



**ROGÉRIO SANTIAGO DA SILVA**

**ACESSIBILIDADE A UMA BOA VISÃO POR INTERMÉDIO DO  
EXAME OPTOMÉTRICO**

**FORTALEZA  
2018**

**ROGÉRIO SANTIAGO DA SILVA**

**ACESSIBILIDADE A UMA BOA VISÃO POR INTERMÉDIO DO EXAME  
OPTOMÉTRICO**

**FORTALEZA  
2018**

**ROGÉRIO SANTIAGO DA SILVA**

**ACESSIBILIDADE A UMA BOA VISÃO POR INTERMÉDIO DO EXAME  
OPTOMÉTRICO**

Monografia apresentada ao Centro de Formação Profissional Ratio, como requisito parcial para obtenção da diplomação do Curso Técnico em Optometria, sob a orientação dos Professores Roberto Lopes Filho e Adryana Estácio Trummer.

**FORTALEZA  
2018**

**ROGÉRIO SANTIAGO DA SILVA**

**ACESSIBILIDADE A UMA BOA VISÃO POR INTERMÉDIO DO EXAME  
OPTOMÉTRICO**

Monografia apresentada ao Centro de Formação Profissional Ratio, como requisito parcial para obtenção da diplomação do Curso Técnico em Optometria.

Monografia aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_. (DATA)

Orientadora Metodológica: Prof.<sup>a</sup> Adryana Estácio Trummer

Orientador (a) Conteudista: Roberto Lopes Filho

Coordenador: Prof. Antônio Cláudio da Silva Maciel

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço sempre a Deus por prover todo o bem comum a disponibilizado a mim e minha família por fazerem parte dessa caminhada intensa, sendo compreensivas nos momentos de ausência por minha parte em prol da construção do trabalho em um todo, aos professores que fizeram com que meu desenvolvimento viesse a ser mais significativo exigindo sempre o melhor de mim sempre.

*Considero que estou aprendendo, mas preciso ser intenso pois lá fora se rompe o amanhecer e é preciso força pra sonhar e perceber que a estrada vai muito além do que se vê pois o show tem que continuar.*

## RESUMO

Considerando que a acessibilidade ao exame optométrico proporciona um relevante benefício à população, especialmente às mais carentes, a presente pesquisa tem o objetivo de expressar como uma mudança de pensamento em relação ao tema levaria uma nação inteira a ter benefícios relacionados à saúde visual, além de representar uma importante evolução no campo da saúde pública brasileira, através da parceria entre optometristas e oftalmologistas, já que uma profissão complementa a outra. O trabalho terá, como ponto de partida, a contraposição dos pontos de vistas sobre a importância do optometrista dentro de um contexto social, através de pesquisas bibliográficas realizadas sobre os trabalhos dos autores Myriam Leonor e Jose Maria Plata, onde relatam e mostram, como um bom exemplo a ser seguido, o crescimento em conjunto dos dois profissionais na Colômbia, após um período em que não existiam profissionais em quantidade e qualidade para atender à demanda local, onde eles se reinventaram e fizeram com que tudo se tornasse menos complexo e acessível, resultando na diminuição do índice de cegueira no país. Diferente dos relatos observados nos trabalhos dos autores Kara José & Temporini, aqui no Brasil, ambos relatam números alarmantes de pessoas com problemas de visão, impactando direta e negativamente não somente nos índices da saúde, mas também em outros campos como a educação, por exemplo, uma vez que a maioria dos repetentes na escola se dá por falta da acuidade visual e, conseqüentemente, levando a uma desqualificação do indivíduo para o mercado de trabalho e emprego. Observa-se, portanto, que se trata de problemas que estão intimamente interligados e que poderiam ser evitados com uma simples avaliação preventiva, efetuada por um optometrista. Deste modo, podemos concluir que, no Brasil, enquanto houver divergência de ideologias e reinar o individualismo para manutenção do monopólio por parte da classe médica, neste caso, dos oftalmologistas, ocasionando uma elitização do serviço da saúde visual, cada vez mais será observado o caos na saúde pública, e especialmente para as pessoas que não fazem parte de uma classe social mais qualificada financeiramente, e que não possuem condições de manterem planos de saúde particular. Sob esse ponto de vista, a falta de informação é apenas a ponta do *iceberg*.

**Palavras chave:** Optometria; Acessibilidade.

## ABSTRACT

Considering that accessibility to the optometric examination provides a relevant benefit to the population, especially the most deprived, the present research aims to express how a change of thought in relation to the subject would take a whole nation to have benefits related to visual health, besides represent an important evolution in the field of Brazilian public health, through the partnership between optometrists and ophthalmologists, since one profession complements the other. The work will have, as a starting point, the contraposition of points of view on the importance of the optometrist within a social context, through bibliographical research carried out on the works of authors Myriam Leonor and Jose Maria Plata, where they report and show, as a good example to be followed, the joint growth of the two professionals in Colombia, after a period when there were no professionals in quantity and quality to meet local demand, where they reinvented themselves and made everything less complex and accessible, resulting in a reduction in blindness in the country. Differing from the reports of the authors, Kara José & Temporini, in Brazil, both report alarming numbers of people with vision problems, directly and negatively impacting not only health indexes, but also in other fields such as education, for example, since most of the repeaters in the school are due to lack of visual acuity and, consequently, leading to a disqualification of the individual for the labor and employment market. It is therefore observed that these are problems that are closely interrelated and could be avoided with a simple preventive evaluation, carried out by an optometrist. In this way, we can conclude that in Brazil, as long as there is divergence of ideologies and reigning the individualism for the maintenance of the monopoly by the medical profession, in this case, ophthalmologists, causing an elitisation of the visual health service, more and more will be observed chaos in public health, and especially for people who are not in a more financially qualified social class, and who are not in a position to maintain private health plans. From this point of view, the lack of information is just the tip of the iceberg.

**Word-key:** Optometry; Accessibility.

## SUMÁRIO

<b>1 - INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 - ATUAÇÃO DO GOVERNO.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 - O isolamento social.....</b>	<b>14</b>
<b>2.3 - Garantindo a vida em comunidade.....</b>	<b>15</b>
<b>2.4 - Índices nacionais de casos.....</b>	<b>17</b>
<b>2.5 - Onde o poder publico pode agir e como podemos ir além das politicas publicas por uma cobertura maior da optometria no Brasil?.....</b>	<b>17</b>
<b>2.6 - A importância do SUS.....</b>	<b>18</b>
<b>2.7 - Função de uma regulamentação.....</b>	<b>19</b>
<b>2.8 - Função de execução no SUS.....</b>	<b>20</b>
<b>2.9 - Diretrizes e princípios fundamentais do SUS.....</b>	<b>21</b>
<b>3 - O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL.....</b>	<b>36</b>
<b>3.1 - O ponto de vista.....</b>	<b>38</b>
<b>3.2 - O campo de atuação.....</b>	<b>39</b>
<b>4 - A LEGALIDADE DA OPTOMETRIA NO BRASIL.....</b>	<b>41</b>
<b>4.1 - As tentativas de proibição da atuação.....</b>	<b>42</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>48</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Escrevi com a ideia de verificar como o acesso ao exame optométrico pode ser imprescindível a um maior número de pessoas tanto carente no aspecto financeiro quanto informativo, como os leigos por não saberem da existência do optometrista e qual a sua função como um profissional da área da saúde.

- Analisar a inclusão do optometrista em programas relacionados à saúde em todos os aspectos;

- Refletir sobre as possibilidades de atuação do optometrista em repreensão ou perseguição por parte da autoridade competente;

- Pesquisar junto à população quem realmente tem de fato o conhecimento para atuar no assunto, primeira barreira contra a cegueira baseado em contatos que possam ter vindo a ter em exames que foram submetidos.

Quais os benefícios proporcionados por uma inclusão social em um ser que obteve uma 'evolução' visual? E até onde esse benefício será determinante nessa inclusão?

Ao citar a inclusão social diretamente remetemos a exclusão social, pois o termo inclusão diretamente se vincula a políticas de inserção seja de pessoas ou grupos que estejam excluídos da sociedade, por isso se faz necessário identificar quais os indivíduos que estariam sistematicamente excluídos socialmente caracterizados por não fazer valer seus benefícios básicos como saúde, educação, emprego, renda, lazer, cultura que deveriam ser os mais acessíveis.

De fato se faz necessário dizer que dificilmente algum grupo social ou pessoas estejam totalmente excluídas de todo o contexto de sociedade, geralmente isso ocorre sobre parte da mesma sociedade, dessa forma falar em inclusão é falar de democratizar os diferentes espaços para todos os que não possuem acesso direto aos seus respectivos direitos.

Temos como exemplos de inclusão social as cotas raciais que tem como ideia principal a inclusão de negros em universidades publicas supostamente com o objetivo de que este grupo em especifico por possuir historicamente limitações para

alcançar o nível superior, assim como a acessibilidade de idosos e portadores de necessidades especiais para acessar e se deslocar em espaços públicos, Portanto mais do que uma expressão, a exclusão social é de certa forma, uma condição de violência ao ser ou à dignidade humana, por impedir que um indivíduo exerça a sua cidadania por razões eticamente não justificáveis.

De acordo a Secretaria Especial dos Direitos Humanos informa alguns dados onde podemos considerar como exemplos de exclusão social 29 de dezembro de 2017.

- 125 milhões de crianças no mundo não frequentam a escola, sendo dois terços delas mulheres.

- Somente 1% dos deficientes físicos frequentam a escola em países subdesenvolvidos e emergentes.

- 12 milhões de crianças morrem por problemas relacionados com a falta de recursos por ano.

Não existe nada ligado a saúde visual em nosso país que não seja ligado totalmente a deficientes visuais, em outras palavras ou se é cego ou se tem a visão boa inexistindo a situação intermediária

A inclusão social, nesse contexto, transformou-se em um objetivo a ser perseguido por muita gente, como forma de lutar pelo respectivo objetivo, assim, existem atualmente inúmeros movimentos sociais que reivindicam da sociedade geral e do poder público a efetuação de uma real política de contraproposta às diferenças históricas e sociais constituídas nas entranhas da história da civilização moderna. Assim como transcende a esfera pública existem os movimentos feministas, raciais, de grupos homossexuais, de religiões africanas e outras, de portadores de necessidades especiais etc.

Para um enriquecimento do texto pretendo usar as formas analítica, descritiva e prática, com base nas situações por mim observadas e acontecidas no meu dia-dia, pretendo mostrar uma abrangência de casos juntamente com a quantidade de pessoas que sem acessibilidade das mais diversas, desde as que possuem planos de saúde a aquelas que não possuem meio algum de obter um exame optométrico,

sendo assim pretendo construir um comparativo entre pessoas que são mais abastadas financeiramente e geralmente não tem uma necessidade tão grande de uma compensação visual e pessoas que não tem tanta condição financeira e necessitam bastante de uma avaliação e conseqüentemente compensação visual por intermédio de um exame optométrico onde pode e deve ir além da questão visual.

## **2. ATUAÇÃO DO GOVERNO**

Mais do que um esforço do governo em suas diferentes escalas, é preciso também uma maior ação social para a promoção de políticas de inclusão social. Isso envolve diversas áreas da sociedade, como a educação, a cultura, a saúde entre outros. Com isso, esforços coletivos e individuais que visem romper preconceitos e ações mais firmes e presentes são necessários para uma melhor vivência diária.

O isolamento social ocorre quando um grupo ou um indivíduo, seja de forma involuntária ou voluntária, afasta-se e evita o contato ou a interação, ou é privado pelos demais de ter contato ou de manter relações com esse grupo, sendo excluído do ambiente comum. As motivações para esse fenômeno são diversas e devem ser vistas caso a caso, mas existem fatores que podem ser determinantes e que, geralmente são plenamente visíveis como uma situação de não ser a pessoa com quem se possa obter informações que necessitam ter uma boa visão. .

O fenômeno pode ter relação com a situação econômica dos indivíduos, onde acabam por serem privados de pertencer plenamente à esfera socioeconômica da qual pertencem, com doenças estigmatizadas como a AIDS, com a velhice, com o simples fato de ser diferente, ou inúmeros outros fatores que por um ou outro motivo tornam-se suficientes para que um indivíduo seja socialmente isolado ou se isole do contato comum.

### **2.2 O isolamento social**

Esse isolamento social advindo da exclusão social, que a camada mais pobre da sociedade acaba por sofrer, está refletido na negação de serviços básicos do governo que são característicos de bairros periféricos mais pobres, onde benefícios como asfalto, coleta de lixo, ou mesmo água encanada, são necessidades básicas que não são supridas. É possível perceber o isolamento literal ao olharmos para o mapa da maioria de nossas cidades e notarmos que essa população é empurrada para a “periferia da cidade”, ou a parte mais afastada do “centro”, ou da parte mais bem provida de serviços das cidades.

As pessoas idosas que são socialmente isoladas, geralmente necessitam de maiores cuidados em uma época da vida mais delicada e acabam por serem vistas como um fardo pesado demais para ser carregado por sua família, sendo excluídas do convívio diário por serem consideradas incapazes ou pela natureza mais lenta de suas ações. O isolamento social desses idosos acaba sendo integral quando são recolhidos em asilos, uma vez que por mais que estejam em companhia constante, ela nunca lhes é familiar.

O isolamento social, por ser altamente complexo e ter motivações tão variáveis, ainda é amplamente estudado pelas ciências sociais algumas de suas consequências podem ser trágicas, podendo variar de traumas psicológicos à depressão ou à completa retração social do indivíduo vitimado. Quanto ao isolamento relacionado à exclusão social, os problemas são diversos, mas explícitos em nosso dia a dia nas dificuldades e nos problemas vividos pela camada mais pobre de nossa sociedade, entretanto a responsabilidade pela solução desses problemas está dividida entre o governo e os indivíduos no exercício de sua cidadania.

### **2.3 Garantindo a vida em comunidade**

Para garantir a inclusão social podem ser tomadas medidas que tornem a sociedade mais inclusiva e que permitam a todos os cidadãos o acesso a direitos e benefícios. Essas medidas são chamadas de ações afirmativas.

As ações afirmativas devem diminuir a exclusão social, seja ela causada por diferenças raciais, visuais, religiosas, sociais, intelectuais, de orientação sexual ou de gênero.

Os idosos, pessoas portadoras de deficiências, índios, homossexuais, negros, mulheres e moradores de periferias são alguns dos grupos que são alvo de ações para aumentar a inclusão.

Uma maneira eficiente de fazer a inclusão social é através da execução de políticas públicas por intermédio de projetos, medidas e leis que são discutidas pela

sociedade para que sejam decididas quais as prioridades de investimento do dinheiro público.

Para que as medidas funcionem é preciso que sejam conhecidas as principais diferenças e dificuldades das minorias assim é possível discutir e decidir quais medidas devem ser prioridades e onde se deve agir.

O Brasil tem alguns programas sociais que têm como meta aumentar a inclusão social, como o Bolsa Família, o Programa Universidade para Todos (PROUNI) e o programa Minha Casa Minha Vida.

A criação de leis torna-se uma forma de inclusão social fundamental para proteger direitos de grupos que são considerados minorias em razão das dificuldades que enfrentam, são exemplos: a proteção dos direitos das mulheres, da população negra e dos homossexuais, as leis que garantem medidas de acessibilidade aos portadores de deficiências assim a população será mais imune a não socialização como uma comunidade.

A inclusão social na educação torna-se um pilar fundamental para a diminuição da desigualdade e da exclusão social, é relacionada com o acesso à educação, que também deve ser garantida a todos, a inclusão na educação também é ligada à preparação da escola e dos professores para saber lidar com diferentes grupos de alunos e com as necessidades e individualidades de cada um.

#### **2.4 – Índices nacionais de casos**

No Brasil, a perda visual representa um expressivo problema de saúde pública, agravado pela escassez de programas preventivos, por fatores socioeconômicos e culturais associados a pouca disponibilidade de recursos qualificados para intervenções em saúde ocular, segundo os autores Temporini & Kara-José (MEC 2004), a magnitude dos problemas de perda visual é desconhecida, calcula-se que se houvessem medidas preventivas eficientes reduzir pela metade os casos de pessoas com problemas refrativos.

Apresentando significativas variações nos vários estados brasileiros, aliados à dificuldade de acesso aos serviços e às condições psicossociais e culturais da

população, como vivemos em sociedade tudo se interliga ao convívio social, o retorno ao mercado de trabalho gerando um aumento da autoestima, relacionamentos dos mais diversos níveis são fundamentados por uma complexidade de fatos onde incluímos uma boa visão como fator preponderante para benefícios diversos.

Além de se ver literalmente com outros olhos a vida em uma abrangência maior, tendo inclusive a possibilidade de se atentar a detalhes frequentemente deixados de lado por pessoas que não tenham a dimensão que uma boa visão pode oferecer, levando em consideração que, em 2004 foi realizado nos Estados Unidos o congresso mundial sobre a globalização da optometria, onde a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que a optometria deve ser reconhecida como a primeira barreira mundial contra a cegueira no mundo.

Sendo assim de acordo com a maior autoridade no seguimento saúde nosso caminho se torna primordial na inclusão de todos os que necessitam de uma boa qualidade visual.

## **2.5 - Onde o poder público pode agir e como podemos ir além das políticas publicas por uma cobertura maior da optometria no Brasil?**

Lamentavelmente, todas as vezes em que nos deparamos com os objetivos da saúde pensamos em tratar das pessoas doentes, isso no público e no privado esquecemos que o maior objetivo da saúde é impedir que as pessoas adoeçam, conseguimos incluir na constituição federal com a lei 8.080 outra visão desses objetivos.

Na Constituição Federal art.196 consta: "saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante o acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação", na Constituição Federal Art.198: "atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais", Constituição Federal Art. 200: "ao SUS compete, além de outras

atribuições no termo da lei, o Acesso a cirurgias, exames, colocação de próteses e órteses com acesso a toda a população

A lei que regulamentou a CF foi a 8.080 que definiu, bem claramente os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS): identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde; fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas.

A saúde deve fazer estudos epidemiológicos sobre os condicionantes e determinantes da saúde; trabalho, salário, comida, casa, meio ambiente, saneamento, educação, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais e divulgá-los. Ao não identificar e divulgar as causas das doenças e seus condicionantes e determinantes, passa-se a atribuir à área de saúde a responsabilidade única pela falta de saúde sempre com o objetivo maior de prevenção.

Formular a política de saúde de modo a promover, nos campos econômico e social, "o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação" (Lei 8.080,2,1). Aqui se identifica o poder dos dirigentes do SUS de atuar na política de saúde, interferindo no campo econômico e social.

## **2.6 - A importância do SUS**

O SUS tem que se dedicar às ações de assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde sendo disponibilizado o acesso a toda população e não apenas a alguns escolhidos.

Promoção da Saúde, segundo o Glossário do ministério da Saúde, é "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (...)

indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente". Mais comumente, dizemos que promover a saúde é trabalhar nas causas do adoecer, com participação efetiva das pessoas como sujeitos e atores de sua própria vida e saúde.

Proteção à saúde é o campo da saúde que trabalha com os riscos de adoecer, as medidas diretas como as vacinas, os exames preventivos, o uso do flúor na água ou associado à escovação, avaliações visuais para se qualificar a visão de uma nação, etc.

Recuperação da saúde é cuidar daqueles que já estejam doentes ou tenham sido submetidos a todo e qualquer agravo à saúde é a ação mais evidente dos serviços de saúde, somos infelizmente, tendentes a reduzir a ação do setor saúde a essa área. Observo que quando temos que tratar de doentes ou de acidentados, existe uma sensação de fracasso dos serviços de saúde e da sociedade por não ter conseguido evita-los.

## **2.7 - Função de uma regulamentação**

Regular alguma coisa é estabelecer as regras para que exista, funcione e consiga os resultados em fim as regras da saúde, na verdade começam na CF, que estabelece o direito à saúde e as linhas gerais desse direito, depois vêm as Leis 8.080 e 8.142 que regulamentam melhor esse direito, a partir daí vão surgindo regulamentações menores.

Na saúde, além de ser necessário regular a organização do sistema público e privado, também se regulamentam as ações e serviços de saúde, regulação do SUS de um lado, é estabelecer como devem funcionar os hospitais públicos e privados, as unidades de saúde, os consultórios privados, quem pode exercer a função de médico, dentista, optometrista etc, quais são os dados essenciais que devem ser gerados pelos serviços; de outro lado, como serão tratadas determinadas doenças de interesse público, quais os medicamentos, quais as dosagens, como será feita a vacinação de adultos, crianças etc., como as pessoas devem entrar no sistema de

saúde pública para serem atendidas corretamente. Tudo isso e muito mais coisas fazem parte da função de Regulação.

Esses dois termos, previstos na CF e na Lei 8.080, se misturam e se completam com outro que é a auditoria, os termos: Fiscalizar, Controlar e Auditar têm em sua gênese a mesma ferramenta e processo, que é Avaliar, todos os três termos usam da avaliação que é feita do comparar duas coisas ou duas realidades e emitir um juízo de valor.

Avaliar é comparar o que se observa com o que se quer como bom e certo, com um paradigma, uma situação ideal e emitir o juízo de valor se aquilo está do jeito que deveria estar ou se mais longe ou mais perto do ótimo. Os três termos Fiscalizar, Controlar e Auditar são baseados em avaliação de conformidade, essa é a grande igualdade entre eles, entretanto começam a ser feitas separações entre eles tentando estabelecer diferenças para caracterizar que são processos diferentes.

As diferenças podem ser estabelecidas pelo ponto de vista de quem avalia: se de dentro, é controle, se de fora, é fiscalização-auditoria, não é o de fora da instituição é o de fora do cenário onde acontecem, da responsabilidade pelo fazer acontecer, aí dizem: quem faz deve controlar, e depois nós de fora (de outro departamento, de outro nível, de fora do setor ou da instituição) vamos fiscalizar-auditar. Outros querem separar pelo corte que controle é de processo e que fiscalização-auditoria é de sistema.

Aí se misturam e digladiam definidos e definidores quem vai fiscalizar e quem vai acompanhar, o certo seria ter imensa igualdade entre uma e outra coisa apenas vislumbro uma nuance do controle ligado a quem tem a incumbência de garantir que as coisas devam acontecer, e fiscalização-auditoria seja de alguém mais externo e que pode olhar com outro olhar de quem só vai fiscalizar e não tem a incumbência de fazer acontecer.

A fiscalização e controle no SUS podem ser dentro do próprio público ou do privado (contratado-conveniado ou não): da ação de saúde do serviço da instituição, dos profissionais, dos contratos-convênios, dos planos e seguros de saúde.

Podemos ainda falar em controle público que é a especificidade de se controlar o público e que se divide em controle público institucional e social. O controle público institucional é aquele exercido pela própria instituição pública, sobre o público. O controle público social é aquele exercido pela sociedade, pelos cidadãos sobre a instituição pública.

## **2.8 - Função de execução no SUS**

O SUS tem que executar, fazer as ações de saúde. É a incumbência do SUS precípua, explicitada em outros locais da CF e da Lei 8.080 e que vamos comentar logo a seguir. Essa execução das ações deve ser feita diretamente ou através de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado. O SUS tem que ter serviços próprios para executar diretamente e tem a possibilidade de contratar terceiros para completar os serviços que não der conta de executar por si próprio. Além disso, a execução de serviços de saúde é livremente permitida ao privado, pessoa física ou jurídica.

Que ações o SUS executa? É interessante, pois o SUS é reconhecido como o Sistema Público de Saúde deve, portanto, exercer ações públicas antigamente quando se falava em ações públicas de saúde se pensava na concepção antiga da saúde pública: ações mais coletivas e de promoção e proteção à saúde e para as doenças de maior interesse coletivo e com pouco apelo comercial, como tuberculose, hanseníase, malária, febre amarela, doença mental etc. Hoje, a concepção e o campo da saúde pública, enquanto SUS, é abrangente, incluindo o individual e o coletivo, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os campos e fazendo todos os campos como vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, alimentação e nutrição, saúde da pessoa portadora de deficiência e todos os procedimentos: consultas, exames, urgências, internações, cirurgias, transplantes, UTI etc.

## **2.9 - Diretrizes e princípios fundamentais do SUS**

As Diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde têm seu fundamento na CF e na Lei 8.080.

Didaticamente, costumo tomar essas diretrizes e princípios unificados e separá-los quanto aos aspectos técnico assistenciais e os técnicos gerenciais que dizem respeito à organização administrativa do sistema.

As diretrizes e princípios tecnoassistenciais da CF e Lei 8.080 são: universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica.

Universalidade – O direito à saúde, bem-estar, felicidade é de todos: pobres, ricos; empregados, desempregados; quem tem plano e quem não tem plano(...). O SUS não pode discriminar quem tem direito: nem discriminação positiva, nem negativa. Universalidade significa o Para Todos.

Igualdade – Não discriminar a prioridade e a qualidade da atenção. Todos os cidadãos têm igualdade de acesso às ações e serviços de saúde sem discriminação positivo-negativa, com acesso nem tratamento diferenciados para problemas iguais. Essa igualdade, ao não ser praticada, pode virar desigualdade e iniquidade, movida por dois grandes parceiros: o financeiro e o tráfico de influência. O tráfico de influência é um causador da desigualdade de acesso. Muitas vezes queremos reduzir o tráfico de influência, aquele praticado por políticos mas a maioria dos atos de tráfico de influência é feita diariamente nos serviços de saúde públicos pelos próprios funcionários é uma quebra da igualdade, quando pessoas têm privilégios por laços de parentesco, favores de autoridades, funcionários etc. além disso, temos hoje o desafio de criticar a quebra da igualdade da dupla porta de entrada em serviços públicos de saúde que usam de seu poder de influência e da impunidade para fazer uma porta de entrada para os usuários do SUS e outra melhorada e diferenciada para atender os pacientes privados e de planos e seguros de saúde. Os serviços públicos de saúde devem tratar todos de maneira igual sem diferenças odiosas e discriminadoras.

Equidade – Aqui vale comentar sobre a equidade que é a qualificação da igualdade. O princípio da equidade é muitas vezes invocado, mas ele não existe na legislação federal a não ser em algumas legislações, como a do Estado de São Paulo. Equidade é a igualdade adjetivada pela justiça. Pela equidade buscamos tratar diferentemente os diferentes (equidade vertical) e igualmente os iguais (equidade horizontal). No SUS, só se pode fazer equidade e tratar diferentemente a partir das necessidades de saúde. Priorizar atenção e tratamentos só se por carências de saúde. Muitas pessoas imaginam que o SUS possa fazer diferenças a partir do estado de pobreza das pessoas. Pensam que o SUS além de ser dos pobres pode priorizar tratamentos e medicamentos para os chamados carentes. Esse raciocínio é incorreto. Diferenças no SUS só por necessidades de saúde.

Integralidade – A integralidade também pode ser vista sob dois prismas. A integralidade vertical que lembra a necessidade de se ver o ser humano como um todo e não apenas como um somatório de órgãos e aparelhos. O segundo prisma é o da integralidade horizontal onde se entende que a ação deva abranger seus três enfoques: promoção, proteção e recuperação da saúde. Ver como um todo e agir nesse todo, integralmente.

Intersetorialidade – Não pensar saúde só como área de recuperação da saúde: consulta, remédio, especialista, exame, internação... Pensar saúde garantida por políticas econômicas e sociais que diminuam o risco de as pessoas ficarem doentes ou piorarem. Levar em consideração a determinação econômica e social da saúde. Os fatores determinantes e condicionantes da saúde devem sempre ser levados em consideração: "alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais; saúde expressando a organização social e econômica do Brasil" (Lei 8.080,3).

Direito à informação – Todas as pessoas assistidas têm direito a todas as informações sobre seu estado de saúde-doença. Todas as informações sobre os pacientes: exames, prontuários etc. são de propriedade e direito do paciente. O segredo médico é um segredo consequente do direito primeiro ao segredo que é do paciente. Além disso, a população tem direito a "informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e de sua utilização pelo usuário".

Autonomia das pessoas – As pessoas – os cidadãos usuários – devem ter preservada sua autonomia na defesa de sua integralidade física e mental. Trata-se da preservação – dentro dos serviços de saúde – da liberdade de decisão dos pacientes. Aqui se completa a autonomia associada ao direito de informação. A verdadeira autonomia é condicionada pelo direito de acesso à informação, o princípio discutido acima. Só bem informado o cidadão poderá usufruir da verdadeira autonomia.

Resolutividade – As ações e serviços de saúde devem atender também ao princípio de ter capacidade de resolução em todos os níveis de assistência os serviços de saúde devem buscar resolver os problemas das pessoas da melhor maneira possível e ao menor custo, essa é uma questão que cada vez fica mais complexa pela incorporação tecnológica cada vez maior e onde o sistema de encaminhamentos acaba por bloquear a capacidade de ser resolutivo cada vez mais se resolvem menos problemas que, mesmo os menos complexos, são encaminhados quase que em cadeias.

Epidemiologia como base – A epidemiologia é uma das ciências da saúde que têm como objetivo conhecer aquilo que ocorre com a população: as condições ambientais em que vive a população, as condições gerais de saúde, a oferta de ações e serviços de saúde. O objetivo mais importante da epidemiologia é o estudo da morte e de doenças que ocorrem em determinada população, em determinado lugar. A epidemiologia define o perfil demográfico e o perfil de morbimortalidade em relação às doenças agudas e crônico-degenerativas (hipertensão, diabetes, câncer etc.); os agravos dos acidentes de trabalho, de trânsito, de tóxicos, dos homicídios; as doenças evitáveis; as doenças tratáveis precocemente que por intermédio de uma boa acuidade visual se teria uma redução muito grande desses casos alarmantes.

As diretrizes e princípios tecnogerenciais da CF e Lei 8.080 são: descentralização, regionalização, hierarquização, gestor único em cada esfera de governo, conjugação de recursos das três esferas de governo, organização dos serviços para evitar duplicidade, complementariedade e suplementariedade do privado, financiamento tripartite e participação da comunidade.

Descentralização – A descentralização no sistema de saúde brasileiro é uma diretriz-princípio consta como diretriz na CF e como princípio na Lei 8.080, descentralização, segundo o Glossário do MS do Projeto de Terminologia da Saúde, é "redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados, com base no entendimento de que o nível central a união só deve executar aquilo que o nível local municípios e estados não podem ou não conseguem".

A gestão do SUS passa a ser responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios, agora entendidos como os gestores do SUS". Quem fazia não tem mais a competência de fazer e precisa passar a outra esfera de governo o que fazia e como fazia, a descentralização que defendemos é aquela com ênfase na municipalização, com regionalização ascendente e gestor único por esfera de governo.

Regiões organizadas pelos municípios com a cooperação técnica dos Estados e do MS. É colocar nas mãos do município a decisão do quê e do como fazer saúde e os meios, principalmente o financeiro, para poder fazer. Poder perto da necessidade do povo é mais fácil de o cidadão controlar. Existem entraves a essa descentralização colocados pelo gestor descentralizador. Uns assumem posição favorável com argumentos como descentralizar para desresponsabilizar e colocar menos dinheiro para a saúde deixando para Estados e municípios o ônus.

São feitas constantemente acusações de desvio e mau uso dos recursos descentralizados a Estados e municípios. Interpretações restritivas de leis criando controle distorcidos pelos próprios organismos federais, como Tribunal de Contas da União (TCU), Controlaria Geral da União (GCU), Tribunais de Contas dos Estados (TCE) e Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Desfinanciamento desencadeando desestímulo de se conseguir implantar e implementar o SUS, muitos servidores descentralizados têm restrições à descentralização.

Existem entraves também por parte dos gestores descentralizados que não querem muitas vezes assumir seu papel e, comodamente, deixam suas competências constitucionais e legais nas mãos dos outros gestores. Outras vezes

são limitações por falta de profissionais da área administrativa e técnica, como vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

Direção única – O SUS é de responsabilidade constitucional das três esferas de governo, não podendo nenhuma delas se eximir dessa obrigação o comando legal é de que, em cada esfera de governo, só possa ser gestor uma das esferas de governo. No município comanda o prefeito e o secretário municipal de Saúde, no Estado o governador e seu secretário de Saúde; e na União, o presidente e o ministro da Saúde. A direção única em cada esfera de governo é um complemento da descentralização. Hoje existe uma questão falaciosa sendo discutida. Discute-se que a gestão única é apenas por esfera de governo e não por território. Equivaleria a dizer que na esfera municipal só poderia ter um gestor, não poderiam ser várias secretarias e secretários cuidando da saúde. Apenas um. Entretanto, no território municipal poderia ter um único gestor municipal concomitante a um único gestor estadual ou um único gestor federal. Isso é controverso, e ainda que defendido pelas secretarias estaduais de Saúde, não é reconhecido pelas secretarias municipais de Saúde.

Regionalização – As ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma regionalizada. Seria impossível que os 5.600 municípios brasileiros fossem, cada um deles, suficientes e capazes de atender a toda sua demanda em todos os níveis de atenção. A regionalização é fundamental à organização do SUS, mas só dará certo quando for uma regionalização funcional, ascendente, e nunca uma regionalização burocrático-administrativa e descendente. "A proposta de regionalização, sem investimentos para cobrir os 'vazios regionais de infraestrutura', sem redefinir a relação público-privado (especialmente diante dos planos de saúde) e sem mudança nos modelos de atenção, seria mais uma proposta tecnocrática que não daria conta dos desafios atuais do SUS. Sob o pretexto da regionalização, poderia estar havendo um movimento de recentralização de decisões junto ao poder estadual" (Prof. Dr. Jairnilson da Silva Paim – ISC – UFBA.) No mundo inteiro, no público e no privado, sabe-se que ações e serviços de saúde precisam ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada. Quer dizer que não se podem alocar todos os serviços em todos os lugares, independentemente de seu tamanho,

território e disponibilidade de equipamentos e pessoal. Os serviços de saúde devem se complementar numa associação permanente entre os mais simples e os mais complexos, se referenciando e contra referenciando.

Hierarquização – Começa pela atenção ao indivíduo, à família e à comunidade por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, do Programa de Saúde da Família, das Unidades Básicas de Saúde com seus procedimentos de menor complexidade tecnológica (equipamentos e aparelhos) e da mais alta complexidade de saber e prática humanos. Da atenção primária se vai à secundária (especialistas, exames mais complexos, internações em clínicas básicas, como pediatria, clínica e cirurgia gerais, ginecologia e obstetrícia). Da secundária à terciária com profissionais e hospitais em áreas mais especializadas. Na quaternária se encontram os profissionais e hospitais superespecializados em uma única área, como os de cardiologia, neurologia, cirurgia plástica etc.

Complementariedade do privado – O art.199 da CF coloca claramente que a saúde está livre à iniciativa privada. Além de ser possível o livre exercício das profissões de saúde e dos serviços privados de saúde, esses poderão também ser utilizados pelo SUS todas as vezes que sua capacidade de atendimento for insuficiente para dar conta da demanda. A complementariedade poderá se dar com o privado através de contrato de direito público ou convênio. Nessa chamada de complementação dos serviços públicos a preferência será dada às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos. Todas as vezes que o próprio estatal não for suficiente para atender a demanda é constitucional recorrer-se complementarmente ao privado. Atenção, que não se trata de entregar o público ao privado (terceirização pelas Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público Social (OSCIPS), Cooperativas, Associações), mas de recorrer ao privado para complementar o público. Não para substituir o público. Ordem de preferência: público estatal, universitário público, universitário filantrópico, filantrópico, privado lucrativo.

Suplementariedade do privado – Na área de saúde, no Brasil, é livre a iniciativa privada que pode ser exercida e utilizada de maneira totalmente liberal, nos consultórios e nas clínicas contra pagamento direto. Pode também ser organizada

em forma de operadoras de planos e seguros de saúde, individuais, familiares ou coletivos, conforme faculta a legislação. Entre as operadoras de saúde temos, de um lado, os seguros de saúde, que são seguradoras e não podem ter serviços de saúde; de outro, têm-se as empresas de Medicina de Grupo, o Sistema de Autogestão patrocinado por empresas ou trabalhadores e as Cooperativas Médicas e Odontológicas.

A política federal de saúde dos últimos 10 anos – 1993-2012, a decepção é sempre diretamente proporcional ao tamanho da expectativa positiva que se tem. Assim, depois de oito anos de mandato de FHC, as pessoas progressistas estavam prenhes de esperança de que o país mudasse e a saúde pública tomasse os rumos legais.

Muitas foram as discussões e os debates sobre programa de governo para a saúde quando Lula se pôs em caminho. Não foram iluminados que fizeram o programa de governo do Lula, mas centenas de mãos, as mais diversas que tinham um objetivo comum: a construção do SUS constitucional.

Separei alguns desses fatos que podem servir de análise sobre esperança e decepção com o governo Lula e Dilma na área social da saúde.

As marcas de governo e de ministros da Saúde em detrimento da marca SUS

Primeiro entender que as ilegalidades, em sua maioria, não são praticadas pelo presidente ou por outros ministérios do núcleo duro de governo (Fazenda, Planejamento, Orçamento). É o próprio Ministério da Saúde que cria suas marcas próprias ligadas a cada um dos ministros que por lá passam e que, por vezes, conseguem vender ao presidente. Essa não é uma característica só dos últimos presidentes, mas de quase todos que por lá passaram nas décadas de redemocratização. Exceção seja feita ao governo Collor e seu ministro Alcení Guerra, que fez toda uma campanha para difundir e implantar a marca SUS com normas para fazer e colocar o logotipo em todos os locais de atendimento, em todos os impressos etc. Até bandeira do SUS existia!

Daí para a frente, um festival de marcas que deixam prefeitos e secretários desorientados. Brotam de mentes extremamente profícuas com excesso de retas intenções. Lembrando que todos e cada um dos municípios têm que ler, estudar, entender, explicar para seu prefeito, vereadores, conselheiros, profissionais e até à mídia toda essa parafernália de nomenclatura de vida curtíssima. Para a população, o que importa é a resposta que oferecemos a seus problemas ou depois de acontecidos ou com medidas corretivas antecipatórias. O capricho de cada administração levou a que se inovasse até na nomenclatura brasileira (contratação agora é contratualização) ou se invertessem termos constitucionais (regulação não é mais o conjunto de leis e normas sobre determinado tema, mas a gerência/gestão da oferta de cuidados de saúde). Assim se multiplicam. Entre as marcas de governo que esconderam a marca do sistema único de saúde (SUS) podemos citar: Norma operacional Básica de saúde (NOBS), Núcleo de Desenvolvimento de objetos de aprendizagem Significativa (NOAS), pacto e seus blocos; redes e entre elas a Rede "Cegonha", nome criticado veementemente pelos movimentos populares da área; farmácia popular e ênfase na faixa de calçada: "Aqui tem farmácia popular" depois desdobrado em "Saúde não tem preço".

Para cada marqueteiro assessorando autoridades há um técnico cheio de saber e de retas intenções, instrumentalizando e ajudando a concretizar o sonho da marca de governo. A ideia mestra hoje no Ministério da Saúde é definir e escolher o legado (marcas) que deixarão para a posteridade!

Conclusão: reconhecendo os progressos de 10 anos

É posição comum colocar todas as mazelas do SUS nas costas principalmente dos municípios e as conquistas do SUS na responsabilidade apenas do governo federal, Ministério da Saúde. A autoria de qualquer sucesso deve ser tributada às três esferas de governo, bem como os fracassos da atenção ao cidadão. Estados e municípios são os efetores finais das ações de saúde. Só não aconteceu o pior na saúde pública porque diante do subfinanciamento federal os municípios foram aumentando seus recursos muito acima do piso legal (15%) chegando a mais de 20%, e os Estados se aproximaram do piso legal de 12%.

Sob o aspecto regulatório temos a comemorar a regulamentação da Lei 8.080 feita através do Decreto 7.508. Um feito de Temporão (ministro de partido aliado) dada continuidade pelo atual ministro da saúde do Brasil Alexandre Padilha . Com vinte anos de atraso podemos comemorar conquistas.

Outra questão ainda regulatória foi a oficialização por lei da Comissão Inter gestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB). Elas foram criadas por portarias de 1991 e depois de 1993. Seus papéis conflitavam com o do Conselho que tinha respaldo de uma lei. Com a nova lei, que acrescenta artigos na Lei 8.080, aplaina-se esse caminho.

Muita coisa foi feita e, não obstante, a crítica cerrada ao SUS tenho certeza absoluta de que o sistema público de saúde brasileiro mais faz do que deixa de fazer. Saímos da indigência, do marco zero, para oferecer inúmeros cuidados de saúde individuais e coletivos. De baixa, média e alta complexidade. Preventivos e curativos.

Para se aquilatar o tamanho do SUS é necessário conhecer os números de 2012. O total de procedimentos das três esferas de governo chegou ao astronômico número de 3,9 bi. Só de internações, 11 mi, sendo 3,3 mi de cirurgias, 2 mi de obstetrícia e 6 mi de internações clínicas. Exames, 887 mi, incluindo os bioquímicos e os de imagem. Ações de promoção e prevenção, 583 mi. A sensação exata é de que muito foi feito, mas ainda se tem para fazer. Na verdade, mais foi feito do que resta fazer.

Ainda em relação a novos desafios rememoro aqui os 13 compromissos da Dilma em campanha presidencial. Cada um desses itens tem compromissos internos onde a maioria não saiu do papel.

Treze pontos que vão melhorar a saúde dos brasileiros e fortalecer o SUS no governo Dilma (programa acordado com os partidos políticos da base).

- 1) Incrementar as ações de proteção e promoção da saúde e prevenção de doenças.

- 2) Ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde.

- 3) Humanização, acolhimento e qualidade.
- 4) Avançar na política de assistência farmacêutica com distribuição gratuita de medicamentos e fortalecer o programa farmácia popular implantada pelo governo Lula.
- 5) Fortalecer a saúde mental e promover o tratamento do uso abusivo do álcool, do crack e de outras drogas.
- 6) Garantir financiamento para investimento na melhoria da infraestrutura da rede de atenção à saúde do SUS.
- 7) Aprofundar as políticas de gestão do trabalho e a educação na saúde.
- 8) Ampliar a qualidade de gestão do sus modernizando os seus mecanismos de gestão.
- 9) Financiamento crescente e estável para o setor, compatível com o crescimento, o desenvolvimento econômico e social do país e com as necessidades do SUS.
- 10) Aprovar a lei de responsabilidade sanitária.
- 11) Fortalecer o controle social com gestão democrática e participativa.
- 12) Aumentar a capacidade de regulação do estado brasileiro sobre os diversos setores econômicos que influenciam a saúde.
- 13) Ampliar as políticas de fortalecimento e desenvolvimento do complexo produtivo da saúde.

De fato é notória a pouca disponibilidade de profissionais específicos para o acompanhamento da qualidade visual de nossa população, o aumento do contingente desse especialista seja em postos de saúde, consultórios móveis para a ampliação territorial da atenção primária em qualidade da visão, uma unidade móvel que leve atendimento à população onde ela estiver independente da distância e carência estrutural da cidade para disponibilizar assistência adequada.

Trata-se de um serviço itinerante que tem o objetivo de diminuir a falta de optometristas ou especialistas locais e promover a saúde em localidades de menor acessibilidade, ações em locais públicos que tenham condições de se realizar tal exame, seria uma forma de reduzir a quantidade de pessoas sem acesso, porém com a inoperância do poder público, sem investimentos na área da saúde o descaso prevalece.

Se tornando comum a inexistência dessa classe profissional para o prestação de serviço a quem realmente precisa o fato de geralmente não existir políticas públicas em nosso país, faz com que nossa responsabilidade como profissionais responsáveis pela barreira contra a cegueira ir além do poder público, suprir junto à comunidade brasileira essa carência de acesso exames que podem determinar tanto qualitativamente quanto quantitativamente como está a condição visual dessa população, sendo um divisor de águas quanto à acessibilidade e quantificando em números quais realmente são os que vivem a margem do poder político social de um governo inerte em relação a um direito imprescindível.

Este material tem como base a comparação da Optometria na Colômbia com a Optometria no Brasil, onde observa se que o caminho a ser percorrido em nosso país ainda é muito longo e que a acessibilidade deve ser primordial a todas as classes sociais com o foco principal nas classes menos favorecidas, seja pela distância, seja pela condição não tão satisfatória financeiramente na menção da palavra.

Como antecipar um diagnóstico de possíveis patologias ou proporcionar a um paciente uma melhor qualidade de vida por intermédio de uma boa avaliação visual, tratando de incluir indivíduos no mercado de trabalho apenas por condicionar a visão de um ser humano, os grandes centros sempre estão com o maior número de ofertas desses profissionais que em regiões mais distantes fazendo assim uma "seleção" de quem pode ter a acessibilidade a uma avaliação visual de qualidade, com uma possível inclusão em programas governamentais.

Essa história pode mudar de tal forma que a república da Colômbia pode ser um espelho do que podemos nos tornar, a nação brasileira tem um déficit relacionado a saúde enorme e quando abrangemos as classes de menor poder aquisitivo comprovamos ainda mais essa inacessibilidade.

Se direcionarmos esse acesso a saúde visual estaremos chegando a um grupo seletivo em que na sua maior proporção localiza-se em grandes centros, onde quem não morar próximo a esses centros não terá facilidade de obtê-los ou conseguir em condições não satisfatórias em relação a uma boa avaliação visual, conseqüentemente não terá sanado ou identificado com está sua condição visual e tão pouco tratar suas necessidades da visão.

A condição dos optometristas em se dispor a proporcionar uma avaliação visual de qualidade, além de prevenir possíveis patologias e condicionar a visão dessas pessoas se torna primordial desde o acesso a qualidade do atendimento e possíveis tratamentos que vão além da visão mas com o propósito de deixar a população bem em se tratando de saúde seja ela qual for.

Este estudo tem como objetivo investigar as características e a relação das pessoas com baixa visão e pouco poder aquisitivo, sem acesso a uma avaliação visual qualificada e conseqüentemente uma saúde visual melhor, a despeito das políticas afirmativas para pessoas com essa necessidade, a desvantagem social é significativa quando se observa a baixa escolaridade e a pouca qualificação profissional diretamente ligado ao baixo poder aquisitivo.

Dificultando sua inclusão no mercado de trabalho e indo mais além, interferindo em seu convívio social, de acordo com os fatos que acontecem diariamente em relação à saúde no Brasil, observa-se a precariedade no acesso a saúde se tornando um artigo de luxo, quando direcionamos para a saúde visual esse item se torna ainda mais restrito, a condição de não se ter a menor ideia da qualidade visual que possui e como compensá-la é muito distante da realidade de nossa população.

Mesmo morando próximo a grandes centros existe uma discrepância enorme, porém o aspecto financeiro e social fazem com que essa balança fique mais pesada no lado menos favorecido, observando onde trabalho que até essas necessidades de compensação tem se tornado mais evidenciada em pessoas com o poder aquisitivo menor sendo uma tendência constante a condição financeira estar relacionada a uma maior necessidade de compensação visual com a probabilidade de existir uma relação à baixa qualidade alimentar com carência de vitaminas que interferem diretamente na visão.

Nenhum acompanhamento desde o nascimento acarretam em situações bem complexas e irreversíveis no âmbito visual. A frequência com que se tem acontecido casos como o de crianças pertencentes a família detentora de uma condição financeira mais confortável ter uma necessidade de um acompanhamento mais ``básico``, enquanto outras crianças com o poder aquisitivo menos favorável possuem uma necessidade de acompanhamento de maior atenção e complexidade, Ex: Alguém que necessite de uma compensação visual de quinze dioptrias.

Como uma pessoa que necessite de tal compensação vai ter um bom aprendizado? Ou mais além, uma qualidade de vida satisfatória por não saber e como saber o que realmente deveria ver? E este sendo visto como algo mais simples a ser solucionado, quando os acontecimentos ultrapassam o âmbito de órteses e necessitam tratamentos imediatos.

Certamente nas localidades menos favorecidas de recursos teremos um índice mais alarmante de pessoas com baixa saúde visual, e indo além, quando incluimos os indivíduos que possuem algum tipo de patologia que poderia ter sido evitada precocemente e por não ter acesso a uma ação preventiva tiveram uma perda total ou parcial da visão, isso leva a crer que influencia negativamente no progresso de nossa nação.

Países como a Colômbia exercem a atividade em larga escala e com a total qualidade necessária para uma boa condição visual onde as duas classes (optometrista e oftalmologista) são parceiros um complementa a atividade do outro tornando assim uma completa acessibilidade a qualidade visual tendo sucesso total aos acessos das comunidades que se enquadram nas especificações ditas anteriormente, nossos vizinhos do rio grande do norte também já estão se atentando a uma maior abrangência de pessoas com necessidades que podem ser facilmente detectadas por um bom profissional da optometria sem custos absurdos e com acesso fácil para a população, tenha um bom exame.

O intuito maior é ser realmente a primeira barreira mundial contra a cegueira sem qualquer individualismo sempre pensando em um contexto social bem mais abrangente e acessível, partindo dos próprios optometristas a seriedade e o compromisso de levar a todos, qual o real papel do optometrista sem se passar por um profissional que vem há muito tempo elitizando a saúde visual de uma nação a qual necessita bastante de um trabalho árduo, onde requer muita vontade e dedicação sempre, não importando como mas chegando e dizendo a que veio, não com palavras mas com atitudes assim teremos nosso espaço merecido ampliado e bem mais visto que o atual momento vivido demonstra, e nos mostra que poucos tem o privilégio de ser assistido por bons profissionais.

Na Colômbia segundo Myriam Leonor presidente da Federação Colombiana de Optometristas, (FEDOPTP). Outubro de 2014 no congresso internacional das federações optométricas quando fala do perfil e competências profissionais da optometria na Colômbia, informa que o optometrista é o ator principal como primeiro contato nos elementos essenciais do esquema de um sistema de saúde baseados na atenção primária, a partir da perspectiva da Saúde Visual.

Este profissional é o integrador de atos sociais locais e de toda a rede de serviços integrados a saúde com uma abordagem operatória baseada em princípios e valores fundamentais, Cuidados de Saúde Primários voltados para famílias e comunidades. Elementos destinados melhorar o acesso e alcançar cuidados de saúde ocular.

Para o enriquecimento do projeto sua concepção será feita de forma analítica, descritiva e prática, com base nas situações que ocorrem no dia a dia e são observadas por mim no cotidiano da loja Disk Óptica, localizada na em Fortaleza na Avenida Desembargador Moreira 975, usando como itens de avaliação a prescrição geralmente feita por oftalmologistas como um dos indicativos de acesso ao exame pois, com o nome do oftalmologista já é um item que pode me direcionar se a pessoa será inclusa na categoria.

Dos que tem acesso ao exame ou na categoria dos que não tem acesso ao exame, levando em consideração idade, escolaridade e principalmente a condição financeira, comparando todas as possíveis vertentes de forma indutiva e dialética usando as ideias de autores como um caminho que devo seguir levando em consideração minhas opiniões e comparando com os resultados obtidos na minha vivência diária baseadas em fontes primárias e secundárias por intermédio de informações dos autores que contribuíram para minha estrutura metodológica em relação ao que pretendo desenvolver, referente a uma acessibilidade a saúde visual.

Segundo o Conselho Regional de Ópticos Optometristas e Contatologistas do estado de Santa Catarina (CROOSC) a contribuição social que os optometristas podem proporcionar ao país, deverá ser um avanço na saúde e no lado econômico por formar profissionais em menor tempo e uma maior distribuição desse profissional por todo território nacional além de ser capaz de representar 90% dos casos relacionados a questões visuais.

### 3 - O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Segundo o Sr Jose Maria Plata Luque diretor do programa de optometria da Universidade El Bosque na Colombia, onde foi publicada na quarta edição da revista salud bosque no artigo (optometria no contexto da saúde 1º de janeiro de 2014) da cidade de Bogotá, que em 1971 em uma formatura de optometristas declarou que, talvez nenhuma outra profissão na Colômbia teve uma inclusão na legislação tão forte como optometria, solidificando a profissão como uma forma imprescindível de consolidação da optometria.

Os primeiros regulamentos estaduais sobre prática profissional estão contidos nos decretos 449 e 1.219 de 1933, o ministério da educação reafirma a condição no decreto posterior 0825 de 23 de março de 1954 (com força de lei) ainda em vigor, claramente definindo os papéis e campos profissionais de ação.

Essa lei permitiu a inclusão da profissão no Sistema Nacional de Segurança, Saúde Social e ajudou na definição de algumas políticas de saúde visuais oculares, por iniciativa do Ministério da Proteção Social, consciente de que as doenças oculares são um problema de saúde pública grave, pediu ao Congresso da República da Colômbia para a promulgação da Lei 372, de 23 de Maio de 1997, pelo qual regulamentou o exercício da profissão na Colômbia, que em conjunto com o julgamento o decreto regulamentar 1340 jul 1998 Tribunal constitucional C-251/98 e ele expandiu seu escopo desde a prevenção de doenças do olho e do sistema visual para diagnóstico, tratamento e gestão de alcançar a eficiência visual e saúde ocular.

A definição na Lei 372 de 1.997 envolvido no momento, incorporando novas técnicas e diagnósticos, gestão e tratamento adicional para os relatados.

O Decreto-Lei 0825/54. Significativamente, no quarto artigo referido atividades profissionais em sua função literal, menciona claramente habilidades do optometrista na "concepção, organização, implementação e avaliação dos planos e programas que estabelecem a perfis eyecare epidemiológica e dos olhos (...)" projetos de investigação que levam à geração, adaptação ou transferência de tecnologias para aumentar a cobertura, cuidados e fornecimento de soluções para o controle e reabilitação da função visual adequada ".

Bem, esta legislação tem permitido o exercício de desenvolvimento e consolidação profissional na Colômbia.

Além disso, de acordo com a última lei, o governo nacional em resposta a um problema de saúde pública, determinou que os domínios de ação do optometrista não deve ser circunscrita apenas para a detecção e correção de defeitos visuais e disfunção acomodativa e do motor, mas também deve o olho cobrir cuidados primários em relação com a patologia do segmento anterior, colaborando com especialistas em Oftalmologia.

Talvez poucos países no mundo tenham um talento humano em oftalmologia e optometria tão apropriado para trabalhar juntos. Esta parceria tem permitido conclusivamente melhorar a cobertura de cuidados do olho em populações onde havia apenas o clínico geral. No entanto, não foi suficiente, apesar da presença de 10 programas de optometria na Colômbia, sendo 5 em Bogotá e 5 outras cidades (De acordo com a Associação Colombiana de Escolas e Programas de Optometria).

A inexistência da optometria no Brasil acarretou uma lamentável elitização do serviço de saúde visual em nosso país, além de uma dívida social impagável com aqueles que nasceram, cresceram e morreram sem nunca terem tido a oportunidade de avaliar a sua condição visual. Sem um profissional para atendimento primário na área da saúde visual, a população brasileira fica carente de assistência à visão.

O acesso aos exames de saúde visual ficou praticamente à disposição de classes sociais elevadas, que podem pagar altos valores de consultas ou possuem planos de saúde particulares, restando para a grande maioria da população esperar longamente por atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e além disto receber um atendimento pouco especializado e desqualificado pela alta demanda associada à escassez de profissionais nesta área.

### **3.1 – O ponto de vista**

O Optometrista, sendo um profissional, preparado e habilitado justamente para a realização de atendimento visual primário (prevenção) e correção visual, vindo para solucionar grande parte da deficiência do atendimento visual no Brasil

pode virar esse jogo, atualmente 56% da população brasileira segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2012, tem necessidade de avaliação visual para melhorar sua qualidade de vida.

No entanto, apenas 11% da população consegue ter acesso ao atendimento visual e ter compensadas suas dificuldades visuais, o que implica um percentual de cerca de 45% de brasileiros que não têm condições visuais adequadas por falta de um atendimento visual. É fácil concluir que são os menos favorecidos que se encontram nessa situação.

Segundo dados do IBGE (Censo de 2.000), existem hoje no Brasil cerca de 24,5 milhões de pessoas ou 14.5% da população total com algum tipo de incapacidade ou deficiência. E é importante destacar que estudos da ONU demonstram que cerca de 10% da população mundial possui algum tipo de deficiência, o que mostra que os índices brasileiros são superiores se avaliados em comparação com os da população mundial.

De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) 80% das cegueiras são evitáveis por meio de cirurgia ou prevenção e 90% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos (UNA-SUS, Universidade Aberta do SUS 2014).

O Brasil possui um dos piores índices de prevenção para acuidades visuais do mundo, sendo que 99 milhões de brasileiros nunca passaram por nenhum exame de acuidade visual. Ainda, segundo dados do MEC, 81% das crianças repetentes no país o fazem por falta de acuidade visual. A quase totalidade das crianças em idade escolar nunca passou por exame ocular. Estima-se que 8% dessas crianças necessitem de óculos e 5% apresentem outro problema ocular não detectado que pode gerar problemas mais sérios.

Certamente, a inserção do Optometrista na saúde pública brasileira vai trazer grandes avanços e modificações positivas nestes números e mudar este atual quadro resgatando a qualidade visual do povo brasileiro. Ainda é importante de lembrar que atualmente o tempo médio para conseguir uma consulta pelo SUS para

atendimento visual é de 6 a 10 meses, além disto, a maioria dos municípios brasileiros não possui acesso aos profissionais da visão.

### **3.2 – O campo de atuação**

A optometria pode proporcionar ao país enormes avanços, entre eles:

- Pesquisa na área da saúde visual;
- Desenvolvimento de técnicas especiais de atendimento visual;
- Desenvolvimento de aparelhos e instrumentos destinados a auxiliar e/ou melhorar a visão;
- Prestação de atendimento primário a visão, centrado na prevenção da cegueira e doenças oculares e sistêmicas;
- Prestação de serviço especializado de correção visual e compensação óptica;
- Promoção de campanhas Optométricas em comunidades carentes;
- Educação e esclarecimentos às comunidades sobre a importância do exame visual;
- Aumento do acesso ao serviço de saúde visual a um custo mais acessível para a população; Oferta à população de um profissional especializado no sentido da visão;
- Formação de especialistas em áreas especiais de cuidados com a visão;
- Elaboração de planos e campanhas de prevenção na área da saúde visual;
- Melhor distribuição do serviço de saúde visual no país;

A busca pelo direito que nos cabe é constante e contínua, a divulgação da profissão é um dos nossos focos, assim como o é o desejo e a possibilidade de contribuir para que mais pessoas (principalmente as de baixa renda) tenham atendimento primário à visão e garantam melhor qualidade de vida. No entanto, pouco adianta a divulgação se não pudermos efetivamente exercer nossas atividades com liberdade. (Fonte: [www.croosc.org.br](http://www.croosc.org.br))

É notória a diferença entre as duas nações, enquanto uma quer aumentar a acessibilidade outra faz vistas grossas a saúde visual, infelizmente estamos no país que pouco se faz pela acessibilidade com leis muito complexas, os profissionais não se qualificam e se passam por doutores, parte dessa culpa também é nossa, profissionais que não buscam seus direitos uma inercia gigantesca mas em contra partida o que se observa é que a união proveniente da Colômbia onde os oftalmologistas são parceiros dos optometristas, com o intuito de proporcionar a população uma boa prestação de serviço sempre, poderá ser uma opção de resolução da atual divergência entre as classes de optometristas e Oftalmologistas aqui no Brasil.

Buscando mais abrangências de atendimento ou seja querendo em uma busca constante do bem estar visual da população colombiana o governo proporciona um aporte estrutural que não é perfeito mas ajuda bastante no trabalho em geral, devemos ter como espelho nossos vizinhos colombianos para um crescimento incondicional da primeira barreira contra a cegueira e integrar nosso país de norte a sul sem objeções seja de autoridades seja de optometristas.

#### **4 - A LEGALIDADE DA OPTOMETRIA NO BRASIL**

O início do reconhecimento da optometria em nosso país se dá quando no artigo 3º do decreto 20.931 informa que; Os optometristas, práticos de farmácia, massagistas e duchistas estão também sujeitos a fiscalização, só podendo exercer a profissão respectiva mediante aprovação de sua habilitação a juízo da autoridade sanitária (constituição federal de 1988).

A optometria é a ciência da área da saúde ligada a física que trata da visão, principalmente dos problemas primários não patológicos, sobre o ponto de vista físico, o optometrista não utiliza nenhum procedimento ou conhecimento invasivo, apenas observa e aplica as técnicas de avaliação quantitativa e qualitativa do sistema visual do paciente, além de ser considerado uma forma de exame preventivo contra a cegueira evitável.

Caso o profissional encontre qualquer problema ou alteração ocular de origem patológica, mesmo estará apto a reconhecê-lo e em seguida encaminhar a um especialista, tendo o optometrista como papel de suma importância, avaliar, medir as estruturas da visão em aspectos funcionais, além de propor meios ópticos de compensação dos defeitos visuais ou estruturais no globo ocular (LIMA, 2014 pg. 13).

Segundo Lima (2014), permanece informando que o optometrista é preparado para resolver alterações visuais não patológicas, que representam quase 80% de todos os casos de problemas visuais, sendo embasado pelo artigo 3º do decreto 20.931 onde se mostra clara a condição de reconhecimento da classe optométrica, livre para atuar sem receio ou temor mas com a exigência da constituição federal de se estar em condições legais para poder atuar conforme a lei sob pena de reclusão e caso exerça a profissão com fins lucrativos terá de pagar multa, e estando conforme as normas legais pode-se dizer que a classe em geral terá acesso às comunidades mais remotas e necessitadas levando benefícios que não se pode mensurar qual o tamanho desse benefício socialmente falando, desde um simples par de óculos a uma nova forma de se ver literalmente o mundo.

Mas no início dos anos 2.000 logo após o Ministério da Educação e Cultura (MEC) aprovar e reconhecer o primeiro curso superior de optometria o conselho nacional de saúde tentou interromper a vigência do respectivo curso, com uma ação jurídica que alegava que alegava o seguinte; as funções exercidas pelo optometrista seria única e exclusiva do medico oftalmologista, usando como fundamentação o artigo 27º do decreto 3.860 do ano 2001 onde diz o seguinte; a criação de cursos de graduação em medicina, odontologia e psicologia por universidades e demais instituições de ensino superior, deverá ser submetida a manifestação do conselho nacional de saúde ou seja somente o conselho teria o poder de liberar ou não os cursos.

### **3.1 As tentativas de proibição da atuação**

Com o processo tendo percorrido todas as instâncias até chegar ao superior tribunal de justiça (STJ), no ano de 2005 onde aconteceu um acordão que de acordo com o mandato de segurança MS9496/DF DE 2008, que diz o seguinte; a manifestação previa do conselho nacional de saúde é exigida apenas nos casos de criação dos cursos de medicina, odontologia e psicologia (Artigo 27 do Decreto 3.860/ 2001) não estando previsto para outros cursos superiores ainda que na área da saúde. Sendo assim, o STF permitiu ao MEC reconhecer e autorizar o curso de nível superior em optometria no Brasil, superando mais uma imposição da classe médica a optometria estaria bem encaminhada a ter sua liberação por completo, várias instituições se dispondo a formar mais pessoas com o interesse em ser um profissional na área da saúde ou seja na optometria tentando assim compreender todo o território nacional levando profissionais qualificados e reconhecidos de fato sendo um passo enorme para a legalidade profissional da classe optometrica.

O que parecia superado em relação a não poder exercer a profissão, veio a ocorrer outro incidente, entre os anos de 2007 e 2008 um profissional optometrista munido de seus documentos de formação a qual lhe daria permissão de exercer sua profissão veio a ser impedido de exercer-la, com isso novamente se chega ao STF agora com o objetivo de novamente conseguir a condição jurídica de trabalhar e

exercer sua profissão, caso que veio a acontecer com a seguinte ementa; Processo civil, administrativo mandato de segurança profissional da optometria, reconhecimento do Ministério da Educação, precedente / STJ, legitimidade do ato expedição de alvará , direitos garantidos se preencher os requisitos sanitários estipulados na legislação específica, valorização do trabalho humano e liberdade profissional , princípios constitucionais.

Fazendo novamente com que a classe optométrica tenha a liberdade de exercer seu papel profissional e social sem qualquer impedimento jurídico e constitucional levando em consideração o artigo 1º de nossa constituição a qual foca nos valores sociais do trabalho e exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações que a lei estabelecer, as dimensões dos direitos fundamentais dizem respeito ao direito do homem e levantam os valores do lema da bandeira defendida na revolução francesa “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”.

Os direitos fundamentais foram criados inicialmente com instrumentos de limitação do poder estatal, visando assegurar indivíduos com nível máximo de processos da sua autonomia e liberdade, ou seja surgiram como proteção dos cidadãos contra a intromissão indevida do estado em sua vida privada e contra o abuso do poder.

Em 2015, vem à tona uma mobilização da classe medica em geral com ênfase nos oftalmologistas, onde o objetivo maior seria atualizar e estabelecer atividades de competência exclusiva de profissionais médicos eximindo a categoria dos optometristas, mobilização encabeçada pelo cardiologista Dr Benicio Sampaio na época senador pelo partido progressista brasileiro (PP), novamente com a proximidade de excluir drasticamente várias classes profissionais além dos optometristas.

A lei popularmente conhecida como ato medico, chegou a ser aprovada no congresso nacional, substituindo leis anteriores que garantiam ao optometrista exercer sua atividade normalmente, ratificando com veemência que todas as atividades disposta ao longo dessa lei são de competência única e exclusiva do profissional medico, de tal forma que qualquer um que venha a exercer tais funções

dispostas nessa lei que não seja médico estará incorrendo no crime de exercício ilegal da medicina, conforme o artigo 282 do código penal brasileiro; exercer ainda que a título gratuito a profissão de médico, dentista ou farmacêutico sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites. Pena, detenção de seis meses a dois anos de reclusão, parágrafo único, se o crime é praticado com fim lucrativo aplica-se também multa.

Sendo assim quem exerce a profissão da medicina sem autorização legal aquele que mesmo com graduação em medicina não se encontra inscrito no Conselho Regional de Medicina.

Agora sim, sendo descrita desta forma conforme a lei do ato médico, estariam dizimadas de vez as classes optométricas, farmacêuticas, enfermagens e outras, por estarem segundo a lei infringindo normas que seriam de cunho exclusivo dos profissionais da medicina, mas na época a então presidente em exercício do Brasil Dilma Rousseff, interviu por meio de vetos em alguns artigos dessa lei sofrendo alterações que não foram bem digeridas pela classe médica principalmente a alteração feita no inciso IX do artigo 4º onde diz o seguinte; Os dispositivos impossibilitam a atuação de outros profissionais que usualmente já prescrevem, confeccionam, e acompanham o uso de órteses e próteses que, por suas especificidades, 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 da saúde, 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 sendo respaldado no país pelo Superior Tribunal de Justiça. Sendo assim a manutenção do texto original da respectiva lei teria um impacto negativo sobre o atendimento à saúde nessas hipóteses.

Segundo Lopes (2016 pág. 119); Pelo disposto até o presente momento, pode se concluir que a competência para prescrições de órteses e próteses oculares não são de ações exclusivas de Médicos Oftalmologistas.

As disputas tem se tornado frequente principalmente pelos médicos oftalmologistas contra os optometristas, pelo fato de a força da classe médica ser maior, unida e forte tem uma ligeira vantagem e consistência em suas investidas, o fato de terem representantes em nosso meio politico lhes dá uma vantagem maior no que diz respeito a acessibilidade de tratar dos trâmites entrelaçados pela lei, assim podem fazer com que as leis possam ser direcionadas a qualquer classe profissional e claro não deixando margem alguma para uma hipótese de trabalho em conjunto com os optometristas, pela fragilidade optométrica em termos jurídicos não conseguem abertura para serem ouvidos e assim proporcionar um debate mais justo e comprometido com os benefícios que podem ser proporcionado a sociedade em um contexto geral e chegando as comunidades mais distantes dos grandes centros ou seja no interior das varias cidades.

Ocorre que a própria classe optométrica não tem a aglutinação organizacional como outras classes, pois existe uma disputa entre os técnicos optometristas e os optometristas de nível superior, onde os de nível superior não querem reconhecer a classe técnica por supostamente terem estudado e se qualificado mais com isso ocorre uma fragilização da optometria, pois se cada optometrista seja ele do nível técnico ou superior seguir seu caminho de forma solitária e individualista não terão força para contra atacar aos nossos comandantes que formulam nossas leis e medias provisórias.

Talvez o momento seja de se unir realmente e ir de encontro as esses obstáculos jurídicos pois de fato se defende o que nos propomos a ser no que diz respeito a profissão claro seguindo todos os tramites existentes em nossa legislação, pois já que uma parceria estaria longe de ocorrer mesmo as profissões se completando, o poder público poderia observar as situações onde já ocorrem como na América do Sul e Europa.

Acontecendo triagens e direcionando as pessoas para os respectivos profissionais que os mesmos realmente necessitam sejam eles patológicos, neurológicos ou um simples uso de órteses, evitando diagnósticos tardios e consequentemente obtendo resultados mais rápido e eficazes tornando seu tratamento mais preciso.

No artigo 5º inciso XIII onde informa que é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão se atendidas as qualificações que a lei estabelecer, então todos os cidadãos de forma lícita tem garantido por lei atuar ou seja quem tiver a qualificação necessárias para exercer sua profissão adquirida de fato como deve ser, poderá praticá-la.

Pressupõe-se então que basta o optometrista ter seu diploma adquirido e estará apto a trabalhar embasado pelo artigo 3º do decreto 1931 ou o próprio artigo 5º conforme informado no paragrafo anterior mas nossas leis são frágeis e fáceis de burlá-las pois as mesmas leis que liberam a atuação são distorcidas e se voltam contra esses profissionais restringindo sua atuação as vezes .

Algumas profissões como a dos oftalmologistas tem exigências mas abrangentes onde para atuar se faz preciso além de seu diploma, sendo exigido registros nos conselho de saúde pública e repartição sanitária estadual competentes, fazendo com que a posição dos oftalmologistas viesse a cobrar das autoridades as mesmas exigências, para coibir a produção de consultórios optométricos impossibilitando novamente de os mesmos trabalharem existindo uma cobrança mais acirrada e normalmente negada quase que de imediato, o fato de se ter contato com autoridades da área jurídica faz com que o caminho se torne mais árduo e complexo.

Já ao optometrista cabe se pronunciar a entidade a qual lhe restringe de atuar por exigirem a esses estabelecimentos os mesmo critérios que são exigidos dos consultórios médicos informando que no artigo 6º do decreto 20.931 onde apenas os médicos e os cirurgiões dentistas são obrigados a notificar no primeiro trimestre de cada ano, a autoridade sanitária da localidade onde clinicarem ou em sua falta, a autoridade policial a sede de seus consultórios ou residências afim de serem organizados o cadastro médico e o cadastro odontológico do local.

A realidade é baseada no artigo 11 do decreto 81.384 de 22 de fevereiro de 1978 retirou a obrigatoriedade de todos os profissionais da saúde de registrar-se junto aos órgãos quaisquer que sejam, sendo assim ficam dispensados os registros.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo de demonstrar a deficiência ao não acesso por intermédio de políticas públicas é a nossa realidade a nível nacional, se tornando público e notório que são raros os casos em que a população mais carente tem acesso aos benefícios que deveriam ser para muitos ou melhor para todos,.

As ideias não saem do papel e a burocracia e seus respectivos desvios prevalece, a falta de força da classe optométrica também deve ser levada em consideração a ideologia do cada um por si reduz o poder que juntos certamente se tem, com isso resume-se que se não houver a união as conquistas se tornarão mais raras e o crescimento profissional sofrerá uma regressão conforme o tempo for passando, se qualificar e procurar sempre demonstrar o que a optometria é e enaltecer essa profissão tão necessária ao combate da cegueira evitável.

## REFERENCIAS

ALVES, M R; KARA-JOSÉ, Newton. **O olho e a visão**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

ALVES, M.R; KARA-JOSÉ, Newton. **Manual de orientação ao professor**. São Paulo, 2000.

GUITEL, Antonio. **Guarda - Chuva**: Disponível em: <https://opticanet.com.br/secao/colunaseartigos/6750/artigo-vilmario-antonio-guitel-guarda-chuva>>. Acesso em 4 de Março .2018.

Brito, Gilberto. **Dia mundial da visão: "A Verdade"** Disponível em: <https://opticanet.com.br/secao/busca/?pc=Gilberto%20brito>>. Acesso em 3 de Março. 2018.

TORRES, Peres. Myriam Leonor. **Visão é o futuro da optometria colombiana**: Disponível em <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=optometria&scope=Todos>> Acesso em: 4 de Março. 2018.

BRASIL – **Legislação: CF; Leis 8.080 e 8.142; LC 141**. Disponível em: < <http://www.senado.leg.br/transparencia/liccontr/contratos/getArquivosBlob.asp?codTexto=230302> > Acesso em: 10 de Março. 2018

BRASIL – **Projetos aprovados para o SUS** Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/resultado-debusca?x=0&y=0&3keywords=data+sus&3formDate=1441824476958&p\\_p\\_id=3&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&3groupId=0&3struts.action=%2Fsearch%2Fsearch&3cur=1&3format=r](http://portal.anvisa.gov.br/resultado-debusca?x=0&y=0&3keywords=data+sus&3formDate=1441824476958&p_p_id=3&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&3groupId=0&3struts.action=%2Fsearch%2Fsearch&3cur=1&3format=r)> Acesso em 10 de Março. 2018

SCIELO. **A saúde pública no Brasil.** Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002)

Acesso em 15 de Março. 2018