RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 03/09/2026 | aceito: 06/09/2026 | publicação: 09/09/2026

Inteligência de dados e gestão de valor em serviços oftalmológicos: indicadores, capacidade assistencial e governança clínica

Data Intelligence and Value-Based Management in Ophthalmology Services: Indicators, Care Capacity, and Clinical Governance

Inteligencia de Datos y Gestión Basada en Valores en Servicios de Oftalmología: Indicadores, Capacidad de Atención y Gobernanza Clínica

João Neves de Medeiros
Médico oftalmologista, especialista em córnea, auditoria médica e gestão; formação em pesquisa clínica e experiência em teleoftalmologia, regulação e liderança em serviços de saúde.

Resumo
Serviços oftalmológicos lidam com demanda crescente, condições crônicas, procedimentos de alto volume e desigualdades de acesso. Este artigo discute como inteligência de dados e gestão de valor podem apoiar decisões sem reduzir a qualidade, a produtividade ou o valor, ou a contenção de custos. Por meio de revisão narrativa estruturada de documentos da Organização Mundial da Saúde, literatura indexada e instrumentos de qualidade da oftalmologia, propõe-se uma arquitetura de mensuração que conecta necessidade populacional, acesso, processos, desfechos clínicos e funcionais, experiência do paciente e custos. A análise ressalta a qualidade dos dados, o ajuste de risco, a interoperabilidade, a transparência e a governança. Conclui-se que painéis e business intelligence são úteis quando respondem a perguntas clínicas e operacionais explícitas, permitem estratificação e produzem ciclos de melhoria. Indicadores isolados, sem contexto ou capacidade de intervenção, podem distorcer prioridades e aprofundar desigualdades.
Palavras-chave: oftalmologia; inteligência de dados; gestão de valor; indicadores de qualidade; governança clínica; acesso.

Abstract
Ophthalmology services face growing demand, chronic conditions, high-volume procedures, and unequal access. This article discusses how data intelligence and value-based management can support decisions without reducing quality to productivity or value to cost containment. Through a structured narrative review of World Health Organization documents, indexed literature, and ophthalmic quality frameworks, it proposes a measurement architecture linking population need, access, processes, clinical and functional outcomes, patient experience, and costs. Data quality, risk adjustment, interoperability, transparency, and governance are emphasized. Dashboards and business intelligence are useful when they answer explicit clinical and operational questions, enable stratification, and lead to improvement cycles. Isolated indicators without context or capacity for action may distort priorities and deepen inequities.
Keywords: ophthalmology; data intelligence; value-based care; quality indicators; clinical governance; access.

1 Introdução

A demanda por cuidado ocular cresce com o envelhecimento, a diabetes e a persistência de barreiras ao tratamento de condições evitáveis. A Organização Mundial da Saúde estima que pelo menos 2,2 bilhões de pessoas convivem com deficiência visual, das quais ao menos 1 bilhão apresenta situação prevenível ou ainda não tratada. Esse quadro não é explicado apenas

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 03/09/2026 | aceito: 06/09/2026 | publicação: 09/09/2026

por falta de tecnologia. Fragmentação, filas, distribuição desigual de profissionais e ausência de informação operacional impedem que recursos existentes alcancem quem mais precisa.

Serviços oftalmológicos produzem grande volume de dados: agenda, exame, diagnóstico, acuidade visual, imagem, procedimento, complicação, retorno, experiência e cobrança. Acumular esses registros não equivale à inteligência. A inteligência aparece quando dados confiáveis são organizados para responder perguntas sobre acesso, segurança, efetividade, equidade e custo, e quando a resposta conduz a uma decisão acompanhada ao longo do tempo (ABUBAKAR et al., 2024).

A gestão de valor propõe relacionar resultados relevantes para a pessoa aos recursos necessários para alcançá-los. Em oftalmologia, essa abordagem precisa considerar função visual, qualidade de vida e continuidade, evitando uma definição estreita baseada apenas em número de procedimentos ou despesas imediatas. A revisão de Abubakar e colaboradores identificou experiências positivas, mas concluiu que a implementação integral da agenda de valor permanece incompleta no campo.

Este artigo analisa como business intelligence, indicadores e governança clínica podem contribuir para serviços mais responsivos. O objetivo não é prescrever uma plataforma, e sim estabelecer princípios para transformar registros em decisões auditáveis. Discute-se desde a pergunta gerencial e a qualidade do dado até capacidade, filas, desfechos, custos, equidade e limites éticos da comparação de desempenho (SOLOMON et al., 2022).

2 Metodologia

Foi conduzida revisão narrativa estruturada, sem coleta de dados primários. A pergunta orientadora foi: como sistemas de inteligência de dados podem apoiar a gestão de valor e a melhoria da qualidade em serviços oftalmológicos? O método foi escolhido para integrar estudos de implementação, documentos de sistemas de saúde e estruturas de indicadores, sem pretensão de estimar efeito único ou classificar a certeza global como em revisão sistemática (ABUBAKAR et al., 2024).

Foram priorizadas publicações da Organização Mundial da Saúde, da American Academy of Ophthalmology e artigos indexados no PubMed. Os termos conceituais incluíram ophthalmology, value-based healthcare, quality indicators, access, waiting time, registry,

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 03/09/2026 | aceito: 06/09/2026 | publicação: 09/09/2026

outcomes, costs, dashboard e health information systems. Fontes foram selecionadas por relevância direta, identificação bibliográfica rastreável e capacidade de sustentar definições ou componentes do modelo.

A análise foi dividida em seis eixos: arquitetura de valor; qualidade e governança de dados; acesso, demanda e capacidade; resultados e experiência; custos e eficiência; painéis, comparação e ciclos de melhoria. Indicadores foram avaliados segundo validade, acionabilidade, confiabilidade, comparabilidade e risco de uso indevido. A proposta reconhece que o conjunto adequado varia conforme linha de cuidado, população e finalidade (McCORMICK et al., 2022).

As limitações incluem heterogeneidade internacional, dependência de infraestrutura e rápida evolução dos sistemas digitais. Estudos de implementação tendem a descrever contextos específicos e nem sempre isolam o efeito do painel de outras intervenções. Portanto, o artigo apresenta uma estrutura analítica, não uma lista universal de metas nem um modelo de remuneração aplicável sem validação local (SOLOMON et al., 2022).

3 Valor em oftalmologia: conceito e arquitetura de mensuração

Valor não deve ser confundido com menor custo. Uma redução que posterga o diagnóstico ou piora a função visual destrói valor, mesmo que diminua a despesa no curto prazo. A unidade de análise precisa ser a trajetória do paciente e os resultados alcançados em relação aos recursos utilizados. Isso exige combinar medidas clínicas, funcionais, experiência, segurança e tempo (ABUBAKAR et al., 2024).

Condições oftalmológicas demandam arquiteturas distintas. Catarata pode ser acompanhada por acuidade, função percebida, complicações e estabilidade pós-operatória; glaucoma requer controle longitudinal e preservação de campo visual; retina envolve atividade da doença, regime terapêutico e adesão. Um painel genérico de produtividade não representa essas diferenças e pode recompensar volume sem benefício (JEON; TUUMINEN, 2024).

A revisão de escopo de Abubakar et al. examinou 1.081 registros e incluiu 12 artigos, oito empíricos. Os estudos concentraram-se em mensurar resultados e custos, e os autores apontaram impacto positivo nas experiências descritas, mas ausência de implementação completa da agenda de valor. Esse achado recomenda prudência: projetos frequentemente adotam partes visíveis, como indicadores, sem reorganizar cuidado, financiamento e informação.

A OMS propõe cuidado ocular integrado e centrado na pessoa, articulado aos sistemas de saúde.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 03/09/2026 | aceito: 06/09/2026 | publicação: 09/09/2026

Essa orientação amplia a mensuração para além do serviço especializado, incorporando cobertura, referência e continuidade. Indicadores devem revelar se a população consegue entrar, completar e se beneficiar da linha de cuidado, e não somente se a unidade interna cumpre tempos ou volumes (McCORMICK et al., 2022).

Uma arquitetura útil conecta cinco camadas: necessidade populacional, acesso, processo seguro, desfecho e recursos. Cada camada deve conter poucos indicadores acionáveis, com definição e responsável. A relação entre elas permite interpretar causas: aumento da fila pode decorrer de incidência, retorno inadequado, baixa resolutividade ou capacidade insuficiente. Sem essa decomposição, o painel exibe sintomas sem orientar intervenção (ABUBAKAR et al., 2024).

4 Qualidade do dado, interoperabilidade e governança

O Eye Care Indicator Menu da Organização Mundial da Saúde (2022) ressalta que indicadores precisam ser integrados aos sistemas de informação e utilizados para acompanhar objetivos definidos. Essa recomendação depende de uma premissa elementar: a decisão é tão confiável quanto o dado que a sustenta. Identificadores duplicados, diagnósticos inespecíficos, ausência de lateralidade e datas inconsistentes produzem conclusões enganosas. Antes de visualizações sofisticadas, o serviço precisa de dicionário de dados, regras de validação e reconciliação entre prontuário, agenda, imagem, centro cirúrgico e faturamento.

Interoperabilidade é uma propriedade clínica porque permite reconstruir a trajetória. Se o procedimento não se conecta ao diagnóstico e ao desfecho, custo e resultado permanecem separados. Padrões semânticos e terminologias consistentes reduzem trabalho manual, mas precisam preservar detalhes próprios da oftalmologia, como olho, segmento, técnica e medida funcional (McCORMICK et al., 2022).

Governança define quem pode criar, corrigir, acessar e interpretar informação. Um comitê deve reunir assistência, gestão, tecnologia, privacidade e, quando possível, representação do paciente. Mudanças em definições precisam ser versionadas para que séries históricas não comparem medidas diferentes sob o mesmo nome. Auditoria de acesso e plano de resposta a incidentes protegem a confidencialidade (JEON; TUUMINEN, 2024).

A completude não é distribuída ao acaso. Pacientes com trajetórias fragmentadas ou atendidos fora da rede podem apresentar mais dados ausentes. Excluir esses registros pode favorecer artificialmente resultados e esconder desigualdade. Estratégias analíticas devem descrever

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 03/09/2026 | aceito: 06/09/2026 | publicação: 09/09/2026

perdas, testar sensibilidade e evitar imputações que criem falsa precisão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Qualidade também envolve oportunidade. Dados perfeitos recebidos meses depois pouco ajudam a administrar fila ou incidente. Cada indicador deve ter frequência compatível com a decisão: capacidade pode exigir atualização diária; desfechos, janelas clínicas; planejamento populacional, ciclos mais longos. A governança equilibra precisão, latência e custo de coleta (McCORMICK et al., 2022).

5 Acesso, demanda, filas e capacidade assistencial

Acesso é multidimensional. A revisão sistemática de Solomon et al., que incluiu 196 publicações, identificou barreiras relacionadas a transporte, cobertura, linguagem, educação, proximidade e recomendação da atenção primária. Reduzir o problema ao número de vagas ignora etapas entre necessidade, agendamento, comparecimento, diagnóstico e tratamento.

Filas devem ser segmentadas por risco e tempo clinicamente aceitáveis. Ordem cronológica pura pode ser injusta quando doenças apresentam velocidades diferentes de progressão. Regras de priorização precisam ser transparentes, revisadas e monitoradas para não favorecer quem dispõe de maior capacidade de navegar no sistema. Atrasos devem ser medidos desde a indicação e não apenas desde a entrada formal na agenda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Capacidade inclui pessoas, equipamentos, salas, insumos, leitos e coordenação. O gargalo pode migrar: ampliar consulta gera exames; ampliar triagem gera referências; ampliar cirurgia gera retornos. Modelagem de fluxo deve acompanhar toda a linha para evitar soluções locais que sobrecarreguem outra etapa. Taxa de ocupação muito próxima do limite reduz resiliência a urgências e variação da demanda (McCORMICK et al., 2022).

Ausências não são uma categoria homogênea. Lembretes, transporte, instrução prévia, horário e custo indireto influenciam o comparecimento. Um painel útil distingue cancelamento do paciente, falha de comunicação, impedimento clínico e cancelamento institucional. Essa classificação orienta intervenções e evita interpretar toda ausência como falta de adesão (SOLOMON et al., 2022).

A equidade deve integrar a análise de acesso. Tempos médios podem melhorar enquanto grupos vulneráveis permanecem atrasados. Estratificar por território, idade, idioma, condição de saúde e outros fatores justificáveis permite localizar diferenças; porém, a coleta deve obedecer à

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 03/09/2026 | aceito: 06/09/2026 | publicação: 09/09/2026

finalidade, ao consentimento e à proteção contra estigmatização. A medida só é ética quando existe intenção e capacidade de agir (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

6 Desfechos clínicos, função visual e experiência

Jeon e Tuuminen (2024), ao discutirem indicadores de qualidade para modelos de remuneração baseados em valor na oftalmologia, reforçam a necessidade de medidas clinicamente pertinentes. Processos são mais fáceis de medir do que resultados, mas não podem substituí-los. Realizar cirurgia, aplicar injeção ou completar consulta descreve atividade; valor exige saber se a pessoa ganhou ou preservou função visual, enfrentou complicações, recebeu informação e conseguiu manter o cuidado.

Acuidade visual é central, porém insuficiente. Campo visual, sensibilidade ao contraste, sintomas, independência e qualidade de vida podem ser relevantes conforme a condição. Medidas relatadas pelo paciente acrescentam a perspectiva funcional, mas precisam de instrumentos validados e coleta em momentos comparáveis. Questionários longos sem integração ao cuidado geram fadiga e dados incompletos (ABUBAKAR et al., 2024).

Ajuste de risco é necessário para comparação responsável. Serviços que recebem casos complexos podem apresentar resultados brutos piores apesar da qualidade elevada. Idade, gravidade, comorbidades e condição ocular contralateral podem modificar o prognóstico. O modelo deve ser transparente, clinicamente justificável e testado; ajustes opacos podem esconder desigualdade ou transformar diferenças legítimas em ranking enganoso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Segurança requer medidas de complicações e detecção de sinais precoces. Taxas muito baixas também devem ser examinadas, pois podem refletir subnotificação. Sistemas de aprendizado estimulam registro sem punição automática, diferenciam evento adverso de variação esperada e realizam análise de causa. Indicadores de segurança servem à melhoria e à responsabilização justa (JEON; TUUMINEN, 2024).

Experiência não é sinônimo de satisfação genérica. Comunicação, compreensão, participação na decisão, respeito, acessibilidade e coordenação são dimensões mais acionáveis. Relatos devem ser analisados junto a desfechos e características da população. Um serviço pode ser bem avaliado pela cordialidade e ainda falhar em continuidade; também pode enfrentar avaliações transitórias negativas ao corrigir práticas inadequadas (ABUBAKAR et al., 2024).

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 03/09/2026 | aceito: 06/09/2026 | publicação: 09/09/2026

7 Custos, eficiência e decisões de alocação

A revisão de Abubakar et al. (2024) identificou que experiências de cuidado baseado em valor na oftalmologia têm concentrado atenção na relação entre resultados e custos, embora nenhuma implementação analisada tenha abrangido integralmente toda a agenda de valor. Por isso, custos devem ser associados ao ciclo de cuidado e não apenas à conta de um procedimento. Materiais, profissionais, exames, retrabalho, complicações, deslocamento e tempo do paciente compõem perspectivas distintas, que precisam ser declaradas metodologicamente.

Eficiência técnica pergunta se determinado resultado poderia ser alcançado com menos recursos; eficiência alocativa pergunta se os recursos estão dirigidos às necessidades de maior benefício. A primeira pode otimizar a sala cirúrgica; a segunda decide entre expandir o rastreamento, o tratamento ou a reabilitação. Business intelligence apoia ambas, mas não substitui critérios éticos e prioridades sanitárias (JEON; TUUMINEN, 2024).

Custeio baseado em atividades e tempo pode aproximar recursos do percurso real, desde que a coleta não se torne mais onerosa que a informação produzida. Amostras e estudos de tempo podem ser preferíveis ao monitoramento intrusivo de cada minuto. Custos devem ser comparados com desfechos e ajustados ao caso, evitando premiar seleção de pacientes de baixo risco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Desperdício inclui repetição desnecessária, cancelamento evitável, estoque vencido, atraso que gera complicação e uso de especialista em tarefa delegável com segurança. Entretanto, redundância deliberada pode proteger contra falhas. A distinção depende de análise clínica. Cortes lineares ignoram essa diferença e podem reduzir capacidade de resposta (ABUBAKAR et al., 2024).

Decisões de investimento devem considerar cenários e incerteza. Equipamento, automação e integração prometem ganhos, mas exigem manutenção, treinamento e mudança de processo. Avaliação pós-implantação deve comparar expectativa com desempenho e incluir custos de transição. Projetos que não definem linha de base dificilmente demonstram benefício (JEON; TUUMINEN, 2024).

8 Painéis, benchmarking e ciclos de melhoria

Um painel não deve começar pela disponibilidade do banco, mas pela decisão que precisa apoiar. Cada visualização deve ter pergunta, responsável, limiar e ação possível. Excesso de

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 03/09/2026 | aceito: 06/09/2026 | publicação: 09/09/2026

indicadores cria ruído e favorece seleção oportunista. Hierarquia entre medidas estratégicas, táticas e operacionais permite que cada nível veja informação compatível com sua responsabilidade (McCORMICK et al., 2022).

A OMS desenvolveu o Eye Care Indicator Menu para apoiar sistemas nacionais de monitoramento. O processo internacional de priorização descrito por McCormick et al. partiu de 200 indicadores, submeteu 95 a uma segunda rodada e chegou a 22, dos quais sete foram classificados como centrais. O resultado ilustra que a mensuração madura seleciona um núcleo comparável sem eliminar medidas adicionais necessárias ao contexto.

Benchmarking pode identificar variações e oportunidades, como demonstram registros clínicos em larga escala. Registros permitem comparar processos e resultados entre serviços, desde que as definições, a população e a qualidade do preenchimento sejam conhecidas. Escala, porém, não elimina viés de participação, codificação, seleção de casos ou ausência de contexto, razão pela qual comparações quantitativas precisam ser submetidas à interpretação clínica (ABUBAKAR et al., 2024).

Comparações devem funcionar como ponto de partida para investigação. Diferenças podem refletir população, processo, recursos ou qualidade do registro. Metas rígidas sem validação incentivam manipulação, exclusão de casos e atenção ao que é medido em detrimento do que importa. Revisão por pares e análise qualitativa complementam o painel (McCORMICK et al., 2022).

Ciclos de melhoria ligam dado, hipótese, intervenção e reavaliação. Pequenos testes permitem aprender antes de expandir. O painel deve mostrar se a mudança melhorou o desfecho sem criar efeitos adversos em outra dimensão, como redução do tempo acompanhada de aumento de cancelamentos. A governança decide quando manter, adaptar ou abandonar a intervenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 03/09/2026 | aceito: 06/09/2026 | publicação: 09/09/2026

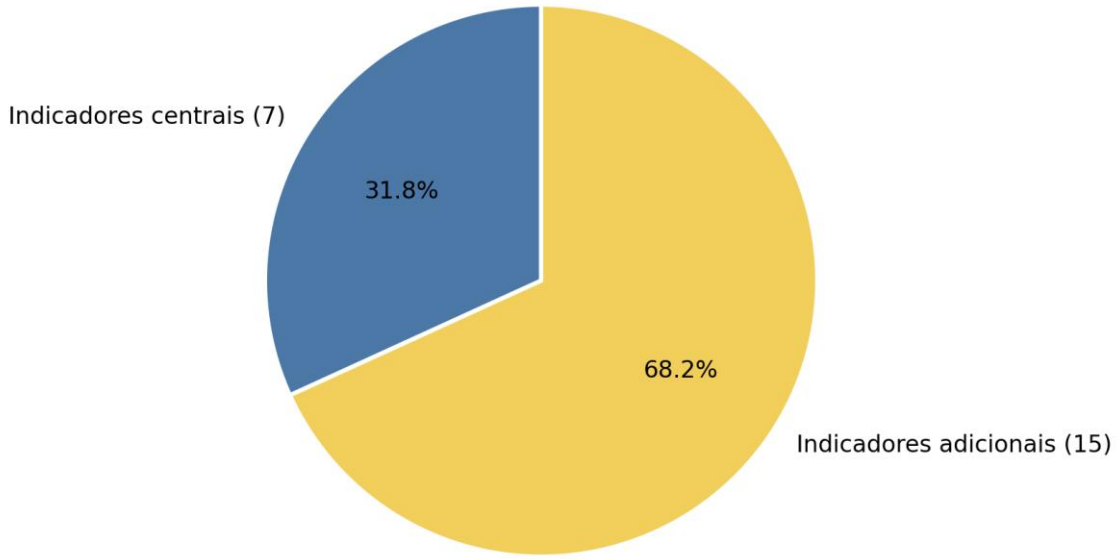

Figura 1 – Composição do menu internacional de indicadores de saúde ocular

Fonte: elaborado pelo autor com base em McCormick et al. (2022): 22 indicadores, sendo sete centrais e 15 adicionais.

Conclusão

A inteligência de dados pode tornar visíveis gargalos, variações e desigualdades que a rotina fragmentada não revela. Seu valor não está na quantidade de telas, mas na capacidade de conectar necessidade, acesso, processo, desfecho e recurso. Essa conexão exige perguntas claras e responsabilidade por agir (ABUBAKAR et al., 2024).

Gestão de valor em oftalmologia não é projeto de redução de custos. Ela busca resultados relevantes para a pessoa ao longo do ciclo de cuidado. Economia que deteriora função, segurança ou acesso deve ser reconhecida como perda de valor, enquanto investimentos podem ser justificáveis quando evitam dano e retrabalho (McCORMICK et al., 2022).

Indicadores precisam ser poucos o suficiente para orientar e amplos o suficiente para evitar visão unilateral. Produção, tempo, qualidade, experiência, equidade e custo devem ser interpretados em conjunto. O menu da OMS oferece referência, mas a seleção local precisa considerar linha clínica e capacidade de resposta (SOLOMON et al., 2022).

A qualidade do dado antecede a sofisticação analítica. Definições, lateralidade, integração e completude determinam confiabilidade. Governança com participação clínica, operacional e de

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 03/09/2026 | aceito: 06/09/2026 | publicação: 09/09/2026

privacidade reduz o risco de decisões automatizadas ou rankings sem fundamento (JEON; TUUMINEN, 2024).

Acesso deve ser medido como percurso, e não somente como disponibilidade de vagas. Tempo até indicação, agendamento, comparecimento, diagnóstico e tratamento revela onde pessoas se perdem. Estratificação responsável permite avaliar se médias favoráveis escondem grupos deixados para trás (ABUBAKAR et al., 2024).

Desfechos clínicos precisam ser complementados por função e experiência. Ajuste de risco protege comparações, mas não pode ser caixa-preta. Segurança e complicações devem ser registradas em ambiente de aprendizado e responsabilização justa, sem tolerar subnotificação (McCORMICK et al., 2022).

Painéis, registros e benchmarking geram hipótese, não sentença. Variação deve levar à investigação das causas e a ciclos de melhoria com avaliação de efeitos colaterais. Métricas atreladas a incentivos exigem vigilância para evitar seleção de casos e comportamento orientado apenas ao indicador (SOLOMON et al., 2022).

Conclui-se que business intelligence pode fortalecer a governança clínica quando integrada à prática e à estratégia. O serviço maduro não apenas mede o que faz: compreende para quem faz, qual resultado produz, a que custo e com que distribuição. Dados tornam-se inteligência somente quando sustentam decisões transparentes, corrigíveis e centradas na visão e na vida das pessoas (JEON; TUUMINEN, 2024).

Referências

ABUBAKAR, Z. et al. Implementation of value-based healthcare in ophthalmology: a scoping review. BMJ Open Ophthalmology, v. 9, e001654, 2024. DOI: 10.1136/bmjophth-2024-001654.

JEON, S.; TUUMINEN, R. Healthcare quality indicators for value-based reimbursement in ophthalmology. Acta Ophthalmologica, v. 102, n. 6, p. 625-626, 2024. DOI: 10.1111/aos.16698.

McCORMICK, I. et al. Eye health indicators for universal health coverage: results of a global expert prioritisation process. British Journal of Ophthalmology, v. 106, n. 7, p. 893-901, 2022. DOI: 10.1136/bjophthalmol-2020-318481.

SOLOMON, S. D. et al. Improving access to eye care: a systematic review of the literature. Ophthalmology, v. 129, n. 10, p. e114-e126, 2022. DOI: 10.1016/j.ophtha.2022.07.012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Eye care in health systems: guide for action. Geneva: WHO, 2022. ISBN 978-92-4-005006-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Eye care indicator menu. Geneva: WHO, 2022. ISBN 978-92-4-004952-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on vision. Geneva: WHO, 2019. ISBN 978-92-4-151657-0.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.