

**Dificuldades enfrentadas pelos usuários para resolubilidade
do cuidado oftalmológico na rede de atenção à saúde**

**User Difficulties for the Problem-Solving Ability of Ophthalmological Care
in the Health Care Network**

**Dificultades enfrentadas por los usuarios para la resolubilidad
de la atención oftalmológica en la red de atención de la salud**

Silmara Meneguín¹, ORCID 0000-0003-3853-5134
Camila Fernandes Pollo², ORCID 0000-0003-0264-5841
Inês Regina Mainini Oliveira³, ORCID 0000-0002-6934-4261

^{1 2 3} Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Brasil

Resumo: Marco contextual: A resolubilidade da assistência à saúde é um conceito associado à resolução final dos problemas trazidos pelos usuários ao serviço de saúde. Objetivo: Conhecer os motivos que dificultam a resolubilidade do cuidado oftalmológico na atenção secundária de atenção à saúde, sob a perspectiva do usuário e identificar sugestões de melhoria para a mesma. Métodos: Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, realizada com uma amostra não probabilística de 208 pacientes, que receberam indicação de cuidado oftalmológico em unidade de atenção secundária de saúde, de município do interior de São Paulo. As entrevistas foram gravadas, após consentimento dos participantes, transcritas e analisadas utilizando-se a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo. Resultados: Os motivos que atrasam a resolubilidade do cuidado são inúmeros e estão atrelados à burocracia, falta de recursos humanos e materiais, bem como inexistência da referência e contrarreferência na organização da rede de atenção à saúde. Conclusão: As dificuldades sentidas pelos usuários refletem a falta de organização desse serviço, que além de não priorizar o atendimento aos pacientes diabéticos, também não se compromete com o devido encaminhamento e acompanhamento.

Palavras-chave: sistema único de saúde; atenção secundária à saúde; serviços de saúde ocular; enfermagem.

Abstract: Contextual framework: The problem-solving ability of healthcare is a concept associated with the final resolution of the problems the users bring to the health service. Objective: Know the motives that hamper the problem-solving ability of ophthalmological care in secondary healthcare from the user's perspective and to identify suggestions to improve it. Methods: A qualitative-quantitative research was undertaken in a non-probabilistic sample of 208 patients, who were referred for ophthalmological care at a secondary health service in a city in the interior of São Paulo, Brazil. The interviews were recorded with the participants' consent, transcribed, and analyzed, using the methodological strategy of the Collective Subject Discourse. Results: Countless motives delay the problem-solving ability of care, which are linked to bureaucracy, lack of human and material resources and the non-existence of referral and counter-referral in the organization of the healthcare network. Conclusion: The difficulties the users feel reflect this service's lack of organization, which not only does not grant priority to care for the diabetic patients but does not commit either to proper forwarding or monitoring.

Keywords: unified health system; secondary health care; eye health services; nursing.

Resumen: Marco contextual: La capacidad de la atención de salud para resolver problemas es un concepto asociado a la resolución final de los problemas que los usuarios presentan al servicio de salud. Objetivo: Conocer los motivos que dificultan la capacidad del cuidado oftalmológico para resolver problemas en la atención secundaria de salud bajo la perspectiva del usuario, e identificar sugerencias para mejorarla. Métodos: Se trata de una investigación cualitativa-cuantitativa, desarrollada con una muestra no probabilística de 208 pacientes, a quienes fue indicado cuidado oftalmológico en una unidad de atención secundaria del interior de São Paulo. Las entrevistas fueron grabadas, tras el consentimiento de los participantes, transcritas y analizadas mediante la estrategia metodológica del Discurso del Sujeto Colectivo. Resultados: Los motivos que atrasan la capacidad de resolución de problemas del cuidado son inúmeros y están vinculados a la burocracia, falta de recursos humanos y materiales, además de la inexistencia de referencia y contra referencia en la organización de la red de atención. Conclusión: Las dificultades sentidas por los usuarios reflejan la falta de organización de ese servicio, que no solo no prioriza la atención a los pacientes diabéticos, pero tampoco se compromete con el encaminamiento y seguimiento necesario.

Palabras claves: sistema único de salud; atención secundaria de salud; servicios de salud ocular; enfermería.

Recebido: 23/11/2020

Aceito: 25/06/2021

Como citar:

Meneguim S, Fernandes Pollo C, Mainini Oliveira IR. Dificuldades enfrentadas pelos usuários para resolubilidade do cuidado oftalmológico na rede de atenção à saúde. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2021; 10(2): 29-41. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v10i2.2346>

Correspondência: Silmara Meneguim. E-mail: s.meneguim@unesp.br

Introdução

A resolubilidade da assistência em saúde é um conceito de fundamental importância, pois está associada à resolução final dos problemas trazidos pelos usuários ao serviço e à satisfação dos mesmos. ⁽¹⁾ Desta forma, considera-se a resolubilidade uma resposta satisfatória que o serviço fornece ao usuário quando busca atendimento para alguma necessidade de saúde. Não se limita exclusivamente à cura de doenças, mas abarca também o alívio do sofrimento, promoção e manutenção da saúde. ⁽¹⁾

Neste cenário, em que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) figuram como principal causa de mortalidade no Brasil e importante problema de saúde pública ⁽²⁾ compete a enfermagem a tarefa de acolher as necessidades de saúde da população. ⁽³⁾

Dentre estas, estima-se que em 2017 o Diabetes Mellitus (DM) tenha acometido aproximadamente 12,5 milhões de brasileiros ⁽⁴⁾ e colocou o país em quarto lugar entre os 10 países com maior número de casos da doença, ⁽⁵⁾ e cujas complicações tardias podem ocasionar perda visual. ⁽³⁾

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), globalmente, pelo menos 2,2 bilhões de pessoas no mundo convivem com deficiência visual ou cegueira, sendo que um bilhão tem uma deficiência visual que poderia ter sido impedida ou resolvida. ⁽⁶⁾ No Brasil, em 2018, a estimativa era de 28 mil brasileiros cegos na idade entre 0 e 15 anos; 169 mil entre 15 e 49 anos e 66,3 mil acima dos 50 anos. As causas de deficiência visual são inúmeras e atreladas a região, estrato socioeconômico, sexo, idade, diabetes, dentre outras. ⁽⁷⁾

Uma ampla variedade de estratégias de promoção da saúde, prevenção da doença e tratamento tem sido disponibilizadas para atender as necessidades associadas às doenças oculares ao longo da vida. ⁽⁶⁾ Neste contexto, a assistência nos diferentes níveis de atenção à saúde visa proporcionar um cuidado individual e/ou coletivo com ênfase na integralidade e na resolubilidade do cuidado. ⁽⁸⁾

A Política Nacional de Atenção Oftalmológica, instituída pelo Ministério da Saúde do Brasil, instituiu há dez anos não somente ações e estratégias de prevenção e promoção da saúde ocular nos três níveis de atenção à saúde, mas também mostrou a necessidade de promoção do atendimento oftalmológico integral aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com a estruturação de uma linha de cuidado prevista para perpassar todos os níveis da assistência, visando garantir a integralidade da atenção à saúde. ^(9, 10)

Todavia, a existência de portarias e pactuações no plano das políticas de saúde não garantem necessariamente, garante a existência de acesso universal e integral aos indivíduos com demandas oftalmológicas, em especial aos portadores de DM, uma vez que estes estão mais susceptíveis a doenças oculares, como a retinopatia diabética e o edema macular. ⁽¹¹⁾

Assim, frente à magnitude dos atendimentos oftalmológicos realizados em Serviço de Atenção Secundária à Saúde, considera-se que uma das atribuições mais importantes da enfermagem seja sua participação na organização da atenção à saúde, planejada de forma que os serviços de saúde sejam capazes de responder às demandas da população. ⁽⁹⁾ Neste contexto, a enfermagem exerce um papel abrangente, com uma participação ativa no cuidado, na gestão do serviço e no exercício autônomo da profissão. ^(13, 14)

A despeito da relevância da temática, constatou-se na literatura uma escassez de estudos que avaliam a resolubilidade do cuidado oftalmológico nos serviços de atenção secundária à saúde. O foco de investigações recentes tem sido para ações de saúde ocular no âmbito escolar. ⁽¹⁵⁾

Diante do exposto, a proposta do estudo foi responder às seguintes questões norteadoras: Existe resolubilidade para o cuidado proposto pelos oftalmologistas em serviço

de atenção secundária à saúde? Quais são as dificuldades enfrentadas pelos usuários para realizar esses cuidados? Como esses atendimentos podem ser melhorados?

Ao considerar a complexidade desse tema, pretende-se, a partir do ponto de vista adotado pelos usuários, dar visibilidades a questões pouco abordadas ou veladas e, deste modo, contribuir para a reorganização deste serviço.

Frente ao exposto, este estudo teve como objetivos conhecer os motivos que dificultam a resolubilidade do cuidado oftalmológico na atenção secundária de atenção à saúde, sob a perspectiva do usuário e identificar sugestões de melhoria para a mesma.

Métodos

Trata-se de estudo quali-quantitativo, realizado com pacientes atendidos no Centro Integrado de Saúde de um município do interior de São Paulo, Brasil, no período de abril a dezembro de 2016.

Todos os pacientes que receberam indicação de tratamento oftalmológico no período de novembro de 2013 a novembro de 2015, foram selecionados de um banco de dados e registros do serviço. Foram excluídos aqueles cujo contato telefônico para formalização do convite não foi possível devido à mudança de endereço ou de telefone, falecidos, que se encontravam duplicados no banco de dados, devido consultas repetidas e que não compareceram para realizar o procedimento.

Dos 241 pacientes que receberam indicação de tratamento oftalmológico no período selecionado para estudo, quatro faltaram ao procedimento agendado, sete faleceram e 22 houve insucesso no contato telefônico, totalizando 208 participantes de uma amostra não probabilística.

Inicialmente, foi realizado contato telefônico com os participantes, convidando-os para participar da pesquisa, e após concordância dos mesmos agendada entrevista no Centro Integrado de Saúde. Para tanto, utilizou-se um roteiro semiestruturado para as entrevistas, constituído por duas partes, sendo a primeira para caracterização sociodemográfica dos participantes e a segunda composta por duas questões, a saber: “Na sua opinião, o Sr(a) encontrou dificuldades em realizar o cuidado oftalmológico proposto? Se sim, quais?”; “Na sua percepção, qual a sugestão para a melhoria na realização do cuidado oftalmológico proposto?”

As entrevistas foram realizadas em momento único, individualmente, com vistas a garantir a privacidade do participante, em ambiente reservado neste serviço. O áudio foi gravado em sua totalidade no gravador de voz da pesquisadora, que teve o cuidado para não exercer nenhum tipo de influência na resposta do entrevistado, destruindo as gravações ao final do estudo. O tempo de duração das entrevistas foi em média 20 minutos.

A totalidade das entrevistas foi realizada por uma das pesquisadoras, aluna de programa de pós-graduação na ocasião e os participantes não tinham informações pessoais sobre a mesma.

Optou-se por atribuir a identificação dos depoimentos dos entrevistados pela letra “P” (entrevistado) seguida da numeração que lhes foi atribuída na transcrição das entrevistas.

Considerou-se ainda a resolubilidade a realização dos cuidados oftalmológicos propostos pelo oftalmologista do Centro Integrado de Saúde.

Após as entrevistas, as falas foram transcritas e iniciou-se a análise dos discursos obtidos, utilizando a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), fundamentada na teoria das representações sociais. ⁽¹⁶⁾

O DSC busca responder e conhecer os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema, utilizando-se métodos científicos.⁽¹⁷⁾

Os passos metodológicos seguidos desde a obtenção das entrevistas até a síntese do DSC incluíram: (a) leitura do conjunto dos depoimentos coletados nas entrevistas; (b) leitura da resposta a cada pergunta em particular, marcando-se as expressões-chave selecionadas; (c) identificação das ideias centrais de cada resposta; (d) análise de todas as expressões chave e ideias centrais, agrupando as semelhanças em conjuntos homogêneos; (e) identificação e nomeação da ideia central, que será uma síntese das ideias centrais de cada discurso; (f) construção dos discursos do sujeito coletivo após a identificação das ideias centrais e expressões chave que denominaram os referidos discursos do sujeito coletivo.⁽¹⁷⁾

Para garantir a qualidade e a transparência do estudo, adotou-se o uso do relatório de pesquisas qualitativas COREQ.⁽¹⁸⁾

A pesquisa foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, sob parecer número 1.227.288 – CAAE 48082015.9.0000.5411, e realizada mediante a obtenção do Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por escrito dos participantes.

Resultados

No que diz respeito à caracterização dos 208 participantes, a idade variou entre 18 e 88 anos, com média de 63 anos, a maioria eram mulheres 126 (60,0 %), de cor branca 191 (92,0 %), que tinham um companheiro 157 (75,4 %) e possuíam ensino médio 133 (64,0 %). Dentre os participantes, apenas 63 (30 %) eram diabéticos.

A partir da análise da transcrição das entrevistas, foram identificadas as ideias centrais e as expressões-chave, e os discursos dos três temas emergiram das questões norteadoras. Os tópicos a seguir são apresentados com suas respectivas ideias centrais e DCS dos pacientes.

A partir da análise da transcrição das entrevistas, foram identificadas as ideias centrais, expressões-chave e organizados os discursos dos três temas que emergiram das questões norteadoras. A seguir, são apresentados os temas com as respectivas ideias centrais e o discurso do sujeito coletivo.

Quadro 1. Síntese das ideias centrais e discurso do sujeito coletivo relacionado ao tema Resolubilidade do cuidado oftalmológico sob a ótica dos participantes

Ideias Centrais	DSC
Tratamento de qualidade realizado sem demora	<i>Procurei atendimento oftalmológico porque minha vista direita estava embaçada e quando o médico falou que precisava fazer uma limpeza foi muito bom, nem parecia médico do Sistema Único de Saúde (SUS). Passei em consulta e quase não acreditei quando me ligaram para agendar o procedimento. Achei até mais cuidadoso do que já havia feito no particular, em clínica sabe! Só tenho a agradecer o médico, a enfermeira e todas as outras pessoas do posto de saúde e sugiro que as cirurgias e procedimentos possam continuar sendo oferecidos à população para que outros assim como eu também fiquem satisfeitos. Consegui fazer limpeza nos olhos, tudo sem ter que pagar particular. Espero que outras pessoas consigam fazer tratamento como eu consegui e o tempo para fazer o que precisa ser feito seja menor (P1 a P 208).</i>
Tratamento demorado entre uma cirurgia e outra	<i>Fiz tudo o que o médico me pediu sem problema algum, talvez pudesse melhorar o tempo de espera, porque achei que demorou muito para operar um olho e depois o outro, mas fui muito bem tratada, nem parecia que era um posto de saúde público, até pelo que a gente escuta falar por aí de outros lugares (P1 a P 208).</i>

No Quadro 2 está apresentado o segundo tema “Obstáculos para a realização do cuidado proposto na rede de atenção à saúde” com as respectivas ideias centrais e discurso do sujeito coletivo.

Quadro 2. Síntese das ideais centrais e discurso do sujeito coletivo relacionado ao tema Obstáculos para a realização do cuidado proposto na rede de atenção à saúde

Ideais Centrais	DSC
Muita burocracia e informações incorretas	<i>Fui informado que a máquina de cirurgia do hospital quebrou e deveria aguardar meu tratamento pelo SUS. Tramitei para o convênio e foi negado. Retornei para o SUS e passei por vários setores públicos à toa e ninguém resolveu nada! Quando chegou a minha vez me ligaram, mas o telefone não atendeu então soube que havia perdido a vaga e ido para o fim da fila, só após perguntar no posto. Tive que ir segurando as pontas, mas o que podia fazer! Foi muito difícil passar no médico e fazer o exame necessário (P1 a P 208).</i>
Não há priorização do atendimento	<i>Quando consegui levar o exame para o médico ele disse que o meu olho já não tinha mais jeito e que já estou cego mesmo. Disse que preciso cuidar do outro olho, porque já não está bom também. Idoso, cego de um olho, diabético, hipertenso, amputado na perna, gastei o que tinha e o que não tinha para pagar particular uma cirurgia no olho há alguns anos atrás, porque a moça de lá da esquina do hospital me disse que pelo SUS não tinha nem previsão. Cego de um olho, só me resta o outro que começou a embaçar também e eu praticamente já não enxergo mais nada. Todo ano o médico fala que eu tenho que avaliar o fundo de olho, mas é sempre a mesma dificuldade! Aguardo nova cirurgia e isso desanima, porque na idade que estou, quase nem tenho esperança de enxergar um pouco melhor e não consigo passar na frente dos que podem esperar. Consegui o meu tratamento só pela metade, mas eu gostaria de operar. O jeito é entrar com pedido judicial, via advogado, porque se depender do SUS, fica cego! (P1 a P 208).</i>
Falta de materiais e equipamentos	<i>O doutor nem pôde examinar melhor, porque não tinha o equipamento necessário (P1 a P 208).</i>

O Quadro 3 apresenta o segundo tema “Contribuições para a melhoria do cuidado oftalmológico” com as respectivas ideias centrais e discurso do sujeito coletivo.

Quadro 3. Síntese das ideias centrais e discurso do sujeito coletivo relacionado ao tema Contribuições para a melhoria do cuidado oftalmológico

Ideias Centrais	DSC
Facilitar o acesso a consultas e exames	<i>Também ter equipamentos e exames mais rápidos para o médico poder fazer um diagnóstico mais confiável e até mesmo dar laudos, pois senão até piora o que já está ruim. Por exemplo, não consegui fazer nenhum exame que o oftalmologista me pediu. Não dirijo, dependo de carona de amigos, familiares ou ônibus para ir para a cidade vizinha fazer o que o médico indica e para agendar transporte na prefeitura, nem sempre se consegue (P1 a P 208).</i>
Ter mais médicos oftalmologistas e melhorar condições de avaliação médica	<i>Acredito que ter mais médicos oftalmologistas pode melhorar o tempo de espera para a consulta porque diminui a fila de espera (P1 a P 208).</i>
Ser tratado no município que reside	<i>Gostaria de poder fazer o tratamento aqui mesmo onde moro, a cidade é menor e acho que seria mais rápido se aqui fosse oferecido pelo SUS os exames e tratamento que o médico pediu. Falaram que vou ter que pegar outro encaminhamento com clínico e passar de novo no oftalmologista, e pedir para ele me encaminhar para oftalmologista em outra cidade, porque aqui não faz nada. Poderia melhorar isso! Ser mais rápido para conseguir a consulta e fazer os exames que o médico pede, senão não adianta nada (P1 a P 208).</i>

Discussão

Os do estudo apontam que, a despeito do tempo de espera, a resolubilidade do cuidado oftalmológico foi alcançada para muitos participantes do estudo.

Por outro lado, também vem à baila a inexistência de um atendimento que priorize as necessidades emergentes dos usuários. Situação que dificulta o alcance de alguns objetivos básicos do sistema de saúde, como por exemplo, a continuidade dos cuidados, a resolução de problemas no nível adequado com equidade e eficiência, garantidos pelas políticas públicas de saúde ocular de nosso país.

Também traz à baila na fala dos participantes, a inexistência de critérios que priorizem o atendimento aos diabéticos no rastreamento de complicações crônicas. Corroborando a premissa de que os serviços estão atendendo uma demanda espontânea, de forma desarticulada e descontinuada. ⁽¹⁹⁾

Fato que compromete os portadores de Diabetes Mellitus (DM), cujos olhos devem ser examinados periodicamente, para a prevenção da cegueira. Fato que certamente denota um retrocesso no cuidado oftalmológico do SUS, que se apresenta multifacetado aos pacientes. De um lado a tão almejada resolubilidade e do outro os inúmeros obstáculos a

serem obrigatoriamente vencidos, reforçando a reflexão de que o SUS ainda se apresenta centrado na doença e não na saúde.

O estudo também mostrou que apenas 30 % dos participantes que receberam indicação de cuidado oftalmológico eram diabéticos, apesar desta ser uma das doenças mais prevalentes do país. Fato que nos mostra o quanto este cuidado é ainda negligenciado pelas pessoas, a despeito de todas as suas complicações não somente oculares.

No que se refere aos obstáculos para a realização do cuidado ocular, os achados evidenciam a dificuldade de comunicação que os pacientes têm com o serviço, tendo como único meio o telefone. Sabe-se que informar alguém do ponto de vista meramente técnico não significa esclarecer. Nesse sentido, sugere-se que a informação seja simples, aproximativa, compreensível e leal, ou seja, disposta dentro dos padrões de entendimento dos participantes.

Constatou-se ainda na fala dos participantes que, muitas vezes, as informações veiculadas nos meios de comunicação e ou disponibilizados pelo serviço são incorretas e imprecisas. É de supor que este problema ocorra em virtude de ser realizada por pessoas sem a devida capacitação técnica.

Para tanto, uma das proposições de melhoria, evidenciada nos discursos, foi de facilitar o acesso a consultas e exames, situação que depende dos meios efetivos de comunicação disponibilizados pelos serviços, devendo eles serem acessíveis à população.

Um estudo realizado numa cidade Escocesa mostrou que um simples instrumento de comunicação para assegurar a transferência segura da informação pode agilizar a informação compartilhada entre a equipe de serviços de atenção secundária e contribuir para redução de importantes atrasos. ⁽²⁰⁾

Neste estudo, também foi mencionada pelos participantes a necessidade de melhoria de condições para avaliação médica. A falta de materiais e equipamentos desvelada nos discursos evidencia que a oftalmologia, diferentemente do que ocorre em outras especialidades médicas, requer um grande investimento dos gestores na aquisição de equipamentos. Contudo, o que se presencia é um serviço com pouca infraestrutura, desafiando cada vez mais os profissionais de saúde no que tange ao atendimento da população em situação de vulnerabilidade, que requer atendimento oftalmológico. ⁽²¹⁾

Logo, a realidade que se descortina na percepção dos usuários entrevistados neste estudo provoca inquietação frente a atual situação precária do cuidado oftalmológico no SUS, com equipamentos quebrados e ou mesmo déficit deles para realização de exames de maior complexidade. O cuidado oftalmológico no SUS representa um desafio enfrentado individualmente por cada um dos indivíduos que dependem do único recurso de que dispõem para produzir suas condições de existência: a saúde.

Este achado reforça a necessidade de se construir um modelo de atenção à saúde que garanta a estruturação dos serviços considerando a dignidade dos pacientes como cidadãos. ⁽²²⁾

Nesta perspectiva, a contratação de mais médicos sugerida pelos participantes do estudo, esta não é uma opinião consensual na literatura. O entendimento é de que não há falta de profissionais, mas falta de acesso adequado aos usuários do SUS. ⁽²³⁾

Os dados coletados no estudo também evidenciaram que ser tratado no próprio município poderia contribuir para melhor resolubilidade do cuidado oftalmológico. Isto mostra que os pacientes são incorporados aos serviços para os quais foram referenciados, porém, não regulados aos pontos de origem, ou quando o são, esse retorno não é formalizado. ^(24, 25) Fato que nos incita a reflexão acerca da inexistência e/ou não efetividade,

bem como o desconhecimento de um sistema de contrarreferência por parte dos usuários do SUS.

Assim, o cuidado em oftalmologia disponibilizado no SUS enfrenta um duplo desafio: garantir o atendimento integral aos usuários e, ao mesmo tempo, implantar redes de atenção à saúde que possam sanar as necessidades, uma vez que persistem as dificuldades de acesso e desigualdades. A literatura internacional sobre a prevenção da cegueira demonstra que na América Latina 60 % da população não tem acesso aos cuidados oculares, em decorrência da falta de política adequada e o desenvolvimento de projetos que criem melhores condições para a saúde ocular. ⁽²⁶⁾

Por conseguinte, os programas voltados para a saúde ocular devem ter como base três pilares fundamentais: desenvolvimento de recursos humanos, de infraestrutura, bem como a integração dos cuidados oculares básicos aos cuidados primários de saúde.

O ponto central é de que forma poderia ser dada uma atenção individual e coletiva, integral e diferenciada para os usuários que apresentam problemas tão distintos. E como os gestores dos serviços de saúde devem promover a saúde ocular integral através do SUS, tal qual se apresenta hoje o sistema, com dificuldades de acesso, equidade, vínculo e de atendimento integral continuado e resolutivo para os usuários que procuram os serviços. ⁽²⁷⁾

Neste âmbito, os enfermeiros têm a missão de estabelecer relações mais democráticas com os usuários e desenvolver propostas terapêuticas comprometidas com as diretrizes do SUS e com a Política Nacional de Atenção Oftalmológica, que primam pelo cuidado humanizado, com foco no indivíduo e em seus aspectos biopsicossociais. ⁽¹⁴⁾

Em suma, confere aos profissionais de saúde a difícil tarefa de implementar cuidados oculares centrados nas pessoas e integrados nos sistemas de saúde, e tornar o atendimento oftalmológico parte integrante da cobertura universal de saúde.

Por fim, reconhece-se que uma das limitações desta pesquisa está relacionada ao fato de ter sido realizado em um único centro e com características regionais. Outro fator a ser considerado, refere-se ao viés de memória, alusivo ao tempo transcorrido entre o atendimento no Centro integrado de Saúde e a realização das entrevistas pela pesquisadora. Além disso, a escassez de estudos sobre o tema na rede de atenção à saúde dificultou a comparação dos resultados, o que reforça a necessidade de outras pesquisas nesta área.

Conclusão

As dificuldades desveladas pelos usuários para a resolubilidade do cuidado oftalmológico na atenção secundária refletem a falta de organização desse serviço, que além de não priorizar os atendimentos também não se compromete com o devido encaminhamento e acompanhamento adequado.

Na análise dos discursos evidenciou-se também que a inexistência de classificação de risco para priorizar o atendimento é um fator que contribui não somente para a demora do atendimento, mas também para agravar potenciais complicações decorrentes do diabetes.

Além disso, os resultados também evidenciam que o município onde a pesquisa foi realizada não possui controle dos desfechos das solicitações de avaliação oftalmológica.

Por fim, espera-se que os resultados do estudo, impulsionado pela enfermagem, possam contribuir para reorganização do serviço por meio de uma atuação e abordagem coletiva dos gestores e serviços de saúde no combate ao agravamento e das condições de saúde ocular, que afetam diretamente a saúde e a vida da população.

Referências bibliográficas

1. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saúde Pública*. março de 2008;24(3):663–74.
2. Figueiredo AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciênc saúde coletiva*. janeiro de 2021;26(1):77–88.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Textos Básicos de Saúde. Cadernos HumanizaSUS [Internet]. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf
4. Cho NH, Shaw JE, Karuranga S, Huang Y, da Rocha Fernandes JD, Ohlrogge AW, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*. abril de 2018;138:271–81.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações em Saúde - Mortalidade [Internet]. 2015 [citado 21 de maio de 2021]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>
6. World Health Organization. World report on vision [Internet]. 2019 [citado 21 de maio de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>
7. de Carvalho KM, Zin A. Prevenção da cegueira e deficiência visual na infância. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2016.
8. Moll MF, Goulart MB, Caprio AP, Ventura CAA, Ogoshi AACM. O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. *Rev enferm UFPE on line*. 2017;11(1):86–93.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Institui a política nacional de atenção em oftalmologia. Portaria 957/GM de 16 de maio de 2008.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS. 2014.
11. Hirakawa TH, Costa W do C, Nakahima F, Ferreira AIC, Ribeiro LB, Ticianeli JG, et al. Knowledge of diabetic patients users of the Health Unic System about diabetic retinopathy. *Revista Brasileira de Oftalmologia* [Internet]. 2019 [citado 1º de dezembro de 2020];78(2). Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0034-7280.20180106>
12. 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*. junho de 2009;72(3):332–40.

13. Alves Maftum M, Gonçalves da Silva Â, De Oliveira Borba L, Brusamarello T, Czarnobay J. Mudanças ocorridas na prática profissional na área da saúde mental frente à reforma psiquiátrica brasileira na visão da equipe de enfermagem Changes in professional practice in the mental health area against brazilian psychiatric reform in the vision of the nursing team. *R pesq cuid fundam online*. 11 de abril de 2017;9(2):309–14.
14. Santos EO dos, Eslabão AD, Kantorski LP, Pinho LB de. Nursing practices in a psychological care center. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(1):e20180175.
15. Fernandes LA, Köptcke LS. Análise da ação de saúde ocular do Programa Saúde na Escola no Brasil de 2014 a 2019: um estudo transversal. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(2):e2020339.
16. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface (Botucatu)*. dezembro de 2006;10(20):517–24.
17. Lefevre F, Lefevre AMC, Marques MC da C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Ciênc saúde coletiva*. agosto de 2009;14(4):1193–204.
18. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 16 de setembro de 2007;19(6):349–57.
19. Machado LM, Colomé JS, Beck CLC. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. *Rev Enferm UFSM*. 21 de janeiro de 2011;1(1):31.
20. Testrow S, McGovern R, Tully V. Secondary care interface: optimising communication between teams within secondary care to improve the rehabilitation journey for older people. *BMJ Open Qual*. fevereiro de 2021;10(1).
21. 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*. junho de 2009;72(3):332–40.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. [Internet]. 2005. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/doc_tec_amq_portugues.pdf
23. 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.
24. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, Nunes E de FP de A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciênc saúde coletiva*. abril de 2017;22(4):1109–20.

25. Machado MC, Kara-José N, Arieta CEL, Lourenço JLG, Carvalho R de S. A study of pent-up demand in ophthalmology: Divinolândia Hospital/Unicamp. *Rev bras.oftalmol.* dezembro de 2012;71(6):390–3.
26. Lansingh VC, Eckert KA. Vision 2020: the right to sight in 7 years? *MEHDI Ophthalmol.* 2013;2(2):26–9.
27. Martins AME de BL, Muniz AB, Silveira MF, Carreiro DL, Souza JGS, Ferreira EF e. Avaliação da assistência oftalmológica na perspectiva dos usuários. *Rev bras epidemiol.* junho de 2016;19(2):390–402.

Participação dos autores: a) Planejamento e concepção do trabalho; b) Coleta de dados; c) Análise e interpretação de dados; d) Redação do manuscrito; e) Revisão crítica do manuscrito.

S. M. contribuiu em a, c, d, e; C. F. P. em e; I. R. M. em a, b, c, d, e.

Editora científica responsável: Dra. Natalie Figueredo