



FRANCISCA AGDA DA SILVA SANTOS

**A PRÁTICA DA OPTOMETRIA E OFTALMOLOGIA E AS DIFICULDADES NO
ATENDIMENTO PELO SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE)**

FORTALEZA - CE

2021

Francisca Agda da Silva Santos

**A PRÁTICA DA OPTOMETRIA E OFTALMOLOGIA E AS DIFICULDADES NO
ATENDIMENTO PELO SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE)**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Formação
Profissional Ratio como requisito parcial
para obtenção do diploma do Curso
Técnico em Optometria.

Orientador: Prof. Antônio Cláudio da Silva
Maciel.

FORTALEZA - CE

2021

Francisca Agda da Silva Santos

**A PRÁTICA DA OPTOMETRIA E OFTALMOLOGIA E AS DIFICULDADES NO
ATENDIMENTO PELO SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE)**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Formação
Profissional Ratio como requisito parcial
para obtenção do diploma do Curso
Técnico em Optometria.

Monografia aprovada em: _____ de _____ de _____

Prof. Antonio Claudio da Silva Maciel
Orientador

Prof. Rickson Bosco Crispim

Prof. Francisco Alencar Mota

Dedico este trabalho as meus pais pela sua sabedoria, Cleonice Pereira e Antonio Luciano, a meu esposo Joel Julião e a minha filha Vitória Aghata, grandes apoiadores nessa conquista. Pessoas que me propiciam momentos maravilhosos e gratificantes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, pela sabedoria e por me proporcionar estar vivenciando este momento único que ficará marcado em minha memória.

A Prof.^a Prof^a. Ms. Alencar pela excelente orientação e pelo empenho, pois em suas orientações pude absorver suas ideias, para realização deste trabalho.

Agradeço aos meus pais, por estarem presentes em cada momento desta trajetória, incentivando e apoiando incondicionalmente, me dando forças em todos os momentos de minha vida.

Agradeço a meu esposo e minha filha que estiveram comigo durante os momentos difíceis desta caminhada incentivando, encorajando, apoiando e contribuindo de forma direta, nesta batalha árdua, que agora se concretiza.

Aos professores participantes da banca examinadora Prof. Francisco de Assis Alencar Mota e Prof. Antônio Claudio da Silva Maciel, pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Agradeço aos meus colegas que juntos enfrentamos obstáculos e a todos que estiveram e contribuíram de forma direta e indireta neste momento impar em minha vida.

“O Optometrista é o profissional que professa, ou acredita, a priori, ser detentor de um arcabouço de certos conhecimentos, habilidade e atitudes, ou seja acredita ser detentor de certas competências inerentes ao cuidado primário da saúde visual e ocular”

Wellington Sales Silva

RESUMO

A Optometria apresenta registros de sua aplicabilidade desde os primórdios da natureza humana. Voltada à saúde humana, está diretamente relacionada ao sistema visual, pois estuda o estado refrativo dos olhos e eventuais anomalias. O Ministério da Saúde (MS) implantou políticas públicas de saúde ocular visando o atendimento, ampliando o acesso dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS). O profissional regulamentado promove qualidade de vida realizando procedimentos reconhecidos e praticados internacionalmente. A análise dos dados comprovou que a população desconhece os benefícios da Optometria aplicados à saúde, todavia, os resultados alcançados foram satisfatórios, chegou-se à conclusão de que estes profissionais estão exercendo sua atividade laborativa seguindo suas premissas. São essenciais para o desenvolvimento populacional, pois esta ciência cumpre seu papel social quando aplicada. Apesar dos inúmeros esforços do Sistema Único de Saúde aparentemente, existe uma lacuna entre a busca de serviços do oftalmologista para o diagnóstico das doenças ocular e o tratamento através de cirurgias. Os fatores predominantes para a não realização da cirurgia foram econômicos e logísticos. É necessário facilitar o acesso da população à cirurgia de catarata por meio de modelos assistenciais descentralizados e de projetos e campanhas comunitárias de prevenção da cegueira.

Palavras-chave: Optometria. Políticas Públicas de Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Optometry has records of its applicability since the beginning of human nature. Aimed at human health, it is directly related to the visual system, as it studies the refractive state of the eyes and possible anomalies. The Ministry of Health (MS) has implemented public eye health policies aimed at providing care, expanding users' access to the Unified Health System (SUS). The regulated professional promotes quality of life by carrying out internationally recognized and practiced procedures. The analysis of the data proved that the population is unaware of the benefits of Optometry applied to health, however, the results achieved were satisfactory, it was concluded that these professionals are exercising their work activity according to their premises. They are essential for population development, as this science fulfills its social role when applied. Despite the innumerable efforts of the Unified Health System Apparently, there is a gap between the search for ophthalmologist services for the diagnosis of eye diseases and treatment through surgery. The predominant factors for not performing the surgery were economic and logistical. It is necessary to facilitate the population's access to cataract surgery through decentralized care models and community-based blindness prevention projects and campaigns.

Keywords: Optometry. Public Health Policies. Unified Health System.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OPTOMETRIA.....	11
3 OFTALMOLOGIA.....	19
4 CATARATA.....	21
4.1 Sintomas, Causas e Tratamentos.....	23
4.2 Tipos Da Catarata.....	24
5. POLÍTICAS E SERVIÇOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	26
5.1 Um Breve Relato das Principais Dificuldades Enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde.....	28
5.2. Dificuldades Enfrentadas por Pacientes com Indicação de Cirurgia de Catarata nos Sistemas de Saúde Pública.....	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERENCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, expressiva parcela da população desconhece a profissão do optometrista. Um dos motivos que contribui para este quadro remete à resistência na comunidade médica em reconhecer a inexistência de prática de exercício ilegal da medicina por estes profissionais. Tal convicção na comunidade médica advém da interpretação do Decreto nº 24.492, de 28 de junho de 1934 (BRASIL, 1934). A legislação em questão limita e restringe as atividades realizadas pelos optometristas, o que acaba por tornar morosos os processos de cuidados com a saúde visual dos cidadãos que dependem do Sistema Único de Saúde.

Atualmente a demanda por Cirurgia Oftalmológica tem aumentado, gerando grandes filas de espera que exigem critérios adequados para classificação no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta preocupação por parte do Ministério da Saúde e de outros atores sociais se justifica quando as pesquisas efetuadas por autores como Brian e Taylor (2001), Abreu et al. (1997), Ferraz et al. (2002) e Silva et al. (2004) relatam que a cegueira é um problema de saúde pública e que em tempos passados era um problema mundial com pouca valorização. Esses autores ressaltam ainda ser a cegueira um dos mais sérios infortúnios que pode suceder ao indivíduo, tornando-se um desafio para o século XXI.

O Ministério da Saúde (MS) informa ser a cegueira um problema de saúde pública de grande magnitude, o qual tem despertado o interesse e a atenção de autoridades de saúde em nível mundial, no sentido de fornecer um tratamento diferenciado com o intuito de minimizar seu impacto sobre a comunidade (Brasil, 2008a).

Roger Mokoyabiku descreveu os olhos como sendo verdadeiras máquinas orgânicas, que através da refração dos raios luminosos e por meio de fotorreceptores, traduzem a imagem e que, apesar da sua grande complexidade, não se mostram imunes aos desgastes e acidentes inerentes à vida.

Silva et al. (2004) consideram ser a cirurgia de grande importância para o SUS e para a população brasileira que carece desse atendimento. Ferraz et al. (2002) destacam que programas de prevenção e controle têm sido estabelecidos para reduzir a ocorrência da cegueira por catarata, já que a diminuição da acuidade visual interfere negativamente na qualidade de vida do indivíduo.

Brasil (2008a), refere que: No âmbito socioeconômico, a tal enfermidade constitui um elevado ônus para a comunidade e o país, já que interfere na integração e na participação comunitária das pessoas afetadas, representando também uma limitação da produtividade e da capacidade de trabalho.

Vários aspectos contribuem para a elevada prevalência das cataratas no Brasil, tais como, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a não organização adequada da rede de serviços especializados, ou mesmo a insuficiência de serviços de saúde e o aumento da demanda por este procedimento, possivelmente devido ao crescimento populacional dos idosos nos últimos anos. Kara-José et al. (2008a) relatam que em 1980 havia 591 mil brasileiros acima de 80 anos, para uma população total de 118 milhões de pessoas, enquanto a expectativa para 2.050 é de que haja aproximadamente 14 milhões de brasileiros com mais de 80 anos, conforme relata.

Definida como qualquer opacidade do cristalino ou de sua cápsula, a catarata impede ou dificulta a passagem de luz até a retina, deteriorando gradativamente a visão, podendo levar à cegueira (CONSTANTINESCU; GLOVER, 1997; OLIVEIRA, 2008). Segundo Davidson (1999), juntamente com algumas doenças de córneas, glaucoma e degeneração da retina, a catarata é uma das causas mais frequentes de perda de visão e seu tratamento é estritamente cirúrgico, sendo um procedimento eficaz e que propicia a reabilitação visual em maior parte dos casos.

2 OPTOMETRIA

O conceito de Optometria é universal. O termo Optometria é derivado do grego e formado pelas palavras opto (visão) e Metria (medida), então, Optometria pode ser entendida no seu conceito mais simples, como Medida da Visão. Sendo assim, Optometria é uma ciência especializada no estudo da visão, especificamente para atuação nos cuidados primários da saúde visual. Sendo a visão a capacidade dinâmica que o olho tem de perceber o universo e sendo esse o mais importante meio de comunicação do homem com o ambiente que o cerca, torna-se o ato visual uma função de suma importância para o desenvolvimento e qualidade de vida do homem.

É executada pelo profissional Optometrista, sendo que ele interage na área da saúde, com formação superior que lhe habilita a examinar e avaliar o sentido da visão, buscando identificar e compensar alterações visuais como miopia, hipermetropia, presbiopia (“vista cansada”), astigmatismo e estrabismo e ainda, atuar na prevenção da cegueira e em campanhas de cunho comunitário (CUNHA, 2012, p. 06).

A ciência da Optometria vem para auxiliar, junto à intervenção da equipe interdisciplinar, na prevenção aos problemas visuais e motores, visto que a visão é de suma importância para o desenvolvimento social humano.

Para Cunha (2012) O Optometrista é conhecedor dos princípios da Óptica Física, particularmente aos fenômenos de refração da luz, está habilitado, como pode se verificar na Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, a prescrever exercícios de ortóptica e o uso de artefatos corretores, como óculos ou lentes de contato, que compensam as Ametropias. Pode, ainda, produzir esses artefatos e instrumentos e realizar a prevenção por meio de campanhas de conscientização. Sendo um profissional sanitário, o Optometrista pode trabalhar em conjunto com outros profissionais da saúde, atuando em grupos multiprofissionais e multidisciplinares, em benefício da saúde da população.

A Optometria envolve conhecimentos relativos à Óptica, sendo assim, tem seus fundamentos e princípios embasados nas leis da Física. Entretanto, Dome (1999, pg. 7), salienta que o termo optometria diz respeito à medida da acuidade visual, desta forma, envolve outras áreas de estudos que devem ser aprimoradas pelo acadêmico durante sua formação profissional: anatomia, fisiologia e distúrbios.

Segundo o autor, estes fatores possibilitam a compreensão do profissional quanto a complexidade e a fragilidade do organismo humano, justificado pelo fato de que seus objetos de estudos estão interligados e são dependentes entre si.

A optometria emana, portanto, da óptica, pois estuda todos os fenômenos relacionados à física óptica, bem como todas as implicações desta com o comportamento da luz, que produz o sentido da visão, não deixando dúvida quanto à sua aplicação fora da medicina (MONDADORI e CARVALHO, 2004, p. 15).

Uma das formas de aplicar os conhecimentos da Optometria é no intuito de promover qualidade de vida das pessoas. Neste sentido, o papel dos profissionais denominados Optometristas ganha importância crucial.

O estudo da óptica tem um papel importante atualmente, seja pela natureza da luz, de riqueza conceitual fantástica com aplicações em inúmeras tecnologias baseadas no laser (acrônimo para “amplificação da luz por emissão estimulada da radiação”, em inglês), seja por permitir a compreensão de importantes instrumentos de observação, começando pelo olho humano, formado por um sistema óptico adaptativo de alta performance, chegando a microscópios ópticos utilizados em vários campos do conhecimento (BARROSO et al., 2017, p. e2501).

Grosvenor (2004) aponta o optometrista como um dos responsáveis pela atenção primária à saúde da população. Na obra, o autor expõe teorias, fórmulas e cálculos utilizados para detectar problemas na estrutura do sistema óptico, como na córnea, retina, no cristalino, músculos ciliares, fibras zonulares (membrana localizada no cristalino), acuidade visual, alterações visuais não patológicas como miopia, espasmos ciliares, pseudomiopia, hipermetropia, astigmatismo, anisometropia, dentre outras.

O optometrista determina cientificamente o estado refrativo dos olhos, avalia a visão binocular, a acomodação e, obviamente, prescreve as soluções para melhorar a capacidade visual das pessoas, quer sejam óculos, lentes de contato ou exercícios terapêuticos em casos de ambliopia, desvios oculares e diplopias, por exemplo (SILVA, W.S., 2017, p. 24).

Ribeiro (2006) afirma que o optometrista não utiliza medicamentos, sua metodologia consiste em observar o paciente e, ao detectar que a anomalia é de origem patológica, a obrigação do profissional consiste em encaminhar o paciente ao Oftalmologista. De acordo com a autora, o trabalho também consiste em especificar, ou prescrever, ações e medidas corretivas não intrusivas ao paciente, sem a utilização de drogas ou intervenções cirúrgicas.

Devido a tramitações de ordem judicial, optometristas deparam-se com alguns obstáculos para exercerem o preceito constitucional fundamental do livre exercício da profissão, contribuindo para a baixa abrangência dos serviços de saúde ocular entregues para a população brasileira.

De acordo com Cansian Jr. e Gheno Jr. (2004, p.12), a complexidade dos órgãos denominados olhos é embasada na evolução do sistema visual, a partir de “pontos primitivos sensíveis à luz na superfície dos invertebrados”. Helene, O. e Helene, F. (2011, p. 2) afirmam que “em cerca de 95% das espécies animais são encontrados órgãos especializados para a detecção de luz”.

Extremamente relevante para a progressão da humanidade, de acordo com Volchan (et. al., 2011), a estimulação visual pode ser considerada um dos fatores fundamentais na evolução e desenvolvimento do comportamento do indivíduo. Os autores ressaltam que, dentre os sistemas sensoriais do corpo humano (conjunto de órgãos dotados de células especiais chamadas de receptores):

Visão é o que ocupa maior área cortical e o que apresenta um maior número de áreas especializadas descritas. Estímulos visuais podem revestir-se de conteúdo emocional de valência positiva ou negativa, atributos que se situam em uma dimensão distinta dos atributos visuais de cor, forma e complexidade visual (VOLCHAN et. al., 2011, p.30).

Ramos (2006) descreve o olho humano como uma esfera transparente, constituído por vários elementos ópticos, cada qual com sua complexidade e função específica na finalidade de promover a formação de imagens. Simultâneo a esse processo, o sistema óptico comunica-se com o cérebro através de reações químicas, a fim de estimular o córtex visual quanto à interpretação dos dados. Desta forma, desenvolve-se um dos principais sentidos do corpo humano, a visão. “O olho humano é um órgão complexo responsável pelo sentido mais precioso, a visão” (OPTIVISTA, 2019, p. 1).

Ao longo do tempo, os processos evolutivos propiciaram o surgimento de órgãos visuais adequados à formação de imagens. Um desses é um olho no qual a luz penetra por um pequeno orifício, permitindo a formação de imagens [...] (HELENE, O., e HELENE, F., 2011, p. 2).

Helene e Helene (2011) descrevem o órgão visual como aproximadamente esférico e predominantemente opaco. Na parte frontal e transparente situa-se a córnea e uma lente interna, também conhecida como cristalino. Internamente o globo

ocular é preenchido por materiais transparentes, onde, entre a córnea e a lente, há um líquido denominado humor aquoso e, consecutivamente após a lente, o humor vítreo preenche o globo ocular.

A Optometria envolve conhecimentos relativos à Óptica, sendo assim, tem seus fundamentos e princípios embasados nas leis da Física. Entretanto, Dome (1999, pg. 7), salienta que o termo optometria diz respeito à medida da acuidade visual, desta forma, envolve outras áreas de estudos que devem ser aprimoradas pelo acadêmico durante sua formação profissional: anatomia, fisiologia e distúrbios. Segundo o autor, estes fatores possibilitam a compreensão do profissional quanto a complexidade e a fragilidade do organismo humano, justificado pelo fato de que seus objetos de estudos estão interligados e são dependentes entre si.

A optometria emana, portanto, da óptica, pois estuda todos os fenômenos relacionados à física óptica, bem como todas as implicações desta com o comportamento da luz, que produz o sentido da visão, não deixando dúvida quanto à sua aplicação fora da medicina (MONDADORI e CARVALHO, 2004, p. 15).

Esta ciência estuda os fenômenos relativos à refração da luz e sua propagação, ou seja, quando a luz adentra no globo ocular, tende a sofrer alterações de acordo com as diferentes partes do olho. Para D. e Roper (1980, p. 13), “o EXAME GERAL do olho exige pouco mais do que boa iluminação, uma lente de aumento (‘lupa’) e um oftalmoscópio; os princípios do exame são evidentes”.

Percebemos assim que há séculos a optometria vem fazendo a diferença na saúde com cuidados primários de alta qualidade, de forma menos restritiva e a um custo consideravelmente mais baixo do que usar habilidades profissionais restritas aos médicos.

Optometria no mundo, compartilhada por cientistas e curiosos Menendez (2008), apud Leal 2008, tradução nossa), diretor do Southern College of Optometry no ano de 2008 (Memphis, Estados Unidos) organiza a “Evolução da Optometria no Mundo” em três períodos: Pré-Optometria (antes do ano 1300), começo da Optometria (entre 1300 e 1900) e Optometria moderna (depois de 1900). Na pré-Optometria, o autor destaca o interesse do homem por fenômenos ópticos desde os tempos remotos, e o avanço nas descobertas relativas à refração da luz, bem como os idealizadores dos primeiros modelos de lentes e óculos.

Para o começo da Optometria, Menendez (Ibid., 2008) apresenta o aprimoramento dos óculos, das lentes e suas particularidades, das ferramentas criadas a partir de teorias da refração da luz (lentes de contato, telescópios), e as descobertas dos problemas do sistema visual, bem como suas correções. A Optometria moderna discorre sobre o avanço da tecnologia para aperfeiçoar os diversos tipos de lentes e suas diferentes funções.

Rocha (2016, p.1) afirma que “o primeiro par de lentes com graus unido por aros de ferro e rebites surge na Alemanha em 1270”. Para Furlan, Monreal e Escrivá (2009, tradução nossa), alguns dos defeitos da visão, como a miopia e a presbiopia, já eram conhecidos na antiguidade, e hoje em dia são denominados genericamente ametropias. Porém, somente no século XIV foi descoberto que estes defeitos poderiam ser compensados com lentes.

Em 1508 Leonardo da Vinci foi o primeiro a descrever um dispositivo semelhante a lente de contato que conhecemos hoje, seu intuito era corrigir a superfície irregular do olho (SANCHEZ FERREIRO, MUNOZ BELLIDO, 2012).

De acordo com Filho e Almeida (2005), mundialmente, a primeira instituição voltada à formação de optometristas surgiu no século XIII nos Estados Unidos da América, com o nome de Associação Profissional de Optometristas, que serviu de base para posteriormente, em 1888, ser criada a Associação Americana de Optometria.

Segundo Giovedi Filho (2001, p.485), no ano de 1963, o químico Otto Wichtterle apresentou as primeiras lentes hidrofílicas (gelatinosas), o que aumentou consideravelmente o número de usuários de lentes de contato em todo o mundo, devido principalmente ao seu conforto e facilidade de adaptação.

Silva, W.S. (2017) afirma que, no século XIX, a optometria dissipava-se por meio de grupos de estudos entre os praticantes da ciência na época. Os que tinham conhecimento e atuavam na área, recebiam informações fidedignas advindas das indústrias. Por ainda não haver formações específicas na área, qualquer pessoa poderia aplicar as técnicas, pois não existiam padrões previamente especificados para a prática. Desta forma, havia os que se dedicavam veementemente à ciência e seus benefícios para a saúde, conhecidos como ópticos refracionistas ou oculistas, bem como os que se aproveitavam da população desinformada, na época, denominados ‘oculistas itinerantes’.

De acordo com Silva, W.S. (Ibidem, 2017) os ‘oculistas itinerantes’ mais preocupados em fornecer qualidade eram munidos de kit para testes do sistema visual, acompanhados de itens para os pacientes testarem lentes e armações, com o propósito da venda de óculos. Estes praticantes da optometria também possuíam outros equipamentos para auxiliar a determinar a correção visual dos pacientes. Os que prestavam o serviço de forma precária, levavam consigo variedades de óculos montados sem embasamentos específicos a cada usuário, ou seja, as pessoas escolhiam de acordo com sua própria vontade.

Aguilar e Mateos (1994, p.3, tradução nossa) afirmam que o surgimento de instrumentos ópticos é de rápida difusão e popularidade, possibilitando a criação de novos modelos mais precisos, objetivando coadunar melhores resultados.

Leal (2008, p.10, tradução nossa) sintetiza que a história da optometria passou por “processos de trocas e evolução, devido à preocupação com a saúde visual, que vem aumentando no decorrer dos anos”.

Surgida nos primórdios da humanidade, mais precisamente no antigo Egito, com a descoberta do vidro, os primeiros sinais da Optometria começam a sair da crisálida da evolução do vidro para a lente, não parando até os dias atuais (FILHO e ALMEIDA, 2005, p. 5).

Benazzi (2018) afirma que organizações espalhadas pelo mundo apoiam as práticas optométricas em benefício da população como um todo. A Volunter Optometric Services to Humanity (VOSH, organização não governamental com sede nos Estados Unidos) possui foco na atenção primária referente à saúde visual, no intuito de viabilizar este tipo de atendimento às populações mais carentes, em nível mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Conselho Mundial de Optometria (WCO) e a Agência Internacional de Prevenção à Cegueira (IAPB) são alguns dos exemplos que defendem a categoria dos optometristas.

Escobar (2012, p. 47) defende que:

[...] existem mais de 180 países no mundo que contam com o Optometrista e com cursos de formação tecnológica e bacharelado, e organizações mundiais como a IAPB e a OMS que trabalham para que mais países contem com a Optometria como uma ferramenta na luta contra a cegueira. (ESCOBAR, 2012, p. 47).

Percebemos desta forma que atualmente, a Optometria é uma profissão completamente difundida e respeitada no mundo inteiro, livre, sanitária, não médica, independente na assistência visual primária e que estuda o complexo sistema visual

afim de obter máxima eficácia da visão. De acordo com a Associação de Profissionais Licenciados de Optometria (2018), o organismo regulador da categoria, a nível mundial, é o Conselho Mundial de Optometria. Este, por sua vez, dedica-se à divulgação e ao desenvolvimento das práticas optométricas ao redor do mundo. Para os 50 países integrantes do conselho, esta ferramenta é vital, pois auxilia na troca de informações entre os projetos e serviços realizados entre os membros, amparados por uma gestão de saúde eficiente.

Na Optometria o profissional Optometrista está preparado conforme declara o próprio Estado ao aprovar os cursos que buscam formar este profissional, conforme aponta a OMS e outros Organismos Internacionais para identificar uma alteração visual de ordem patológica ocular ou sistêmica, encaminhando, nestes casos, o cliente a um profissional da área médica, inclusive ao oftalmologista, quando for o caso (CUNHA, 2012, p. 09).

A optometria avalia todas as estruturas do globo ocular, para isso lança mão de ciências como anatomia, fisiologia, biologia, citologia etc., separando, desta forma, os problemas oculares (patologias), dos visuais (ametropias). Para solucionar os problemas visuais, utiliza-se de todas as ciências compatíveis com seu mister, mas principalmente da física óptica (MONDADORI e CARVALHO, 2004, p. 15)

A Optometria é uma ciência nova no Brasil e ainda carente de dados estatísticos e epidemiológicos sobre a sua área de atuação. O profissional que ingressa no mercado de atendimento visual precisa ter conhecimento da população que irá atender, tanto para cumprir com o seu papel de profissional no atendimento visual como também promover o desenvolvimento social da comunidade que esteja inserido (PINCELLI e NOGUEIRA, 2006, p. 7).

A Optometria caracteriza-se como um comportamento profissional para resolver problemas de pacientes com algum tipo de anomalia no sistema visual. Partindo do pressuposto das habilidades profissionais, do conhecimento das ciências relacionadas à óptica, anatomia e matemática. O rápido desenvolvimento de técnicas profissionais relativas à área converge à ampliação da preocupação com o paciente, sobretudo relativo à qualidade do exame visual. “A visão abrange um largo aglomerado de funções e mecanismos neurológicos e fisiológicos que são muito mais do que simplesmente a acuidade visual (MURCIA, 2017, p. 21).

Filho e Almeida (2005), afirmam que, nos países que optam pela prática da Optometria, nota-se uma distribuição mais efetiva dos profissionais de forma capilar, facilitando o atendimento à população, principalmente aos que mais necessitam; ou seja; os menos favorecidos. Ao exercer a atividade laborativa de forma lícita, os profissionais contam com qualificação específica, bem como atuam em harmonia com outros profissionais sanitários e médicos

O optometrista também é responsável pela orientação técnica e estética ao usuário de óculos e lentes de contato, proporciona às pessoas com algum tipo de problema visual viver de forma mais digna. Como alternativa mais eficaz e menos onerosa, à exemplo das crianças em idade escolar, são vitais os cuidados primários com a visão para garantir rendimento escolar satisfatório.

Percebemos assim que a reciprocidade do atendimento prestado pelo optometrista ao cliente torna-se fator psicológico no decorrer de sua função, pois ele contempla a satisfação por seu ofício bem executado, fator que garante melhoria na qualidade de vida das pessoas.

3 OFTALMOLOGIA

Na espécie humana a visão é, de entre todos os órgãos dos sentidos, o mais importante meio de comunicação com o mundo exterior. De toda a informação que recolhemos, mais de 70% relaciona-se com a visão. A visão é, por isso, essencial para o desenvolvimento harmonioso do ser humano.

Ao iniciar este tema percebemos as semelhanças entre as áreas de estudo e atuação. A oftalmologia lida com o globo ocular e seus anexos, agindo também de forma preventiva, como a optometria, porém, podendo este tratar terapêuticamente, através de cirurgias e/ou medicamentos. As atividades exercidas na Optometria e a oftalmologia não se confundem e, exercidas conjuntamente, beneficiam a toda a população (FILHO e ALMEIDA, 2005, p. 28). Vê-se, portanto, que houve um desenvolvimento sobre a matéria e que as lacunas foram preenchidas pelos Ministérios competentes e com a criação de cursos para formar profissionais com especialidades específicas para tratar problemas de refração.

A Optometria identifica, diagnostica, corrige e prescreve soluções ópticas que irão compensar as ametropias (alterações visuais não patológicas, como: miopia, hipermetropia, presbiopia “vista cansada”, astigmatismo, etc). Ele não utiliza qualquer medicamento ou técnica invasiva ao corpo humano. Todos os seus equipamentos são de caráter observativo e direcionados à avaliação do sentido da visão.

Geralmente, o Estado leva em torno de 6 anos para qualificar um médico oftalmologista, sem contar as especializações, um optometrista pode concluir sua formação superior em 5 anos (MALDONADO, 2016, p. 1).

Nos primórdios do ensino de oftalmologia no século passado, e até talvez nas primeiras décadas deste século, os serviços especializados da área eram realizados nas Faculdades de Medicina de forma artesanal, onde o médico recém-formado ou não, frequentava a clínicas oftalmológicas durante certo tempo. As técnicas desenvolvidas eram inicialmente ambulatoriais e, com o passar do tempo, o médico passava a ajudar em cirurgias cada vez mais complexas para posteriormente ser guiado por outrem mais experiente (PORTAL EDUCAÇÃO, 2013).

Buratto e Cardoso (2005, p. 10) afirmam que “as despesas relacionadas com problemas visuais são imensas, nos países em desenvolvimento um exame

oftalmológico pode custar o equivalente a um mês de salário”. De acordo com Regis-Aranha et al. (2017, p. 2), no Brasil, “o custeio da Oftalmologia pelo SUS representa o terceiro maior orçamento por especialidade, sendo ultrapassado apenas pelo custeio da cardiologia e oncologia.”

Para a maioria das especialidades, o propósito inicial de se pagar por uma consulta médica especializada consiste em prevenir doenças e certificar-se que esteja gozando de boa saúde. Bicas e Gonçalves (2004, p. 854) observam que:

Percebemos assim que a aplicação da Optometria, e realização de pesquisas relativas a esta ciência, estão relacionadas com os aspectos da qualidade visual. Neste sentido, um optometrista, ao descobrir uma queixa visual que requeira tratamento médico ou cirúrgico, obrigatoriamente deve encaminhar o paciente para um médico clínico geral, ou a um oftalmologista.

4 CATARATA

Este estudo identifica uma das principais causas relacionadas ao aparecimento da catarata. Os órgãos da visão (globos oculares) estão localizados nas cavidades ósseas, chamadas de órbitas, situadas em ambos os lados no crânio. Segundo Keith-Thomson (1997), são sete os ossos que formam a órbita: frontal, maxilar, zigomático, esfenóide, etmóide, lacrimal e palatino. Outras estruturas associadas são consideradas acessórias, como: pálpebras, supercílios (sobrancelhas), conjuntiva, músculos e aparelho lacrimal.

De acordo com Taleb (2011), a definição e a função do olho são a descrita abaixo:

Olho é o órgão do corpo humano responsável pela visão. Composto, dentre outras, por duas estruturas lenticulares (córnea e cristalino) e uma estrutura fotossensível (retina); o olho é responsável pela captura das imagens que nos cercam, recebendo a luz emitida ou refletida pelos objetos e transformando a informação luminosa em estímulo visual que é conduzido ao cérebro pelo nervo óptico. A interpretação das imagens (visão) se dá no córtex cerebral occipital, após os impulsos luminosos captados pela retina serem transmitidos pelo nervo óptico, decussados no quiasma e transitarem pelo trato óptico até o corpo geniculado lateral do tálamo e, saí pelas radiações ópticas pelos lobos temporal e parietal até o córtex occipital (TALEB, 2011, p. 93).

Ressaltam ainda, Taleb et al. (2007), que a visão é muito importante conforme transcrito abaixo:

A sociedade valoriza intensamente o sentido da visão, como importante fator que é na comunicação e na integração social. Apesar da deficiência visual ser uma das mais temidas deficiências, muitos problemas que levam à baixa visão e mesmo a cegueira persistem ainda, por falta de medidas preventivas ou por falhas no sistema de saúde (TALEB, 2007, p. 78).

A percepção dos estímulos luminosos é captada pela retina e será interpretada no cérebro, passando por outros componentes internos do sistema ocular, gerando assim a visão correta do objeto, permitindo-nos a visualização do meio ou mesmo a leitura, realizada pela parte central da retina.

Segundo Amora (1999), a catarata pode ser definida como sendo a “opacidade total ou parcial do cristalino, ou da sua cápsula, que impede a chegada dos raios luminosos à retina”. Mello e Araújo Filho (1994) definem que a catarata é qualquer opacificação do cristalino, podendo estar ou não associada à diminuição da visão.

Souza et al. (2006) afirmam que a catarata definida como opacificação do cristalino só foi descrita no ano de 1.650, esta teoria foi rejeitada pela maioria dos

médicos sendo aceita apenas um século depois. Estes autores relatam ainda que “o código de Hammurabi (1.800 a.C.) previa pena de amputação das mãos no caso do cirurgião causar uma lesão grave ao olho do paciente na tentativa de se operar a catarata”. Ainda informam que, o primeiro manuscrito relacionado a cirurgia de catarata é datado do início do século I e encontra-se em Susruta.

Kara-José et al. (2008a) classifica a catarata em três tipos: Catarata congênita – está presente desde o nascimento, podendo ser chamada de catarata infantil, tendo como etiologia as infecções intrauterinas, desordens metabólicas, traumas e síndromes transmitidas geneticamente; Catarata secundária – está presente por ações secundárias relacionadas a fatores oculares, associadas a traumatismos, moléstias endócrinas, causas tóxicas, exposição a radiações dentre outros; Catarata senil – é a forma mais comum, sendo relacionada à degeneração ligada à idade.

Mello e Araújo Filho (1994) afirma que as cataratas senis evoluem de forma lenta, iniciando com discreta redução de acuidade visual (visão esfumada), diplopia monocular e diminuição da visão em cores, além de troca frequente de óculos, dificuldade de dirigir à noite e presença de halos coloridos. Ele destaca ainda que o sinal mais perceptível e característico da presença da catarata é a pupila branca. As alterações oculares podem ser desde pequenas distorções na acuidade visual, até a cegueira completa (KARA-JOSÉ et al., 2008a).

O diagnóstico e a conduta terapêutica vão depender do profissional de saúde especializado que faz o atendimento, do quadro clínico do portador de catarata e da fase em que se descobre a doença. Rehder (1999) relata que a catarata é uma patologia reversível por meio de cirurgia, podendo-se utilizar as técnicas de face emulsificação, realizada com anestesia local, consistindo na troca da lente natural (cristalino) do paciente por uma lente artificial.

Ainda não existe uma forma de se prevenir a ocorrência da catarata, apenas recomenda-se medidas preventivas relativas ao controle do diabetes, hipertensão arterial, alta do colesterol, visto que estes fatores podem ser determinantes no aparecimento das cataratas em indivíduos com menos de 60 anos, além de submeter-se a avaliações Optométricas ou oftalmológica rotineiramente.

West e Sommer (2001) definem que o impacto da perda visual nos aspectos pessoais, econômicos e na vida social de um indivíduo é profundo, e quando a prevalência de cegueira em comunidades é alta, as consequências tornam-se uma importante questão pública.

Para enfrentar desafios presentes e futuros, é necessária uma mudança de paradigma na forma como a Optometria aborda a prestação de serviços de cuidados visuais. Uma abordagem fortalecedora do sistema de saúde precisa ser suportada com cada um dos blocos de construção sustentados na integração com os outros.

4.1 Sintomas, causas e tratamentos

A catarata é uma doença que não causa dor e que afeta o cristalino do olho, levando à perda progressiva da visão. Isto acontece porque o cristalino, que é uma estrutura transparente que se localiza atrás da pupila, funciona como uma lente e está relacionado com o foco e a leitura. Na catarata, o cristalino fica opaco e o olho aparenta estar esbranquiçado, reduzindo a visão que se torna embaçada e causando aumento da sensibilidade à luz, por exemplo.

A principal causa dessa doença é o envelhecimento do cristalino e, por isso, é muito frequente na população idosa, porém também pode ser causada por outros fatores, como diabetes, uso indiscriminado de colírios ou medicamentos com corticoides, pancadas, infecção ocular ou tabagismo. A catarata tem cura, porém a cirurgia deve ser realizada assim que for feito o diagnóstico para evitar comprometimento total da visão.

Para Gupta (2014) os principais sintomas e a principal característica da catarata é a alteração da cor do olho que se torna esbranquiçado, porém outros sintomas que podem surgir dificuldade para enxergar e perceber imagens; Enxergar pessoas distorcidas e com contornos borrados e disformes; Enxergar objetos e pessoas duplicados; Visão embaçada; Sensação de enxergar a luz brilhando com mais intensidade e com formação de halos ou auréolas; Aumento da sensibilidade à luz; Dificuldade para distinguir bem as cores e identificar tons semelhantes; Mudanças freqüentes no grau dos óculos. Estes sintomas podem aparecer juntos ou separados, devendo ser avaliados por um médico Optometrista ou oftalmologista para que seja feito o diagnóstico e o tratamento adequado possa ser estabelecido.

Ainda destaca Gupta (2014) A principal causa da catarata é o envelhecimento natural, porque o cristalino do olho começa a ficar menos transparente, menos flexível e mais grosso e, além disso, o corpo é menos capaz de nutrir este órgão.

Porém LUI (2017) cita outras causas, como a Exposição excessiva à radiação: a radiação solar ou de cabines de bronzeamento artificial e os raios X podem

interferir na proteção natural dos olhos e assim aumentar o risco de desenvolvimento da catarata; Pancadas no olho: a catarata pode surgir após traumas no olho como pancadas ou lesões com objetos penetrantes que podem causar danos no cristalino; Diabetes: o diabetes pode provocar alterações no olho, principalmente quando a os níveis de glicemia estão acima dos valores de referência normais. Hipotireoidismo: pode ocorrer aumento da opacidade do cristalino em pessoas que têm hipotireoidismo e, apesar de não ser muito comum, pode ocasionar catarata; Infecções e processos inflamatórios: neste caso, infecções como a conjuntivite e condições inflamatórias como a uveíte, podem aumentar o risco de desenvolvimento da catarata; Glaucoma em crise, miopia patológica ou cirurgia ocular prévia: tanto o glaucoma em si como o seu tratamento podem levar ao surgimento de catarata, assim como a miopia patológica ou cirurgias nos olhos; Uso excessivo de remédios: o uso prolongado de medicamentos sem prescrição médica, principalmente colírios que contêm corticoide, podem levar ao surgimento da catarata. Malformações fetais: algumas mutações genéticas podem levar a anormalidades em genes dos olhos comprometendo sua estrutura, o que pode ocasionar a catarata.

Dessa forma podemos perceber que alguns outros fatores podem aumentar o risco de desenvolver catarata como consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, história familiar de catarata, pressão arterial alta e obesidade, por exemplo. Dependendo da causa, a catarata pode ser considerada adquirida ou congênita, porém as congênitas são muito raras e surgem, geralmente, quando existem outros casos na família.

4.2 Tipos de catarata

A catarata pode ser dividida em vários tipos de acordo com sua causa. É importante consultar o médico Optometrista ou oftalmologista para identificar o tipo de catarata e fazer o tratamento mais adequado. Para Thompsom (2015) estudar os vários tipos da catarata é um fator importante para ser detectado sua prevenção.

O autor inicia seu estudo citando a catarata senil está relacionada à idade, geralmente surge após os 50 anos e ocorre pelo processo natural de envelhecimento do organismo. Thompsom (2015) cita ainda os três tipos de catarata senil: Catarata nuclear: é formada no centro do cristalino, dando o aspecto esbranquiçado ao olho; Catarata cortical: ocorre nas regiões laterais do cristalino e geralmente não

interferem com a visão central; Catarata subcapsular posterior: esse tipo de catarata surge por baixo da cápsula que envolve o cristalino na parte posterior e geralmente está associada ao diabetes ou ao uso de medicamentos como os corticoides.

A catarata congênita corresponde a uma malformação do cristalino durante o desenvolvimento do bebê, podendo afetar um ou os dois olhos e pode ser identificada logo após o nascimento, ainda na maternidade, através do teste do olhinho. Assim que houver o diagnóstico, é importante realizar a cirurgia o mais rápido possível para evitar o comprometimento total da visão ou outros problemas oculares durante o crescimento. As causas da catarata congênita podem ser genéticas ou por malformações no cristalino do feto durante a gestação, além doenças metabólicas como a galactosemia, infecções como rubéola, uso de medicamentos como os corticoides ou má nutrição durante a gravidez, por exemplo (THOMPSON, 2015, p. 419-423).

A catarata traumática pode ocorrer em qualquer pessoa por um acidente, uma lesão ou trauma nos olhos, como socos, pancadas ou por penetração de objetos nos olhos, por exemplo. Este tipo de catarata geralmente não acontece imediatamente após o trauma, podendo levar anos para se desenvolver (THOMPSON, 2015, p. 419-423).

A catarata secundária ocorre por causa de doenças como o diabetes ou hipotireoidismo ou uso de medicamentos como os corticoides, por exemplo. É importante manter acompanhamento médico para essas doenças e para o uso de medicamentos para reduzir o risco de desenvolver a catarata (THOMPSON, 2015, p. 419-423).

O diagnóstico da catarata é feito pelo médico oftalmologista ao analisar o histórico, os medicamentos em uso, doenças existentes e outros fatores de risco. Além disso, ao examinar os olhos com um aparelho chamado oftalmoscópio, é possível identificar a localização e a extensão exatas da catarata (THOMPSON, 2015, p. 419-423).

Citamos assim o tratamento da catarata pode envolver uso de óculos ou lentes de contato para melhorar o problema de visão, entretanto, o único tratamento capaz de curar a catarata é a cirurgia em que o cristalino é retirado e são inseridas lentes no lugar.

5 POLITICAS E SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Ao desenvolver este capítulo compreendemos que foi feito um estudo onde será abordado as políticas e os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), onde foi normatizado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080/90) com a finalidade de implementar as disposições constitucionais, que previam a criação de um sistema público capaz de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (BRASIL, 2007).

Atualmente as políticas públicas estão redefinindo os modelos assistenciais do SUS, vários programas estão sendo implementado e reformulados, de forma a garantir a organização do processo de prestação de serviços de saúde. Somente com o auxílio dos trabalhadores da saúde e usuários é possível efetivar a aposta que o SUS faz na universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e na equidade das ofertas em saúde, de maneira que ela envolva todos os níveis tecnológicos necessários à manutenção ou recuperação da saúde da população. Por isso, falamos da humanização do SUS como processo de subjetivação que se efetiva com alteração do modelo de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde (BENEVIDES DE BARROS, 2006)

Segundo Beck (2007, p.509) na busca pela humanização, é necessário constituir um sistema de saúde que se pautem em valores como a equidade e a integralidade da atenção, vislumbrando o trabalhador de saúde e o paciente e seus familiares como cidadãos.

O SUS é formado por várias instituições dos três níveis de governo, União, Estado e Município, e pelo setor privado contratado e conveniado, assim, esse sistema deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público (BRASIL, 2007). Constatamos cada vez mais que os municípios possuem um papel importante na garantia e na ampliação da manutenção de atenção integral à saúde da população, sendo que as instâncias públicas Federal e Estadual não deixam de ter suas responsabilidades, pelo contrário, a organização do Sistema de Saúde no Brasil passa pela definição de suas funções e papéis para cada uma dessas instâncias.

A preocupação com a cegueira evitável, como problema de saúde pública é de suma importância, e a esse respeito a OMS, em parceria com a Agência Internacional

para a Prevenção da Cegueira lançou em 1999, o programa VISÃO 2020 – Direito de Ver, cujo objetivo é eliminar a cegueira evitável em decorrência de cinco patologias: catarata, tracoma, oncocercose, deficiência de Vitamina A e erros de refração (FRICK; FOSTER, 2003).

No caso específico da cegueira por catarata, o programa Visão 2020 tem a finalidade de ampliar a realização de cirurgia de catarata para que se alcance uma taxa que seja suficiente para eliminar a demanda reprimida ao longo dos anos.

O Ministério da Saúde, ciente de sua responsabilidade junto à sociedade brasileira e diante desta realidade, e ainda considerando as dificuldades de acesso da população ao controle e tratamento especializado, formulou e implantou três políticas de saúde voltadas para o tratamento e controle de catarata no período de 2000 até 2009. Antes desse período haviam campanhas isoladas, sem abrangência nacional. Essas políticas instituídas visam a ampliação da assistência oftalmológica em todo o país, são elas: Campanha de Cirurgias Eletivas (2000-2005), Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos de Média Complexidade (2004 e ainda vigente) e a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (em vigor desde 2008).

Os objetivos gerais dessas Políticas são os de atenuar ou controlar os problemas oriundos da saúde ocular, sendo que no caso da cirurgia de catarata visam a ampliação do acesso ao atendimento especializado por meio de repasses financeiros extra-teto, isto é, recursos provenientes do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), com o qual se custeiam procedimentos pertencentes a ações estratégicas, emergenciais, ou de caráter temporário que são implementadas com prazo pré-definido.

Logo, diante desse cenário, fica clara a necessidade de se realizar estudos a fim de contribuir a uma melhor compreensão deste problema de grande relevância para a sociedade e motivar ações geradoras de mudança e de tomada de decisão por parte de diversos atores sociais envolvidos com a saúde pública brasileira.

Deve ser de responsabilidade dos serviços que compõem o SUS a facilitação de acesso à prestação dos serviços postos à disposição do usuário, sendo os centros de saúde, com acesso direto pela população, as policlínicas e hospitais com a oferta de serviços mais especializados e complexos. Nos casos em que não for constatada urgência, a população tem acesso a esta rede de serviço, caso contrário vai ser necessário o documento de referência, fornecido pelo posto de saúde para a

efetivação do atendimento especializado. Em situações de urgência/emergência o atendimento será de forma direta nos pronto-socorros (BRASIL, 2007).

Desta forma percebemos que a atenção deve ser baseada nas necessidades da população, centrada no indivíduo, considerando sua integração na família e na comunidade, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença. A especificidade e a heterogeneidade nos processos de envelhecer devem ser consideradas, a partir dos determinantes sociais da saúde, nos seus mais diferentes aspectos, considerando ainda as diferenças de gênero e raça, buscando a equidade e resolutividade do cuidado a ser ofertado. Para isso, as especificidades e singularidades da população com suas novas demandas de cuidado devem ser priorizadas na organização e oferta de serviços

5.1. Um breve relato das principais dificuldades enfrentadas pelo Sistema único de Saúde – SUS

Apesar dos seus inegáveis avanços, a construção do SUS encontra vários entraves, entre os quais destacamos, para os propósitos do presente texto, apenas dois: O sub financiamento e as insuficiências da gestão local do SUS. Até porque eles com certeza impactam diretamente no seu trabalho como membro de uma equipe de Saúde da Família.

O sub financiamento, isto é, os recursos destinados à operacionalização e ao financiamento do SUS, fica muito aquém de suas necessidades. Para Nelson Rodrigues dos Santos (2007).

A atualização do financiamento federal segundo a variação nominal do PIB não vem sequer acompanhado o crescimento populacional, a inflação na saúde e a incorporação de tecnologias. Mantém o financiamento público anual per capita abaixo do investido no Uruguai, Argentina, Chile e Costa Rica e por volta de 15 vezes menor que a média do praticado no Canadá, países europeus, Austrália e outros. Também é fundamental ter presente que a indicação de 30% do Orçamento da Seguridade Social para a Saúde, como era previsto nas Disposições Constitucionais Transitórias (DCT) da Constituição, era o mínimo para iniciar a implementação do SUS com Universalidade, Igualdade e Integralidade. Se tivesse sido implementada tal medida, hoje haveria R\$ 106,6 bilhões para o financiamento do sistema, e não aos R\$ 48,5 bilhões aprovados para o orçamento federal de 2008. O financiamento do SUS é marcadamente insuficiente, a ponto de impedir não somente a implementação progressiva/incremental do sistema, como e principalmente de avançar na reestruturação do modelo e procedimentos

de gestão em função do cumprimento dos princípios Constitucionais (SANTOS, 2007, p. 429).

Para quem trabalha na Estratégia Saúde da Família, tal insuficiência é sentida, principalmente, quando há necessidade de se acessar os outros níveis de maior complexidade do sistema, cuja oferta parece sempre aquém das demandas. Por outro lado, o autor destaca que:

Houve também a opção dos governos pela participação do orçamento federal no financiamento indireto das empresas privadas de planos e seguros de saúde por meio da dedução do IR, do financiamento de planos privados dos servidores públicos incluindo as estatais, do não ressarcimento ao SUS pelas empresas do atendimento aos seus afiliados, pelas isenções tributárias e outros, que totalizava mais de 20% do faturamento do conjunto dessas empresas (SANTOS, 2007).

Agora falaremos das insuficiências da gestão local do SUS. Destacamos assim que a gestão municipal dos recursos do SUS vem funcionando apenas em parte, sem desconsiderar que os recursos para o SUS são insuficientes. A gestão municipal é idealizada pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira como mais eficaz, porque estaria mais próxima dos cidadãos e mais sensível aos seus anseios. O SUS denomina como gestão local o conjunto de atividades desenvolvidas pelos gestores municipais, visando à operacionalização, na prática e em seus contextos sociopolítico-institucionais singulares, das grandes diretrizes políticas do Sistema Único de Saúde. Pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo realizaram recente pesquisa em 20 pequenos municípios de duas regiões de saúde próximas a São Paulo. Por serem municípios pequenos, estes funcionaram como um verdadeiro “laboratório” de observação das reais condições de operacionalização em muitos municípios brasileiros, já que pouco mais de 80% dos municípios do país têm menos de 20 mil habitantes. Vejamos alguns dados sobre a operacionalização real do SUS mostrados pelo estudo (CECÍLIO et al., 2007, p. 200-207):

Santos (2007) aponta que os gestores municipais e estaduais do SUS, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços encontram-se no sufoco e angústia de atender os sofrimentos e urgências de “hoje e ontem”, obrigados a reprimir demandas, sabendo penosamente que ações preventivas e de diagnósticos precoces impediriam o surgimento da maior parte de casos graves e urgentes, mas obrigados

a priorizar os casos de maiores sofrimentos e urgências devido à insuficiência de recursos.

O autor continua, ao afirmar que a reprodução do complexo médico-industrial, os casos de corporativismos antissociais e até de prevaricações e corrupções encontram terreno fértil nesse sufoco. Este contexto extremamente adverso e desgastante não justifica, contudo, passividades e conivências com irresponsabilidades sanitárias perante os princípios e diretrizes constitucionais, na gestão descentralizada do SUS nem ao nível central. O modo de financiar e institucionalizar a política pública com base no direito à igualdade e à vida é ainda marginal, e muito cuidado e dedicação devem ser tomados para que as imprescindíveis inovações de gestão permaneçam vinculadas à visão e compromisso de futuro e de sociedade pautados por esse direito (Santos, 2007).

Desta forma percebemos as dificuldades enfrentadas no SUS, dificuldades essas que ao longo dos anos vem sendo trabalhado e estudado soluções para que desta forma possa ser melhorado e adaptado as necessidades da população.

5.2 Dificuldades enfrentadas por pacientes com indicação de cirurgia de catarata nos sistemas de saúde pública

Neste capítulo é observado as dificuldades enfrentadas para a realização da cirurgia de catarata no Sistema Único de Saúde (SUS). Estima-se que a catarata seja responsável por 50% dos casos de cegueira no mundo. A perda da capacidade visual além de comprometer a qualidade de vida dos pacientes, acarreta prejuízo para a sociedade. A cirurgia da catarata apresenta alta eficiência, favorável custo benefício no tratamento da doença e na reabilitação visual do indivíduo e oferece grande impacto para a sociedade (BRASIL 2007).

A dificuldade de acesso aos serviços especializados é um problema recorrente no sistema de saúde brasileiro. Sarmiento Junior, Tomita e Kos. (2005, p. 1) pontuam os principais fatores que justificam a atual situação: “A falta de uma estrutura hierarquizada e eficiente, a escassez de recursos para a saúde e os investimentos insuficientes em hospitais, profissionais e tecnologia.” Esses fatores que decorrem dos obstáculos econômicos e de gestão que fragmentam e desarticulam os serviços,

tem prejudicado a mediação da relação oferta / demanda, influenciando no tempo de espera e absenteísmo de consultas e exames especializados (MELO, 2012; BARBOSA, 2016).

Mais um dos problema encontrados, mesmo nas grandes capitais, o acesso de pacientes necessitados à cirurgia de catarata é dificultado devido à fatores socioeconômicos e culturais, além de obstáculos criados pelo próprio sistema de saúde, o que impede a realização de mais procedimentos cirúrgicos. Até mesmo em países desenvolvidos existem barreiras para a realização da cirurgia, a falta de recursos financeiros e de seguros médicos são apontados como significantes obstáculos (BRASIL 2007).

Sarmiento Júnior, Tomita e Kos. (2005) são mais objetivos quanto a conceituação. Os autores abordam a fila de espera como “uma lista de pacientes que necessitam de um mesmo serviço de saúde, cuja demanda é maior que a oferta”. Esse tempo de espera para os exames e consultas especializadas compreende um processo com várias etapas, ou seja, períodos progressos ao agendamento, incluindo desde a solicitação à realização. Por tanto, as filas de espera assumem um efeito no ordenamento do fluxo do usuário na assistência e no processo de tratamento (LIMA; VENTURA; BRANDT, 2005).

Ferreira et al. (2015) consideram o problema da fila de espera uma “bola de neve”. Sendo um fator cíclico, uma vez que não há controle das listas de espera ou uma estratégia padrão para organizá-las. Ficando a critério das instituições a escolha da forma que sistematizará, se por especialidade, prestador ou por data, gerando então diversas filas e informações que dificultam inclusive o monitoramento e gerenciamento das mesmas.

A fila de espera pode ser analisada em duas vertentes. A primeira voltada para a insuficiência de vagas, como desfecho de uma desorganização, escassez de recursos financeiros, estruturais e de gestão. A segunda, por impactar no comportamento dos usuários. Ou seja, pode ser analisada como sendo efeito ou causa (SARMENTO JÚNIOR, TOMITA, KOS, 2005; IGLESIAS; GUNTHER, 2007; VIEIRA; LIMA; GAZZINELLI, 2015)

A falta de comunicação entre paciente e instituição, a sua impossibilidade de comparecer ao serviço agendado, além de comprometer sua acessibilidade e a de outro usuário, configura um gasto por ociosidade de recursos. e possíveis

agravamentos das doenças com necessidades de tratamentos mais caros. Essa suspensão de um dado procedimento é um processo desgastante para a instituição e para o paciente. O mesmo terá que recorrer ao processo de reagendamento, ou seja, ir para uma fila de espera novamente (PARISOTO, 2016; PASCHOAL; GATTO, 2006)

Em 1998 foi instituída a Campanha Nacional de Catarata. O acesso ao tratamento foi facilitado com a realização de Projetos Catarata, em todo o país e o Governo Federal determinou que o financiamento das cirurgias pelo SUS fosse em forma de estratégica para as instituições credenciadas, garantindo o financiamento de todas as cirurgias realizadas (BRASIL 2007).

O Projeto Catarata procura eliminar obstáculos logísticos para que o indivíduo deficiente visual por catarata receba o tratamento necessário mediante a facilitação do acesso ao exame oftalmológico e à cirurgia, assim como através de processo educativo da população. Contudo, em 2006 o Governo Federal alegando falta de verba, descontinuou o repasse “extra-teto” e desestimulou a realização dos Projetos Catarata. O objetivo desse estudo é estimar o valor dos Projetos Catarata para a comunidade, identificando características e dificuldades de acesso ao diagnóstico e ao tratamento da catarata na rotina de atendimento de diversos Sistemas de Saúde, em pacientes que somente acessaram a cirurgia por meio de Projetos Catarata.

A intervenção pública de saúde na forma de projeto comunitário para a reabilitação da visão produz resultados que, além de prevenir a cegueira, tem impacto sobre a qualidade de vida dos indivíduos, com importantes benefícios sociais. Estimativas apontam que o Brasil não consegue realizar o número de cirurgias de catarata necessárias para compensar o surgimento de novos casos, com isso cresce a importância dos Projetos Cataratas e da otimização dos centros cirúrgicos ambulatoriais para as cirurgias em larga escala (MAZUREK, 2010).

Assim como em outros estudos, a maioria dos pacientes atendidos nesta campanha apresentava baixa escolaridade e já havia sido examinado em outro serviço oftalmológico, sugerindo haver facilidade de acesso à consulta oftalmológica, porém dificuldade em se acessar a cirurgia corretiva. Esta pesquisa estima que, principalmente para população dependente do SUS, as campanhas comunitárias realizadas para triagem e tratamento da catarata são importantes para compensar alguns obstáculos logísticos de acesso à cirurgia, considerando-se que 52% destes

pacientes com indicação cirúrgica já haviam procurado atendimento público, e não haviam sido operados (FERRAZ EVA, 2002).

Mais um dos principais motivos para a não realização da cirurgia de catarata no atendimento inicial foi a falta de recursos financeiros como serviços particulares e convênios, e para aqueles atendidos pelo SUS, a fila de espera foi apontada como a principal causa. É importante notar, que embora a maioria já possuísse o diagnóstico de catarata, muitos esperavam o chamado para a cirurgia. As campanhas possuem um papel crucial no combate a cegueira, pois em um mesmo dia os pacientes são diagnosticados e têm o dia da cirurgia agendada, diminuindo retornos desnecessários ao hospital e minimizando o tempo para o tratamento (MAZUREK, 2010).

Outro estudo realizado na região nordeste do Brasil, também constatou que metade dos pacientes já havia procurado o sistema público de saúde e que 40% dos atendidos foram a um serviço privado, porém ainda não haviam sido operados. Nota-se, portanto, que tanto na região sudeste como no Nordeste, apesar de possuírem realidades diferentes, o acesso à consulta oftalmológica não se mostrou um problema, mesmo assim os pacientes continuavam com baixa visão devido a catarata, demonstrando uma baixa resolutividade, tanto do sistema público como do privado (LIMA, 2005, p.62).

Para comparecer ao Projeto Catarata, a maioria dos indivíduos (76,1%) teve despesas relativas a gastos com transporte e alimentação. Como no dia da campanha são realizados todos os exames necessários para a cirurgia, os pacientes não precisam retornar ao hospital até a data marcada para o procedimento, reduzindo-se, assim, algumas barreiras para a realização da cirurgia (LIMA, 2005, p.62).

Com relação aos indivíduos que possuíam condições de atendimento pelo Setor Privado de Saúde, o Projeto Catarata foi importante para suprir as necessidades daqueles que não puderam arcar com os custos da cirurgia. Alguns indivíduos que possuíam convênio, também procuraram a campanha comunitária devido ao custo do insumo cirúrgico (LIMA, 2005, p.62).

Desta forma percebemos que os autores apontam inúmeros fatores que justificam ou causam o absenteísmo e seus impactos sobre os custos gerados na saúde pública, acrescentando que esse contexto também contribui com a desordem na oferta de serviços e limita a garantia da atenção nos diversos níveis de assistência e retorno dos usuários faltosos ao fluxo de marcações de consultas e exames.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cegueira no mundo é um problema relevante de saúde pública e atinge todas as esferas sociais desencadeando uma série de outros problemas que dificultam a vida do indivíduo portador desta doença.

O Ministério da Saúde, como principal formulador de políticas públicas de saúde, vem continuamente instituindo políticas de saúde ocular objetivando atuar sobre as causas prevalentes da cegueira, no caso deste estudo, as causadas por catarata.

Com relação ao objetivo geral, a análise do perfil evolutivo das cirurgias de cataratas realizadas pelo SUS, no Brasil, no período de 2000 a 2009, tomando como referência as políticas implantadas, foi observado que entre o período de 2000-2005 e 2006-2009 houve redução na demanda potencial reprimida, colaborando para prevenção da cegueira evitável por catarata. Apesar do presente estudo não ter sido delineado para avaliar as políticas implantadas e implementadas, seus resultados sugerem que o objetivo de reduzir a fila de espera por este procedimento foi alcançado no território brasileiro, mesmo ocorrendo de forma heterogênea nas Regiões Geográficas.

Quanto a evolução dos recursos financeiros disponibilizados pelo Ministério da Saúde para a execução do procedimento de cirurgia de catarata pelo SUS, no Brasil e por Regiões Geográficas, no período de 2000 a 2009, foi possível verificar a existência de correlação entre recursos financeiros disponibilizados pelo Ministério da Saúde para execução do procedimento de cirurgia de catarata e os coeficientes de sua realização na rede assistencial de saúde pública (SUS).

Para finalizar e compartilhar as dificuldades do SUS na realização de cirurgias de catarata é citado outro fator de dificuldade, contudo, consiste na falta ou insuficiência de facilidades cirúrgicas. A realização de cirurgia de catarata com subvenção do Sistema Único de Saúde (SUS) não é do interesse de grande parte dos oftalmologistas. Na maioria das vezes, porém, o real fator limitante diz respeito ao limite do número de cirurgias imposto pelas autoridades de saúde, decorrente da limitação de recursos financeiros destinados à assistência médica.

Percebemos que essa política pode até ser compreensível em virtude dos limitados recursos governamentais, porém torna-se inaceitável no que concerne à cirurgia de catarata. O custo relativamente baixo desta cirurgia converte-se em extraordinário retorno em relação à qualidade de vida e, mesmo, de cunho econômico para esses pacientes. A erradicação ou controle da cegueira por catarata, além de beneficiar o paciente e sua família, constitui também investimento social de alta relação custo/benefício. Estima-se que, com o modelo atual de acesso à cirurgia, 90% dos deficientes visuais por catarata não seriam reabilitados. Pesquisas realizadas permitiram estimar em 10% a proporção de indivíduos que se submetem à cirurgia de catarata, dentre os que necessitam ser operados.

REFERENCIAS

AMORA, A. S. **Minidicionário Soares Amora da Língua Portuguesa**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 1999. 785 p.

BARROSO, Fábio F. et al. **Formação de imagens na óptica geométrica por meio do método gráfico de Pierre Lucie**. Rev. Bras. Ensino Fís., São Paulo, v. 40, n. 2, e2501, 2017.

BECK, Carmem Lúcia Colomé, et al. **A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem**. Texto e Contexto. Florianópolis, v. 16, n.3, jul. - set. 2007.

BENEVIDES DE BARROS, Regina D.; PEREIRA, Eduardo Henrique **Passos. Verbetes Humanização: Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Observatório dos Técnicos em Saúde da FIOCRUZ. MS, Rio de Janeiro, EPSJV, 2006/2009.

BICAS, Harley Edson Amaral; GONÇALVES, Elisabeto Ribeiro. Refratometria ou Optometria? **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 67, n. 6, p. 853-854, dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Multiplica SUS** - Curso básico sobre o SUS: (Re) descobrindo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. 2.ed.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação-Geral de Sistemas de Informação. **Sistema de Informação Ambulatorial: manual/SIA-SUS/atualização**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2008e. v. 2, 96 p.

BURATTO, Jânio; CARDOSO, Sebastião D'Abadia. **Manual básico de fabricação e adaptação de prótese ocular direcionado a optometristas**. 2005. 59f. TCC (Bacharel em Optometria) - Universidade do Contestado, Canoinhas, 2004.

CECÍLIO, L. et al. **O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios**. RECIIS. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde, v. 1, 2007.

CUNHA FILHO, João de Sousa. **Optometria Ciência da Visão: Optometria Aspectos Sociais e Jurídicos**. 2012. 34p. Bacharelado em Optometria – Universidade do Contestado, Canoinhas, 2012.

DAVIDSON, M.G.; NELMS, S.R. Diseases of the lens and cataract formation. In: GELATT, R.N. **Veterinary ophthalmology**, 3. Ed. Lippincott: Williams & wilkins, 1999. Pa.797-825.

FERRAZ EVA, Lima CA, Cella W, Arieta CEL. **Adaptação de questionário de avaliação da qualidade de vida para aplicação em portadores de catarata**. ArqBras Oftalmol. 2002; 65(3):293-8.

FERRAZ, E. V. A. P. et al. Adaptação de Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para aplicação em Portadores de Catarata. **Arq. Brasileiro de Oftalmologia**, São Paulo: v. 65, p. 293-298. 2002.

FILHO, Carlos Avelino Ribeiro; ALMEIDA, Vantuil Boa Morte de. **Legislação à Optometria**. 2005. 104f. TCC (Bacharel em Optometria) - Universidade do Contestado, Canoinhas, 2005.

FOSSUM, T.W. **Cirurgia de pequenos Animais**. 3 ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2008. p.136-157.

FRICK, Kevin D.; FOSTER, Allen. The Magnitude and Cost of Global Blindness: an increasing problem that can be alleviated. **American Journal Ophthalmology**, New York: v. 135, n. 4, p. 471-476, april. 2003.

GROSVENOR, Theodore. **Optometria de Atención Primaria**. 4. ed. Barcelona: Masson, 2004.

GUPTA, Varun B.; RAJAGOPALA, Manjusha; RAVISHANKAR. **Basavaiah. Etiopatogenia da catarata: uma avaliação**. Indian J Ophthamol 2014

KARA, J. N.; Bicas H.EA.; Carvalho RS. **Cirurgia de Catarata: Necessidade Social**. São Paulo, Ed. C&D, 2008.

LEAL, Diana Betsy Nazate. **Origen y Evolución De la Optometria en el Mundo, en Colombia y en la Universidad de La Salle**. 2008. 82f. TCC (Curso de Optometria) – Universidade de La Salle, Bogotá, 2008.

LIMA DMG, Ventura LO, Brandt CT. **Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata**; senil na Fundação Altino Ventura. *ArqBrasOftalmol* 2005;68(3):357-62.

LUI, Yu-chi; ET AL . Catararas The Lancet 390. 2017

MALDONADO, Maria José. **Contratação de optometristas para a rede pública de ensino**. Associação Médica de Mato Grosso do Sul. 2016

MAZUREK, Carvalho RS. **Custo social de duas técnicas de cirurgia de catarata no Brasil**.*Rev Saúde Pública*. 2010; 44(5):957-62

MELLO, P. A. A.; ARAÚJO FILHO, A. **Diagnóstico e Tratamento da Catarata**. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v. 51, nº 7, julho. 1994.

MONDADORI, Ricardo Domingos. **Optometria comportamental como modelo de análise para reconhecimento de distúrbios**. 2003. 11 f. Tese (Doutorado) - Centro Integrado de Estudos e Pesquisas do Homem, Canoinhas, 2003.

MURCIA, William Fernell Gómez. **Representação neurofisiológica dos movimentos oculares**. *Optometria em revista*. Brasília, v. 1, n.1, p. 21-36, jan/jul. 2017.

OLIVEIRA, D. G. **Avaliação do perfil socioeconômico**, formação profissional e estado de saúde de pessoas com deficiência visual. 2008.

PARIZOTO, Jaine. **Análise dos fatores impactantes na fila de espera de exames de ultrassonografia na cidade de Joinville**. 2016. (TCC) - Instituto Federal de Santa Catarina, Joinville, 2016.

PINCELLI, Airton; NOGUEIRA, Geandré M. Bezerra. **A integralidade no atendimento do SUS: dificuldades de acesso em saúde visual nas cidades de Barra Bonita - SP e Lajeado - PE de dezembro de 2005 a janeiro de 2006**. 2006.

PORTES, L. C. P.; PORTES; André L. F. **Causas da Baixa Visão e Cegueira nas diferentes faixas etárias**. Causa da Baixa Visão e Cegueira no Adulto. In:

REHDER, J. R. C. L. et al. **“Projeto de Catarata”**: uma solução para saúde pública ocular. no Município de Juiz de Fora/MG. Revista Brasileira de Oftalmologia, São Paulo, v. 58, n. 4, p. 271-275. 1999.

RIBEIRO, Letícia Greipel. **Percepção de técnicos, gestores e usuários do sistema único de saúde**, sobre o papel do optometrista na equipe de saúde, no ano de 2005. 2006. 59f. TCC (Bacharel em Optometria) - Universidade do Contestado, Canoinhas, 2006.

SANTOS, N. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos**. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007.

SARMENTO JUNIOR, Krishnamurti Matos de Araujo; TOMITA, Shiro; KOS, Arthur Octavio de Avila. **O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos**. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 71, n. 3, p. 256-262, 2005

SOUZA, E.V.; RODRIGUES, M.L.V.; SOUZA, N.V. História da cirurgia de catarata. Medicina (Ribeira Preto), v.39, n.4, p.587-590, 2006.

TALEB et al., Alexandre et al. **As Condições de Saúde Ocular no Brasil – 2009**. Conselho Brasileiro de Oftalmologia, São Paulo, p. 123. 2009a.

THOMPSON, Jay; LAKHANI, Naheed. **Cataratas. Atenção primária: Clínicas em prática de escritório**. 42. 2015.

WEST, S.; SOMMER, A. Prevention of blindness and priorities for the future. **Boletim da Organização Mundial da Saúde**, Genebra, Suíça: 2001, v. 79, p. 244-248.