

Como citar este artigo:

Oliveira IP, Meneguim S. Resolubilidade do cuidado oftalmológico em um centro de atendimento secundário: abordagem quantitativa. *einstein* (São Paulo). 2019;17(3):eGS4385. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2019GS4385

Autor correspondente:

Inês Paula Regina Mainini Oliveira
Avenida Professor Mário Rubens Guimarães
Montenegro, s/n
Campus de Botucatu
CEP: 18618-687 – Botucatu, SP, Brasil
Tel.: (14) 3880-1312
E-mail: re.nini@bol.com.br

Data de submissão:

11/1/2018

Data de aceite:

12/6/2018

Conflitos de interesse:

não há.

Copyright 2019



Esta obra está licenciada sob
uma Licença *Creative Commons*
Atribuição 4.0 Internacional.

Resolubilidade do cuidado oftalmológico em um centro de atendimento secundário: abordagem quantitativa

Resolubility of eye care in a secondary care center: a quantitative approach

Inês Paula Regina Mainini Oliveira¹, Silmara Meneguim¹

¹ Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

DOI: [10.31744/einstein_journal/2019GS4385](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2019GS4385)

RESUMO

Objetivo: Avaliar a resolubilidade do cuidado oftalmológico em um centro integrado de saúde. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal realizado com 816 pacientes atendidos no período de novembro de 2013 a novembro de 2015. Os dados foram coletados consultando-se o banco de dados institucional e os prontuários. **Resultados:** A maioria dos participantes era não diabética, do sexo feminino, e com Nível Médio de ensino. A principal causa de solicitação de avaliação oftalmológica foi a consulta com o especialista, cujo tempo de espera foi menor para os não diabéticos. **Conclusão:** Este centro integrado de saúde apresentou, em parte, condições de resolubilidade para atender as necessidades oftalmológicas dos usuários do Sistema Único de Saúde, mas notou-se necessidade de reorganização deste cuidado, considerando prioridades baseadas em critérios de risco oftalmológico, conferindo que o encaminhamento ao nível de atenção deve ser capaz de propiciar, em tempo, a resolubilidade.

Descritores: Sistema Único de Saúde; *Diabetes mellitus*; Atenção secundária à saúde; Saúde ocular

ABSTRACT

Objective: To evaluate the resolubility of ophthalmologic care in an integrated health center. **Methods:** This was a cross-sectional study including 816 patients who were attended from November 2013 to November of 2015. Data were collected from a medical consultation database and patients' medical records. **Results:** The majority of participants were women, non-diabetic, and had high school education. The main cause of referral for ophthalmologic evaluation was the consultation with a specialist, the waiting time for consultation was shorter for non-diabetic patients. **Conclusion:** This Integrated health center presented, partial resolubility conditions to meet the ophthalmologic needs of users of the Brazilian Unified Health System. Eye care needs to be reorganized particularly by consider the priority cases of those at ophthalmological risk, and referrals should be done to the adequate care level and on time to guarantee resolubility.

Keywords: Unified Health System; *Diabetes mellitus*; Secondary care; Eye health

INTRODUÇÃO

O conhecimento dos principais problemas de saúde pública permite ações com efeitos práticos e concretos nos serviços de saúde. Neste contexto, o perfil epidemiológico brasileiro vem se modificando desde os anos 1950. Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) assumem papel de destaque entre as principais causas de morbimortalidade e,^(1,2) dentre as quais, destacam-se as

doenças metabólicas, a despeito da melhora nas condições de vida do homem e do desenvolvimento de novas tecnologias aplicadas à saúde.⁽³⁾

Destas doenças, o *diabetes mellitus* (DM) merece ênfase nos estudos que envolvam ações e serviços de saúde necessários para o atendimento integral da população, devido a seu impacto socioeconômico e na saúde dos indivíduos.⁽⁴⁾

As complicações do DM podem ser agudas. Destacam-se, entre elas, a hipoglicemia, a cetoacidose e o coma hiperosmolar. Podem também ser crônicas, como a nefropatia, a neuropatia diabética e a retinopatia.⁽⁵⁾ Assim, o custo/paciente aumenta com o decorrer do tempo, especialmente devido à presença de complicações tardias.⁽⁶⁾

Diante deste cenário, considera-se que o impacto da perda visual na vida de uma pessoa é profundo, sendo fundamentais avaliações periódicas com o oftalmologista, para o diagnóstico e o tratamento precoce das doenças oculares.^(7,8)

Para tanto, política pública, como a portaria 957/2008, consideram o cuidado oftalmológico as ações integrais de promoção, prevenção, tratamento e recuperação, que perpassem todos os níveis de Atenção à Saúde.⁽⁹⁾ Este cuidado pode ser realizado em todos os níveis de atenção, mas espera-se que o secundário contemple a densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Primária e a Terciária.⁽¹⁰⁾

Entretanto, a percepção de uma possível lacuna na resolubilidade do cuidado oftalmológico, dispensado aos pacientes de um Centro Integrado de Saúde no interior do Estado de São Paulo, incitou os seguintes questionamentos: Existe resolubilidade no cuidado oftalmológico ofertado, em especial aos diabéticos? Quais são as principais causas de solicitação de avaliação oftalmológica? Qual o tempo de espera para realizar este atendimento neste centro integrado de saúde público?.

Desta forma, pontuando que um dos elementos mais importantes para a enfermagem em sua atuação na política de participação e de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) é a organização da Atenção à Saúde, pensada e planejada de forma que os serviços sejam capazes de responder às demandas da população,⁽¹¹⁾ o presente artigo avaliou os achados relacionados à assistência oftalmológica, comparando-os com pesquisas anteriores brasileiras e internacionais.

OBJETIVO

Avaliar a resolubilidade do cuidado oftalmológico em um Centro Integrado de Saúde.

MÉTODOS

Pesquisa realizada no Centro Integrado de Saúde de um município do interior do Estado de São Paulo no período de novembro de 2013 a novembro de 2015, de forma descritiva, exploratória, transversal e com abordagem quantitativa.

Operacionalmente, a partir do mês de julho de 2013, passaram a ser oferecidos, neste centro de saúde, atendimentos em diversas especialidades médicas, além de Fisioterapia, Odontologia e atendimentos de Enfermagem, com consultas, pequenos procedimentos e coleta de exames laboratoriais diagnósticos.

Desde novembro de 2013, são realizadas 40 consultas oftalmológicas por mês, além do pagamento ao médico especialista de quatro cirurgias de pterígio, quatro procedimentos de fotocoagulação retiniana a laser e quatro procedimentos de capsulotomia com YAG laser após cirurgia de catarata.

Participaram deste estudo 816 pacientes submetidos ao atendimento oftalmológico, em um total de 920 consultas, e que atenderam os seguintes critérios de inclusão: ter passado em consulta oftalmológica e ter solicitação de avaliação oftalmológica após consulta médica. Foram excluídos do levantamento pacientes cujo contato não foi possível devido à mudança de endereço ou de telefone, que faleceram ou que estavam duplicados no banco de dados, por motivo de consultas repetidas. Os participantes foram divididos em dois grupos: Grupo Diabéticos e Grupo Não Diabéticos.

Mediante consulta ao banco de dados do serviço e, posteriormente, aos prontuários destes pacientes, contemplaram-se as informações sociodemográficas e a caracterização dos atendimentos oftalmológicos realizados neste centro integrado de saúde.

Desta forma, foi adotada amostra não probabilística, com critérios quantitativos de coleta e processamento de dados. Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente e apresentadas em tabelas, contendo frequências absolutas e relativas. Para a comparação das médias dos dois grupos, foi utilizado o teste *t* de Student e, quando a suposição de normalidade foi rejeitada, o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Para avaliação da homogeneidade entre as proporções, utilizou-se o método do χ^2 ou o teste exato de Fisher. O nível de significância para os testes foi de 5%, e o programa utilizado para realizar as análises foi o SAS System versão 9.4.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, São Paulo, Brasil, sob o número de parecer 1.227.288, CAAE: 48082015.9.0000.5411.

RESULTADOS

A maioria dos pacientes era mulher (61,6%), de cor branca (92,0%), que tinha companheiro (75,7%) e possuía Ensino Médio (65,1%), em ambos os grupos (Tabela 1). A idade da população estudada variou de 18 dias a 94 anos, com média aritmética de (54 anos) no Grupo Diabéticos e (41 anos) aos não diabéticos.

Do total de participantes, 362 possuíam doenças associadas, sendo as mais prevalentes as cardiovasculares (39,9%), as oculares (2,4%) e as articulares (0,6%).

A maioria dos motivos de encaminhamentos, em ambos os grupos (Tabela 2), foi para avaliação oftalmológica generalista (77,2%), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). No entanto, sobressaíram-se também a avaliação de fundo de olho (37,6%) no Grupo Diabéticos e a alteração na acuidade visual (13,7%) para os não diabéticos, ambos com significância estatística ($p < 0,0001$ e $p = 0,0132$, respectivamente).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra

Variáveis	Grupo		Total	Valor de p*
	Diabéticos	Não diabéticos		
Sexo				
Feminino	124 (63,9)	379 (60,9)	503 (61,6)	0,4554
Masculino	70 (36,1)	243 (39,1)	313 (38,4)	
Escolaridade				
Fundamental	22 (11,3)	140 (22,5)	162 (19,9)	<0,0001
Médio	151 (77,8)	380 (60,4)	531 (65,1)	<0,0001
Superior	21 (10,8)	102 (16,4)	123 (15,1)	0,6943
Cor da pele				
Branca	163 (84,0)	546 (87,8)	709 (92,0)	0,2176
Não branca	31 (16,0)	76 (12,2)	62 (8,0)	
Status marital				
Com companheiro	188 (96,9)	430 (69,1)	618 (75,7)	<0,0001
Sem companheiro	6 (3,1)	192 (30,9)	198 (24,3)	

Resultados expressos como n (%). * $p < 0,05$; teste t de Student/ χ^2 .

Tabela 2. Motivos de encaminhamento para consulta oftalmológica

Variáveis	Grupo		Total	Valor de p*
	Diabéticos	Não diabéticos		
Avaliação oftalmológica	107 (55,2)	523 (84,1)	630 (77,2)	<0,0001
Alteração na acuidade visual	13 (6,7)	85 (13,7)	98 (12,0)	0,0132
Avaliação de fundo de olho	73 (37,6)	3 (0,5)	76 (9,3)	<0,0001
Outras queixas	1 (0,5)	11 (1,8)	12 (1,5)	0,3553

Resultados expressos como n (%). * $p < 0,05$; teste t de Student/ χ^2 .

Quanto ao tempo de espera dos participantes para avaliação oftalmológica (Tabela 3), na comparação dos grupos, diferença estatisticamente significativa foi observada em relação ao tempo de espera inferior a 6 meses

($p = 0,0268$), demonstrando que os pacientes não diabéticos aguardaram menos tempo. Observou-se também que a maioria dos pacientes diabéticos aguardaram por um período ≥ 12 meses para consultar com o especialista.

Dos 816 pacientes atendidos no período desta pesquisa, 241 (29,5%) receberam indicação de cuidado oftalmológico após a consulta neste centro integrado de saúde. Destes, 30,7% eram diabéticos e o maior percentual foi atribuído aos participantes não diabéticos (69,2%), com diferença estatisticamente significativa ($p = 0,002$) (Tabela 4).

Dentre as dificuldades para realizar o cuidado oftalmológico indicado, pelo especialista em outros pontos da rede (70,6%) dos participantes ainda aguardavam na fila de espera para realizar o cuidado oftalmológico indicado pelo especialista, porém sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Tabela 5).

Tabela 3. Tempo de espera dos participantes para avaliação oftalmológica

Tempo de espera (meses)	Grupo		Total	Valor de p*
	Diabéticos	Não diabéticos		
0-6	26 (13,4)	130 (20,9)	156 (19,1)	0,0268
7-11	79 (40,7)	251 (40,4)	330 (40,4)	0,9941
≥ 12	89 (45,9)	241 (38,7)	330 (40,4)	0,0923

Resultados expressos como n (%). * $p < 0,05$; teste t de Student/ χ^2 .

Tabela 4. Indicação de cuidado oftalmológico na rede após consulta em um Centro Integrado de Saúde

Grupo	Indicação de cuidado oftalmológico			Valor de p*
	Sim	Não	Total	
Diabéticos	74 (30,7)	120 (20,8)	194 (23,7)	
Não diabéticos	167 (69,2)	455 (79,1)	622 (76,2)	0,002
Total	241 (29,5)	575 (70,4)	816 (100)	

Resultados expressos como n (%). * $p < 0,05$; teste t de Student/ χ^2 ; ¹ segunda opinião médica disse que não precisava de cuidado oftalmológico; equipamento quebrou e retornou à fila de espera; procurou o local errado; mãe desconhecia a solicitação; desconhecimento da indicação de tratamento.

Tabela 5. Dificuldades para realizar o cuidado

Variáveis	Grupo		Total	Valor de p*
	Diabéticos	Não diabéticos		
Dificuldades para o cuidado				
Sim	39 (59,1)	78 (54,9)	104 (50,0)	0,6797
Não	27 (40,9)	64 (45,1)	104 (50,0)	
Motivos de não realizar o cuidado				
Estar aguardando na fila de espera	24 (77,4)	36 (66,7)	60 (70,6)	0,4237
Recusou o cuidado proposto	2 (6,5)	5 (9,3)	7 (8,2)	0,9654
Outros ¹	5 (16,1)	13 (24,1)	18 (21,2)	0,5571

Resultados expressos como n (%). * $p < 0,05$; teste t de Student/ χ^2 ; ¹ segunda opinião médica disse que não precisava de cuidado oftalmológico; equipamento quebrou e retornou à fila de espera; procurou o local errado; mãe desconhecia a solicitação; desconhecimento da indicação de tratamento.

I DISCUSSÃO

O predomínio de mulheres nesta pesquisa, semelhante a outros estudos conduzidos na área oftalmológica no Brasil,⁽¹²⁻¹⁴⁾ difere dos achados em outros países, em que diferenças socioculturais e econômicas reduzem o acesso das mulheres aos cuidados oftalmológicos.⁽¹⁵⁾ A exemplo disto, pode-se mencionar a África, onde a falta de acessibilidade e utilização dos serviços é, provavelmente, a principal razão para o excesso de cegueira em mulheres.⁽¹⁶⁾

No que se refere à escolaridade, a maioria dos participantes com Ensino Médio divergiu de outras pesquisas acerca do cuidado oftalmológico, em que predominaram pacientes com baixo nível de escolaridade.^(13,17) Este achado nos incita refletir sobre a possível mudança no perfil dos pacientes do SUS.

Ademais, o maior nível de escolaridade e o *status* marital “com companheiro”, atribuído ao Grupo de Não Diabéticos, relacionaram-se ao fato de os integrantes deste grupo serem mais jovens em relação aos diabéticos – e não por não serem diabéticos.

Quanto à caracterização clínica dos pacientes, as pessoas atendidas pelo Serviço de Oftalmologia deste Centro Integrado de Saúde apresentavam doenças associadas, sendo as mais relatadas o DM e as cardiovasculares. Estes dados foram corroborados em outro estudo sobre a condição de saúde ocular no Brasil, que atribuíram ao DM o fator determinante de perda da visão.⁽¹⁸⁾

Ainda, o Grupo de Diabéticos contemplou a maioria dos encaminhamentos para avaliação de fundo de olho, o que poderia ter sido resolvido na Atenção Primária, se o serviço tivesse recursos materiais, além de médico generalista qualificado, para realizar o exame.

Muitos encaminhamentos não dispunham de mais informações caso a caso, denotando referência fraca. Isto foi corroborado em estudo anterior, ao ressaltar que o médico generalista dificilmente estaria qualificado para realizar o exame fundoscópico sob midríase, método mais acurado para detecção da retinopatia diabética, com consequente baixa resolubilidade e encaminhamentos inadequados.⁽⁷⁾

Esta realidade também emergiu no Irã, cuja viabilidade da avaliação oftalmológica foi questionada em relação à referência e à contrarreferência, pontuando-se, ainda, que a maioria de casos de cegueira tratáveis poderia ser evitada a partir do desenvolvimento de estratégias preventivas ou terapêuticas, sendo o DM uma questão de preocupação especial.⁽¹⁹⁾

No México, também reforça-se a necessidade de encaminhamentos que contemplem informações adequadas para a continuidade do cuidado nos demais níveis

de atenção.⁽²⁰⁾ Além de ser uma premissa básica para a garantia da integralidade, é perceptível que a integração dos pontos de atenção seja capaz de evitar a duplicidade de infraestrutura e serviços, diminuir os custos e melhorar a resolubilidade.⁽²¹⁾

No Brasil, mais da metade do que se gasta em Oftalmologia no SUS é para remunerar apenas a cirurgia de catarata. Quase inexistente Atenção Primária oftalmológica que resolva até 90% das principais causas de deficiência visual com um custo menor do que aquele despendido apenas para os procedimentos mais complexos.⁽⁷⁾

Diante desta realidade, quanto às condições de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município estudado, constatou-se que não se dispunha de materiais e/ou equipamentos básicos necessários para triagem oftalmológica, a exemplo da tabela de Snellen e, tampouco, de equipe capacitada para triagens eficientes, justificando-se que o motivo de maior referência de encaminhamentos foi a avaliação oftalmológica.

Esta insuficiência e a fragilidade dos serviços de saúde brasileiros, fragmentados e sem infraestrutura necessária para resolver, contribuem para o baixo desempenho dos serviços de saúde, a dificuldade de acesso, a perda da continuidade da atenção, a baixa resolubilidade e a não otimização dos recursos disponíveis para o tratamento dos pacientes que necessitam de atendimento oftalmológico a nível secundário.⁽²¹⁾

Logo, compartilhar o cuidado com outros profissionais treinados pode ser uma alternativa à integralidade e à resolubilidade da atenção, separando os casos que realmente precisam da atuação do médico oftalmologista.

Infere-se, portanto, que o apoio matricial, também chamado de matriciamento, entendido como “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações”, emerge como ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade destas equipes.⁽²²⁾

Surge, então, o questionamento sobre as políticas públicas de saúde que colocam o serviço oftalmológico na atenção especializada, ou seja, em níveis secundário e terciário de complexidade, focados na resolução de enfermidades prevalentes, deixando de lado a promoção primária da saúde ocular.⁽⁷⁾

Cabe detalhar que a maioria dos participantes não diabéticos aguardou por menos tempo para consultar em relação ao Grupo de Diabéticos, que chegou a esperar por, no mínimo, 12 meses para consulta oftalmológica – e metade destes ainda aguardava por alguma resolubilidade no SUS.

Esta falta de priorização do cuidado oftalmológico certamente compromete a prevenção e o controle de

algumas causas evitáveis de cegueira e deficiência visual.⁽⁷⁾ Embora o princípio da hierarquização do SUS procure garantir ao cidadão o acesso aos serviços do sistema público de saúde, desde o mais simples até o mais complexo,⁽¹⁸⁾ este estudo demonstrou que a maioria dos pacientes em ambos os grupos estudados enfrentou dificuldades para realizar o cuidado proposto pelo médico oftalmologista, sendo a principal queixa o tempo na fila de espera.

Sabe-se que o problema de filas para marcação de consultas nas unidades de saúde ocorre há muito tempo; fila é um problema que está na agenda da população.⁽²³⁾ As limitações para o acesso evidenciam filas e insatisfações, e parte da população não consegue ser atendida em suas necessidades, expondo o usuário a riscos à saúde, e ocasionando sentimentos de medo e constrangimento.

No Brasil, a fila é referida como a “porta de entrada” do SUS e pode impor implicações na visão do usuário,⁽²³⁾ mas faz-se presente no acesso a serviços de saúde de milhões de brasileiros que caminham em busca de um atendimento digno e resolutivo.

Contrapondo este achado, estudo no Irã apontou não existir lista de espera para o primeiro compromisso ambulatorial, sendo os pacientes geralmente consultados dentro de 7 dias. No entanto, não há planos específicos para melhorar qualidade, produtividade, eficiência ou prevenção de cegueira, além de também não existir diretrizes para encaminhamento de tratamento cirúrgico, quando necessário.⁽¹⁹⁾

Assim, aponta-se a agilidade nos processos como um dos fatores determinantes para a qualidade dos serviços prestados e, para tanto, neutralizar as filas existentes no Brasil é uma demanda eminente. Este conflito se acentua quando há demanda reprimida, sem discriminação de clientela.⁽²⁴⁾

Outra pesquisa na área oftalmológica revela que o problema da dificuldade do acesso à saúde ocular no SUS está além do montante financeiro, citando, como exemplo, os Estados Unidos, que, apesar de disporem de recursos financeiros superiores aos brasileiros, enfrentam problemas semelhantes, devido à forma como se organiza o sistema de Atenção à Saúde.⁽²⁵⁾

Emerge, assim, a necessidade de um contínuo aprimoramento e de busca por novas alternativas que permitam a efetiva implantação de um sistema de saúde ocular, capaz de prestar atenção contínua à população, considerando prioridades baseadas em critérios de risco oftalmológico, cujos encaminhamentos ao nível de atenção ocorram adequadamente e em tempo hábil para propiciar a resolubilidade.

A analogia deste estudo com outros trabalhos científicos existentes sobre cuidado oftalmológico demonstrou que os desafios da gestão em saúde não são problemas ímpares do sistema de saúde público brasileiro,

reforçando a necessidade de construção de linhas de cuidados que ordenem e ampliem o acesso à oftalmologia, oferecido por redes assistenciais integradas entre setores público e privado, com foco na continuidade dos cuidados aos pacientes e seu mais fundamental direito constitucional: a saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados alcançados neste estudo permitiram identificar a existência de condições parciais de resolubilidade para atender as reais necessidades oftalmológicas dos usuários do Sistema Único de Saúde.

INFORMAÇÃO DOS AUTORES

Oliveira IP: <http://orcid.org/0000-0002-6934-4261>

Meneguim S: <http://orcid.org/0000-0003-3853-5134>

REFERÊNCIAS

1. Cesse EA, Freese E, Souza WV, Luna CF. Tendências da mortalidade por DCNT no Brasil: expansão ou redução. In: Freese E, organizador. Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Recife: Editora Universitária/UFPE; 2006. v.1. p. 73-88.
2. Freese E, Fontbonne A. Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: Freese E, organizador. Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Recife: Editora Universitária/UFPE; 2006. v.1. p. 17-46.
3. Telarolli R Jr. Epidemias no Brasil: uma abordagem biológica e social. 2a ed. São Paulo: Moderna; 2011.
4. American Diabetes Association (ADA). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2010;33 Suppl 1:S62-9. Erratum in: Diabetes Care. 2010;33(4):e57.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2018 Maio 24]. [Cadernos de Atenção Básica, n.º 36]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
6. Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. Bull World Health Organ. 2003;81(1):19-27.
7. Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO). Jornal Oftalmológico Jota Zero. Programa mais especialidades em Oftalmologia [Internet]. São Paulo: CBO; 2015 [citado 2018 Jun 5]. Disponível em: <http://www.cbo.net.br/novo/publicacoes/Jzero158.pdf>
8. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014-2015) [Internet]. São Paulo: AC Farmacêutica; 2015 [citado 2018 Maio 24]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 957/GM de 16 de maio de 2008. Institui a política nacional de atenção em oftalmologia [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [citado 2018 Set 7]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0957_15_05_2008.html
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [citado 2018 Set 7]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

11. Harada MJ. Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul: Yendis; 2011.
12. Hercos BV, Berezovsky A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS. *Arq Bras Oftalmol.* 2006;69(2):213-9.
13. Colossi CG. Perfil socioeconômico dos pacientes submetidos à cirurgia oftalmológica pelo Sistema Único de Saúde em um serviço credenciado na cidade de Porto Alegre [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2004.
14. Ribeiro MC, Barata RB, Almeida MF, da Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. *Cienc Saude Colet.* 2006;11(4):1011-22.
15. Courtright P, Lewallen S. Why are we addressing gender issues in vision loss? *Community Eye Health.* 2009;22(70):17-9.
16. Mganga H, Lewallen S, Courtright P. Overcoming gender inequity in prevention of blindness and visual impairment in Africa. *Middle East Afr J Ophthalmol.* 2011;18(2):98-101.
17. Castellano AG, Moreira LB, Kaimoto T, Moreira H. Aspectos socioeconômicos em pacientes portadores de vício de refração. *Arq Bras Oftalmol.* 1999; 62(6):697-700.
18. Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO). As condições de saúde ocular no Brasil [Internet]. São Paulo: CBO; 2015 [citado 2018 Jun 5]. Disponível em: http://www.cbo.net.br/novo/publicacoes/Condicoes_saude_ocular_IV.pdf
19. Katibeh M, Blanchet K, Akbarian S, Hosseini S, Ahmadieh H, Burton MJ. Planning eye health services in Varamin district, Iran: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:140.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [citado 2018 Jun 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2009.pdf
21. Passos JE, Rocha LM, Vasconcelos LL. Estratégia de cuidado na atenção especializada ambulatorial: qualificação e ampliação do acesso. *Rev Divul Saúde Debate.* 2014;51:121-8.
22. Guia prático de matriciamento em saúde mental [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011 [citado 2018 Set 7]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf
23. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet.* 2011;377(9779):1778-97.
24. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde – representação Brasil. Linha de cuidado: hipertensão arterial e diabetes [Internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2010 [citado 2018 Maio 24]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=doencas-nao-transmissiveis-948&alias=1219-linhas-cuidado-hipertensao-arterial-e-diabetes-9&Itemid=965
25. Almeida PF. Estratégias de coordenação dos cuidados: Fortalecimento da atenção primária a saúde e integração entre níveis assistências em grandes centros urbanos [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; 2010.