

Resumo

Busca-se na presente pesquisa, refletir sobre os princípios da Atenção Primária da Saúde Visual, como mecanismo de prevenção da cegueira evitável na cidade de Fortaleza, identificando as atribuições de um avaliador primário da saúde visual, como a porta de entrada do sistema público de saúde, de forma sustentável e participativa, descentralizando o poder, para que o serviço de saúde possa chegar à população de forma igualitária, e eficiente, evitando desperdícios, diminuindo agravos e reduzindo o sofrimento individual. Para tanto observamos o reconhecimento do profissional optometrista a nível mundial, dessa forma buscamos demonstrar a presença do optometrista devidamente qualificado para então calcular a demanda de atendimentos dos optometristas na cidade de Fortaleza. Entendemos que o atendimento primário da saúde visual da cidade de Fortaleza encontra-se estagnado e que enquanto o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação procuram desenfreadamente alguma classe ou profissional qualquer para atribuir a função de avaliador primário a nossa cidade ainda esta longe de gozar do mais alto nível de igualdade social, no entanto acreditamos que o optometrista, atuando como avaliador primário da saúde visual poderia contribuir para a prevenção da cegueira evitável da cidade de Fortaleza, atuando diretamente nos três pilares do índice de desenvolvimento humano – IDH, que são a educação, possibilitando a maior competitividade no desafio do aprender, a saúde, diminuindo o sofrimento individual e dessa forma influenciando a renda, melhorando a qualidade de vida das pessoas de forma igualitária e sustentável. Para que em um futuro próximo possamos estabelecer em nosso país os objetivos do programa visão 2020 o direito de ver! Que em nosso país não tenha ninguém desnecessariamente cego e que em casos inevitáveis, essa pessoa possa desempenhar o seu pleno potencial.

(Atenção Primária, Prevenção, Cegueira Evitável, Sustentabilidade);

Summary – (Tradução em Inglês);

It seeks in the present study, reflect on the principles of Primary Visual Health, as of avoidable blindness prevention mechanism in Fortaleza, identifying the responsibilities of a primary evaluator of visual health, as the gateway to the public system health, sustainable and participatory manner, decentralizing power, so that the health service can reach the population equally, and efficient, avoiding waste, reducing injuries and reducing the individual suffering. Therefore we observe the recognition of professional optometrist worldwide thus seek demonstrate the presence of qualified optometrist to then calculate the demand calls Optometrists in Fortaleza. We believe that the primary care of the visual health of Fortaleza is stagnant and that while the Ministry of Health and the Ministry of Education wildly looking for some class or any professional to assign the primary evaluator function our city is still far from enjoying the highest level of social equality, however we believe that the optometrist, acting as primary evaluator of visual health could contribute to the prevention of avoidable blindness of the city fortress, acting directly on the three pillars of the Human Development Index - HDI, which are education, enabling greater competitiveness in desfio of learning, health, reducing individual suffering and thereby influencing income, improving the quality of life of equitable and sustainable manner. So that in the near future can establish in our country the objectives of Vision 2020 the right to see! That in our country do not have anyone unnecessarily blind and in unavoidable cases, that person can play its full potential.

(Primary Care, Prevention , Avoidable Blindness , Sustainability) ;

Lista de Ilustrações:

Figura 1, pág. 15 - Fonte: Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness – Action Plan 2006-2011, World Health Organization 2007;

Figura 2, pág. 42 - fonte:

<http://estaticog1.globo.com/2013/08/PIB/images/restricoes.jpg>;

Figura 3, pág. 43 - fonte:

<http://estaticog1.globo.com/2013/08/PIB/images/restricoes.jpg>;

Figura 4, pág. 45 - fonte: Desenvolvimento Humano por Bairro em Fortaleza pág. 2.

Figura 5, pág. 47 - Fonte: Perfil SER II pág: 4;

Figura 6, pág. 48 - Fonte: Perfil SER V pág.: 3;

Figura 7, pág. 50 – Produção Própria;

Lista de Siglas:

APS – Atenção Primária a Saúde;

CBO – Código Brasileiro de Ocupações;

CBO – Conselho Brasileiro de Oftalmologia;

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde;

CROO – Conselho Regional de Óptica e Optometria;

IAPB – (Sigla em Inglês), Agência Internacional de Prevenção a Cegueira;

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano;

IDH-B – Índice de Desenvolvimento Humano por Bairro;

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal;

MEC – Ministério da Educação;

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico;

OIT – Organização Internacional do Trabalho;

OMS- Organização Mundial de Saúde;

ONGD – Organização não Governamental de Desenvolvimento;

ONU – Organização das Nações Unidas;

OPAS – Organização Panamericana de Saúde;

PIB – Produto Interno Bruto;

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica;

PPP - Plano Político e Pedagógico;

PPP – Poder de paridade de Compra;

RNB – Renda Nacional Bruta;

SER – Secretaria Executiva Regional;

SUS – Sistema Único de Saúde;

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência, e a cultura;

1 INTRODUÇÃO:

A presente pesquisa busca refletir sobre os princípios da Atenção Primária da Saúde Visual, como mecanismo de prevenção da cegueira evitável, para tanto se buscou observar as atribuições de um avaliador primário da saúde visual, e determinar que tipo de profissional atualmente esteja atuando como avaliador primário da saúde visual na cidade de Fortaleza? Segundo a Organização Mundial de Saúde até 80% da cegueira mundial é evitável. Cegueira evitável é definida como a cegueira que pode ser tratada ou prevenida, por meios conhecidos e de baixo custo (fonte: www.iapb.org). O optometristas atuando como avaliador primário da saúde visual poderia contribuir para a prevenção da cegueira evitável na cidade de Fortaleza?

Tendo como objetivo principal, refletir sobre os princípios da atenção primária da saúde visual como gestão organizacional do sistema público de saúde, atuando como a porta de entrada dessa forma prevenindo e evitando agravos a saúde da população. Fundamentando-se em três objetivos específicos: A identificação das atribuições de um avaliador primário de saúde visual, demonstrando a fragilidade do sistema público de saúde voltada para a prevenção da cegueira evitável e descrevendo a eminente necessidade da criação de políticas públicas que garantam o acesso universal a serviços integrais de atenção a saúde visual e o direito a igualdade-social.

Observa-se ao longo dos anos, que o nosso país destacando-se quanto ao cenário mundial, quando nos referimos ao acesso universal do Sistema Único de Saúde (SUS), podemos observar várias investidas do governo quanto a projetos voltados para a universalização do acesso a saúde visual, como o Projeto Olhar Brasil, no qual se tenta ensinar aos professores de ensino fundamental e alfabetizadores do Projeto Brasil Alfabetizado as técnicas de triagem visual através da Acuidade Visual, e a tentativa de atribuição do Atendimento primário da Saúde Visual no Programa Saúde da Família, onde se tenta mencionar as responsabilidades dos médicos da Família e dos agentes comunitários de saúde, quanto a necessidade de se prepararem para avaliar de forma eficiente pacientes com necessidades específicas do sistema visual.

A Atenção Primária da Saúde Visual deve ser entendida como a porta de entrada do Sistema Público de Saúde, no entanto a triagem visual feita por profissionais desqualificados poderia comprometer de forma decisiva o acesso aos serviços de saúde, observa-se que atualmente a atenção primária da saúde visual encontra-se estagnada, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação não conseguem entrar em consentimento, ambos procurando a todo preço, alguma classe desavisada para atribuir a responsabilidade de triagem e identificação dos distúrbios visuais.

O optometrista é o profissional independente da área da saúde, que está habilitado a examinar e avaliar o sentido da visão, sendo um especialista em identificar e compensar, alterações visuais de origem não patológica, melhorando o desempenho visual dos pacientes. Essa profissão existe no mundo a mais de 100 anos e é praticada em mais de 160 países incluindo (a Espanha, os USA, a Europa e o Japão). A Organização Mundial de Saúde reconhece o optometristas como avaliador primário da saúde visual.

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, 80% da cegueira mundial é evitável. A cegueira evitável é toda a cegueira que pode ser tratada ou prevenida por meios conhecidos e de baixo custo. É claro que existem vários outros tipos de cegueira, mas a OMS em parceria com a agência internacional de prevenção a cegueira – IAPB lançaram em 1999 uma campanha global para a eliminação da cegueira evitável em todo o mundo até o ano de 2020, intitulada – “VISÃO 2020 O direito de ver!”.

Atualmente a programa visão 2020 tem concentrado seus esforços para eliminar as duas maiores causas de deficiências visuais no mundo, que são a catarata e os erros de refração não corrigidos. A catarata ainda é a maior causa de deficiência visual no mundo, ainda que seu tratamento através de cirurgia tenha se demonstrado altamente custo-efetivo. Já os distúrbios de refração não corrigidos podem ser defeitos anatômicos, musculares, em sua maioria passíveis de correção e ou tratamento, através do uso de óculos, lente de contato, fisioterapia visual e outras. Afetam pessoas de todas as idades, resultando na perda de educação, emprego, menor produtividade e redução de qualidade de vida. (fonte: www.iapb.org).

Observa-se que a optometria poderia contribuir para que a visão do projeto da agência internacional de prevenção à cegueira possa se instaurar em nosso país, onde ninguém seja desnecessariamente cego e as pessoas com perda de visão inevitável possam alcançar seu pleno potencial. (Fonte: www.iapb.org/vision-2020).

O método utilizado nesta pesquisa será um estudo teórico de natureza qualitativa, utilizando a técnica de análise textual, descritiva e analítica, pesquisando através de fontes em literaturas clássicas, documentos, literatura em geral, artigos científicos, jornais e revistas.

Sumário

1	Introdução	5
2	Análise panorâmica da saúde visual.	9
	2.1 Panorama da cegueira mundial.	9
	2.2 A realidade da optometria no Brasil.	20
	2.3 Atenção Primária da Saúde Visual.	31
3	Analisando projetos nacionais voltados para a prevenção da saúde visual.	37
	3.1 O programa saúde da família.	37
	3.2 O projeto Olhar Brasil.	39
4	O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade de Fortaleza.	42
	4.1 Regional II.	46
	4.2 Regional V.	48
5	Considerações finais.	51

2 Análise panorâmica da saúde visual.

2.1 Panorama da cegueira mundial

A Organização Mundial de Saúde é uma agência especializada das Nações Unidas, que tem como foco lidar com questões relativas a saúde global (OMS, 2014). No âmbito da criação das Nações Unidas, já havia uma preocupação em criar uma organização dedicada exclusivamente a saúde. Foi fundada em 07 de abril de 1948, quando 26 estados membros das Nações Unidas ratificaram seus estatutos.(OMS-2014). A OMS entende que o conceito de saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de saúde ou enfermidade (constituição da OMS 1948) Segundo o Artigo I de sua constituição a OMS tem como propósito primordial garantir o nível mais elevado de saúde para todos os seres humanos (OMS-2014).

Em 1975 a assembleia mundial de saúde pediu ao diretor-geral da OMS que estimulasse seus estados membros a desenvolverem programas voltados a prevenção da cegueira, no mesmo ano foi estabelecida a Agência Internacional de Prevenção a Cegueira (IAPB) como organização de apoio para grupos profissionais e organizações não governamentais de desenvolvimento (NGDO) implicadas com a saúde visual. O intuito da OMS era retirar as causas de “cegueira e distúrbios visuais evitáveis” da lista de prevalência dos problemas de saúde pública.

Foi em resposta a essa demanda que na década de 90 a OMS deu início a reuniões com o objetivo de desenvolver uma abordagem global de modo a planejar estratégias com o intuito de...

“[...]habilitar todos os partidos e pessoas envolvidas no combate à cegueira, a trabalhar de forma concentrada e coordenada para atingir um objetivo comum, eliminando toda a cegueira evitável...”

Fonte: Plano de ação global para a prevenção da cegueira evitável 1999 (WHO/PBL/97.61 Rev.2).

Para firmar esse compromisso formulou-se um documento intitulado: “Plano de Ação Global para a Prevenção da Cegueira Evitável 1999”,

documento este que descreve os objetivos, estratégias, indicadores e metas para a prestação de serviços de cuidados da saúde visual a fim de eliminar a cegueira evitável em todos os estados membros da OMS. O documento não aborda as prioridades de investigação e não é abrangente para todas as causas de perda de visão e cegueira.

A primeira estimativa global que quantificava o número de deficientes visuais foi divulgada pela OMS em 1975 que indicou que haveriam 28 milhões de pessoas cegas em todo o mundo. Em 1990 esse número aumentaria para 38 milhões de pessoas cegas e quase 110 milhões com baixa visão, dando um total de quase 150 milhões de pessoas com algum grau de deficiência visual. Haveria pelo menos 16 milhões de pessoas cegas devido a catarata e o tracoma seria a segunda maior causa de cegueira representando cerca de 5,9 milhões de pessoas em todo o mundo. Observou-se que o glaucoma ocorria em todas as partes do mundo, porém diferentes tipos de glaucoma são vistos em diferentes regiões. Estimou-se que 5,2 milhões de pessoas são cegas devido ao glaucoma; a oncocercose era uma importante causa de cegueira em focos endêmicos principalmente na África central que era responsável por 0,3 milhões de pessoas cegas. Existiam ainda outras causas de cegueira, em particular as doenças do segmento posterior do olho que são responsáveis por mais de 10 milhões de pessoas cegas em todo o mundo (WHO/PBL/97.61 Rev.2 pág. 1). A prevalência da cegueira aumentou de 0,08% em crianças a 4,4% em pessoas com a idade superior a 60 anos, para uma prevalência geral de 0,7%.

Apesar de não haver bons dados sobre a incidência de cegueira disponíveis na época estimou-se que pelo mesmo 7 milhões de pessoas ficariam cegas a cada ano e que o número de pessoas cegas em todo o mundo aumentaria entre 1 a 2 milhões por ano. Embora existissem dados populacionais limitados de algumas regiões do mundo, os dados que estavam disponíveis eram suficientes para permitir que um plano estratégico fosse desenvolvido. Ao confirmar que a prevalência específica para a idade de cegueira, em muitas partes do mundo em desenvolvimento é de várias vezes maior do que no mundo desenvolvido economicamente; ao determinar que dois terços ou 80% de toda a cegueira é evitável, em que as causas são evitáveis

ou tratáveis; os casos de catarata não operada demonstrou ser a principal causa de cegueira representando 40 a 80% de todas as causas de cegueira. (WHO/PBL/97.61 Rev.2).

Ao projetar esses dados sobre as tendências globais ao longo dos próximos 20 anos no que se diz respeito à demografia, constatou-se que a crise econômica que vinha afetando os países desenvolvidos de uma forma particularmente negativa, resultando em uma maior taxa de desemprego e reduzindo a receita governamental para as despesas de saúde.

Estimou-se que a população passaria de 5,8 bilhões em 1996 para um valor estimado de 7,9 bilhões em 2020; e a maior parte desse aumento ocorreria nos países em desenvolvimento. A população mundial estaria envelhecendo, com cerca de 1 bilhão de pessoas com idade acima de 45 anos em 1996 e com a estimativa de aumentar para 2 bilhões em 2020. (WHO/PBL/97.61 Rev.2). Estimou-se diante destes números que a cegueira mundial dobraria nos próximos 20 anos.

Tornou-se necessário a formulação do plano de ação global, para que fossem determinadas as prioridades e definidas as estratégias que fossem eficientes e tornasse sua implementação bem sucedida, isso incluiria uma investigação de longo prazo. O que poderia ser utilizado para a defesa, mobilização de recursos, **como todos os parceiros envolvidos** poderiam utilizar o plano global para a mobilização de novos recursos e desenvolvimento de novas estratégias para a prevenção da cegueira evitável. Facilitaria a coordenação e desenvolvimento de trabalhos pelos diferentes parceiros envolvidos na prevenção da cegueira e incentivaria novas parcerias entre governos, setor privados empresarias e a sociedade civil. Ele também permitiria a avaliação das atividades a fim de aprender com experiências do passado para o desenvolvimento de estratégias, alvos e objetivos para o futuro. (WHO/PBL/97.61 Rev.2).

A redução de recursos disponíveis para a prevenção dar-se-á uma combinação entre a recessão econômica e novamente a demanda econômica para os recursos limitados concorrentes. (WHO/PBL/97.61 Rev.2). A OMS demonstra sua preocupação diante da necessidade das populações, que se tornam consumidores potenciais dos serviços de saúde, quando ressalta no

plano de ação para a prevenção de cegueira evitável de 1999 o interesse dos governos diante da prestação dos serviços de saúde, quando menciona:

“[...]Os governos estão cada vez mais olhando para os consumidores de cuidados de saúde a pagar por serviços de saúde e tratamento, enquanto os consumidores, que têm expectativas crescentes, estão buscando o sistema hospitalar em oposição aos cuidados primários, tendo a percepção de que os cuidados hospitalares são de melhor qualidade do que os cuidados primários[...]” Fonte: (WHO/PBL/97.61 Rev.2).

A OMS reconhece que a cegueira representa profundas desvantagens que afetam não só o indivíduo como também a sociedade de um modo geral. Os custos de perda de produtividade, reabilitação e educação de cegos, estes representam um fardo econômico significativo, particularmente para muitos países em desenvolvimento. Além disso, a cegueira pode muitas vezes ser associada a uma menor expectativa de vida, dessa forma a prevenção e cura da cegueira poderiam representar mecanismos de economia e igualdade-social. (WHO/PBL/97.61 Rev.2).

O plano de ação global de 1999 apresentou diversos tipos de mecanismos para a coordenação das atividades relativas a prevenção da cegueira evitável. O grupo consultivo do programa de desenvolvimento da OMS que incluía sua colaboração com as ONGD e os centros colaboradores identificados. Reuniões anuais das ONGD com a OMS no comitê de Parcerias, e reuniões trimestrais com a Força-Tarefa de ONGD para iniciar novas atividades. Os centros colaboradores da OMS para a prevenção da cegueira envolvido em formação e investigação para a prevenção da cegueira, com base no plano de trabalho conjunto de cada instituição. As relações oficiais diretas entre algumas ONGD e da OMS, o que implica um plano de trabalho conjunto de acordo com uma base regular de três anos. Isto é em particular importância para o desenvolvimento de recursos humanos em todos os níveis de atenção a saúde. (WHO/PBL/97.61, Rev.2).

Para por em prática as diretrizes que define as prioridades, estratégicas e áreas de atuação da prevenção da cegueira evitável, foi criado o **programa Visão 2020 O direito de Visão!** Uma parceria estabelecida entre a Organização Mundial de Saúde e a Agência Internacional de Prevenção a

Cegueira (IAPB). Que se tornou um marco programático para a eliminação da cegueira evitável em todo o mundo. O programa visão 2020 foi lançada em 1999 com o duplo objetivo de eliminar a cegueira evitável até o ano 2020 e evitar a duplicação da cegueira potencialmente projetada entre os anos de 1990 e 2020. (Plano de Ação 2006/2009)

A iniciativa tem como finalidade integrar de forma abrangente o mais alto nível de saúde visual de forma igualitária e sustentável. Reforçar o sistema nacional de saúde, integrando os princípios da atenção primária. Ficou claro para a OMS e a IAPB que para alcançar os objetivos ambiciosos dentro do cronograma, as estratégias deveriam ser atualizadas periodicamente. (Plano de Ação 2006/2009).

Os serviços de saúde visual devem ser abrangentes e englobando a promoção de saúde visual, a prevenção, o tratamento e reabilitação. Todos esses serviços devem se basear nos princípios da atenção primária. Para que esses serviços possam atender todas as populações, esses serviços devem atingir setores carentes que existem em todas as nações, como minorias étnicas, mulheres, pessoas com deficiência e pessoas mais idosas. Devem ser feitos esforços para fornecer e promover a defesa sobre a Visão 2020 entre o governo, para confecção de materiais de informação, educação e comunicação para expandir a participação comunitária. Entende-se que se aumentar a absorção de informações referentes a doenças oculares, a sua prevenção e tratamento com o intuito de incitar a população a assumir a responsabilidade por sua própria saúde visual de maneira eficaz e sustentável. O programa visão 2020 é fundamentado em três elementos principais o que sustentariam sua implementação bem sucedida, que são: O controle de doenças, o desenvolvimento de recursos humanos e o desenvolvimento de infraestrutura e tecnologia. (Plano de Ação 2006/2009).

A meta do controle de doenças estipulada pelo plano de ação da prevenção da cegueira evitável refere-se a doenças e enfermidades que sejam conhecidas e que sejam passíveis de cura ou tratamento. O programa entende que existem vários tipos de doenças oculares, no entanto trabalha para a eliminação da prevalência das causas de cegueira que poderiam ser eliminadas da lista de problemas de saúde pública.

Até o momento as bases de dados relacionados a cegueira mundial estava a cada dia sendo alimentadas observa-se que em 2002 foi divulgado pela OMS que haveriam mais de 161 milhões de pessoas que apresentavam algum tipo de deficiência visual, sendo que 124 milhões tinham baixa visão e 37 milhões eram cegos em todo o mundo. (Plano de Ação 2006/2009).

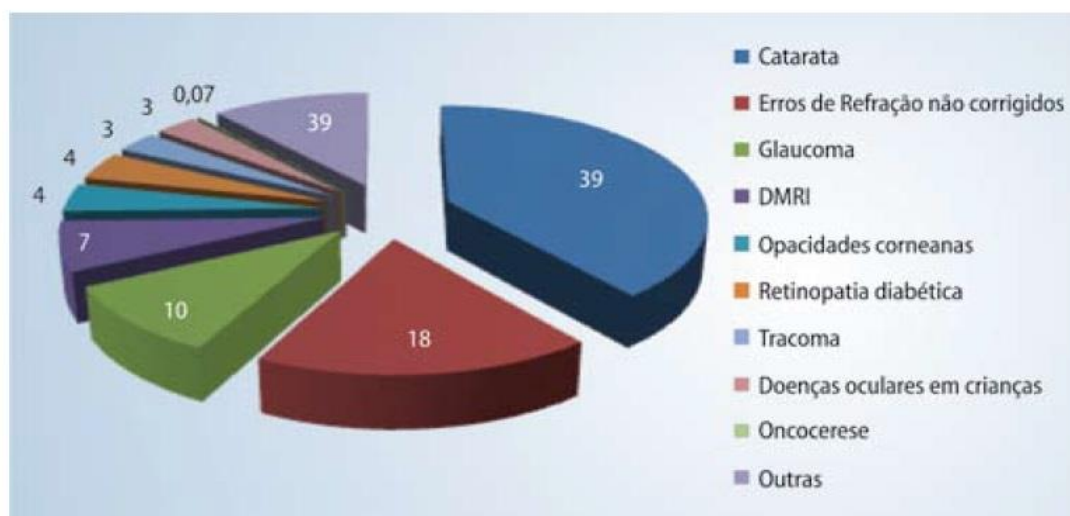
Pela primeira vez em 2006 a OMS divulgou uma nova estimativa na qual incluiu sob a magnitude global a deficiência visual devido a erros de refração não corrigidos, o que representou um adicional de 153 milhões de pessoas. Sendo pelo menos 13 milhões de crianças com idade entre 5 e 15 anos, e 45 milhões de adultos em idade ativa entre 16 e 49 anos seriam pessoas potencialmente afetadas.

De acordo com essa nova estimativa a OMS afirmou que neste período haveriam cerca e 314 milhões de pessoas em todo o mundo que apresentam algum tipo de perturbação visual, seja devido a doenças oculares ou distúrbios de refração não corrigidos. Deste número 45 milhões são cegas. Ainda neste momento não haviam dados estatísticos sobre a presbiopia e a prevalência da mesma era desconhecida.

Foram divulgados então pela OMS, no ano de 2007 as principais causas de cegueira evitável segundo sua porcentagem em todo o mundo. A catarata representando 39%, os erros de refração não corrigidos 18%, o glaucoma representando 10%, a degeneração macular relacionada a idade (DMRI) 7%, as opacidades corneanas 4%, a retinopatia diabética 4%, o tracoma 3%, as doenças oculares em crianças 3%, a oncocercose 0,07% e outras representando 39%.

Figura 1:

Causas de Cegueira e Deficiência Visual no mundo (%)



Fonte: *Global initiative for the elimination of avoidable blindness - action plan 2006–2011*
World Health Organization 2007

Observa-se que vários fatores contribuem para a instauração da cegueira em todo o mundo o que deve ser identificado e correlacionado:

Segundo o fator idade, entende-se que as deficiências visuais são desigualmente distribuídas entre os grupos etários, pois 82% de todas as pessoas cegueira mundial apresentam-se a partir dos 50 anos de idade, embora as pessoas nesta faixa etária representem apenas 19% do total da população mundial. A cegueira infantil ainda que sua prevalência seja 10 vezes menor do que entre os adultos, torna-se uma alta prioridade por causa do número esperado de anos para serem vividos com cegueira. Cerca da metade dos mais de 1,4 milhões de casos de cegueira em crianças com menos de 15 anos de idade poderia ter sido evitados. (Plano de Ação 2006/2009).

Segundo o sexo: Estudos consistentes indicam que as mulheres em todas as regiões do mundo de todas as idades tem um risco significativamente maior de se tornarem deficientes visuais devidos principalmente a sua expectativa de vida maior e nas sociedades mais pobres da falta de acesso aos serviços de saúde.

Fatores socioeconômicos indicam que mais de 90% das pessoas com deficiência visual no mundo vivem em países em desenvolvimento.

E os fatores de risco incluem o uso de tabaco, a exposição a radiação ultravioleta, a deficiência da vitamina A, a alto índice de obesidade e os distúrbios metabólicos. (Plano de Ação 2006/2009)

Atualmente segundo a OMS em 2010, estimou-se que globalmente havia 285 milhões de pessoas que eram acometidas por algum tipo de deficiência visual, nas quais 39 milhões eram cegas. De acordo com este relatório 80% dos distúrbios visuais são preveníveis ou evitáveis. As duas principais causas de deficiências visuais no mundo são os erros de refração não corrigidos representando 42% do total e a catarata representando 33%. Embora existam intervenções custo efetivas em todos os países do mundo. A deficiência visual é mais frequente entre grupos etários mais velhos, nos quais representam 82% das pessoas cegas e 65% das pessoas com baixa visão. (fonte: Saúde ocular Universal: um plano de ação global 2014-2019).

A sexagésima sexta Assembleia Mundial de Saúde aprovou o projeto mundial do plano de ação 2014-2019 Saúde Ocular Universal. Lembrando as resoluções WHA56.26 sobre a eliminação da cegueira evitável, a resolução WHA62.1 e a WHA59.25 sobre a prevenção da cegueira e deficiência visual. Reconhecendo que 80% de toda insuficiência visual pode ser prevenida ou curada e que cerca de 90% dos deficientes visuais vivem em países em desenvolvimento. Reconhecendo as ligações entre algumas áreas do plano de ação global em 2014-2019, a saúde ocular universal e os esforços para resolver as doenças tropicais negligenciadas.

Além de aprovar o plano de ação global 2014-2019 Saúde Ocular Universal, a OMS Exorta os Estados-Membros a fornecer os esforços nacionais para prevenir a deficiência visual evitável, incluindo a cegueira, aliando uma melhor integração da saúde dos olhos em planos nacionais de saúde visual e prestação de serviços de saúde apropriados. Lembra ainda que para a implementação das ações propostas no plano de ação global 2014-2019 Saúde Ocular Universal, deve-se incluir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. E solicita ao Diretor-Geral da OMS a fornecer o apoio técnico aos Estados-Membros para a implementação das ações propostas no plano de ação 2014-2019, sobre a saúde dos olhos universal de acordo com as prioridades nacionais, e para continuar a desenvolver o plano de ação global

em particular no que diz respeito a inclusão de acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, e não mais importante pede também que continue a dar prioridade a prevenção de cegueira evitável. . (fonte: Saúde ocular Universal: um plano de ação global 2014-2019).

Vale ressaltar que apesar das Resoluções da assembleia Mundial de Saúde relativas a prevenção da cegueira evitável e da deficiência visual, a insistência da OMS tem sido grande e de longa data para que os Estados-Membros tomem a iniciativa para implementar os objetivos dos planos globais de prevenção a cegueira. A inconsistência da implementação bem sucedida do plano de ação dar-se a vários motivos, dentre eles os dados epistemológicos referente a prevalência de doenças oculares, o número de profissionais disponíveis para os cuidados visuais. Segundo a OMS para que 80% da cegueira evitável fossem efetivamente prevenidas, os países deveriam evidentemente se conscientizar dos dispositivos disponíveis de intervenções de cuidados visuais, sua relação custo-eficácia e a influência que essas ações poderiam desencadear para o desenvolvimento socioeconômico da população.

Até agora a inclusão desses documentos tem sido mínima. A falta de recursos adequados para a prevenção da cegueira torna-se um grande empecilho para a implementação da prevenção bem sucedida, além disso, confrontados com recursos cada dia mais limitados, o doador e receptor, para o controle de doenças, países muitas vezes tem dado maior prioridade à programas de combate a relação/mortalidade, do que para lidar com controles de doenças. (Fonte: Plano de ação 2009-2013).

Segundo a OMS o conceito de Atenção Primária a Saúde (APS) é fundamental para a melhora da saúde mundial. As principais atividades da APS são:

- Imunização;
- Melhora da nutrição;
- Programas de água e saneamento;
- Controle de doenças comuns (endêmicas e epidêmicas);
- Prestação de cuidados de saúde materno e infantil;
- Educação saudável;
- Fornecimento de medicamentos essenciais;

A OMS entende que a abordagem dos princípios da Atenção Primária a Saúde para a prevenção da cegueira, a prestação dos cuidados com os olhos como parte integrante da atenção primária a saúde tornar-se-ia uma estratégia-chave em todos os programas nacionais. A estratégia era usar as atividades de APS para prevenir doenças que poderiam levar a cegueira e as deficiências visuais (atenção primária), dessa forma facilitando o encaminhamento (atenção secundária, terciária) através da educação do paciente e a motivação, incluindo a promoção da saúde ocular e a prestação da base de tratamento preventivo e ou curativo para distúrbios oculares comuns. (Fonte: WHO/PBL 97.61Rev.2).

O papel dos trabalhadores de APS São a **identificação**, onde os trabalhadores estão em uma posição ideal para identificar as crianças e adultos que são cegos ou deficientes visuais em suas próprias casas. A **avalição e diagnóstico**, onde os trabalhadores podem ser treinados para avaliar os indivíduos que poderiam ser ajudados pelos serviços de um especialista por exemplo a identificação de catarata e o encaminhamento para o oftalmologista. O **encaminhamento para gestão e tratamento** onde os trabalhadores de APS podem encorajar os indivíduos para ir para o tratamento e pode fornecer o sistema de referência que irá promover este, por exemplo: ensinando o caminho a que o paciente deve seguir para que não perca mais tempo e possa enfim resolver o seu problema. E o **acompanhamento e avaliação** onde o profissional de APS após o tratamento pode acompanhar o paciente em casa para ajudar com a reabilitação visual (o paciente depois da cirurgia de catarata por exemplo), das conselhos sobre qualquer tratamento e certificar-se de que o óculos estão bem adaptados, promovendo a manutenção do tratamento e eficácia do serviços. (Fonte: WHO/PBL 97.61Rev.2).

Quanto ao pessoal que trabalha com os cuidados dos olhos a OMS destaca no plano de ação global para a prevenção da cegueira evitável de 1999, da seguinte maneira:

[...]A categoria de profissionais de saúde envolvida na prestação de cuidados com os olhos em diferentes níveis pode variar de país para país. No presente documento, é feita referência a apenas algumas destas categorias, considerando pessoal comum em nível de cuidados especializados, clínico auxiliar pessoal, bem como evolução

da equipe de gestão e tecnologia. Além disso, há outras categorias profissionais em muitos países, por exemplo, **optometristas, ortoptistas**, oftálmica e dispensação ópticos e outros envolvidos em certos elementos de cuidados com os olhos, **em especial refração e serviços de baixa visão**[...] (fonte: - WHO/PBL 97.61Rev. 2).

Ainda segundo o plano global de prevenção da cegueira evitável 2014-2019 Saúde ocular Universal, referindo-se aos recursos humanos por tipo de profissão, ao mencionar o profissional optometristas no qual tem como propósito e justificativa, avaliar a disponibilidade de força de trabalho dedicada a saúde ocular com a finalidade de formular medidas para o desenvolvimento de capacidades com o objetivo de fortalecer o desenvolvimento dos sistemas de saúde. Em um número crescente de países, os optometristas são com frequência os primeiros especialistas a que recorrem pessoas que padecem de doenças oculares. Define-se o número de optometristas baseando-se nos certificados adquiridos em instituições nacionais com base em critérios aprovados pelos governos. (fonte: a global action plan 2014-2019).

O optometrista é o profissional independente da área da saúde que atua no aperfeiçoamento do sistema visual, sendo um especialista em identificar e compensar alterações visuais de origem não patológica, melhorando o desempenho visual dos pacientes. Essa profissão existe no mundo a mais de 100 anos e é praticada em mais de 160 países incluindo (a Espanha, os USA, a Europa e o Japão). A Organização Mundial de Saúde reconhece o optometristas como avaliador primário da saúde visual. Concentra suas atividades na prevenção da cegueira e problemas oculares. Trabalhando exclusivamente sobre o ato visual e não sobre o globo ocular. Realizando um atendimento primário e não uma intervenção de caráter médico (Lima, 2014).

Segundo a OMS a optometria ocupa a cadeira n° 187 e seu slogan é Optometria a Primeira Barreira Contra a Cegueira, já a OPAS – Organização Pan-americana de Saúde, preconiza desde 1984 sobre a importância da atenção primária como pilar da saúde visual, a ONU – Organização das Nações Unidas, que reconhece o profissional da optometria como prestador de serviços de atendimento primário da visão, a UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência, e a cultura e a OIT – Organização Internacional do Trabalho (Lima, 2014).

2.2 A realidade da Optometria no Brasil

O Brasil é reconhecido no âmbito internacional por participar ativamente das discussões internacionais que envolvem o acesso universal a saúde, defendendo o multilateralismo, visto que acarreta avanços nos planos éticos, políticos e institucionais. Defende ainda uma ampla e vigorosa conjunção de vontades políticas que sustente e revigore o sistema multilateral, que tem nas nações unidas seu principal pilar.(AGNUS, 2014). Durante a 66ª Assembleia Mundial de Saúde entrou para o Conselho Executivo da OMS, o que sustenta seu papel preponderante para o alcance da cobertura universal da saúde.

O modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), adotado pelo Brasil tornou-se referência no âmbito mundial, reconhecido pela sua grande experiência e avanços tecnológicos, no qual se destaca, por garantir assistência integral e completamente gratuita para totalidade da população, (OPAS, 2014). Segundo a OMS, o Brasil atualmente é referência da área da saúde pública internacional e exemplo para todos os países que buscam sistemas mais igualitários de saúde. Destaca-se ainda por ser:

“[...] um dos primeiros e poucos países fora da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) a prever na legislação o acesso universal aos serviços de saúde, reconhecendo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado (ONUBR, 2013) [...] (fonte: SINUS 2014.)”

Segundo o dicionário on-line infopeia, quanto ao conceito de multilateralismo:

“[...]É um princípio segundo o qual vários países devem cooperar para que sejam alcançados determinados objetivos de interesse comum[...]” (fonte: www.infopeia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa).

Devemos considerar que a profissão da optometria não se resume na valoração refrativa, nem tão pouco na prescrição de óculos, embora os óculos sejam os meios mais baratos, portanto mais acessíveis, para compensar os defeitos da visão (Bezerra, 2011, pág. 19).

Os primeiros relatos históricos em que o homem tenha tentado melhorar o sentido visual datam de 500 anos a.C. onde o filósofo Confúcio

descreve lentes primitivas feitas de cristal com polimento tosco. No qual acreditavam-se que tinham várias propriedades medicinais e prolongavam a vida das pessoas. (Bezerra, 2011).

O desenvolvimento intelectual que ocorrera no período da renascença, de forma muito acentuada e paralelamente ao desenvolvimento técnico e científico, no qual se demonstra através dois marcos distintos, durante essa evolução. A invenção da tipografia por Gutenberg em 1440, e a invenção dos óculos que possibilitou a leitura das letras pequenas que surgiram com a impressão. Vale ressaltar que naquela época usar óculos significava ter grande sabedoria, denotava cultura, erudição, ainda atribuía símbolo de status de nobreza. (Bezerra, 2011).

A partir do século XVI os primeiros óculos foram introduzidos no período da colonização do Brasil. O uso de óculos de leitura eram restritos aos jesuítas espelhados pelo país e a religiosos de outras ordens. Também foram atribuídos aos jesuítas a introdução dos óculos de origem europeia no Japão, que se deu na cidade de Nagasaki. (Bezerra, 2011).

Com a separação política do Brasil em relação a Portugal, começa-se a desenvolver-se a óptica brasileira, em 1822. Os primeiros óculos começaram a ser produzidos pelos chamados “**técnicos oculistas**”, ainda de forma totalmente artesanais, estes era vindos principalmente da Alemanha e França e desembarcavam no Brasil e na Argentina. (Bezerra, 2011).

Alguns conhecidos como “**Oculista Mecânico**” que eram muito comuns no continente europeu. Desde o final da Idade Média, vinham acumulando vasta experiência e conhecimento da óptica, o que os transmitiam aos “**técnicos aprendizes**”, possuíam uma ou várias caixas de provas com lentes alemãs, austríacas, italianas, inglesas e francesas.

Podemos mencionar o Oculista mecânico Joseph Herschel, nascido na Alemanha, praticava seu ofício na França, seu trabalho consistia em fixar moradia em determinados locais entre 90 a 120 dias e durante esse período anunciar a fabricação de óculos. A vinda de Herschel ao Brasil e os serviços por ele executados, indicam que com sua grande experiência, ele recebeu várias encomendas para a confecção de óculos de leitura, dentre eles o de D. Pedro II ainda quando criança. Um autorretrato com os óculos de leitura foi

feito em 1834 pelo príncipe durante as aulas com o mestre de desenho Simplício Rodrigues de Sá. (Bezerra, 2011).

Herschel foi o pioneiro como mecânico oculista no nosso país chega à cidade de Recife no dia 26 de agosto de 1835, no qual anuncia sua chegada e logo passa a receber encomendas de óculos, depois de algum tempo vai a Salvador onde procede da mesma forma, continua sua jornada repetindo seus passos no Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

Podemos mencionar também o oculista Joseph Merz chegou ao Recife anunciando que fazia qualquer tipo de óculos com lentes alemãs e austríacas. Fixou-se entre Recife e Salvador e passou a vender seus óculos para a elite local. Seus clientes eram jornalistas, funcionários públicos, religiosos e estudantes. Em 1865 voltou para Europa e mandou para Recife José German onde se estabeleceu na região e continuou a vender óculos de grau. (Bezerra, 2011).

Nas regiões sul e sudeste os oculistas eram chamados de “ópticos científicos” diferentemente dos conhecidos como “oculista mecânico” como eram chamados no nordeste. No Segundo Império chegaram a São Paulo, entre 1850 e 1872, o grande óptico científico da capital paulista era Leopold Stern, respeitado óptico científico que demonstrava largo intercâmbio técnico que existia entre ele o **Optometristas** inglês Robert Hammersley Sysmens, que confeccionava óculos no Chile e na Argentina. Deu grande impulso à óptica do Sudeste. No qual além de utilizar a caixa de prova, também utilizavam vários equipamentos ópticos. Técnicos como eles que realizavam a refração e todo o processo de confecção de óculos eram chamados nos Estados Unidos de Optometristas. (Bezerra, 2011).

A grande dificuldade para a expansão da venda de óculos de grau no Brasil no século XX eram as receitas. O antigo oculista mecânico ou científico era um profissional raro e muito requisitado que durante todo o século XIX atendia a uma pequena parcela da população brasileira, que era composta pela elite alfabetizada. (Bezerra, 2011).

Com o progresso do país e o aumento da procura do óculos a Casa Fretin uma conceituada óptica da cidade de São Paulo traz o optometrista

Norte-Americano Mr. Jonh, que passa a realizar consultas e a aplicar todos os exames necessários para receitar óculos de grau. (Bezerra, 2011).

Com o aumento da procura por receitas de óculos e a rara demanda de técnicos oculistas os médicos oftalmologistas e os otorrinolaringologistas passam a atuar com esse tipo de atendimento. Embora a formação do médico oftalmologista visasse à cirurgia ocular e não o conhecimento profundo sobre a refração e a prática para a prescrição de óculos. (Bezerra, 2011).

Nesta época vários funcionários das primeiras óticas tornavam-se técnicos práticos, como Cláudio Zunkeller, o alemão Orneck formou muitos técnicos práticos em sua oficina de surfacagem e montagem de óculos. Já José Vignoli, por exemplo, realizou seus estudos nos Estados Unidos e alguns optometristas acabavam cursando medicina e se tornavam oftalmologistas. (Bezerra, 2011).

O optometristas Jose Vignoli nasceu em 1886, na cidade de Campinas, formou-se em Optometria nos Estados Unidos. Ao voltar para o país fundou a óptica Norte-Americana e em seguida a óptica Casa Vignoli, era uma referência da óptica brasileira até a proibição da profissão no início da era Vargas. A assinatura do decreto número 20.931 de 11 de janeiro de 1932, durante o governo de Getúlio Vargas mudaria o rumo da história da optometria no nosso país. (Bezerra, 2011).

Segundo o jurista brasileiro Dr. Francisco Xavier de Lima no qual em sua obra Optometria Legal no Brasil, fez questão de publicar suas interpretações com o intuito de aclarar os equívocos inaceitáveis a cerca da legislação brasileira no que diz respeito à **optometria**.

Como mencionado de forma negativa por Bezerra 2011, que diz:

[...] O decreto cerceou a profissão de optometristas no país, foi um duro golpe na profissão [...] (fonte: Bezerra, 2011).

No entanto como descrito por Lima, 2014 o decreto de 1932 veio a contribuir com a Optometria e que as lacunas legais foram completadas pelos Ministérios competentes com criação de cursos para formação profissional, com especialidades específicas para tratar das anomalias de refração e problemas que podem ser evitados através da atenção primária da saúde visual. (Lima, 2014).

Tanto o decreto 20.931/32 como o 24.492/34 foram redigidos para evidenciar a preocupação do governo com a segurança da saúde pública, referem-se a figura do prático da época e que hoje suas atribuições são exercidas pelo técnico em óptica, visto que hoje existe curso específico para o técnico em óptica e “*o prático esse profissional autodidata, verdadeiros fuçadores encontram-se extintos a partir desse momento (Lima, 2014)*”.

O profissional prático não pode ser confundido com o optometristas, que é responsável pela avaliação, recomendação de meios ópticos apropriados para o aperfeiçoamento do sistema visual, enquanto o prático, figura extinta que hoje é o técnico em óptica, devidamente regularizado, cuida do manejo, fabrico, aviamento das prescrições de lentes. (Lima, 2014).

Os dois decretos referidos procuraram sim fazer obstáculos não só aos mencionados no decreto como “**Optometristas**”, mas que como tal na ocasião eram meros práticos, comprovadamente de caráter histórico e público de que em 1932 não havia qualquer curso de optometria, seja técnico ou superior visto que sequer existia o profissional médico oculista, sendo que as residências oficiais datam de 1976. Evidencia-se ainda quando o decreto faz questão de proibir o exercício do ortopedista que na ocasião também era um mero prático e a menção que faz respeito a proibição da aplicação de anestésicos por parte dos dentistas que na época também era práticos. (Lima, 2014).

Não deixando de destacar o aparecimento de outras profissões ligadas a medicina como é o caso da acupuntura, fonoaudiólogo, fisioterapia. Com as novidades tecnológicas e a democratização da informação surgiram várias outras profissões como é o caso do técnico de enfermagem, o técnico em edificações e tantos outros. Dentre estas temos o exemplo das cirurgias para reconstrução de face, e ou a cirurgia ortognatia que é praticada pelo buco-maxilo facial, que é um dentista e que conseqüentemente “**não é médico**” e que é rotulado como o profissional mais indicado para esse tipo de procedimento que é totalmente invasivo. (Lima, 2014).

Observa-se que os decretos mencionados procuravam assegurar que pessoas sem formação, sem controle e discernimento científico e

pedagógico pré-definidos, aprovados por órgãos governamentais competentes, digam-se livres, fossem responsáveis por tratamento e cuidados com a saúde do povo. (Lima, 2014).

O conselho mundial de Optometria fornece as escolas, faculdades e universidades uma estrutura curricular como uma base para formulação de sua concepção, para países que pretendem iniciar ou atualizar um programa de optometria. Neste contexto estão listados os conhecimentos em que um optometrista deve estar capacitado, levando em consideração o mais alto nível de padrões internacionais. Este documento considera os elementos do exame de forma abrangente e desenvolve o conteúdo curricular a partir dos conhecimentos e habilidades que sustentam cada elemento. Para o desenvolvimento de um exame visual completo é considerado a soma dos 10 elementos universais que são:

- 1- Avaliar a história do caso do paciente;
- 2- Avaliar os anexos oculares anteriores quanto a sua forma, condições e funcionalidade;
- 3- Avaliar o seguimento anterior quanto a sua forma, condições e funcionalidade;
- 4- Avaliar a córnea quanto a sua forma condições e funcionalidade;
- 5- Avaliar o seguimento posterior quanto a sua forma, condições e funcionalidade;
- 6- Avaliação a função visual quanto qualidade das vias visuais e sensoriais;
- 7- Avaliar o estado refrativo;
- 8- Avaliar a função binocular e oculomotora (incluindo o quase foco);
- 9- Avaliar a adequação de óculos de prova e prescrever;
- 10- Avaliar a lente de contato desgaste adequação e prescrever;

E relacionar com o bem-estar do paciente:

- 11- Avaliar os sinais e sintomas de saúde geral do paciente:

Juntamente com três elementos adicionais específicos para determinadas categorias dos pacientes: Que são:

12 – Avaliar a prestar assistência ao paciente pediátrico.

13 – Avaliar e fornecer cuidados para pacientes portadores de baixa visão;

14- Avaliar e fornecer cuidados para o paciente geriátrico;

O ultimo elemento importante relacionada com o atendimento ao paciente:

15- a continuação do desenvolvimento do aprendizado profissional da optometria, prática baseado em evidencias para que um moderno cuidado com os olhos possa ser fornecido. fonte:<www.worldoptometry.org/curricular_support_element_final_web2>.

Fica evidente que para a efetivação da optometria no nosso país, se fazia necessário a formação técnico-científica de profissionais brasileiros, dessa forma, não podemos deixar de demonstrar nossa admiração pelas instituições de ensino do nosso país, que acreditaram nessa profissão e que não mediram esforços para desbravar obstáculos inerentes aos problemas que foram surgindo, quanto a adequação aos parâmetros internacionais, bem como a falta de literatura que inicialmente, eram em sua maioria em outros idiomas e o fato de haver a ausência de professores qualificados no qual as instituições muitas vezes tiveram que buscaram professores em outros países, como é o caso das parcerias feitas com os professores colombianos, podemos destacar a Faculdade Ratio no estado do Ceará, como pioneira neste tipo de parceria, o que possibilitariam a mudança da realidade da optometria nos últimos 30 anos.

Podemos mencionar várias instituições sejam as de qualificação técnica como é o caso do Colégio Policursos, o Instituto Optométrico de Pernambuco, o Instituto Filadélfia, o SENAC, a O.W.P. Educação, como as instituições de nível superior bem como a Universidade do Contestado (Canoinhas - SC), FASUP (Pernambuco), Brás Cubas – SP, Faculdade Ratio – Fortaleza, a Universidade Luterana do Brasil (Canoas-RS), Estácio de Sá – RJ e tantas outras (Bezerra, 2011). A optometria brasileira deve respeito e admiração a todas as pessoas que contribuíram para a evolução científica da profissional optometristas do nosso país.

Não se pode deixar de mencionar a criação de entidades com o CBOO – Conselho Brasileiro de Óptica e Optometria e os CROO's conselhos de cada estado, a coragem e dedicação de optometristas que lutam pelo fortalecimento da classe optométrica brasileira. Além de organismos internacionais que pressionam o governo Brasileiro a introduzirem oficialmente a optometria no sistema público de saúde. (Bezerra, 2011).

Portanto o curso que é submetido a uma grade curricular devidamente aprovada pelo Executivo (Ministério da Educação e ou Secretaria Estadual de Educação), a qual está necessariamente em harmonia com o Plano Político e Pedagógico – PPP do respectivo curso, atendendo o objetivo constitucional de formar, capacitar e qualificar o cidadão para o trabalho, de acordo com o perfil profissional traçado, nada mais justo que os mesmos sejam inseridos no mercado de trabalho para que possam levar a efeito os conhecimentos adquiridos no rigoroso processo técnico-científico a que foram submetidos. (Lima, 2014).

Dessa forma o profissional comprovando sua respectiva habilitação via diploma ou certificado devidamente autorizado pelo MEC, possui pleno direito de exercer sua profissão, tendo inclusive seus deveres de ordem tributária e previdenciária, sendo ilegal qualquer perturbação ao exercício da mesma. (Lima, 2014).

Para fazer jus à referida lacuna deixada pelos decretos de 1932 e 1934:

[...] Não tolerando equívocos acerca da radical alteração da realidade da optometria em nosso país, e a conseqüente não aplicação dos Decretos de 1932 e 1934 aos profissionais, surgiu ato normativo secundário, a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, oriunda do Ministério do Trabalho e Emprego (Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego N° 397 de 09 de outubro de 2002 – Código n° 3223-05) [...] (Fonte: Lima – 2014).

O Código Brasileiro de Ocupações descreve **precisamente a função do profissional Optometristas** em vários aspectos, quanto a realização de exame Optométrico: (Lima, 2014).

- 1- Fazer anamnese;
- 2- Medir a Acuidade Visual;

- 3- Avaliar estruturas internas e externas do olho;
- 4- Mensurar estruturas externas e internas do olho;
- 5- Medir a Córnea (Ceratometria, paquimetria e topografia);
- 6- Avaliar o fundo de olho (oftalmoscopia);
- 7- Medir pressão intraocular (tonometria);
- 8- Identificar deficiências e anomalias visuais;
- 9- Encaminhar casos patológicos e médicos;
- 10-Realizar testes motores e sensoriais;
- 11-Realizar exames complementares;
- 12-Prescrever compensações ópticas;
- 13-Recomendar auxílios ópticos;
- 14-Realizar perícia optométrica e auxílios ópticos;

Bem como se refere a adaptação de lente de contato, a confecção de lentes, a promoção da educação em saúde visual, a venda de produtos e serviços ópticos e optométricos, o gerenciamento de estabelecimentos ópticos e a comunicação. (Lima, 2014).

Recentemente após muita discussão na sociedade e no Legislativo Federal entrou em vigor a lei N° 12.842, de 10 de Julho de 2013 (A conhecida lei do ato médico), lei que continha impedimento direto a várias profissões incluindo a optometria. Tal dispositivo foi expressa e fundamentalmente **vetado** pela Presidenta da República no tocante a justificativa do veto sobre o inciso IX do art. 4° que tratava da prescrição de órteses e próteses oftálmicas conforme segue:

[...] Os dispositivos impossibilitam a atuação de outros profissionais que usualmente já prescrevem, confeccionam e acompanham o uso de órteses e próteses, que por suas especialidades, não requerem indicação médica. Tais competências já estão inclusive reconhecidas pelo sistema Único de Saúde e pelas diretrizes curriculares de diversos cursos de graduação na área de saúde. Trata-se, no caso do inciso VIII, dos calçados ortopédicos, das muletas auxiliares, das próteses mamárias, das cadeiras de rodas, dos andadores, das próteses auditivas, dentre outras. No caso do inciso IX a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde já reconhecem o papel de profissionais não médicos no atendimento de saúde visual, entendimento este que vem sendo respaldado no País pelo Superior Tribunal de Justiça. A manutenção do texto teria um impacto negativo sobre o atendimento à saúde nessas hipóteses [...] (Lima-2014).

Como anteriormente mencionado, podemos observamos que a optometria é reconhecida internacionalmente por várias entidades mundiais tais como a OMS – Organização mundial de Saúde, onde ocupa a cadeira de n° 187 e seu slogan é: Optometria a Primeira barreira contra a cegueira mundial, OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde, na qual preconiza dez de 1984 sobre a importância da atenção primária, como pilar da saúde visual, ONU – Organização das Nações Unidas, que reconhece o profissional da optometrista como prestador de serviços de atendimento primário da visão, UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, e a OIT – Organização Internacional do Trabalho. A atividade da optometria é amparada no Brasil, bem como diante da sociedade internacional, sendo injusto que os profissionais da área sofram devido à má interpretação da legislação em vigor. (Lima, 2014).

Na cidade de Fortaleza atualmente existem 245 Optometristas devidamente qualificados e registrados no Conselho Regional de Óptica e Optometria do Estado do Ceará – CROO-CE. O que nos permite calcular para que seja demonstrado o poder efetivo de atendimento primário a população local. Cálculo necessário para que sejam desenvolvidas políticas públicas que venham a utilizar e direcionar o efetivo disponível, de forma eficiente, para que possamos buscar o acesso universal aos serviços de saúde visual e a igualdade-social.

Segundo o conselho federal de medicina um profissional de saúde deve atender em média 25 pacientes por dia:

1 X 25 X 5 dias por semana = 125 atendimentos / semana;

125 X 4 = 500 atendimentos / mês, para cada Optometrista;

500 X 12 = 6.000 atendimentos / ano;

6.000 X 245 (Optometristas) = 1.470.000 (Demanda disponível de atendimentos / ano);

Para que o efetivo de optometristas possa atender a demanda da cidade de Fortaleza será dividido o número de habitantes pelo número de serviços disponibilizados, pela classe optométrica atualmente, utilizando uma regra de três simples:

2,4 Milhões de Habitantes na cidade de Fortaleza;

1,47 milhões de atendimentos por ano;

Utilizando uma regra de três simples podemos observar que:

$$1,47 = 1 \text{ ano}$$

$$2,4 = X \text{ anos}$$

$$X = 2,4 / 1,47$$

$$X = 1,6$$

Concluimos que seriam necessários aproximadamente 1ano e meio para se atender a **100%** da população da cidade de Fortaleza.

Entendemos que o exame de vista deve ser realizado anualmente, para que sejam observadas as alterações visuais, o que nos leva a observar que no presente momento, temos uma defasagem de 6 meses no atendimento final.

2.3 A Atenção Primária à Saúde

Quando muito se fala em atenção primária a saúde, devemos abrir uma ressalva para o sentido da abordagem da “**Atenção Primária**”. Segundo o blog: Direito Sanitário: Saúde e Cidadania que refere-se ao conceito em um texto escrito por Luiz Odorico Monteiro de Andrade em Abril de 2010. Que começa lembrando que a constituição reconheceu a saúde como direito do cidadão e criou o SUS como sistema público de saúde responsável por garantir, de modo universal e igualitário, o acesso às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. No qual o SUS é regido por três diretrizes constitucionais: A descentralização, a participação da comunidade e a integralidade da assistência, como prioridade para as ações preventivas. No entanto a prioridade para as ações preventivas nem sempre tem sido corretamente interpretada ou cumprida, uma vez que os serviços de saúde preventivos que quase sempre são de cunho coletivo, nem sempre são prioritários. (Andrade, 2010).

“[...] A atenção primária situa-se, fundamentalmente, no campo da prevenção, devendo ser priorizada no âmbito do SUS, conforme determinação constitucional [...]” (Andrade – 2010).

O que vem acontecendo no nosso país é que o termo “atenção primária” acaba conduzindo interpretes desatentos a compreender que se trata de uma assistência menor, elementar, uma vez que a palavra primária tanto pode ser interpretada como: Limitada, rudimentar, superficial (Novo Dicionário Aurélio).

No entanto a atenção primária, tendo como principal atribuição o primeiro cuidado com a saúde da pessoa, no sentido da sua promoção e proteção, a interpretação que melhor expressa a sua importância dentro da saúde pública é a de principal, fundamental, devendo, por isso, ser considerada como atenção prioritária, a qual orienta todo o sistema de saúde. (Andrade, 2010).

*“[...] Nenhuma saúde pública que garante a todos a integralidade da assistência à saúde pode negar à atenção primária o sentido de **prioridade**. A atenção primeira deve ser aquela que, atuando como filtro, como agente regulador do sistema público de saúde, consegue evitar que pequenos problemas de saúde se agravem, resolvendo de*

imediate 85% dos problemas que surgem, sem a necessidade de encaminhamento para a atenção especializada, com preservação da saúde individual [...]" (Andrade – 2010).

A atenção primária atua de maneira preventiva, de maneira a garantir boa saúde e integralidade dos serviços e postergando ou evitando doenças, permitindo melhores condições de vida tendo como principal atuação a prevenção da saúde, o que esta diretamente ligada aos gastos com saúde, a amplitude da cobertura desses serviços à população e a educação social ou a consciência e responsabilidade de cada um para com a sua saúde. E tudo o que possa evitar ou resolver os riscos ou prevenir agravos à saúde redundarão em melhores condições de vida. (Andrade, 2010).

Com o passar dos anos será cada vez mais difícil para qualquer país cobrir as despesas crescentes com a saúde, em razão do avanço tecnológico que torna cada vez mais caro os gastos ao invés de reduzi-los. Também não pode-se deixar de mencionar o aumento da taxa de natalidade o que agrava ainda mais a situação. Portanto torna-se necessário que a população também se conscientiza de suas responsabilidades para com a sua própria saúde a partir de medidas educativas que devem fazer parte do rol de atividades e serviços de Atenção Primária, Principal, Prioritária. (Andrade, 2010).

A partir do momento em que a atenção primária passar a ser considerada como **Atenção Prioritária** certamente estará no caminho de que o bem a ser protegido será a saúde e não a doença e como isso estaremos cumprindo a diretriz constitucional de priorizar as ações preventivas de cunho coletivo, evitando que o sujeito adoça porque a saúde pública chegou antes do agravo, prevenindo os riscos. (Andrade, 2010, parágrafo: 9). Site: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2010/04/12/sus-atencao-primaria-ou-prioritaria/>>.

“[...] A conferência da Alma-Ata, promovida pela OMS em 1979, aprovou, por unanimidade, como meta de seus países membros a “Saúde para todos até o ano 2000”, tendo como definição de atenção primária “uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto responsabilidade e autodeterminação. A atenção primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual se constitui como função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global

da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando à atenção a saúde o mais próximo possível de onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária". (OMS - 1979) [...]" (CONASS – 2007).

Para firmar o compromisso referentes a Atenção Primária e Promoção da Saúde foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) regulamentada pela portaria num. 648 de 28 de março de 2006, e a Portaria num. 687, de 30 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a partir da necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para promoção da saúde em consonância com os princípios do SUS. Entendendo aqui a promoção da saúde como um dos eixos da Atenção Primária. (CONASS, 2007).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS):

A) Utiliza um conceito ampliado de saúde, visando promover a qualidade de vida, a equidade, e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes: como o modo de vida, o ambiente, a educação, as condições de trabalho, a moradia, o lazer, a cultura e o acesso a bens e serviços essenciais;

B) Busca ampliar a autonomia e a corresponsabilidade da população no cuidado integral à saúde, entendendo como fundamental reduzir as desigualdades, no contexto social mais amplo e das regiões do país, atentando para as questões específicas como gênero, etnias e raças, opção e orientação sexual, entre outras;

C) Aponta para a busca da mudança do atual modelo assistencial médico-hospitalocêntrico, baseado na atenção individualizada e fragmentada. (CONASS, 2007).

"...A PNPS entende que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere a visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas..." (CONASS, 2007).

Por sua vez a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) entende que “a Atenção Básica (referida nos dias atuais como Atenção Primária), caracteriza-se como: Um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitária democrática e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (CONASS, 2007).

“...Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social...” (CONASS, 2007,).

A atenção primária considera o sujeito em sua singularidade, complexidade. Integralidade, e inserção sociocultural, buscando a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimento que possam comprometer a possibilidade de viver de modo saudável. (CONASS, 2007).

Ainda de acordo com a PNAB a então referida atualmente como Atenção Primária fundamenta-se por:

A) Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito a fim de permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com os princípios da equidade;

B) Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, trabalha de forma interdisciplinar e em equipe, e a coordenação do cuidado na rede de serviços;

C) Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

D) Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

E) Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;

F) Estimular a participação popular e o controle social.

(CONASS, 2007).

“[...] A Atenção Primária a Saúde constitui-se em um conjunto de atividades e serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento [...]” (Gofin, CONASS, 2007).

Para que a Atenção primária a Saúde possa ser entendida como uma estratégia para organizar o sistema de saúde, este sistema deve estar baseado em alguns princípios estratégicos simples:

- Serviços Acessíveis;
- Relevantes às necessidades de saúde;
- Funcionalmente integrados (coordenação);
- Baseados na participação da comunidade;
- custo-efetivos;
- caracterizados por colaboração Inter setorial;

Quanto à filosofia que permeia um sistema de saúde, um país só pode proclamar que tem um sistema de saúde baseado em APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracterizar por:

- Justiça social e equidade;
- Auto responsabilidade;

- Solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde.

- Enfatizar a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde (Ministério da Saúde, 2006).

“[...] Não diferem nos princípios da Alma-Ata, mas sim na ênfase sobre as implicações sociais e políticas na saúde. Defende que o enfoque social e político da APS deixaram para trás aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, se pretendem alcançar mais equidade em saúde [...]” (CONASS, 2007).

3 Analisando projetos nacionais voltados para a prevenção da saúde visual.

3.1 O programa Saúde da Família.

Nos últimos anos o governo brasileiro tem demonstrado sua preocupação com a situação da cegueira nacional. No entanto o modelo de medicina curativa, de cunho médico-hospitalocêntrico tem colocado as orientações da OMS em segundo plano, a formulação da comissão de prevenção à cegueira de caráter corporativo, que expressa o interesse de uma classe específica, desconsiderando a necessidade da população.

Com o aumento progressivo da demanda de saúde visual no âmbito nacional a referida classe procura desenfreadamente uma classe desavisada para atribuir a função de avaliador primário da saúde visual. Como é o caso do Médico da família. Segundo publicano na Revista APS, v.10, n.1, p. 66-73, jan./jun. 2007 com o título: As estratégias de prevenção em saúde ocular no âmbito da saúde coletiva e da Atenção Primária a Saúde, no qual o autor, Ricardo Augusto Paletta Guedes, descreve em sua abordagem a tentativa de atribuir ao Médico da Família, as funções de avaliador primário da saúde visual quando menciona na pág.: 10:

“[...] O termo atenção primária oftalmológica pode ser definido como o fornecimento do primeiro contato na atenção à saúde para todas as condições oculares e o acompanhamento, a prevenção e a reabilitação de algumas condições oculares. Esta prática pode ser gerada em uma variedade de locais (níveis primário, secundário e terciário), inclusive as unidades básicas de saúde, e **por uma diferente gama de profissionais** [...]” (Guedes, 2007).

Com a finalidade de mudar esta realidade, espera-se nesse momento que se desvie uma parte desta relação de pacientes para as unidades básicas de saúde, a fim de ser resolvida pela equipe de saúde da família. (Guedes, 2007).

“[...] **Com isto haveria uma maior resolutividade em nível primário**, evitando que o nível secundário fique sobrecarregado de atendimentos... (Guedes, 2007) [...] Para isto, é necessário um maior envolvimento da equipe multiprofissional, assim como um treinamento específico para lidar com alguns aspectos da saúde ocular [...] (Guedes, 2007)

E continua orientando de modo a listar o que seria oportuno para a referida atribuição:

- O profissional da saúde da família deve se inteirar das principais causas de cegueira e deficiência visual do seu meio.

- Assim como os principais fatores de risco para seu desenvolvimento ou agravamento.

- Ele também deve ainda estar apto a responder de maneira correta e adequada às necessidades de saúde ocular, individuais e coletivas, daquela comunidade onde está inserido.

- Faz-se necessário que o médico de família na atenção básica saiba utilizar métodos específicos de triagem para problemas oculares mais frequentes.

- Do ponto de vista prático realizaram estudo tentando avaliar qual seriam os melhores métodos de exame de triagem das doenças oculares mais prevalentes, passíveis de serem realizados pela equipe em um ambulatório de atenção primária.

- Na sua conclusão, um exame de acuidade visual e um exame de fundo de olho (exames que teoricamente qualquer médico de família deveria estar apto a realizar), associados a um questionário de 5 perguntas sobre fatores de risco mais importantes para doenças oculares. (Guedes, 2007).

Observa-se que se faz necessário a atribuição de uma classe específica para atender essa demanda, na qual ao ignorar a especialidade optométrica, tenta-se colocar a responsabilidade, neste caso para o **médico da família**, o que já não basta suas responsabilidades, agora ainda tem que se inteirar do assunto que diz respeito á especialidade visual, e ainda deve desenvolver estudos avaliando qual seria o melhor método de exame para a triagem de doença mais frequentes.

3.2 O projeto Olhar Brasil.

Outra tentativa marcante, criada no ano de 2011, ficou conhecida como projeto Olhar Brasil. Uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação no qual se pretendia treinar os professores de ensino fundamental, os professores do programa Brasil alfabetizado e os agentes de saúde da família a realizar uma triagem visual utilizando o teste de Acuidade Visual através do teste de “Snellen Letras”. O público alvo era inicialmente os alunos matriculados no ensino fundamental (de 1° a 8° série/1° ao 9° ano) e os alunos matriculados no programa Brasil alfabetizado em especial os acima de 60 anos.

Este curso de formação para triagem visual consiste em uma carga horária de 16hs, nas quais 4hs seriam reservadas para atividades práticas de aplicação do teste, reconhecimentos de alguns sintomas visuais e a tomada das medidas de acuidade visual com o intuito de encaminhar os pacientes que apresentassem alguma dificuldade para visualizar as referidas letras aplicadas no teste.

O Projeto Olhar Brasil considera que os professores e alfabetizadores, devido a proximidade e contato diário com os educandos, e por atuarem em atividades que envolvem o uso da função visual, os identifica como sujeitos importantes no processo de identificação dos problemas visuais dos estudantes, dessa maneira propõe que professores e alfabetizadores realizem a triagem encaminhando a consulta oftalmológica quando for necessário, assim como os agentes comunitários de saúde (ACS), a desenvolver a triagem na população com idade igual ou acima de 60 anos, proporcionando melhorias na qualidade de vida nessa faixa etária. (Fonte: Projeto Olhar Brasil, 2008).

Atualmente com a contínua necessidade de se atribuir a função de avaliador primário da saúde visual a alguma classe, seja ela qual for, fez com que a própria classe oftalmológica disponibilizasse sua titularidade para que seja reconhecido como avaliador primário da saúde visual. Conforme divulgado pelo jornal A Folha de São Paulo, em 25 de outubro de 2014, onde o

CBO descreve 15 pontos para atingir a meta de “[...] **Mais acesso à saúde visual para a população brasileira** [...]”. Dentre eles estão:

- A política nacional de atenção à saúde ocular que considere a atuação do oftalmologista na atenção básica e na atenção especializada.
- A criação do vale consulta oftalmológica ou cheque oftalmologia;
- O plano de carreira federal para o médico oftalmologista comunitário;
- Tabela de remuneração diferenciada em localidades prioritárias para o SUS;
- Fomentar mecanismos de renúncia fiscal para aquisição de equipamentos;

Observa-se que a procura de uma classe para preencher essa lacuna profissional que atribui à função de avaliador primário da saúde visual, como anteriormente mencionada a atenção primária que pode ser entendida como:

“[...] A atenção primeira que deve ser aquela que, atua como filtro, como agente regulador do sistema público de saúde, consegue evitar que pequenos problemas de saúde se agravem, resolvendo de imediato 85% dos problemas que surgem, sem a necessidade de encaminhamento para a atenção especializada, com preservação da saúde individual [...]” (Andrade, 2010).

Observa-se a eminente necessidade de se definir alguma classe para assumir o papel de avaliador primário da saúde visual, quando nos colocamos a perceber o real interesse dos projetos mencionados. A tentativa de se atribuir esta função aos médicos da família no tocante aos requisitos e indicações, só faltou mencionar a necessidade dos mesmos se matricularem no curso técnico de optometria, não deixando de mencionar que as orientações deixam claro que é de responsabilidade dos mesmos que se interessem pela disciplina e que se aprofundem nos assuntos de interesse visual e que em fim desenvolvam mecanismos próprios para desempenho da função.

Quando ao projeto Olhar Brasil, chega a ser um insulto acreditar que a triagem visual possa ser feita por profissionais que apesar de tudo que já fazem tem que estar aptos a reconhecer distúrbios visuais, e definir quem deve ou não ser encaminhado para um exame de vista especializado. O teste de

snelle aplicado a jovens, devido a pouca idade e o alto poder acomodativo, torna-se obsoleto, não considerando aspectos binoculares, motores, sensoriais e tantos outros. Já o mesmo aplicado em idosos, desconsiderando patologias que podem passar despercebidas como o glaucoma, a catarata encapsulada (que na sua maioria acaba melhorando a Acuidade Visual), a degeneração macular e assim por diante.

Este projeto oportuno não perde a oportunidade de declarar o desejo da classe médica de atribuir as funções da mesma, a avaliação primária da saúde visual, fato este que:

“[...] Segundo a perspectiva do CBO, o modelo do SUS vigente...As políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde colocam o serviço oftalmológico em **níveis secundário e terciário de complexidade** [...]” fonte: Departamento Comercial da Folha de São Paulo, 25 de outubro de 2014).

Ainda segundo o Palestrante Dr. Pedro Silveira, Oftalmologista renomado no âmbito nacional, que disponibiliza no seu site oficial teleoftalmo, conteúdo de suas considerações, quando menciona o alerta do departamento de recursos humanos da OMS: Devido ao tempo e custo da formação médica, é preciso que o médico seja priorizado na assistência à saúde de alta e média complexidade nos programas.

Não podemos deixar de ressaltar, o plano de carreira federal para o médico oftalmologista comunitário, o que poderia ser comparado ao cargo de juiz federal, haja vista o tamanho da centralização de poder, contrariando toda e qualquer orientação do Sistema Único de Saúde que menciona veementemente à eminente necessidade da substituição da medicina curativa, pela atenção à saúde de caráter preventivo, que exerça o poder do estado de saúde antes que o indivíduo esteja em situação de doença.

Enquanto a discursão gira em torno dos problemas Inter-setoriais, o que, diga-se de passagem, caminha no sentido contrário aos princípios do OMS, da SUS, dentre tantos outros, a saúde visual da população brasileira continua com sérios problemas estruturais. Infelizmente até os dias atuais não é possível mensurar a quantidade real de cegos e deficientes visuais no nosso país.

4 O Índice de Desenvolvimento Humano da Cidade de Fortaleza.

Nos dias atuais, nosso país ostenta a 7ª posição no ranking dentre as maiores economias do mundo, este cálculo é feito através do Produto Interno Bruto – PIB, que é uma medida do valor de bens e serviços que o país produz num período, referentes a agropecuária, indústria e serviços. Este cálculo é feito com o objetivo de medir a atividade econômica e o nível econômico de uma região. Observando que quanto mais se produz, mais se esta consumindo, investindo e vendendo. Fonte: <g1.globo.com/economia/pib-o-que-e/platb/>.

Figura 2:



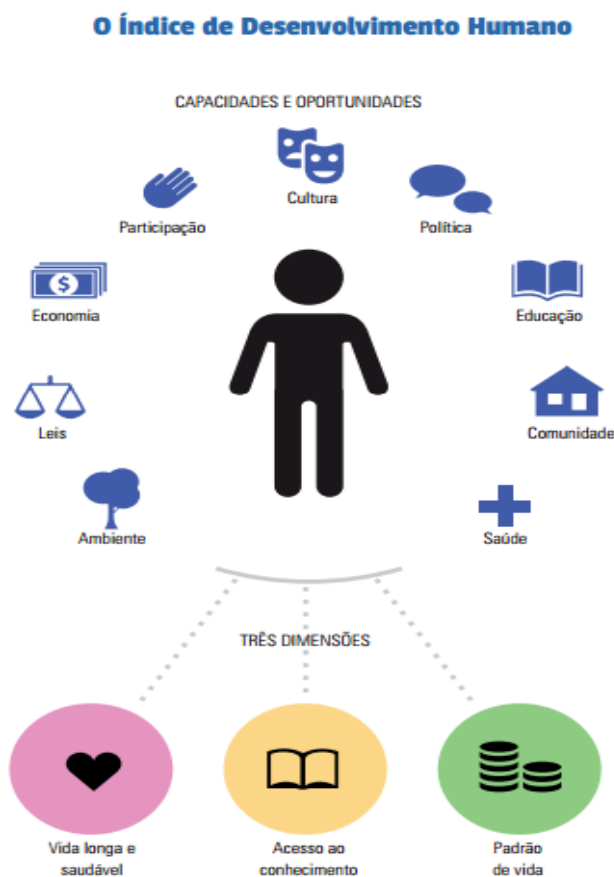
Através desse cálculo podemos definir o PIB/ per capita (por pessoa) que calcula a média de quanto caberia a cada brasileiro se todos tivessem partes iguais. Deve-se ressaltar que quanto maior o PIB/ per capita a tendência é que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) fosse maior, conseqüentemente. No entanto o Brasil ainda encontra-se atualmente na 79ª posição, em que foi calculado com o IDH de 0,799 de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2013).

O conceito de desenvolvimento humano nasceu definido como um processo de ampliação das escolhas das pessoas para que elas tenham capacidades e oportunidades para ser aquilo que desejam ser. (Fonte: <http://www.pnud.org.br/2015>).

Fazendo um contra ponto a perspectiva do crescimento econômico, que observa o bem-estar de uma sociedade baseando-se apenas pelos recursos ou pela renda que ela pode gerar. O desenvolvimento humano aborda um olhar direto para a pessoa, considerando suas oportunidades e capacidades. Entendendo que a economia é importante no tocante ao desenvolvimento e não como fim. Muda-se a perspectiva do crescimento econômico para o mais importante, que é o desenvolvimento do ser humano. Partindo do pressuposto de que para se medir o avanço da qualidade de vida de uma população deve-se analisar não somente o contexto econômico, mas também considerar outras características sociais, culturais e políticas que influenciam diretamente a qualidade de vida humana. (PNUD, 2015).

Atualmente, o IDH consiste em três pilares que são a saúde, a educação e a renda, que são mensurados da seguinte forma:

Figura 3:



- Uma vida longa (saúde), é medida pela expectativa de vida;
- O acesso ao conhecimento (educação), que é a média de anos de educação de adultos, que é o número médio de anos de educação recebido durante a vida por pessoas a partir de 25 anos e a expectativa de anos de escolaridade para crianças na idade de iniciar a vida escolar pode esperar receber se o padrão prevalente de taxa de matrículas específica por idade permanecerem os mesmos durante a vida da criança.

- O padrão de vida (renda) que é medido pela Renda Nacional Bruta (RNB) per capita expressa em poder de paridade de compra (PPP) constante, em dólar, tendo 2005 como ano de referencia.

Para ilustrarmos as diferenças existentes de forma mais objetiva utilizaremos o IDHM que é o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal que adequa a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. (PNUD, 2015).

Atualmente o Brasil conta com 27 unidades federativas, onde o Distrito Federal aparece como o maior IDH-M que é 0.824 e Alagoas como o menor com o IDHM de 0,631 já a Unidade Federativa do estado do Ceará ocupa o 17° colocação com o IDH-M de 0,682 em 2010, o que situa esta UF na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDH-M entre 0,600 e 0,699).

A cidade de Fortaleza nos chama-nos a atenção devido ao IDH-M de 0,754 o que situa este município na faixa de Desenvolvimento Humano ALTO (IDH-M entre 0,700 e 0,799). No entanto a desigualdade-social é um fator predominante nesta região. Segundo a prefeitura de Fortaleza:

“[...] Um dos maiores desafios da atual gestão é o de construir pontes entre a **Fortaleza que é a segunda cidade mais desigual do País** e a Fortaleza que é repleta de potenciais, com belezas naturais únicas e um povo acolhedor, hospitaleiro e batalhador. Os desafios para essa construção são enormes, mas é claro o sentimento de esperança em cada fortalezense e é com essa motivação que o Prefeito e todos os secretários e servidores da Prefeitura seguem firmes no propósito de enfrentá-los... Para isso, é fundamental olhar com mais carinho para as três áreas que são as maiores prioridades da gestão: saúde, educação e mobilidade urbana... Melhorar o atendimento primário, através do Programa Saúde da Família nos postos de saúde e fazer com que cada bairro de Fortaleza possua um posto funcionando efetivamente, com medicamentos e **profissionais**

disponíveis, são metas inarredáveis da gestão [...]”Fonte: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/cidade>>.

Com mais de 2,4 milhões de habitantes, divididos em 119 bairros, sendo a quinta capital mais populosa do país. A cidade de Fortaleza é dividida por regiões administrativas conhecidas como Regionais, na qual temos sequencialmente a cidade dividida em 6 Regionais sendo que o centro possui uma secretaria administrativa própria que faz parte da Regional II. Segundo o levantamento feito pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Humano da Prefeitura Municipal de Fortaleza, que acaba de concluir o estudo sobre o Índice de Desenvolvimento Humano dividido por bairros na cidade de Fortaleza, tendo como base os dados do Censo realizado em 2010. A ênfase desse estudo é a conscientização pública sobre o bem-estar da população. A pesquisa divulgou uma tabela na qual discriminou os seguintes resultados (Castro, 2014).

Figura 4:

Tabela 1: Os 10 melhores bairros de Fortaleza quanto ao IDH no ano de 2010.		Tabela 2: Os 10 piores bairros de Fortaleza quanto ao IDH no ano de 2010.	
Bairro	IDH	Bairro	IDH
1º Meireles	0,953	1º Conjunto Palmeiras	0,119
2º Aldeota	0,867	2º Parque Presidente Vargas	0,135
3º Estância (Dionísio Torres)	0,860	3º Canindezinho	0,136
4º Mucuripe	0,793	4º Genibaú	0,139
5º Guararapes	0,768	5º Siqueira	0,149
6º Cocó	0,762	6º Praia do Futuro II	0,168
7º Praia de Iracema	0,720	7º Planalto Ayrton Senna	0,168
8º Varjota	0,718	8º Granja Lisboa	0,170
9º Fátima	0,695	9º Jangurussu	0,172
10º Joaquim Távora	0,663	10º Aeroporto (Base Aérea)	0,177

Segundo a pesquisa considerando uma dimensão regional, a regional II, destacou-se por possuir o maior (IDH-B), em contra partida a regional V apresentou o pior desempenho.

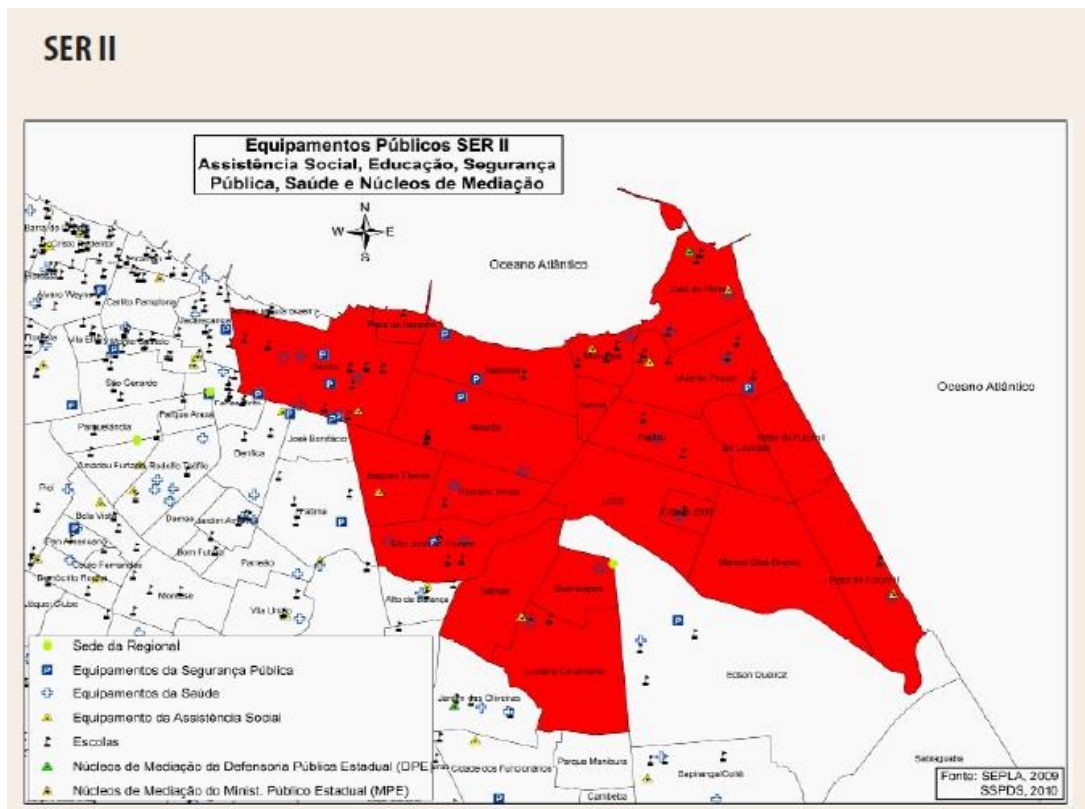
4.1 A Regional II.

A Secretaria Executiva da Regional II compõe-se com o Centro, que tem uma Secretaria Executiva própria, a Aldeota, que é um bairro com grande adensamento comercial e de serviços, não podemos deixar de mencionar que o mesmo representa uma boa parcela da arrecadação municipal. A mesma regional ainda concentra 15 áreas de risco, onde moram 2.808 famílias. Abrigando 14,64% da população de Fortaleza, sendo que a metade dos seus residentes possui menos de 33 anos. Possuem o segundo menor índice de analfabetismo, perdendo apenas para a Regional IV e a melhor renda média por família de 13,2 salários mínimos por mês. Os rendimentos mais elevados concentram-se no bairro do Meireles no qual representam 28,6 salários mínimos, em contra partida os piores rendimentos assim como os piores índices de analfabetismo desta regional estão nos bairros Cais do Porto, Praia do Futuro e Dunas. (Perfil da SER II, 2011).

Concentra 48,3% dos estabelecimentos que geram empregos na capital, onde estão reunidos 38,74% dos empregos formais da cidade de Fortaleza, destaca-se por ser o principal motor econômico, sendo que as principais atividades estão relacionadas com o setor de serviços seguidas pelo comércio. (Perfil da SER II, 2011).

De acordo com a tabela 1 mencionada anteriormente, dentre os bairros com maior IDH-M, sendo que 9 bairros com exceção do bairro de Fátima, encontram-se na Regional II. No qual o bairro Meireles destacou-se marcando o IDH-M de 0,953. O que o classificou como maior IDH-M da cidade de Fortaleza.

Figura 5:

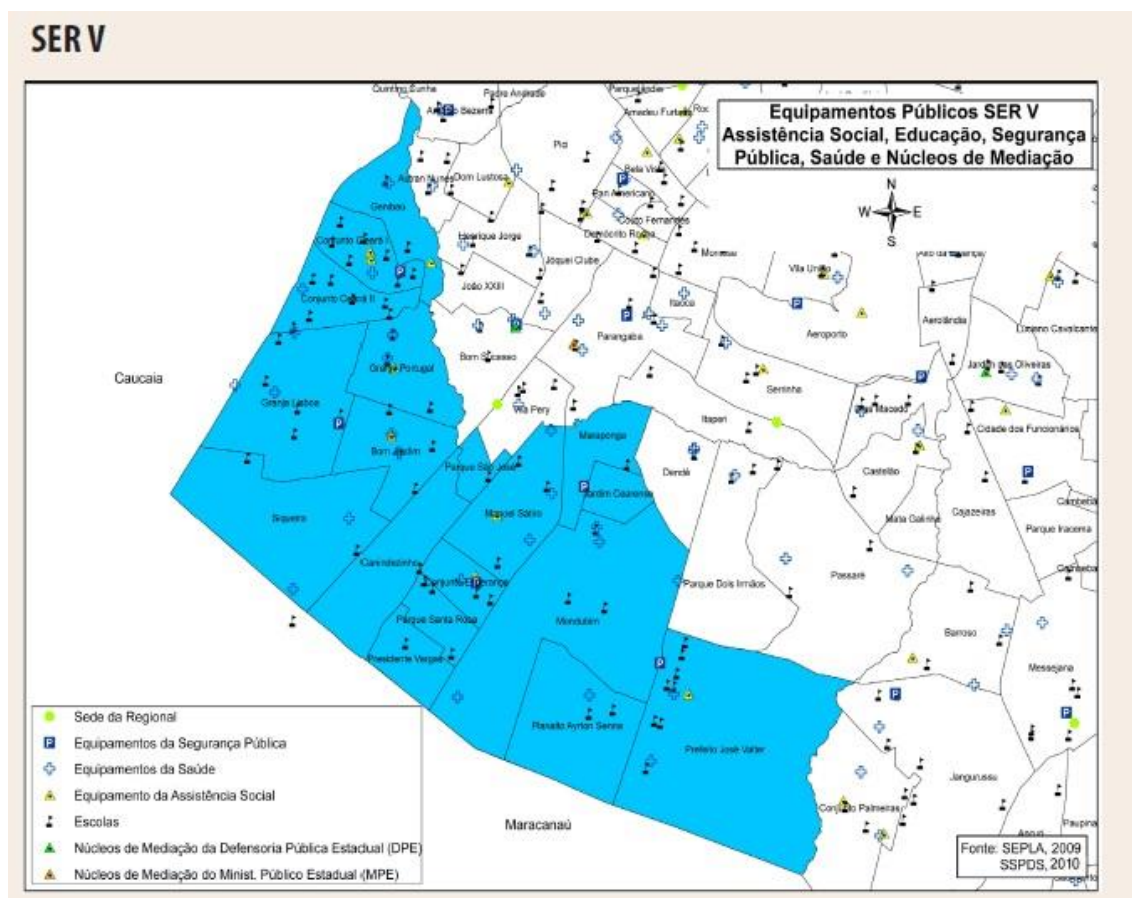


A Regional II contabiliza 364.808 habitantes segundo o IBGE – 2009 no qual estimou superar a marca dos 403.368 habitantes no ano de 2014. E tratando-se da educação possuía 122.585 alunos matriculados em todos os níveis de ensino das redes públicas (municipal, estadual e federal) e privados. Possui uma escola federal, 25 escolas estaduais, 23 escolas municipais e 135 escolas privadas. Sendo que a média de anos de estudo do chefe de família é de 10,79 anos, conforme o Censo 2000.

4.2 A Regional V.

Já a Secretaria Executiva da Regional V (SER V) possui 21,1% da população de Fortaleza. Na qual é considerada a Regional mais populosa e ao mesmo tempo a mais pobre da capital, com rendimentos médios de 3,07 salários mínimos. O bairro mais populoso é o Mudubim (80 mil habitante), seguida pela Granja Lisboa (49 mil habitantes), Genibaú (39 mil habitantes) e vila Manoel Sátiro (34 mil habitantes). Observa-se que alguns bairros como o Bom Jardim tiveram sua população duplicada na década de 90, passando de 15.587 (1991) para 34.507 (2000) já o Siqueira, saltou de 4.540 em 1991 para 23.728 (2000). Representa a população mais jovem da cidade, o que abriga 44% da população que têm até 20 anos. (Perfil da SER V, 2011).

Figura 6:



A Regional V destaca-se ainda por ser o segundo maior índice de analfabetismo, inferior apenas ao registrado pela regional VI. Sendo que o bairro do Siqueira apresenta o índice de (25,58%), o Genibaú (25,18%) e o Parque Presidente Vargas (24,51%) são os bairros que sobrem mais com esse problema. A principal atividade econômica é o comércio, onde concentram-se apenas 2,89% dos empregos formais de Fortaleza. A taxa de acesso à rede de esgoto da Regional V é a pior entre as seis regionais, com 24,56%.

Ressalta-se ainda a concentração de bairros da regional V na Tabela 2 anteriormente mencionada, referindo-se aos bairros que registraram o pior IDH-M da cidade de Fortaleza. No qual se destaca o conjunto Palmeiras apesar de não fazer parte da Regional V com o pior IDH-M: 0,119, seguidos por outros como o Canindezinho em 3º com o IDH-M de 0,136, o Genibaú, o Siqueira, Planalto Airton Senna, Granja Lisboa, dentre outros.

Quanto a educação em 2006, a Secretaria Regional V registrou 158.267 alunos matriculados em todos os níveis de ensino das redes pública (municipal, estadual e federal) e privada. Sendo que os estudantes estavam distribuídos em 42 escolas estaduais, 87 escolas municipais e 175 escolas privadas. A média de anos de estudo do chefe de família era de 5,87 anos, conforme o Censo 2000 divulgado pelo IBGE. (Perfil da SER V, 2011).

Ao compararmos os dados referentes as regionais II e V, nos foi permitido avaliar suas diferenças e produzir o gráfico sugerido para avaliarmos suas diferenças, para que sejam desenvolvidas políticas públicas que venham a diminuir a desigualdade existente entre os bairros de Fortaleza:

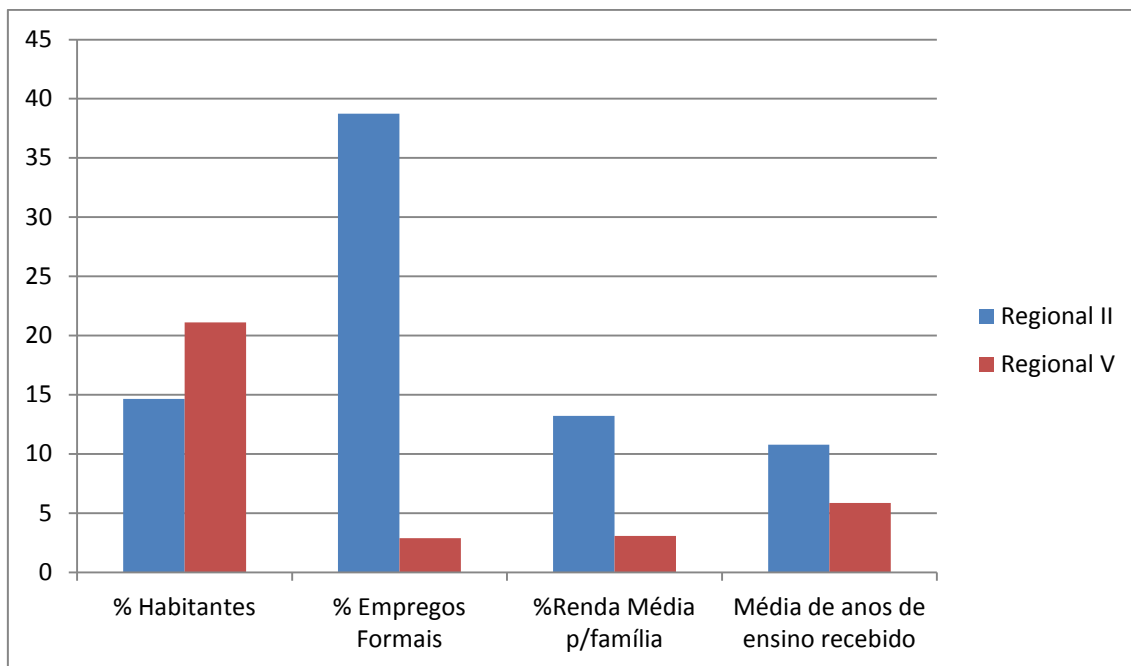


Figura 7: (Produção Própria);

Como podemos observar a diferença entre os índices de desenvolvimento humano variam até 900% entre o primeiro e o último colocado no ranking do IDH-B da cidade de Fortaleza, o que nos sugere que estamos longe de atingirmos um objetivo comum que é o de uma cidade mais justa, com caráter de igualdade social e qualidade de vida para todos de uma forma equitativa e justa.

5 Considerações Finais:

O que nos chama atenção no presente pesquisa é que o “ESTADO” não deixando de mencionar que quando nos referimos ao “ESTADO” estamos nos referindo á representação dos interesses da população, o mesmo ESTADO que reconhece o curso Técnico em Óptica e Optometria, Bacharel em Optometria, dentre outras qualificações na área da saúde visual, o mesmo ESTADO, procura desmedidamente alguém, ou alguma classe para atribuir a função de Atendimento Primário da Saúde Visual.

Concluimos que atualmente não há de fato um profissional definido, para atuar como Agente Sanitário de Atenção Primária da Saúde Visual, no Sistema Único de Saúde – SUS, da cidade de Fortaleza, o que existe na verdade, são interesses políticos que tentam desmedidamente atribuir a função de avaliação primária para tantas outras classes, seja de agentes comunitários de saúde, educadores, médicos da família. Ignorando a presença do profissional Optometrista, que é reconhecido por vários órgãos internacionais como a OMS, a ONU e tantas outras, conseqüentemente ignorando o Código Brasileiro de Ocupações, e não mais importante a Certificação do Ministério da Educação.

É inaceitável que a triagem da saúde visual seja feita por um profissional desqualificado, não há como avaliar o sistema visual utilizando apenas um teste, como por exemplo, a Acuidade Visual, haja vista que as crianças, por exemplo, possuem um alto poder acomodativo, o que camufla vários problemas visuais, que deve ser avaliado por um profissional habilitado para reconhecer essas diferenças. Por outro lado podemos citar a catarata encapsulada, que faz a acuidade visual melhorar em alguns casos, temos também o glaucoma, as opacificações, a pressão intraocular, as hipermetropias fisiológicas, miopias, astigmatismos, presbiopia e assim por diante. Problemas que são em sua maioria de origem assintomática, que causam desconforto visual, desatenção, sofrimento, contribuindo dessa forma para a desigualdade social.

A triagem visual não pode ser considerada a parte mais simples do exame, mas sim a mais importante, como fator determinante para prevenção de saúde visual, para o reconhecimento de anormalidades precocemente e conseqüentemente o impedimento de agravos.

Devemos entender que os Princípios da Atenção Primária da Saúde Visual devem ser utilizados como mecanismos de Gestão Organizacional do Sistema Público de Saúde, com a finalidade de organizar a demanda de serviços e utilizar os recursos disponíveis com o mais alto nível de eficiência. Funcionando como mecanismo regulador dos serviços de saúde, canalizando e assim prevenindo, dessa forma fazendo que a presença do **ESTADO** chegue ao paciente, antes que o mesmo tenha que estar em uma situação de **DOENÇA** ou enfermidade.

Quanto à classe optométrica, para que a Atenção Primária da Saúde Visual seja exercida com excelência devemos parar de culpar outras classes, e órgãos governamentais e definitivamente assumir o nosso papel diante da sociedade civil, assumir o compromisso de fazer o que é certo e não o que o mercado óptico está impondo a classe, repetidamente ao longo dos anos.

Canalizar o público alvo servindo como a porta de entrada do sistema único de saúde, considerando o sujeito em sua singularidade e complexidade, integralidade, inserção social, buscando a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças, e a redução de danos ou sofrimento que possam comprometer a possibilidade de viver de modo saudável.

Entendemos que o Optometrista atuando no exercício pleno de suas funções como Agente Sanitário da Atenção Primária da Saúde Visual, poderia representar um impacto direto no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M), da cidade de Fortaleza, tendo em vista que o IDH é calculado através de três pilares: A educação, a renda e a saúde. Considerando que o conceito de desenvolvimento humano nasceu definido como um processo de ampliação das escolhas das pessoas para que elas tenham capacidades e oportunidades para serem aquilo que desejam ser.

Portanto o impacto referido direciona-se aos três pilares do IDH – quanto aos aspectos da Saúde: prevenindo agravos, diminuindo o sofrimento das pessoas que em sua maioria estão padecendo por problemas visuais desnecessários; na Educação: potencializando o sentido visual, atuando no desenvolvimento do potencial humano, representaria a igualdade de competitividade no desafio da aprendizagem e consequentemente influenciando a Renda: O que se reverteria de um modo geral em melhores condições de **qualidade de vida**.

Para isso se faz necessário que o profissional optometrista desempenhe o seu papel de uma forma integral. Exercendo nada mais do que está registrada no Código Brasileiro de Ocupações, que descreve precisamente as funções do profissional optometrista em vários aspectos, quanto á realização de exame Optométrico.

Mera coincidência com a Ficha Clínica de Optometria Funcional não é atoa, não basta apenas ser rotulado como optometrista, é preciso que o profissional assuma o compromisso social, com a ética profissional, documentando os processos para que sejam desenvolvidos políticas públicas que possam influenciar a qualidade de vida e o **desenvolvimento sustentável**, atendendo as necessidades atuais, utilizando os recursos necessários, evitado desperdícios e o mais importante, prevenindo, promovendo a saúde, tratando de doenças e dessa forma reduzindo danos e sofrimento, através do longo processo de responsabilização, participação social, e desenvolvimento sustentável. Para que em um futuro próximo possamos gozar do mais alto nível de saúde visual em nossa cidade e possamos alcançar os objetivos do programa visão 2020, O direito de ver! Que em nosso país não haja ninguém desnecessariamente cego e que em casos inevitáveis essa pessoa possa desenvolver o seu pleno potencial.

Referencias Bibliográficas:

Bezerra, Artemir. Aspectos legais e práticos da optometria no brasil; 1ª Ed. 2011;

CBO, As condições de saúde ocular no brasil, Cegueira e Baixa Visão no Brasil 1ª Ed. 2012;

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Atenção Primária e Promoção da Saúde, 1ª Ed. 2007;

Guedes, Ricardo Augusto Paletta, As estratégias de prevenção em saúde ocular no âmbito da saúde coletiva e da Atenção Primária à Saúde - APS. Revista APS, v.10, n.1, p. 66-73, jan./jun. 2007;

Lima, Francisco Xavier de. Optometria Legal no Brasil, 1ª Ed. 2015;

OMS, Iniciativa Global para a Eliminação da Cegueira Evitável (1999), WHO/PBL/97.61 Rev.2 – 2000, (Tradução-Inglês);

Projeto Olhor Brasil (2008), Triagem de Acuidade Visual, Manual de Orientação, 1ª Ed. 2008;

SINUS (2014), Organização Mundial de Saúde Guia Prático;

Vision 2020, Iniciativa Global para a Eliminação da Cegueira Evitável: Plano de Ação 2006-2011, 1ª Ed. 2007;