Análise da Satisfação dos Utentes do Programa de Cirurgia de Catarata no Distrito de Angónia, 2023

Evaluation of User Satisfaction in the Cataract Surgery Program: Angónia, 2023

Tonito Tomás Augusto Nhampa [1]

[1] Serviço de Oftalmologia, Hospital Rural de Ulóngue-Angónia, Moçambique

Recebido/Received: 2024-11-12 | **Aceite/Accepted:** 2024-06-24 | **Published online/Publicado online:** 2024-12-10 | **Published/Publicado:** 2025-06-30

© Author(s) (or their employer(s)) and Oftalmologia 2025. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.
© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Oftalmologia 2025. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

DOI: https://doi.org/10.48560/rspo.36500

RESUMO

INTRODUÇÃO: A catarata constitui a principal causa de cegueira. A doença pode ser adquirida ou congénita e traduz-se numa opacificação do cristalino, que conduz a uma diminuição progressiva da visão.

O objectivo foi identificar o grau de satisfação do utente no programa de cirurgia de catarata-Angónia, 2023.

MÉTODOS: Estudo observacional transversal. Aos doentes submetidos a cirurgia de catarata no mês de Novembro de 2023, foi aplicado o questionário visando analisar a qualidade do atendimento aos pacientes submetidos na cirurgia de catarata nesta unidade sanitária.

RESULTADOS: Foram operados 131 olhos, a média de idade dos pacientes foi de 68,4 anos. O género feminino foi o mais frequente (67,5%). A frequência de analfabetos foi de 54%. A frequência dos parâmetros usados para avaliação do grau de satisfação dos usuários situou-se acima de 95,0%. Foi estatisticamente significativa a melhoria da acuidade visual pós-operatória (olho direito p<0,0001; olho esquerdo p<0,0001).

CONCLUSÃO: O grau médio de satisfação apurado foi excelente, espelhando a qualidade dos serviços prestados e benefício visual final. Verificou-se que a maior parte dos pacientes submetidos a cirurgia apresentava baixo nível de escolaridade e baixa renda.

PALAVRAS-CHAVE: Extração de Catarata; Moçambique; Satisfação do Doente.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Cataracts are the main cause of blindness. The disease can be acquired or congenital, resulting in an opacification of the lens, leading to a progressive decrease in vision.

The objective was to identify user satisfaction in the cataract surgery program - Angónia, 2023.

METHODS: This is a cross-sectional observational study. The questionnaire was applied to patients undergoing cataract surgery in November 2023 to analyze the quality of care for patients undergoing cataract surgery in this health unit.

RESULTS: One hundred thirty-one eyes were operated on, the average age of the patients was 68.4 years. The female gender was the most frequent (67.5%). The frequency of illiterates

was 54 %. The frequency of the parameters used to evaluate the level of user satisfaction was above 95.0%. The improvement in postoperative visual acuity was statistically significant (right eye $p<0.0001$; left eye $p<0.0001$).

CONCLUSION: The average degree of satisfaction was excellent, reflecting the quality of the services provided and the final visual benefit. Most patients undergoing surgery had a low level of education and income.

KEYWORDS: Cataract Extraction; Mozambique; Patient Satisfaction.

INTRODUÇÃO

A cegueira constitui um real problema socioeconómico e de saúde pública. Nos países em desenvolvimento, é um factor de agravamento da pobreza. A despeito dos esforços realizados, o fardo de morbilidade continua elevado. Na Região Africana, a catarata constitui a principal causa de cegueira. Diversos países da região possuem programas de luta contra a cegueira. Entretanto, o seu impacto continua a ser limitado devido à falta de recursos e estruturas adequadas.[1]

Catarata é uma opacificação do cristalino do olho, com ou sem diminuição da capacidade visual. Pode afectar um ou ambos os olhos e é maioritariamente de evolução progressiva. Os sintomas podem incluir visão desfocada, diminuição de sensibilidade às cores e ao contraste, e halos luminosos.[1]

Isto poderá afectar a condução, leitura, ou reconhecimento de rostos. A diminuição da capacidade visual pode também aumentar o risco de acidentes e depressão.[2-10]

As cataratas são a causa de metade dos casos de cegueira e de um terço dos casos de incapacidade visual em todo o mundo.[3]

O diagnóstico é feito através de um exame ocular.[1,4]

A catarata tem tendencialmente um curso lentamente progressivo, sendo os sintomas mais perceptíveis em casos mais avançados. Os sintomas de catarata incluem[10]:

- Visão turva ou diminuição da visão;
- Dificuldade crescente de visão em condições escotópicas;
- Diminuição da visão de cores;
- Diminuição da visão de contraste;
- Halos luminosos;
- Alterações refrativas frequentes na prescrição de correcção óptica.
- Diplopia monocular.

Tipos

Catarata subcapsular posterior: Ocorre na porção posterior do cristalino, anteriormente à cápsula posterior. Afectam principalmente pessoas com diabetes ou sob altas doses de esteróides.

Catarata nuclear: Fica na zona central (núcleo) da lente. Este tipo de catarata está associado principalmente ao envelhecimento.

Catarata cortical: Caracterizada por opacidades brancas em forma de cunha que começam na periferia da lente e se estendem radialmente até o centro. Causada por mudança na hidratação e composição iónica das fibras corticais. Eventualmente pode avançar até o núcleo.

Causas

Alguns distúrbios genéticos hereditários podem aumentar o risco de catarata. A catarata também pode ser causada por outras condições oculares, cirurgia ocular passada ou condições médicas, como diabetes e hipertensão. O uso prolongado de medicamentos como esteróides também pode causar o desenvolvimento de catarata. Além disso, diversas doenças congénitas cursam com catarata congénita, como as trissomias, síndrome de Turner, galactosemia e neurofibromatose tipo-2.[12]

Factores de Risco

Idade avançada; diabetes *mellitus*; excessiva exposição à luz solar; fumar; obesidade; pressão alta; lesão ocular prévia ou inflamação; cirurgia ocular anterior; uso prolongado de corticosteroides; consumo excessivo de álcool; falta de vitamina C; trissomias (Down, Patau, Edwards).[13]

Prevenção

Dieta rica em frutas e legumes, rica em vitamina C e E, e evitando carnes reduz em 40% o risco de catarata, não fumar e consumir álcool com moderação, exames oftalmológicos regulares e mais frequentes em casos de diabéticos e hipertensos; Óculos de sol e controlo da glicemia e pressão arterial.[14]

A falta de dados epidemiológicos fiáveis constitui um problema capital em África. Existem cerca de 161 milhões de deficientes visuais no mundo, 37 milhões são cegos. Na África Subsariana, as estimativas apontam para a existência de 6,8 milhões de cegos, de entre 27 milhões de pessoas portadoras de deficiência visual.[12]

A iniciativa mundial «Visão 2020: o direito à visão» para a eliminação da cegueira evitável, lançada em parceria com a Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira, constitui uma oportunidade e uma resposta consistente ao desafio que a cegueira representa.[13]

Sendo os recursos limitados, os aspectos qualitativos dos projectos de prevenção da cegueira e reabilitação visual não podem ser ignorados.

A presente investigação foi motivada pelo fato de não existência de estudos relacionados à cirurgia de catarata na região em estudo. O objectivo principal do estudo é avaliar o grau de satisfação dos pacientes submetidos ao programa de cirurgia de catarata no distrito em alusão.

MÉTODO

Estudo observacional transversal. Foram seleccionados os pacientes no pré e pós-operatório, no mês de Novembro de 2023 no bloco operatório do Hospital Rural de Ulónguè. Foram incluídos 68 pacientes entre 20-90 anos de idade submetidos à cirurgia de catarata. Os pacientes foram avaliados através de um questionário (Anexo 1), colheita de dados dirigidos pelos profissionais de saúde e exame oftalmológico completo, o pré-operatório uma semana antes da cirurgia e o pós-operatório uma semana depois da cirurgia. O questionário dirigido de múltipla escolha foi aplicado por profissional treinado. Foram analisados: idade, género, escolaridade, ocupação actual, grau de satisfação do paciente, se repetiria a cirurgia na Instituição e se indicaria o serviço para amigos ou familiares, tempo de espera para marcação da cirurgia, tempo de espera no bloco operatório para a realização da cirurgia, classificação da sala de cirurgia, qualidade da cirurgia e visão restaurada.

Registou-se a acuidade visual pré e pós-operatória e a técnica cirúrgica utilizada. Foram analisados: acuidade visual corrigida, complicações pós-operatórias relacionadas à cirurgia da catarata e o tempo de seguimento do paciente.

A aferição da acuidade visual foi realizada com a melhor correcção óptica, utilizando a tabela de Snellen, expressa de acordo com a classificação ICD-9-CM (WHO/ICO):

I - Visão normal ou próxima do normal – acuidade visual entre 2,0 e 0,3;
II - Baixa visão moderada – acuidade visual entre 0,25 e 0,12;
III - Baixa visão grave – acuidade visual entre 0,10 e 0,05;
IV - Baixa visão profunda Acuidade visual inferior a 0,05.

Não foram incluídas as acuidades visuais referentes à visão próxima a cegueira e a cegueira total. Foram operados 131 olhos, dos quais 30 olhos direitos, 32 olhos esquerdos e 69 bilaterais. Este parâmetro foi avaliado como variável contínua. A análise estatística foi realizada utilizando o IBM SPSS *Statistics* 27, utilizando 0,05 como nível de significância. Os resultados das variáveis contínuas foram expressas por suas médias e respectivos desvios-padrão. Os resultados das variáveis categóricas foram expressos por suas frequências. Foi utilizado o teste "t" de *Student* para amostras pareadas e não-pareadas no sentido da verificação de possível diferença entre médias. Foi utilizado o teste do qui-quadrado para verificação de possíveis diferenças entre frequências. Aceitou-se p <0,05 para rejeição de hipótese nula.

RESULTADOS

No âmbito do questionário aplicado, considerou-se as seguintes escalas para a classificação das respostas:

1: Muito insatisfeito
2: Insatisfeito
3: Satisfeito
4: Muito satisfeito
5: Excelente
N/a: Não aplicável

Tabela 1. Distribuição por grupo etário.

Idade	Frequência	%
20-30	2	1,7
51-60	9	7,6
61-70	31	68,7
71-80	15	12,7
81-90	10	8,5
90-100	1	0,8
Total	68	100,0

Fonte: Autor 2023.

Tabela 2. Distribuição por género.

Género	Frequência	%
Feminino	38	56
Masculino	30	44
Total	68	100

Tabela 3. Distribuição por escolaridade.

Escolaridade	Frequência	%
Básico	27	40
Médio	4	6
Nenhum	37	54
Superior	0	0
Total	68	100

Tabela 4. Tempo de espera de marcação da cirurgia.

Tempo de espera para marcação (Dias)	
Média	11
Mediana	13
Erro Desvio	3
Intervalo	16
Total	100

Tabela 5. Tempo de espera no bloco para cirurgia.

Tempo de espera para cirurgia (Horas)	
Média	3
Mediana	3
Erro Desvio	0,4
Intervalo	1
Total	100

Fonte: Autor 2023.

Tabela 6. Qualidade de atendimento.

Oftalmologia HRU	Bom		Regular		Mau		Total	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Marcação de consultas	54	80	9	13	5	7	68	100
Marcação de cirurgias	62	91	4	6	2	3	68	100
Realização da cirurgia	64	94	1	2	3	4	68	100

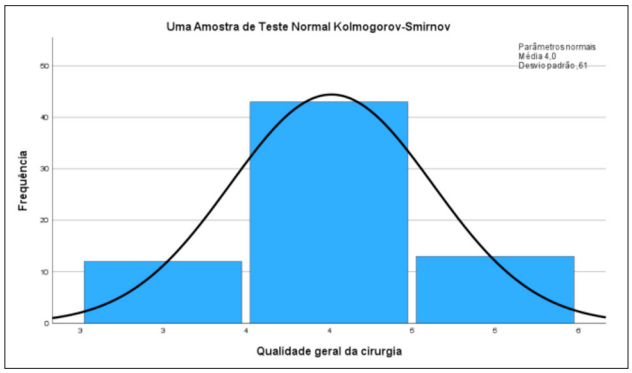


Figura 1. Qualidade de cirurgia.

A Fig. 1 é inerente a qualidade da cirurgia. O teste de Kolmogorov-Smirnov revela que a distribuição de qualidade geral da cirurgia é normal com a média 4,0 e desvio padrão 0,611 e um $p< 0,001$.

Tabela 7. Complicações pós-operatórias.

Complicações	n	%
Edema de córnea	3	23
Pseudo-afaquia	4	31
Lente intra-ocular descentrada	6	46
Total	13	100

Tabela 8. Aconselharia sua família para cirurgia.

Aconselharia	n	%
Sim	64	94,1
Não	4	5,9
Total	68	100

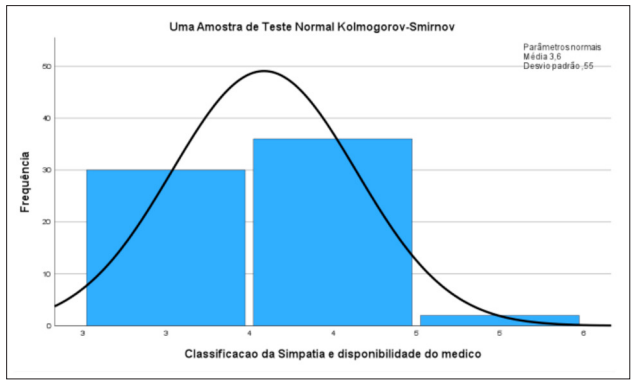


Figura 2. Simpatia e disponibilidade do Cirurgião.

Fig. 2: Em relação a simpatia e disponibilidade do médico para a cirurgia o teste de Kolmogorov-Smirnov revela que a distribuição é normal com a média 4.0 (O que mostra que os pacientes estiveram muito satisfeitos quanto à disponibilidade do médico) e desvio padrão 0,502.

DISCUSSÃO

A realização de estudo exploratório, junto com a revisão de literatura e análise de outros instrumentos desenvolvidos, sobre satisfação de pacientes com serviços de saúde e outras percepções relativas ao processo de tratamento da catarata, foi importante para determinar os aspectos de cuidados médicos e considerados mais importantes pela população alvo. Entretanto, esse fato valida os aspectos pesquisados no questionário desenvolvido para esse estudo, como já descrito em pesquisas anteriores.[1-4]

A média de idade dos indivíduos entrevistados, 68,4 anos (Tabela 1), está de acordo com o esperado para uma amostra de indivíduos submetidos à cirurgia de catarata, pelo fato da catarata ser mais prevalente em indivíduos com mais de 50 anos.[6]

Apesar de não haver custos directamente ligados ao atendimento médico, existe uma série de custos indirectos, como deslocamento, alimentação, perda de dias de trabalho pelo acompanhante entre outros, que representam ônus para o paciente e podem constituir uma barreira que impede o seu tratamento.[8]

Tabela 9. Acuidade visual pré e pós operatória.

Acuidade visual	Olho Direito					Olho Esquerdo			
	pré-operatoria		pós-operatória			pré-operatoria		pós-operatória	
	%	n	%	n		%	n	%	n
I. Melhor / igual 0,3	9	13,2	59	82,2		11	16,1	49	72,05
II. Entre 0,25 a 0,12	30	44,1	7	12,3		26	38,2	12	17,6
III. Entre 0,10 a 0,005	18	26,4	1	4,1		17	25	4	5,8
IV. Inferior a 0,05	11	16,3	1	1,4		14	20,5	3	4,4
Total	68	100	68	100		68	100	68	100
	$p < 0,0001$					$p < 0,0001$			

O género mais frequente foi feminino com 56% (Tabela 2). Quanto ao nível de escolaridade 54% não apresentaram nenhum nível de escolaridade (Tabela 3). Entretanto, o tempo de espera declarado foi considerado menor do que o esperado pela maior parte dos pacientes (Tabelas 4 e 5). Pode-se admitir reduzido tempo de espera, resultado de trabalho de constante aprimoramento e optimização do atendimento do serviço de catarata do HC-UNICAMP.[8]

Em relação ao tempo de espera para a realização da cirurgia, há agilização do atendimento, o que diminui consideravelmente o tempo de espera para a cirurgia, e acarreta inexistência de filas de espera no serviço oftalmológico. Em Moçambique, antigamente as filas de espera eram de mais de 12 meses, e o número de cirurgias de catarata era menor (Tabela 6). No entanto, actualmente existem listas de espera para a cirurgia e o tempo de espera é menor como também observa-se que este aspecto é um diferencial do Serviço de Cirurgias de Catarata em países desenvolvidos, como o caso de: Inglaterra, Escócia e Canadá, há listas de espera para cirurgia de catarata.[9] Pesquisa realizada na Inglaterra verificou que o tempo médio de espera era de 7,4 meses, e que 17% dos pacientes esperavam mais que 12 meses para realização da cirurgia.[9]

Em alguns distritos da província, como o caso do Distrito de Angónia as cirurgias são feitas em algumas semanas para cada ano. No entanto, nos últimos anos observou-se aumento da capacidade cirúrgica para realização de cirurgias de catarata (ou do serviço de catarata do HC-UNICAMP).[8]

Uma pequena parcela dos indivíduos que necessitam de cirurgia efectivamente procura o serviço cirúrgico de catarata, por causa da existência de inúmeras barreiras.[9]

Os resultados encontrados no presente estudo, relativos ao tempo de espera para a cirurgia, mostram que na percepção dos pacientes o tempo é curto comparativamente aos anos anteriores, apesar de existência de inúmeras barreiras. A modalidade de cirurgia em campanhas abrange todas as comunidades e reduz o tempo de espera para a cirurgia. Porem, é necessário que haja interesse do paciente na realização da cirurgia de catarata, e disponibilidade de um acompanhante. A maior parte dos pacientes mostrou-se satisfeita quanto ao tempo de espera para que ocorra a cirurgia, com uma média de 3 horas. Tendo em vista que o tempo de espera é aparentemente menor do que em outros serviços, considera-se que as percepções dos pacientes reforçam ser este um aspecto positivo do atendimento prestado.

Um dos achados mais comuns de estudos de satisfação é o grande número de pacientes satisfeitos (Tabela 8). Por conta deste fato, optou-se por incluir percepções relacionadas não só à satisfação geral e outras dimensões, geralmente analisadas em estudos de satisfação, como também as percepções da própria experiência da cirurgia: dor, medo, acontecimentos inesperados e a percepção do resultado do tratamento por meio de nota atribuída à melhora visual pós-operatória.[10]

A maior proporção dos entrevistados (81,9%) declarou que o resultado do tratamento atendeu às suas expectativas. Estudo realizado em uma população similar verificou que grande parte dos respondentes (85,1%) manifestou um alto grau de confiança na cirurgia de catarata como uma maneira de resolver sua condição ocular, acreditando ser esta uma solução definitiva o que denota uma crença na eficiência do procedimento.[11]

O tamanho da amostra pode constituir uma limitação desse estudo, pois pode não ter sido grande o suficiente para amplificar as percepções negativas dos usuários. Por outro lado, a população estudada apresenta baixo nível socioeconómico, e geralmente expectativas muito baixas, portanto a sensação de estar sendo cuidado, no centro regional de referência para cirurgia de catarata, pode eclipsar percepções negativas que surjam, pois são consideradas menores e descartadas, em face do benefício maior (cirurgia de catarata e reabilitação visual).[12]

Observa-se melhoria estatisticamente significativa da AV média depois da cirurgia de catarata nos pacientes entrevistados (Tabela 9). comparando pessoas submetidas ou não à cirurgia de catarata verificaram diferenças estatisticamente significativas entre AV antes e depois da cirurgia de catarata, com melhora na média da gradação de AV (LogMAR) após a cirurgia, independente do tipo de opacidade pré-operatória. Os indivíduos não submetidos à cirurgia apresentaram uma queda de 0,5 letras em OD e 0,7 letras em OE, no mesmo intervalo de tempo.[13]

É necessário reforçar a necessidade do uso de correcção óptica junto aos pacientes, e conscientizar os provedores, que por melhores que sejam os resultados imediatos da cirurgia de catarata, a reabilitação visual não estará completa se não ocorrer o uso de correcção óptica.

Alguns autores consideram que a ausência de seguimento pós-operatório tardio e de consultas oftalmológicas planejadas podem contribuir para o retorno do paciente a um estado de deficiência visual. Considera-se necessária a sistematização do seguimento de longo prazo dos pacientes para avaliação de possíveis mudanças refracionais, de opacificação de cápsula posterior e outras doenças oculares não relacionadas à catarata. Em relação aos dados encontrados neste estudo, pode-se inferir que se não houver acompanhamento periódico desses indivíduos, em longo prazo existe a possibilidade de deterioração da AV.[14]

Quanto as complicações de cirurgia de catarata neste estudo ocorreram: Descentramento da lente, edema da córnea e pseudoafaquia (Tabela 7).

Se a lente intra-ocular se deslocar, a acuidade visual do paciente pode diminuir substancialmente.

Na maioria das cirurgias de catarata, a lente intra-ocular é colocada no interior do "saco capsular", que contém a lente natural turva ou a catarata do olho. Os oftalmologistas fazem todas as tentativas para manter a integridade do saco capsular de modo que a lente intra-ocular possa ser posicionada correctamente no seu interior. Mas o saco capsular é extremamente fino – aproximadamente a espessura de uma única célula vermelha do sangue – e, por vezes, pode romper-se ou quebrar-se. Além disso, o próprio saco capsular pode se deslocar devido à fraqueza ou quebra das fibras que o seguram no lugar, resultando em uma condição conhecida como diálise zonular. Esta condição coloca o implante ocular em risco de mau posicionamento ou de luxação do implante.

Mesmo sem complicações subjacentes, as lentes intra-oculares ainda podem se deslocar, especialmente se um dos "braços" elásticos que prendem a lente no lugar está posicionado incorrectamente dentro do saco capsular ou se torna mal posicionado mais tarde. Quando um implante de lente intra-ocular é mal posicionado ou deslocado, o cirurgião de catarata pode reposicioná-lo num segundo procedimento. Em alguns casos, o implante deve ser costurado no lugar ou outro tipo de lente deve ser implantada. Se o deslocamento da lente intra-ocular ocorre após uma cirurgia de catarata recente, o reposicionamento da lente deve ser feito em breve. Isto porque os implantes começam a "cicatriz", no lugar, cerca de três meses depois da implantação original e pode tornar-se muito mais difíceis removê-los, se decorrido muito tempo. Se o paciente teve um implante intra-ocular mal posicionado ou deslocado, suas *chances* de um bom resultado na sequência de um segundo procedimento são boas, se o cirurgião agir prontamente. Um estudo recente da Mayo Clinic com dados de mais de 14 000 cirurgias de catarata, realizadas entre Janeiro de 1980 e Maio de 2009, revelou que o risco de deslocamento de uma IOL, após uma cirurgia de catarata é muito baixo: após 10 anos da cirurgia, o risco cumulativo foi de 0,1%; aos 20 anos, foi de 0,7%; e aos 25 anos, foi de 1,7%.[15]

Em relação ao edema da córnea geralmente pode ser tratada com medicamentos e acompanhamento oftalmológico. Porém, algumas complicações afectaram negativamente na restauração da visão dos pacientes apesar de serem complicações comuns em cirurgias de catarata.

CONCLUSÃO

A cegueira é um dos problemas de saúde mais graves em África e, todavia, cerca de 75% dos casos poderiam ser evitados. A prevenção da cegueira já foi objecto de duas resoluções aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde. De modo geral, maior sobrevida no mundo exige melhor funcionamento do sistema visual. Isto é proporcionado aos que têm acesso aos cuidados de saúde visual e ocular assim como a oportunidade as cirurgias de catarata. A dificuldade da erradicação da catarata na população de baixa renda principalmente no distrito em alusão está associada ao difícil acesso ao atendimento oftalmológico atempado.

No distrito em alusão e na província as cirurgias de catarata são realizadas nas estruturas governamentais e em campanhas. Pensa-se que o grau de satisfação está associado à expectativa pré-operatória e qualidade de serviços prestados em cada instituição. A indicação da Instituição para realizar a cirurgia a parentes e amigos corrobora a taxa de satisfação com a qualidade do atendimento, por parte dos doentes.

Neste estudo conclui-se que a qualidade da cirurgia percecionada pelo doente foi boa, o que significou que os resultados foram satisfatórios. É essencial o reforço das capacidades de todas as categorias de pessoal responsável pela saúde ocular, reforçar a aptidão das comunidades em assegurar as actividades promocionais e preventivas, assim como a identificação dos deficientes visuais. Ao nível primário, as competências devem ser reforçadas para garantir a despistagem da catarata nos países endémicos, e para garantir os cuidados básicos de saúde ocular. São necessários recursos internos e externos adicionais para sustentar a estratégia, no âmbito de uma parceria mais alargada (financiadores bilaterais e multilaterais, ONG e doadores). Actualmente, os programas de luta contra a cegueira nos países são principalmente suportados pelos parceiros. A contribuição por parte dos governos é bastante limitada. As intervenções propostas implicarão uma reorganização e uma concentração de recursos para facilitar a sua implementação.

AGRADECIMENTOS

A RECAAP pelo suporte metodológico.

Ao Hospital Rural de Ulóngue em particular a Dra. Maria Luisa Xavier e Dr. Henriques Manuel, Dr. Cáspio Cameia, Dr. Semente Alberto, Dr. Asiate Jaime, Dr. Rui Eusébio Rufino pelo apoio e colaboração. A família da oftalmologia a nível provincial pela colaboração em particular a Dr. Francisco Mulobuana, Dr. Wone Chol Choe, Técnica Iwasse pela colaboração.

Dra. Cláudia Nhampa e Técnica Fazila Valgy Gonçalves, Técnica Iwasse Lázaro pelo apoio e colaboração.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Conflitos de Interesse: O autor declara a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: O autor declara ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Proteção de Pessoas e Animais: O autor declara que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pela Comissão de Ética responsável e de acordo com a Declaração de Helsínquia revista em 2024 e da Associação Médica Mundial.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

Conflicts of Interest: The author have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship

Confidentiality of Data: The author declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

Protection of Human and Animal Subjects: The author declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki as revised in 2024).

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer-reviewed.

REFERENCES

1. Kumah BD, Ebri A, Abdul-Kabir M, Ahmed AS, Koomson NY, Aikins S, et al. Estratégias para a ação contra a catarata. In: José NK, organizador. Prevenção da cegueira por catarata. Campinas: UNICAMP, 1996.
2. Kara-Jose N, Delgado NA, Arieta CL. Catarata. In: Rodrigues ML, coordenador. Oftalmologia clínica. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1992. p. 288-302.
3. Temporini ER, José NK, Jose Junior NK. Catarata senil: características e percepções de pacientes atendidos em projeto comunitário de reabilitação visual. Arq Bras Oftalmol.1997;60:79-83.
4. Kara-José N, Temporini ER. Cirurgia de catarata: o porquê dos excluídos. Rev Panam Salud Pública .1999;6:242-8.
5. Kara- José Jr N, Temporini ER, Kara-Jose N. Cataract surgery: expectations of patients assisted during a community project in São Paulo, state of São Paulo, Brazil. Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo. 2001;56:163-8.
6. Temporini ER, Kara Junior N, José NK, Holzchuh N. Popular beliefs regarding the treatment of senile cataract. Rev Saúde Pública. 2002;36:343-9.
7. Leite F. Convênio gera até 51% da renda de hospital. São Paulo: Folha de São Paulo; 2002. C-1.
8. Kara-José Jr N, Arieta CL. Catarata senil. In: Kara-Jose N, Almeida GV, editors. Senilidade ocular. São Paulo: Roca; 2001. p.99-9.
9. Foster A. Como podemos eliminar la ceguera por cataratas? In: Curso Internacional de saúde ocular comunitária, Teresina, 2002. Piauí: Cristian Blind Mission (CBM) Internacional; 2002. p.12-22.
10. Berton JF, Pasquinelli FF, Pinto-Junior W, Fonseca JC, Kara-José N. As vantagens da alta precoce após cirurgia da catarata. Arq Bras Oftalmol. 1980;43: 17-9.
11. Jose NK , Delgado AM, Arieta CL. Exeqüibilidade da cirurgia de catarata em hospital-escola: em busca de um modelo econômico. Rev Assoc Med Bras. 1994;40:186-8.
12. Arieta CL, Taiar A, José NK. Utilização e causas de suspensão de intervenções cirúrgicas oculares em centro cirúrgico ambulatorial universitário. Rev Assoc Med Bras. 1995;41:233-5.
13. Arieta CL, Kara-José N. Otimização de recursos e cirurgia ambulatorial de catarata. In: Kara-José N, organizador, Delgado AMN, Arieta CEL, Rodrigues MLV, Alves MR, editors. Prevenção da cegueira por catarata. Campinas: UNICAMP; 1996. Cap 3, p.37-44.
14. Delgado AMN, Kara-José N. Projetos comunitários em oftalmologia. In: Kara-José N, organizador. Prevenção da cegueira por catarata. Campinas: UNICAMP; 1996. p.55-69.
15. Leite Arieta CE, Kara-José N, Carvalho Filho DM, Ruiz Alves M. Optimization of a university cataract-patient care service in Campinas, Brazil. Ophthalmic Epidemiol. 1999;6:11.



Corresponding Author/
Autor Correspondente:

Tonito Tomás Augusto Nhampa
Optometrista
Serviço de Oftalmologia
Hospital Rural de Ulóngue - Angónia
2300/ Cidade de Tete- Mozambique
E-mail: nhampat@gmail.com

ORCID: 0009-0001-6571-8414

Anexo 1. Questinário.

Anexo 1:

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES NO PROGRAMA DE CIRURGIA DE CATARATA

HOSPITAL RURAL DE ULONGUE

Agradecemos a sua colaboração no preenchimento deste questionário, que tem como objectivo avaliar o seu grau de satisfação relativamente à Campanha de Cirurgia de Catarata que lhe foi prestada. A sua colaboração contribuirá para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados no âmbito da Campanha de Cirurgia de Catarata .

Hospital/Centro de Saúde _____

Idade _____ Anos **Sexo:** Masculino ☐ Feminino. ☐

Assinale com um X a resposta que considerar mais adequada, utilizando para o efeito a seguinte escala:

1: MUITO INSATISFEITO **2:** INSATISFEITO **3:** SATISFEITO **4:** MUITO SATISFEITO **5:** EXCELENTE
N/A: NÃO APLICÁVEL

	Questões:	1	2	3	4	5	N/A
1	**Marcação**						
1.1	Como classifica o tempo que esperou pela cirurgia?						
1.2	Como classifica a forma como foi informado/a sobre a marcação da cirurgia?						
2	**Cirurgia**						
2.1	No dia da cirurgia, como classifica o tempo de espera?						
2.2	Como classifica a simpatia e disponibilidade do/a médico/a?						
2.3	Como classifica o esclarecimento de dúvidas?						
2.4	Como classifica a simpatia e disponibilidade do/a assistente?						
2.5	Como classifica as condições da sala onde se realizou a cirurgia?						
3	**Satisfação Global**						
3.1	Como considera a qualidade global da cirurgia?						
3.2	Aconselharia este tipo de cirurgia a um familiar ou amigo/a	SIM ☐			NÃO ☐		
4	**Sugestões**						
4.1	Que sugestões e /ou comentários gostaria de nos dar, para melhorar a prestação deste tipo de cirurgia?						

Data:_____/ _____/ _____

Adaptado por: Dr. Tonito Nhampa

Obrigado pela sua colaboração.