizado para chegar ao local da consulta**					
Veículo particular/moto/táxi/transporte público	48,7	14,8	1,00		
Transporte público	29,3	8,1	1,98	1,15 – 3,41	0,015
Andou/bicicleta	22,0	–			
QRSAO ...para sua última consulta como você classificaria...					
Domínio prontidão no atendimento/processo					
...o tempo de viagem até o prestador de assistência ocular** como:					
Ótimo/bom	74,7	8,0	1,00		
Regular/ruim/péssimo	25,3	14,7	1,99	1,13 – 3,53	0,020
...o tempo que você esperou antes de ser atendido** como:					
Ótimo/bom	58,2	6,0	1,00		
Regular/ruim/péssimo	41,8	14,8	2,73	1,40 – 5,33	0,005

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Sociodemográficas	Total	Insatisfeito	OR*	IC95%*	Valor p
	%	%			
Domínio dignidade/processo					
...A experiência de ter sido recebido e tratado com respeito** como:					
Ótimo/bom	95,5	8,2	1,00		
Regular/ruim/péssimo	4,5	40,1	7,48	2,62 – 21,33	0,001
Domínio privacidade/processo					
...Sua privacidade foi respeitada durante exames e tratamentos** como:					
Ótimo/bom	96,5	9,0	1,00		
Regular/ruim/péssimo	3,5	22,3	2,89	0,92 – 9,11	0,069
...A maneira que o serviço assegurou que você poderia falar reservadamente** como:					
Ótimo/bom	86,6	7,3	1,00		
Regular/ruim/péssimo	13,4	24,3	4,09	1,74 – 9,61	0,002
Domínio comunicação/processo					
...A clareza com que o prestador explicou as coisas para você** como:					
Ótimo/bom	90,1	6,6	1,00		
Regular/ruim/péssimo	9,9	35,1	7,63	3,67 – 15,84	0,000
...Ter tempo suficiente para fazer perguntas sobre seu problema de visão ou tratamento** como:					
Ótimo/bom	84,3	6,8	1,00		
Regular/ruim/péssimo	15,7	22,1	3,89	1,70 – 8,88	0,002
...A experiência de ter informações sobre outros tipos de exames ou tratamentos** como:					
Ótimo/bom	72,8	5,7	1,00		
Regular/ruim/péssimo	27,2	19,3	3,93	2,20 – 7,01	0,000
Domínio autonomia/processo					
...A experiência de estar envolvido em tomar decisões sobre seu tratamento** como:					
Ótimo/bom	82,0	5,8	1,00		
Regular/ruim/péssimo	18,0	27,3	6,05	2,90 – 12,60	0,000
Domínio escolha/processo					
...A liberdade que teve para escolher o seu prestador de assistência ocular** como:					
Ótimo/bom	73,4	4,8	1,00		
Regular/ruim/péssimo	26,6	21,9	5,59	2,84 – 11,01	0,000
Domínio infraestrutura/estrutura					
...a limpeza das salas dentro do local de exame, incluindo os banheiros** como:					
Ótimo/bom	92,0	8,8	1,00		
Regular/ruim/péssimo	8,0	19,3	2,49	1,11 – 5,56	0,028
...a quantidade de espaço na sala de espera e na sala onde foi examinado** como:					
Ótimo/bom	79,7	9,5	1,00		
Regular/ruim/péssimo	20,3	16,4	2,34	1,25 – 4,38	0,010

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%; *correção pelo efeito desenho; **nº de respondentes foi inferior ao nº de participantes; SM: salário mínimo (vigente R\$ 622,00; \$ 1,00 = R\$ 2,01; maio de 2012); QRSÃO: Questionário de Responsividade ao Sistema de Assistência Oftalmológica.

Tabela 2. Análise múltipla dos fatores associados ($p \leq 0,05$) à insatisfação com a assistência oftalmológica entre usuários de Montes Claros, MG, 2012 (n = 659).

Variáveis	OR _{ajustada} *	IC95%*	Valor p
Sociodemográficas			
Idade	1,03	1,00 – 1,05	0,024
Características da assistência oftalmológica/estrutura			
Meio de transporte utilizado para chegar ao local da consulta**			
Veículo particular/moto/táxi/transporte público	1,00		
Andou/bicicleta	2,05	1,16 – 3,62	0,016
Qrsao ...Para sua última consulta como você classificaria...			
Domínio dignidade/processo			
...A experiência de ter sido recebido e tratado com respeito?			
Ótimo/bom	1,00		
Regular/ruim/péssimo	4,14	1,16 – 14,71	0,030
Domínio comunicação/processo			
...A clareza com que o prestador explicou as coisas para você?			
Ótimo/bom	1,00		
Regular/ruim/péssimo	3,87	1,71 – 8,76	0,002
Domínio escolha/processo			
...a liberdade que teve para escolher o seu prestador de assistência ocular?			
Ótimo/bom	1,00		
Regular/ruim/péssimo	3,40	1,47 – 7,85	0,006

OR: *odds ratio*; IC95%: intervalo de confiança de 95%; *correção pelo efeito de desenho; **controlada pela variável "tempo de viagem até o prestador de assistência ocular"; QRSO: Questionário de Responsividade ao Sistema de Assistência Oftalmológica.

DISCUSSÃO

A maioria relatou necessitar de assistência oftalmológica (76,0%). Ressalta-se que a necessidade desse tipo de atenção, assim como seu acesso, podem evidenciar a importância dessa assistência na qualidade da visão e saúde das pessoas⁶. Aproximadamente 17% dos que necessitaram não obtiveram assistência. Na Austrália, não foi avaliado o acesso, mas entre 4.612 usuários, 8,9% nunca haviam obtido assistência¹⁴. Em Montes Claros não foi investigado o tempo de espera entre a identificação do problema visual e o agendamento da consulta, sendo que a insatisfação dos usuários pode ser influenciada por dificuldades no acesso aos serviços oftalmológicos.

A avaliação da qualidade da assistência à saúde é importante no planejamento e na gestão dos serviços de saúde^{2,15}. Um serviço tem boa qualidade quando há resolutividade e satisfação com o serviço prestado quanto à estrutura física do serviço e à relação interpessoal

entre profissionais e usuários^{2,16,17}. A satisfação dos usuários com a assistência oftalmológica^{5,18-20} tem sido avaliada, no entanto, tais estudos não identificaram os fatores associados à insatisfação com essa assistência.

Em Montes Claros, constatou-se que 13% declararam-se insatisfeitos com a assistência oftalmológica. Possivelmente por diferentes critérios de avaliação e condições de trabalho e desempenho dos profissionais, prevalências distintas foram registradas em estudos prévios¹⁸⁻²¹. Em um a resolutividade foi de 85,96%, o grau de insatisfação foi de 0%¹⁸. No sul do Brasil a insatisfação foi de 22,8%²⁰. No Instituto da Visão da Universidade Federal de São Paulo, foi de 9%²¹. Praticamente 0% dos usuários de um Hospital considerou o atendimento ruim/péssimo²². Na Fundação Hilton Rocha em 2004 registrou-se insatisfação em relação à confiabilidade quanto ao cumprimento das atividades nos horários marcados e quanto à execução dos serviços no prazo prometido¹⁹. Em Montes Claros as políticas de saúde devem ser reorientadas para minimizar a insatisfação com esses serviços, parte dos satisfeitos, na verdade, podem estar agradecidos por terem acessado de forma inédita serviços sem custos financeiros diretos para eles, ou seja, serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Possivelmente, esses usuários não reconhecem o direito à assistência à saúde como um direito de cidadania³. Ressalta-se que, apesar da taxa de insatisfação identificada, constata-se uma alta prevalência de acesso aos serviços oftalmológicos e de avaliação satisfatória, o que pode indicar a resolutividade e qualidade dos serviços de assistência ocular prestados no município por meio do SUS, assim como a facilidade de acesso.

Na análise múltipla, dentre as questões relacionadas à tríade estrutura-processo-resultados, o resultado foi a insatisfação do usuário, identificou-se associações da insatisfação com o processo (dignidade/ comunicação). Apesar da estrutura do local aonde o serviço é prestado e ou a organização desses serviços poderem influenciar a satisfação do usuário²³, no presente estudo a estrutura² não foi associada à insatisfação. Sugere-se que, possivelmente, a sensação de gratidão devido à utilização desses serviços sem custos diretos para si mesmos faz com que os usuários avaliem positivamente serviços com infraestruturas precárias. Ressalta-se ainda a possibilidade do serviço possuir estrutura satisfatória e que usuários podem apresentar expectativas/critérios distintos para avaliar esta, bem como para relacioná-la ou não à satisfação com a assistência. Portanto, para maiores esclarecimentos a avaliação “técnica da estrutura desses serviços” deveria ter sido conduzida e confrontada com a avaliação na “perspectiva dos usuários desses serviços”.

A insatisfação com tais serviços oftalmológicos foi maior entre os mais velhos, resultados similares a estudo que avaliou a satisfação quanto à internação hospitalar⁴. Os idosos consideram fundamental uma relação médico-usuário pautada na confiança e em uma boa comunicação²⁴. O fato dos idosos usarem serviços oftalmológicos com maior frequência pode elevar seus níveis de exigência.

A insatisfação com os serviços oftalmológicos foi associada ao meio de transporte para chegar ao local da consulta, o que sugere iniquidade ou dificuldade de acesso entre os que mais necessitam. A renda familiar, a escolaridade²⁵, assim como a localização geográfica²⁶ do usuário interferem na escolha do serviço a ser utilizado. A equidade é um dos princípios doutrinários do SUS²⁷, devendo priorizar os que mais necessitam.

Os que relataram que a experiência de ter sido recebido e tratado com respeito foi regular/ruim/péssima apresentaram maior insatisfação. Estudo prévio constatou maiores prevalências de satisfação entre os usuários que relataram que no atendimento o médico o(a) cumprimentou, foi atencioso, lhe deixou falar sobre o seu problema, o(a) examinou, interessou-se pelo seu caso, lhe deu oportunidade para esclarecer suas dúvidas, explicou o seu atual problema, utilizou uma linguagem clara, enfim, que o relacionamento com o médico foi muito bom ou bom¹⁹. Há que se considerar a possibilidade de retroalimentação nessa associação, o usuário satisfeito tende a tratar o profissional respeitosamente e, conseqüentemente, quando o profissional é tratado respeitosamente, ele tende a oferecer um tratamento respeitoso ao usuário, que fica satisfeito com o serviço. Ressalta-se, entretanto, que os profissionais da saúde devem estar preparados para tratar usuários respeitosamente, mesmo que se sintam desrespeitados. Há necessidade de incremento na humanização na assistência à saúde, com intuito de promover ações, campanhas e políticas assistenciais a partir da dignidade, da ética, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade^{3,28}.

A associação entre insatisfação e a comunicação entre o profissional e o usuário do serviço de saúde reflete a importância da clareza nas explicações dadas pelos médicos e tempo suficiente para os usuários fazerem perguntas e esclarecerem, sendo a relação entre profissional e paciente um importante preditor da qualidade da assistência prestada²⁹. Em Montes Claros constatou-se maior insatisfação entre aqueles que relataram que a clareza com que o prestador explicou as coisas e o tempo suficiente para fazer perguntas sobre seu problema de visão ou tratamento foi regular/ruim/péssima, conforme estudo prévio²⁰. O direito à informação às pessoas sobre sua saúde está garantido por lei²⁷. As pessoas têm direito de tomar decisões sobre sua saúde, sendo assim, sua “alfabetização em saúde”³⁰ deve ser respeitada, ou seja, a capacidade que estes têm para obter, processar e compreender as informações necessárias para tomar decisões relacionadas à sua saúde³⁰. Há que se considerar a possibilidade de retroalimentação nessa associação, pois usuários com bons níveis de “alfabetização em saúde” tendem a repassar informações claramente para os profissionais e, conseqüentemente, quando os profissionais compreendem os usuários, tendem a estabelecer uma comunicação clara com os usuários, que ficam satisfeitos. Ressalta-se, entretanto, que os profissionais têm que saber lidar com usuários que apresentam baixos níveis de alfabetização em saúde, assim como promover ações educativas visando melhorar esses níveis de “alfabetização em saúde”³⁰. Salienta-se ainda que a necessidade de treinamento e melhoria das habilidades é um fator relatado por profissionais da Oftalmologia³¹ e, portanto, devem ser considerados, atentando para possibilidade de melhoria do serviço prestado e da relação com o paciente

A insatisfação dos usuários com os serviços oftalmológicos foi maior entre os que classificaram sua liberdade para escolher o profissional como regular ruim ou péssima. A autonomia, princípio do SUS², diz respeito ao poder do usuário em decidir que profissional escolher para atendê-lo, que tratamento aceitar ou admitir, seja por razão de credo ou não, determinando os seus interesses, exercidos de forma independente³². Parece que os usuários não têm direito de escolher o profissional que vai assisti-los, os agendamentos das consultas são feitos desconsiderando a autonomia dos usuários corroborando para a desumanização. Fato a ser considerado visando à humanização^{3,33} e reorganização desses

serviços de saúde. Além disso, considerando o longo processo de espera para atendimento de alguns problemas oftalmológicos nos serviços públicos³⁴, podem levar o usuário à aceitação do profissional proposto.

Dentre as limitações desse estudo, devem-se considerar que o QRSO avaliou a estrutura considerando apenas duas questões. A resolatividade clínica ou eficácia do serviço, assim como a estrutura desse serviço não foram avaliadas na perspectiva de profissionais da oftalmologia.

CONCLUSÃO

A necessidade de assistência oftalmológica foi de 76%. A maioria que apresentou a necessidade de atendimento oftalmológico foi assistida, entretanto, o acesso a essa assistência precisa ser melhorado, pois 17,5% necessitaram dessa assistência e não a obtiveram. Entre os que obtiveram assistência no último ano, 13% estavam insatisfeitos com esses serviços. A insatisfação, por parte dos usuários, da assistência oftalmológica foi associada: a idade do usuário; o meio de transporte utilizado para chegar ao local da consulta; a qualidade da relação profissional/usuário expressa pelo respeito ao usuário, pela clareza com que o prestador explicou os procedimentos propostos, medidas preventivas e/ou de autocuidado e pela liberdade de escolha do profissional por parte dos usuários. Sugere-se que oftalmologistas e gestores devem considerar tais fatores no planejamento e execução de políticas de assistência à saúde ocular com o intuito de minimizar a insatisfação com os serviços oftalmológicos entre os usuários.

REFERÊNCIAS

1. Smith KB, Humphreys JS, Jones JA. Essential tips for measuring levels of consumer satisfaction with rural health service quality. *Rural Remote Health* 2006; 6(4): 594.
2. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260(12): 1743-8.
3. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2005; 10(3): 599-613.
4. Gattinara BC, Ibacache J, Puente CT, Giaconi J, Caprara A. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolívia. *Cad Saúde Pública* 1995; 11(3): 425-38.
5. Pereira JM, Salomão SR, Cinoto RW, Mendieta L, Sacai PY, Berezovsky A, et al. Avaliação dos serviços de assistência ocular em população urbana de baixa renda da cidade de São Paulo – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* 2009; 72(3): 332-40.
6. Temporini ER, Kara-Jose N. A perda da visão: estratégias de prevenção. *Arq Bras Oftalmol* 2004; 67(4): 597-601.
7. Gaete MIL, Lira RPC, Moraes LFL, Vasconcelos MSL, Oliveira CV. Associação entre a necessidade de prescrição de correção óptica e outras doenças oculares em crianças na idade escolar. *Arq Bras Oftalmol* 2007; 70(6): 949-52.
8. Akerman M, Nadanovsky P. Avaliação dos Serviços de Saúde: avaliar o quê? *Cad Saúde Pública* 1992; 8(4): 361-5.
9. Tay T, Rohtchina E, Mitchell P, Lindley R, Wang JJ. Eye care service utilization in older people seeking aged care. *Clin Experiment Ophthalmol* 2006; 34(2): 141-5.
10. World Health Organization. Background paper for the technical consultation on responsiveness concepts and measurement. Geneva: WHO; 2001.

11. Vuori HV. Quality assurance of health services: concepts and methodology. Copenhagen: WHO; 1982.
 12. Szwarcwald CL, Damacena GN. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(Suppl 1): 38-45.
 13. Cicchetti DV, Volkmar F, Sparrow SS, Cohen D, Fermanian J, Rourke BP. Assessing the reliability of clinical scales when the data have both nominal and ordinal features: proposed guidelines for neuropsychological assessments. *J Clin Exp Neuropsychol* 1992; 14(5): 673-86.
 14. Keeffe JE, Weih LM, McCarty CA, Taylor HR. Utilization of eye care services by urban and rural Australians. *Br J Ophthalmol* 2002; 86(1): 24-7.
 15. Westaway MS, Rheeder P, van Zyl DG, Seager JR. Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *Int J Qual Health Care* 2003; 15(4): 337-44.
 16. Ramírez AM, Puga MAVD, Rodríguez FN, Uribe JR, Ramos AR, Urrea IV. Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos. *Cad Saúde Pública* 1996; 12(3): 399-403.
 17. Katorski LP, Jardim VR, Wetzel C, Olschowsky A, Schneider JF, Heck RM, et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Suppl 1): 29-35.
 18. Gentil RM, Leal SMR, Scarpi MJ. Avaliação da resolutividade e da satisfação da clientela de um serviço de referência secundária em oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. *Arq Bras Oftalmol* 2003; 66(2): 159-65.
 19. Hercos BVS, Berezovsky A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS. *Arq Bras Oftalmol* 2006; 69(2): 213-9.
 20. Benazzi LEB, Figueiredo ACL, Bassani DG. Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(3): 861-8.
 21. Silva LMP, Muccioli C, Belfort Junior R. Perfil socioeconômico e satisfação dos pacientes atendidos no mutirão de catarata do Instituto da Visão – UNIFESP. *Arq Bras Oftalmol* 2004; 67(5): 737-44.
 22. Machado MC, Medina FMC, Kara-Jose N. Percepção dos usuários, profissionais de saúde e gestores sobre o modelo de atendimento oftalmológico no Hospital Regional de Divinolândia - São Paulo. *Arq Bras Oftalmol* 2010; 73(3): 276-81.
 23. Danielsen K, Bjertnaes OA, Garratt A, Forland O, Iversen HH, Hunnskaar S. The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: results from three casualty clinics in Norway. *BMC Fam Pract* 2010; 11: 73.
 24. Owsley C, McGwin G, Scilley K, Girkin CA, Phillips JM, Searcey K. Perceived barriers to care and attitudes about vision and eye care: focus groups with older African Americans and eye care providers. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2006; 47(7): 2797-802.
 25. Bós AMG, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(1): 113-20.
 26. Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(6): 603-9.
 27. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1990. p.18055-9.
 28. Oliveira BRG, Collet N, Vieira CS. A humanização na assistência à saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2006; 14(2): 277-84.
 29. Martins AM, Jardim LA, Souza JGS, Rodrigues CA, Ferreira RC, Pordeus IA. Is the negative evaluation of dental services among the Brazilian elderly population associated with the type of service? *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(1): 71-90.
 30. 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: 80.
 31. Astle WF, El-Defrawy S, LaRoche GR, Lafontaine MD, Anderson LD, Dukes M, et al. Survey on allied health personnel in Canadian ophthalmology: the scalpel for change. *Can J Ophthalmol* 2011; 46(1): 28-34.
 32. Marchi MM, Sztajn R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. *Bioética* 2009; 6(1): 39-45.
 33. Cotta RMM, Reis RS, Campos AAO, Gomes AP, Antonio VE, Siqueira-Batista R. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(1): 171-9.
 34. Kara-Junior N, Dellapi Junior R, Espindola RF. Dificuldades de acesso ao tratamento de pacientes com indicação de cirurgia de catarata nos Sistemas de Saúde Público e Privado. *Arq Bras Oftalmol* 2011; 74(5): 323-5.
- Recebido em: 25/02/2015
 Versão final apresentada em: 22/07/2015
 Aprovado em: 15/09/2015