

COMISSÃO DE TRABALHO, DE ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇO PÚBLICO

PROJETO DE LEI Nº 2.783, DE 2003

Dispõe sobre a regulamentação da profissão de óptico optometrista.

Autor: Deputado MÁRIO ASSAD JÚNIOR
Relatora: Deputada DRA. CLAIR

I - RELATÓRIO

O ilustre Deputado Mário Assad Júnior apresentou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei n.º 2.783, de 2003, com o objetivo de regulamentar a profissão de óptico optometrista. Encerrado o prazo regimental, não foram apresentadas emendas.

A Comissão de Educação e Cultura manifestou-se pela rejeição do Projeto.

Encaminhados à Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público, no prazo regimental, não foram apresentadas emendas.

É o relatório.

E2CC16AF49
F2CC16AF49

II - VOTO DA RELATORA

Na forma do art. 3º do Projeto de Lei n.º 2.783, de 2003, a profissão de óptico optometrista consiste em :

“Art. 3º São atividades do óptico optometrista:

- I – examinar e avaliar a função visual, prescrevendo soluções ópticas nos casos de ametropias;
- II – orientar técnica e esteticamente o usuário de óculos e lentes de contato;
- III – adaptar os óculos e as lentes de contato às necessidades do usuário.”

Como se observa da leitura do dispositivo citado acima, as atividades do optometrista relacionam-se diretamente com o diagnóstico e o tratamento de problemas de acuidade visual, hoje entregues aos cuidados dos médicos oftalmologistas, cuja profissão, em razão do elevado interesse público em torno dessa modalidade de serviço prestado à população, encontra-se, já há muito, regulamentada em lei.

A prática independente dos optometristas, já levou o Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Oftalmologia aos tribunais, pretendendo que os optometristas, em atividade, fossem condenados pelo exercício ilegal da medicina.

A legislação em vigor, Decretos nºs 20.931/32 e 24.492/34, que regulam a prestação de serviços de oftalmologia, proíbem, terminantemente, aos enfermeiros, massagistas, optometristas e ortopedistas, a instalação de consultórios para atender clientes; às casas de ótica, proíbem a confecção e a venda de lentes de grau sem prescrição médica, bem como a instalação de consultórios médicos nas dependências dos seus estabelecimentos. Em razão desses diplomas legais, as entidades representantes dos oftalmologistas já impetraram a Ação Civil Pública n.º 20.0573 –20, de 2003,

E2CC16AF49*

com a finalidade de suspender o exercício da optometria em todo território nacional, estando a questão sob apreciação judicial.

Inúmeras ações também foram ajuizadas pelos optometristas para garantir o exercício da profissão. Há uma verdadeira guerra jurídica e política em torno do assunto, que se refletiu na Câmara dos Deputados e na Comissão do Trabalho.

Existe, sabemos, um debate entre duas teses: de um lado há os que defendem a possibilidade de se certificar um especialista para o chamado "atendimento visual primário", que atuaria na avaliação e na solução de problemas estritamente oculares, ligados às ametropias; e de outro, os que entendem que a certificação de um profissional, sem uma formação clínica capaz de diagnosticar doenças ligadas à perda da acuidade visual, poderia mascarar a presença delas e causar profundas seqüelas nos pacientes.

A solução desse debate, evidentemente, depende do conhecimento de uma série de informações técnicas e científicas para se fazer uma análise da viabilidade do projeto, da fisiologia do olho humano, de suas patologias e das técnicas para tratá-las.

A CTASP realizou audiências públicas nos dias 16 e 22/6/2005, em um esforço para ampliar o debate democrático quanto ao tema e esclarecer as questões fundamentais pertinentes ao impacto da aprovação do Projeto de Lei na saúde da população e sobre a organização do mercado de trabalho na área da saúde. Além das audiências públicas, representantes de oftalmologistas e optometristas foram recebidos pela relatora e percorreram todos os gabinetes dos deputados, apresentando material sobre o tema, sendo alguns dados colhidos dessas reuniões e documentos.

Assim, queremos retratar os argumentos que embasam as duas teses para, em seguida, apresentar nossas conclusões.

Na primeira audiência pública, realizada dia 16/06/05, foram ouvidos os optometristas, representados pelos Srs. Dan Shine, Ricardo Bretas, Danny Carvalho e Dr. Torbi Rech. Dessa audiência depreendemos algumas colocações que entendemos pertinentes nesse relatório. A primeira

E2CC16AF49*
E2CC16AF49*

delas seria a definição da optometria que estaria atrelada a quatro níveis: é uma profissão que visa os cuidados com a saúde visual; é uma profissão autônoma; tem a necessidade de formação (nível superior); e tem a necessidade de regulamentação.

A optometria é reconhecida pela OMS e é exercida em mais de 150 países.

Segundo o Sr. Dan Shine, a optometria está inserida no sistema de saúde mundial, trabalhando com olhos na questão da acuidade visual. Sua finalidade seria o atendimento primário, que pressupõe o teste de refração, a detecção de problema (patologia) e em caso dessa detecção, o encaminhamento ao profissional competente.

Segundo o Sr. Ricardo Bretas, o optometrista seria aquele que reconhece, corrige, reeduca e previne anomalias. Teria a capacidade de avaliar a existência ou não de patologias, tendo em vista os cursos superiores oferecerem 1800 horas para o estudo da refração e 540 horas para o estudo das patologias.

A atuação dos optometristas permitiria um melhor atendimento às populações de baixa renda e o desafogamento do Sistema Único de Saúde.

Apresenta dados que dizem que no Centro-Oeste existe um oftalmologista para cada 60.000 habitantes, significando que o último da fila levaria 14 anos para ser atendido. Informa, ainda, que de 90% a 95% das pessoas que procuram atendimento oftalmológico possuem apenas problemas relacionados à refração.

Frisa que os optometristas não querem tratar das patologias, não querem fazer cirurgias, não querem invadir a área médica. Querem, apenas, realizar o atendimento primário.

O Sr. Danny Carvalho traz dados que dizem que dos deficientes físicos do Brasil, 48% são deficientes visuais, propondo uma interação

E2CC16AF49*

entre a optometria e a oftalmologia, tendo em vista a complementaridade nas atuações.

Segundo cartilha encaminhada pelos optometristas, “(...) Optometria é a ciência que estuda o sistema visual, habilitando profissionais independentes na área da saúde, que atuam na prevenção de problemas oculares e sistêmicos; sendo ainda um especialista na determinação de defeitos refrativos e disfunções visuais, especificando as ações e medidas corretoras adequadas, sem a utilização de drogas ou intervenções cirúrgicas.

O optometrista é um profissional não médico que está preparado para examinar e avaliar a função visual quando esta não for de ordem patológica ocular ou sistêmica. Ele identifica, corrige e prescreve soluções ópticas que irão compensar as ametropias (alterações visuais não patológicas como: miopia, hipermetropia, presbiopia, astigmatismo, vista cansada, etc). Ele não utiliza qualquer medicamento ou técnica invasiva ao corpo humano. Todos os seus equipamentos são de caráter observativo e direcionados à avaliação quantitativa e qualitativa do sentido da visão. Também é preparado para reconhecer uma alteração visual de ordem patológica ocular ou sistêmica, encaminhando, nestes casos, a um profissional especializado, realizando assim seu trabalho de prevenção. Já um oftalmologista trata do globo ocular e seus anexos, diagnosticando e cuidando das doenças através de cirurgias e medicamentos. Ele dedica-se ao tratamento do globo ocular e seus anexos. A atividade desses dois profissionais somente beneficia toda a população.

A optometria auxilia na saúde visual, entretanto não exerce nenhuma atividade médica. Medicina é saúde. Saúde não é medicina. A saúde não é privativa de nenhuma profissão.

O Optometrista tem formação de **nível superior**, qualificado para a prática após 04 anos de estudo, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura, ofertado por universidades habilitadas na forma da lei.

O currículo da Optometria disponibiliza 08 semestres de estudos específicos, inclusive com estágio rigorosamente supervisionado por mestres, especialistas e doutores da área, possuindo em sua estrutura

E2CC16AF49*
E2CC16AF49*

conhecimentos nas áreas de Anatomia Sistêmica, Anatomia Ocular, Fisiologia Sistêmica, Fisiologia Ocular, Neurologia Ocular, Patologia Ocular e Sistêmica, Cuidados Primários Oculares, Óptica-Física, Optica-Geométrica, Óptica Visual e Oftalmica, Optometria Clínica, Lentes de Contato, Visão Binocular, Saúde Pública, Epidemiologia, entre outras.

O Optometrista não deve ser confundido com Técnico em Óptica nem com Óptico Optometrista. O espaço de tempo de curso destes é bem menor e a eles só é exigido o 2º grau completo, além das qualificações serem diferenciadas. O Optometrista estuda rigorosamente durante 04 anos acerca do olho humano e tudo que a ele se relaciona, além de aulas práticas no estágio supervisionado.

COMPETÊNCIAS BÁSICAS DO OPTOMETRISTA

- 1- Possuir conhecimentos técnicos e primar pela ética, integridade moral e consciência social;
- 2- Realizar exame optométrico completo na área de cuidados primários e secundários e indicar meios ópticos quando necessário;
- 3- Deverá conhecer o sistema de encaminhamento dos casos onde foi detectada qualquer patologia, seja em nível ocular ou sistêmico, para os profissionais competentes, evitando assim o agravamento da situação que poderá por em risco a visão do paciente;
- 4- Elaborar e desenvolver pesquisa e investigação na área da Optometria e da Saúde Coletiva;
- 5- Educar e esclarecer as comunidades sobre a importância do exame visual / ocular preventivo, através de sua inserção nas equipes multidisciplinares que atuam na saúde coletiva;
- 6- Ter a habilidade de dominar todos os equipamentos oftálmicos e derivados;
- 7- Estar apto a realizar todas as atividades inerentes à sua atividade profissional.

PERFIL DO OPTOMETRISTA RECONHECIDO PELO CBOO Conselho Brasileiro de Óptica e Optometria

De **formação superior específica** (04 anos de universidade), examina pessoas portadoras de perturbações da função visual como um todo, compensando e orientando os diferentes tipos de tratamentos para promover a recuperação desses distúrbios. O Optometrista ocupa-se do exame do processo visual em seus aspectos funcionais e comportamentais,

E2CC16AF49*
E2CC16AF49*

determinando e medindo cientificamente os defeitos de refração, acomodação e motilidade dos olhos, prevenindo e corrigindo os transtornos da visão, prescrevendo e adaptando os meios ópticos compensatórios - sejam lentes oftálmicas em geral, lentes de contato em geral, prismas, filtros, telelupas, exercícios, etc. Prevê a recomendação e o acompanhamento da prática de terapias visuais, exercícios ortópticos e a adaptação de próteses e órteses oculares. Reconhece condições patológicas oculares e sistêmicas, encaminhando esses casos aos profissionais de medicina especializada. Busca oferecer o máximo de rendimento visual com a mínima fadiga. Por métodos objetivos e subjetivos, reconhece, determina, compensa e/ou corrige as anomalias visuais, de modo funcional e dinâmico.

Aprofunda-se em aspectos físicos, psicológicos e ergonômicos da visão, bem como em áreas de especialização como a refratometria, optometria pediátrica, ortóptica e pleóptica, adaptação de lentes de contato, próteses e órteses, optometria geriátrica, desportiva, visão subnormal, profissional e reeducação visual, dentre outras. Avalia o caso examinando o cliente e entrevistando a família do mesmo, para determinação de critérios terapêuticos. Pode fornecer dados aos médicos especializados para efeito de auxílio nos casos patológicos carentes de tratamentos específicos e/ou cirúrgicos. Orienta a família do cliente travando com ela contatos informais, para obter o maior rendimento possível de terapêutica; completa o tratamento utilizando filtros, lentes adicionais, prismas corretores e processos de oclusão para assegurar maior rapidez e eficiência terapêuticas dos casos, analisando os resultados obtidos, para encaminhar o cliente a outros especialistas quando necessário; participa de equipes multiprofissionais, assessorando em assuntos de optometria, a fim de contribuir para a profilaxia de deficiências visuais, do estrabismo e para o esclarecimento de diagnóstico. Pode ainda realizar triagem ou seleção de profissionais, para avaliação dos padrões exigidos pelo órgão requisitante.

O Optometrista pode atuar na saúde pública (escolas, universidades, hospitais, postos de saúde, empresas, etc.), podendo prestar seus

E2CC16AF49*
E2CC16AF49*

serviços também na esfera privada (escolas, universidades, hospitais, clínicas, indústrias, empresas, etc.), em consultórios próprios ou estabelecimentos comerciais de óptica.

Isto facilitaria o acesso da população ás consultas, principalmente no interior do país, onde geralmente existe uma óptica, mas não existe um médico oftalmologista. Por formação, pode trabalhar como consultor e pesquisador junto às indústrias oftálmicas, orientando a fabricação e testando novos materiais.

A SAÚDE VISUAL DO POVO BRASILEIRO

O Brasil possui, segundo o IBGE (www.ibge.gov.br) no último censo, cerca de 183.647.680 (cento e oitenta e três milhões, seiscentos e quarenta e sete mil e seiscentos e oitenta) habitantes. Sabe-se que gira em torno de 56% o número de indivíduos dentro de um grupo populacional que necessita de alguma correção visual, ou seja, no Brasil este número pode chegar a 102.000.000 (cento e dois milhões) de habitantes (fonte: Brigadas Optométricas – CBOO). Trata-se de um enorme contingente populacional que deveria ter assegurado o direito de ter sua capacidade visual avaliada e melhorada quando necessário. Além disso, o Brasil dispõe de uma rede pública de postos de saúde, ambulatórios e hospitais insuficientes.

No Brasil, a avaliação primária da visão tem sido equivocadamente atribuída ao médico oftalmologista. O país não dispõe de médicos oftalmologistas em número suficiente para atender a demanda populacional brasileira. São cerca de 8.000 profissionais (fonte: CBOO). Como exemplo, cita-se o estado de Goiás, onde existem 105 médicos oftalmologistas (fonte: CRM/GO) para 4.374.558 (QUATRO MILHÕES, TREZENTOS E SETENTA E QUATRO MIL, QUINHENTOS E CINQUÊNTA E OITO) habitantes. Fonte: IBGE-1996. Um oftalmologista no estado de Goiás é responsável pelo atendimento de 41.662,5 (QUARENTA E UM MIL, SEISCENTOS E SESSENTA E DOIS E MEIO) habitantes. Dessa forma, este profissional levaria seis anos e meio para atender a toda a quota que lhe cabe.

E2CC16AF49*

A região Nordeste passa por uma situação ainda pior. Lá tem 01 oftalmologista para cada 360.000 (TREZENTOS E SESSENTA MIL) habitantes. Este profissional demoraria perto de 60 anos para atender todo o contingente referente á sua quota. Existe ainda o agravante de que alguns problemas de visão em crianças, tais como ambliopia, se não for corrigido a tempo, resultará em anomalias de visão para o resto de suas vidas. Além disso, as crianças que não enxergam bem têm um rendimento escolar medíocre, com elevados níveis de repetência, os quais acabam por desestimular a continuidade de seus estudos. Pode-se citar também o fato de que milhões de adultos têm sua produtividade reduzida ou até interrompida e os idosos detêm uma queda brusca de qualidade de vida pela falta de uso de um simples par de óculos. A nação brasileira perde muito dinheiro e talento por questões relacionadas à visão.

O resultado de tudo isso é que apenas 9.500.000 (NOVE MILHÕES E QUINHENTOS MIL) brasileiros com deficiência visual têm sua capacidade visual avaliada e corrigida (fonte: DATASUS-MS). Justamente os que podem pagar por uma consulta. Mas e o restante da população? Estima-se em 85.500.000 (OITENTA E CINCO MILHÕES E QUINHENTOS MIL) o número de brasileiros que nunca poderão fazer seu exame de vista se prevalecer o sistema sustentado pelas entidades representativas da classe médica oftalmológica.”

Segundo o documento encaminhado pela Academia Brasileira de Óptica e Optometria, intitulado Optometria e Saúde Pública, “A visão é algo a ser aprendido (SKEFFINGTON, 1940). Todo neonato tem desenvolvido apenas uma parte de todo o seu aparato ocular e de sua capacidade visual. Durante o seu crescimento, segue desenvolvendo e maturando as estruturas do globo ocular, completando sua maturidade aos sete anos de idade, proporcionando, paralelamente, o incremento da acuidade visual. O acompanhamento desta fase é de grande importância, posto que quaisquer obstáculos à formação de imagens nítidas na retina nervosa, ou a formação de imagens em tamanhos diferentes em cada olho, certamente acarretará em deficiências visuais de caráter irreversível, como a ambliopia, por exemplo.

Dessa forma, a avaliação da capacidade visual da criança por profissionais devidamente habilitados para tal, que detectem disfunções

E2CC16AF49*

visuais com ou sem sintomas aparentes e o seu devido atendimento é de vital importância para seu completo desenvolvimento.

Segundo a Constituição Brasileira de 1988, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”¹.

De acordo como Ministério da Saúde, 90% dos problemas de ordem visual e ocular podem ser evitados ou minorados com educação preventiva e a devida assistência.

No Brasil, entretanto, pouco se tem feito realmente para uma efetiva educação preventiva, posto que a avaliação primária da visão em crianças em idade escolar, quando não é realizada, é executada por profissionais de outras áreas, das quais muitas vezes receberam treinamento rápido para o uso, por vezes inadequado, da tabela de optotipos de Snellen. Procedimento escasso e ineficiente para a determinação real da qualidade visual.

O Censo realizado pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia no ano de 2001 aponta para uma realidade preocupante, no que tange à saúde visual grande maioria da população brasileira. Segundo o Censo 2001, o Brasil conta atualmente com um contingente de 9.622 oftalmologistas e uma população de 169.544.443 habitantes (CBO - Censo 2001), o que estabelece uma relação média de 01 oftalmologista para 17.620 habitantes. Mais agravante ainda é o quadro de distribuição destes profissionais, que se concentram em apenas 12% (677) dos 5.507 municípios brasileiros, e em apenas 04 estados, Rio de Janeiro, Distrito Federal, São Paulo e Minas Gerais, estão concentrados 60,7% dos oftalmologistas brasileiros. As tabelas seguintes apresentam um quadro real da distribuição dos médicos oftalmologistas nas regiões do Brasil².

¹ Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Art. 196.

² CENSO 2001 do Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

E2CC16AF49*

REGIÃO	Nº OFTALMO	Nº HAB	OFTALM/HAB
SUDESTE	5.789	72.262.411	1/12.483
SUL	1.285	25.071.211	1/19.511
CENTRO	613	11.611.491	1/18.942
NORDESTE	1.685	47.679.381	1/28.296
NORTE	250	12.919.949	1/51.680

Relação Oftalmologista/população por região.

Exposto em médias nacionais, oculta-se uma realidade ainda mais cruel, se verificarmos centenas de casos particulares. A tabela abaixo apresenta alguns casos absurdos de completo abandono à saúde visual da população.

É interessante citar que o censo 2001 do CBO é de responsabilidade da **Comissão de Mercado de Trabalho**, apontando para uma visão mercantil da saúde visual brasileira. De acordo com Henrique Kikuto, Coordenador da supra comissão, o **Conselho Brasileiro de Oftalmologia** “é consciente da precariedade e mesmo total ausência de atenção para com grande parte da população no que tange à saúde ocular”³.

DADOS DO ESTADO DO CEARÁ

- No Ceará, apenas 16 dos 184 municípios conta com pelo menos 01 oftalmologista.
- **Em Fortaleza, capital do Estado, concentra-se 87,5% dos oftalmologistas cearenses.**
- Os municípios de Maranguape, 90mil hab., e Canindé, 68mil hab, não contam com oftalmologista algum.

A contribuição mais valiosa, e de relação custo benefício mais viável que a oftalmologia pode oferecer, encontra-se no diagnóstico e tratamento das diversas afecções que atingem o globo ocular, abstendo-se de

³ Censo 2001 – Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

E2CC16AF49*

tarefas mais simples, embora não menos importantes como a avaliação da acuidade visual e sua necessária compensação através de artefatos ópticos e/ou treinamento visual.

Uma pesquisa de pós-graduação da Dra. Sperandio, da Escola de Saúde Pública, realizada em Campinas, aponta para a deficiente formação em saúde ocular durante a graduação, e principalmente, na residência ou estágio em pediatria e enfermagem, responsáveis pela triagem da situação do sistema visual infantil na Saúde Pública.⁴

Segundo Sperandio, a execução das ações básicas de saúde visual e ocular não faz parte das atividades dos pediatras e enfermeiros, provavelmente devido ao pouco conhecimento dessas ações. Sua pesquisa resultou em dados preocupantes acerca da realidade da saúde visual no Brasil. As respostas obtidas apresentam o seguinte quadro:

82% dos pediatras entrevistados desconhecem a idade de maturação do sistema visual

ambliopia 86,8% destes pediatras não souberam definir a

catarata. 40% não sabem definir sinais e sintomas visuais da

sintomas do glaucoma; 21,7% dos pediatras desconhecem os sinais e

problemas visuais; 21,3% não souberam relacionar sinais e sintomas de

área durante a residência. 57,4% referiram que não receberam conhecimentos da

Sua conclusão era de que as faculdades de medicina e enfermagem provavelmente não forneciam subsídios básicos teóricos e práticos

⁴ Sperandio AMG, 1999. A promoção da saúde ocular e a prevenção precoce de problemas visuais nos serviços de saúde pública de Campinas. Rev Saúde Pública, 33:513-520.

E2CC16AF49*

para que os futuros pediatras e enfermeiros pudessem atuar na prevenção à cegueira, principalmente nos serviços de atendimento de nível primário à saúde⁵.

Dessa forma, a saúde visual e ocular, no Brasil, está a mercê de campanhas promovidas por entidades privadas e públicas, tais como a campanha “Olho no Olho”, para a qual o Tribunal de Contas da União apontou deficiências em sua aplicação.

De acordo com o relatório do TCU, “em média, 50% dos alunos não foram triados. Mesmo a ausência do aluno na data de realização do teste não deveria justificar a perda, pois a triagem é realizada em vários dias consecutivos... ... verificou-se que 31% dos alunos encaminhados para consulta deixaram de ser consultados pelos médicos oftalmologistas”⁶.

E ainda, “A perda mencionada refere-se apenas à não-confecção dos óculos prescritos, visto que o banco de dados de entrega de óculos do CBO registra os óculos colocados à disposição dos alunos ou das escolas, faturados e pagos. Esses dados não incluem a perda decorrente da não-localização do beneficiário pela ótica ou pela escola.

Embora não exista padrão ou parâmetro para comparação da taxa de entrega de óculos, é razoável esperar que a totalidade de óculos prescritos seja confeccionada e entregue pelas óticas. Na Campanha de 2000, a maioria dos óculos foi disponibilizada ou entregue às escolas entre janeiro e março de 2001. Houve casos extremos em que a entrega dos óculos às escolas ocorreu após seis meses da realização da consulta oftalmológica. Nesses casos, há o risco de os óculos não serem mais adequados aos alunos, em razão da alteração do erro de refração do escolar, ou de não contribuírem para a melhoria do desempenho escolar em razão de serem recebidos quando o ano letivo já está avançado.

A Campanha de 2000 apresentou elevados percentuais de perda nas etapas de triagem, consulta oftalmológica e entrega dos óculos,

⁵ Idem, ibidem.

⁶ Brasil. Tribunal de Contas da União. Avaliação do TCU sobre as ações de detecção e correção de problemas visuais do escolar / Tribunal de Contas da União. Brasília : TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2002.

E2CC16AF49*
E2CC16AF49*

entregando óculos a apenas 37% dos escolares que integravam seu público alvo e necessitavam de lentes para correção de problemas oculares. Em razão dessas perdas, a Campanha de 2000 apresentou baixa eficiência, elevando seu custo per capita em 48%. Esses números demonstram a oportunidade para obtenção de significativas melhorias de desempenho mediante melhor gerenciamento da Campanha”⁷.

A Organização Mundial de Saúde, em seus documentos oficiais, tem reconhecido freqüentemente a importância da optometria na prevenção da cegueira evitável no mundo. Segundo a OMS, “o optometrista é parte da equipe de saúde visual. Um modelo eficaz corrente, desenvolvido pelo LV Prasad Eye Institute , em Hyderabad, na Índia, para uma eficiente relação de custo-benefício no serviço à saúde visual, é necessário uma equipe com: 01 oftalmologista, **04 optometristas**, o assistentes primários da saúde visual, 08 assistentes oftálmicos e 08 enfermeiras oftálmicas”⁸.

Para Organização Mundial de Saúde, “**a cegueira evitável é um de nossos problemas mais trágicos. A Optometria é uma parte essencial da equipe que eliminará esta tragédia**, compreendendo que a saúde ocular global necessita de um cuidado eficaz e sustentável da visão de que os povos tem necessidade, assegurando desse modo seu direito do fundamento à visão”⁹

Em resposta ao desafio da erradicação da cegueira evitável no mundo, em sua 56º Assembléia Mundial da Saúde, insta aos estados membros, entre eles está o Brasil, a que “se comprometam a apoiar a Iniciativa Mundial para Erradicar a Cegueira Evitável...” e que “apóiem a mobilização de recursos para a erradicação da cegueira evitável”¹⁰.

O optometrista comportamental, além dos cuidados optométricos convencionais, realiza avaliações especializadas da visão que

⁷ Idem, ibidem.

⁸ THE ROLE OF OPTOMETRY IN VISION 2020. Journal of Community eye Health. Community Eye Health, Vol.15 Nº 44. 2002 pp33-36

⁹ idem, ibidem.p33.

¹⁰ World Health Organization. Resolução WHA 56.26 da 56ª Assembléia Mundial de Saúde, de 28 de maio de 2003.

E2CC16AF49*

tendem a sondar o desenvolvimento visual e não somente a acuidade visual. Para o Dr. Skeffington, criador da Optometria Comportamental, o processo visual ocorre com a participação de um sistema integrado do indivíduo, onde atuam, em um processo holístico, em um desenvolvimento simultâneo de todo o organismo, que compreende: identificação, localização, postura-movimento e fala-audição. A falha no desenvolvimento de qualquer um destes quatro sistemas causará um problema visual.

O optometrista, com formação específica para a detecção e compensação dos problemas visuais refrativos, dos problemas de rendimento derivados da disfunção no complexo processo visual, pode contribuir de forma significativa na redução dos problemas visuais de caráter irreversível e promoção da saúde visual da coletividade. Sua atividade dentro dos postos de saúde permite a uma população carente de assistência o acesso à melhoria de qualidade de vida a partir do desenvolvimento do processo visual, muitas vezes interrompido no período mais importante da formação do ser humano, de 0 a 7 anos, quando o aparelho visual atinge sua maturidade.

Ante o exposto, a presença do profissional optometrista no Sistema de Saúde Público, entende a Academia Brasileira de Óptica e Optometria, deve ser tratada não apenas como uma questão de direito ao trabalho, senão que de Justiça Social e cidadania. Do respeito aos direitos fundamentais à saúde garantidos pela Régia Carta de 1988, e ao compromisso do Brasil, enquanto membro permanente da Organização Mundial de Saúde.(...)"

Na segunda audiência pública, realizada dia 22/06/05, foram ouvidos os oftalmologistas, representados pelos Dr. Elisabeto Ribeiro Gonçalves, Dr. Gerson Zafalon Martins, Dr. Marcos Pereira de Ávila e o Dr. Flávio de Castro. Dessa audiência depeendemos algumas colocações que entendemos pertinentes nesse relatório.

A audiência teve início com o pronunciamento do Dr. Elisabeto Ribeiro Gonçalves, informando que existem, aproximadamente, 12.000 oftalmologistas. Ressalta a complexidade do processo visual, que se inicia no olho.

E2CC16AF49*

Informa, ainda, que até o final do século XIX, havia a diferenciação das ametropias com as doenças oculares. Essa diferenciação não mais persiste, tendo em vista o entendimento da OMS de que as ametropias são consideradas doenças, possuindo, inclusive, catalogação alfanumérica (mais de 3.000).

Frisa que as ametropias podem atuar como fatores de risco para doenças oculares, vez que através do exame do fundo do olho pode-se detectar várias alterações.

Considera não ser possível separar o olho e as doenças. Informa que a primeira consulta ocorre por volta dos 40 anos e que essa primeira consulta é importantíssima para a detecção de problemas oculares.

Frisa que nem toda ametropia requer prescrição de óculos, sendo importante o conhecimento das particularidades para o diagnóstico.

Quanto à optometria não-médica, aponta dados fornecidos pela Associação Médica Britânica que diz que 35% dos pacientes possuem afecções não detectadas pelos optometristas. Contrariamente ao que pretendem alguns, a aceitação da optometria na América do Norte é polêmica e não pacificamente aceita.

Presta a informação de que os optometristas prescrevem 35% de óculos desnecessariamente, contra 29% dos oftalmologistas, o que gera gastos excessivos e desnecessários.

O Dr. Gerson ressalta as importantes punições aplicadas pelo Conselho Federal de Medicina aos médicos que atuam em parcerias com óticas.

O Dr. Marcos menciona as inúmeras ações e mutirões realizados gratuitamente por oftalmologistas, que tem como prioridade o atendimento de crianças, catarata, diabéticos, glaucoma e refração (nessa ordem de prioridades).

E2CC16AF49*

E2CC16AF49

Ressalta a importância da parceria com os poderes públicos, que entende deve ser estendida.

Aponta que 316.000 cirurgias de cataratas foram realizadas em mutirão e mais 100.000 atendimentos de retinopatias diabéticas. Ressalta, ainda, o treinamento de agentes de saúde para a realização do atendimento primário, o que fez com que os atendimentos aumentassem sensivelmente.

Informa que os voluntários nos mutirões correspondiam a aproximadamente 1000 **médicos** oftalmologistas e que em 2003 passaram a ser de mais ou menos 1400 **instituições**, sendo que cada instituição tem no mínimo 3 médicos oftalmologistas.

Destaca a importância do credenciamento universal e entende que esse objetivo deve ser perseguido.

Recebemos documentos do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, expondo os motivos pelos quais são contrários à regulamentação da optometria, que a seguir transcrevemos.

“A autorização para a atuação dos optometristas seria uma excentricidade jurídica, pois como poderá ele responder pelo resultado de sua avaliação ou diagnóstico, a exemplo do que ocorre com o médico, sobre o qual recai o ônus da chamada Responsabilidade Civil, que o leva a responder judicialmente por negligência, imprudência ou imperícia no ato médico? A atuação desse optometrista, embora insuficiente para prestar o atendimento primário e secundário como se propõe, é **uma atividade médica e como tal deve ser fiscalizada, regulamentada e normatizada**.

O Conselho Brasileiro de Oftalmologia tendo acumulado (...) uma larga e reiterada experiência com a realização de campanhas de cunho social em parcerias com os Ministérios da Saúde e da Educação, considera desnecessária a inclusão de optometristas em suas equipes médicas voltadas aos cuidados da saúde ocular do povo brasileiro. Reconhece, por outro lado, a necessidade de ampliar as suas ações, de torná-las ainda mais efetivas e

E2CC16AF49*

pontuais, dotando-as do caráter intervencionista em muitos casos, visando à erradicação de doenças de significativo potencial cegante, como a catarata, o glaucoma, as degenerações coriorretinianas e a retinopatia diabética, por exemplo.

Embora a Oftalmologia brasileira tenha se empenhado séria e decididamente na extinção desses quatro grandes problemas, eles ainda existem, embora, e felizmente, reduzidos a níveis significativamente inferiores aos de 20-30 anos passados. Mas a solução desses problemas está necessária e obrigatoriamente vinculada à manutenção das ações coletivas e bem ordenadas da Oftalmologia como se tem feito até agora. É claro que a parceria do Conselho Brasileiro de Oftalmologia com os poderes públicos (federais, estaduais e municipais) torna mais fácil e possibilita uma maior abrangência das ações preventivas e curativas da Oftalmologia brasileira.

A defesa que o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) faz do atendimento oftalmológico realizado exclusivamente por médicos oftalmologistas *reflete sua preocupação* com a garantia das melhores condições possíveis de atendimento integral à saúde de nosso povo. O oftalmologista é, antes de tudo um médico, que durante os seis anos dedicados à sua graduação aprendeu a teoria e a prática da Medicina e a visão do organismo humano de modo integral, com as interfaces e influências que seus numerosos aparelhos exercem uns sobre os outros. Só depois da graduação é que se especializa em Oftalmologia, dedicando a essa especialização mais três anos de residência e um de *fellowship*. Por ser médico, o oftalmologista tem e exerce, em quaisquer das subespecialidades nas quais atue, uma exclusividade indispensável: o *olhar estimativo sobre o todo*. Isso significa que o oftalmologista, como médico que é, tem o conhecimento sobre a complexidade morfológica do olho, o qual não pode ser jamais encarado como órgão estanque e confinado, e sim como parte de um todo complexo, o qual influencia e por ele é influenciado.

Assim, mesmo com a minuciosa subdivisão em 14 subespecialidades, *todo o atendimento oftalmológico é realizado por médicos*, sendo a optometria parte integrante e uma das atividades mais importantes da Oftalmologia, que é a *refratometria*. Pois é sabido que significativa parcela dos

E2CC16AF49*

E2CC16AF49

pacientes que buscam os consultórios e atendimentos oftalmológicos o fazem movidos por queixas relacionadas a incômodos provocados por um *vício de refração* (ametropias) sendo, portanto, porta de entrada fundamental para a identificação de moléstias oculares mais graves, de alto potencial incapacitante ou cegante.

Os optometristas alegam que hoje, no Brasil, há uma grande deficiência no atendimento primário às populações de nível socioeconômico baixo, principalmente no que se refere à saúde visual. Apregoam, para minimizar esse problema, a necessidade de formação de um profissional especializado, o optometrista não-médico, destinado ao atendimento das populações carentes, pois existe uma grande demanda reprimida de pacientes.

Vamos considerar os índices de proporcionalidade fornecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para corrigirmos essa informação defeituosa dos defensores da optometria. A OMS preconiza uma relação de 1:20.000 oftalmologista\habitantes para os países do chamado Primeiro Mundo e de 1:35.000 até 1:50.000 no Terceiro Mundo. Atualmente temos, no Brasil, 12 mil oftalmologistas para uma população 180 milhões de habitantes. Essas cifras nos dão uma relação oftalmologista/habitante de 1:15.000, muito abaixo do índice preconizado pela OMS de 1:20.000. E sabemos que mantidos os esforços atuais de conscientização e incentivo à interiorização, poderemos minimizar, em médio prazo, o problema da distribuição dos oftalmologistas, já que o contingente é mais do que suficiente para o atendimento à população e, também, à *demandada reprimida* alegada pela Optometria.

O Brasil já tem excesso de escolas médicas e, o que é pior, a cada dia mais escolas são abertas! Contamos atualmente com um médico para cada 606 pessoas, quando a proporção aceitável é, segundo ainda a OMS, de 1:1000. No estado de São Paulo, o índice cai para 443 e, na sua capital, para 264. O problema está na distribuição geográfica dos médicos e não no seu número.

E2CC16AF49*

Os optometristas costumam, para reforçar a legitimidade de suas reivindicações, dividir os problemas oculares em duas categorias: problemas refracionais (são as ametropias: miopia, hipermetropia, astigmatismo e presbiopia) e doenças oculares. Essa sistematização tem suas raízes fundadas na ignorância médico-oftalmológica da época do nascimento da optometria como profissão nos Estados Unidos. Hoje, sabemos que se trata de um equívoco, sem nenhum respaldo científico. No final do século XIX, já vimos, os problemas oftalmológicos decorriam da necessidade de óculos e eram resolvidos com a prescrição deles. Hoje sabemos que a verdade não é essa. A Oftalmologia evoluiu extraordinariamente, incorporando conhecimentos diversificados e técnicas semiológicas, terapêuticas e cirúrgicas cada vez mais complexas, acuradas e refinadas. Não podemos encarar separadamente ametropias e doenças. Pois as ametropias são problemas médicos e não ergonômicos, como defendem os optometristas. E, como problemas médicos, são da competência exclusiva do oftalmologista.

É importante considerar ainda a estreita relação entre ametropias (ou vícios de refração) e outras doenças oculares. A miopia maligna, uma doença ocular grave pelas profundas alterações que causa nas estruturas nobres do olho como a coróide e a retina, afeta 1.700.000 brasileiros. Há doenças, oculares e sistêmicas, que causam ou agravam as ametropias. Como exemplo, podem ser citadas algumas causas da miopia adquirida: diabetes mellitus, catarata nuclear, espasmo ciliar (funcional, medicamentoso, traumático, tóxico), toxemia gravídica, intoxicação medicamentosa (sulfas, inibidores de anidrase carbônica, fenotiazidas, arsenicais), síndrome de Horner, fibroplasia retrorenal, hemocistinúria, síndrome de Marfan, de Marshall, de Kenny, de Schwartz, de Stickler, de Weill-Marchesani, de Cornelia de Lange, de Ehlers-Danlos, do cromossoma XXXXY, de Noonan, de Alport e miastenia grave. Entre as doenças que causam hipermetropia temos: intoxicação medicamentosa (cloroquina, fenotiazidas, meprobamato, anti-histamínicos, parassimpaticolíticos sistêmicos e tópicos, maconha, imipramina e bloqueadores ganglionares sistêmicos), botulismo, traumas contusos do bulbo ocular, tumor orbitário, síndrome de Adie, córnea plana, afacia, microftalmo, microglobo, infecções várias, aumento da pressão intracraniana, porfiria aguda, aneurisma da artéria

E2CC16AF49*

E2CC16AF49

comunicante posterior, Síndrome de Vogt-Koianagi-Harada, edemas maculares de múltiplas etiologias, tumores metastáticos de coroíde e carcinoma do nasofaringe.

As ametropias podem atuar como fator de risco para a instalação de doenças oculares graves e com significativo potencial cegante, como a obstrução venosa da retina, a degeneração macular relacionada à idade (ligadas, em geral, à hipermetropia) e o glaucoma (relacionado tanto à hipermetropia quanto à miopia). As ametropias também são causas ou se associam a alterações e doenças oculares muitas vezes de alto risco e que exigem cuidados médicos especiais clínicos ou cirúrgicos, como, por exemplo: exoftalmia, nistagmo, hipotensão ocular, estafiloma escleral, roturas da membrana de Descemet, hemorragias, roturas, pregas e descolamento de coroíde, cegueira na infância, triplopia, miiodopsias, membrana neovascular sub-retiniana, hemorragias maculares, degenerações periféricas de retina, buracos e roturas retinianas, drusas de retina, descolamentos de retina, aniseicônia, estrabismos, ambliopias e pseudopapiledema.

Também é verdade que nem sempre a existência de uma ametropia requer, necessariamente, o uso de lentes corretoras (óculos ou lentes de contato). Ao contrário, há situações em que a prescrição de óculos, mesmo quando se diagnosticou uma ametropia, agrava a sintomatologia que motivou o paciente a procurar atendimento. É também sabido que muitas vezes a queixa do paciente nada tem a ver com seu quadro refratométrico, mas se fundamenta na existência de doenças oculares outras, em geral graves, que só o oftalmologista pode e sabe diagnosticar precoce e tratar eficientemente.

Saúde visual e saúde ocular são uma coisa só e encontram-se estreitamente relacionadas com patologias que afetam todas as estruturas oculares, desde as pálpebras até os centros visuais corticais, passando pela córnea, íris, lente, vítreo e retina. E esse binômio – saúde visual/saúde ocular – depende naturalmente das condições de higidez de todo o organismo e das condições de saúde de cada órgão. Não entendemos como o optometrista se arvora apto a poder cuidar da saúde visual, da saúde ocular e da

E2CC16AF49*

saúde sistêmica se, por limitações curriculares, tem apenas uma visão limitada, canhestra e rudimentar dos princípios básicos da fisiopatologia ocular.

São funções do médico oftalmologista: examinar os olhos e prescrever, se necessário, os óculos. São funções do óptico: aviar e vender os óculos.

O Código de Ética Médica diz no seu artigo 98:

“É vedado ao médico exercer a profissão com interação de farmácia, laboratório farmacêutico, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produtos de prescrição médica de qualquer natureza”.

Atentando contra o fator modulador, que protege o consumidor e, pior, contra a saúde ocular da população, surge um elemento com interesses puramente mercantilistas: *o optometrista, que pretende receitar, aviar e vender os óculos*. O optometrista não está apto, como já vimos, a detectar as diversas doenças sistêmicas com repercussão ocular: diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica e cardiopatias, tumores oculares (retinoblastoma, melanoma) e extra-oculares, doenças bacterianas e virais (AIDS, citomegalovírus, por exemplo), hemopatias, artropatias, nefropatias, imunopatias, collagenose, tuberculose, toxoplasmose, dentre tantas outras. Nem mesmo as causas oculares de cegueira: descolamento de retina, degeneração macular relacionada à idade, degenerações retinocoroidianas, vasculopatias obstrutivas, neurites e neuropatias ópticas. Sequer as principais causas de cegueira reversíveis com cirurgias: cataratas e distrofias corneanas. Ele furta ao paciente a chance do diagnóstico de sua doença ocular, o qual, desavisado, deverá ter seu quadro visual e ocular deteriorado, na ilusão de que fora submetido ao exame oftalmológico por aquele *profissional de branco* (optometrista) que ele acredita ser um médico. O exame de refração é indissociável do exame médico oftalmológico. É um momento crucial da proteção médica ao paciente com queixa visual. Não podemos permitir que pessoas inabilitadas iludam aqueles brasileiros mais desprotegidos, aos quais se propõe um atendimento mais barato e enganoso, frustrando-o e tirando dele a oportunidade de salvar-se da

E2CC16AF49*

deterioração ocular, da perda visual, da cegueira, ou, até mesmo, de proteger sua própria vida.

Nem sempre a correção ou a neutralização de uma determinada ametropia (com óculos, lentes de contato ou mesmo através de cirurgias) é capaz de restituir a visão do paciente, porque a função visual depende também da saúde de todas as demais estruturas oculares. Por exemplo, um paciente míope portador de uma alteração de sua mácula (seja degenerativa, inflamatória, traumática, genética, infeciosa, etc.) pouco ou nenhum benefício terá com a correção de sua miopia e só é possível melhorar sua acuidade visual com o diagnóstico e tratamento correto de sua patologia macular. E os exemplos são muitos, dezenas de centenas.

A saúde ocular da população brasileira está em jogo, pois delegar o exame ocular completo e o diagnóstico de patologias e doenças sistêmicas a profissionais não médicos impõe um risco muito alto. E infelizmente, serão os brasileiros de baixa renda, os excluídos, que mais correrão esses riscos com o atendimento optométrico.

A responsabilidade do Estado e dos poderes institucionais com o reconhecimento e a legalização de profissões paramédicas é muito grande, pois significa atribuir a profissionais com interesses alheios aos interesses da Medicina e conflitantes com os propósitos do médico, o direito de exercer atividades para as quais estão despreparados tanto do ponto de vista científico como ético.

A prescrição de lentes corretoras é ato complexo, integrado no exame oftalmológico com avaliação da motilidade extrínseca ocular, filme lacrimal, córnea, íris, pupila, cristalino, vítreo, retina, mácula, nervo óptico e pressão intra-ocular. É ciência e arte as quais o oftalmologista destina muito tempo de sua formação médica e oftalmológica, pois necessariamente há que se levar em conta características individuais como idade, alterações dos meios ópticos, profissão, perfil psicológico, modo e finalidades do uso, enfim, uma série de nuances que somente o profissional médico está apto a executar. O aparelho auto-refrator comumente usado pelos optometristas é insuficiente para fornecer o

E2CC16AF49*

E2CC16AF49

grau adequado para os óculos a serem usados pelos pacientes, respeitando as várias características de cada um, conforme dito anteriormente. Esse fato comprovado foi apresentado como resultado da Tese de Doutoramento “Comparação do Refrator Automático Objetivo com a Refração Clínica”, defendida publicamente pelo Dr. Ricardo Uras no Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em 1995. Baseado nesta pesquisa, Dr. Ricardo Uras declara que os dados fornecidos pela máquina conhecida como auto-refrator são importantes, mas isoladamente não podem ser considerados como valores absolutos, já que são insuficientes e imprecisos para a prescrição de lentes de grau. O exame de refração é um ato médico, fundamentado na experiência clínica do oftalmologista, exigindo raciocínio, conhecimentos e equacionamentos específicos. Trata-se de um procedimento complexo, objetivo e, ao mesmo tempo, subjetivo, impossível de ser realizado apenas pelo auto-refrator.

O diagnóstico médico é uma equação complexa, integrada por grande número de variáveis, o que exige do médico uma noção exaustiva e minuciosa de todos os mecanismos fisiopatológicos envolvidos com a etiologia e a apresentação clínica de uma determinada doença. Para ilustrar, vamos tomar as alterações retinianas do diabetes mellitus como exemplo. O optometrista propõe-se a prevenir e identificar doenças oculares e, igualmente, doenças sistêmicas relacionadas com a visão. A primeira dificuldade: como o optometrista vai ter acesso ao exame do fundo-de-olho se ele não pode usar medicação midriática (para dilatar a pupila)? A segunda: como fazer uso do oftalmoscópio/biomicroscópio se não aprendeu a manuseá-los? A terceira: como identificar e valorizar corretamente os diversos elementos da semiologia fundoscópica? O exame do fundus inclui a avaliação do complexo vitreorretinoópticocoroidiano, por si só trabalhoso e difícil, mesmo para o oftalmologista experiente. As alterações patológicas de cada um desses elementos componentes (vítreo, retina/mácula, nervo óptico e coroíde) exprimem-se por um grande número de sinais que devem ser interpretados à luz dos conhecimentos ligados não só a essas quatro estruturas, como também ao olho como um todo e ao próprio organismo. No exame do vítreo levamos em conta a sua estrutura, aspecto, degenerações, processos inflamatórios, posicionamento,

E2CC16AF49*
E2CC16AF49*

E2CC16AF49*

hemorragias, tessitura, vacúolos, lacunas, sinéreses. No exame do fundus pp. dito: vasos (coloração, calibre, percurso, reflexo dorsal, cruzamentos, embainhamentos, lumen, ramificações, cruzamentos patológicos, relação artério/venosa, micro e macrodilatações, shunts, neovasos); **retina/mácula** (coloração, textura, reflexos (foveal, macular, perimacular), zona foveal avascular, hemorragias (quanto a sua posição: subhialoidea, pré-vascular, intrarretiniana, sub-retiniana, coroidiana; quanto a sua forma: numulares, micro e macrohemorragias, estriadas, fusiformes, puntiformes, em lençol; quanto à duração: antigas, recentes; quanto aos componentes: apenas elemento hemático ou uma combinação de sangue/bactérias), edema (localizado, difuso, edema da camada de Henle, edema cístico, mancha vermelho-cereja), exsudatos (duros, moles, algodoados, difusos, localizados, superficiais, profundos), drusas (constitucionais, degenerativas, duras, moles, coalescentes, isoladas), membrana vascular sub-retiniana (clássica, oculta, mista, descolamento do epitélio pigmentar), degerações periféricas (lattice, pavimentosa, cística, état givré, branco-sem-pressão, branco-com-pressão, degeneração pigmentar, flacks), epitélio pigmentar; **disco óptico** (forma, coloração, tamanho, escavação fisiológica, faixa neural, lámina crivosa, padrão de ramificação vascular, hemorragias, edema, reflexos peridiscais, inclinação, buracos, colobomas); **coróide** (padrão vascular, aspecto pigmentar, atrofia, edema, roturas, hemorragias).

Registremos uma noção de fundamental importância: a midríase/cicloplegia medicamentosa é indispensável ao exame optométrico, isto é, da refração, em jovens, crianças e adultos. Em crianças, e principalmente se elas são portadoras de desvios oculares (estrabismo ou olho torto), a cicloplegia é obrigatória. Um dos tratamentos desses desvios é feito muitas vezes apenas com uso de óculos, por isso é importante que determinemos a refração total desses pacientes. Normalmente calculamos a refração dinâmica (pré-midríase) e a estática (sob midríase/cicloplegia), para que tenhamos condições de fazer medidas e avaliações clínicas visando determinar a quantidade de grau a ser receitada em cada caso particular. Pois nem sempre, em face de um estrabismo, receitamos refração total. Quando se trata de desvios convergentes (esotropias) em geral prescrevemos a hipermetropia total e apenas parte dela se o paciente

tem um desvio divergente (exotropia). A um paciente portador de miopia e esotropia tendemos a receitar parte de sua refração, mas a receitamos integralmente se ele apresenta uma exotropia. É claro que o tratamento dos desvios em crianças é bem mais complexo e envolve conhecimentos médico-oftalmológicos refinados que permitem ao profissional escolher um determinado tratamento isolado em combinação com outros. Essa escolha criteriosa segura e bem fundamentada é necessária para afastar o risco do desenvolvimento de uma ambliopia (olho preguiçoso, com baixa de visão), além de garantir à criança a binocularidade e a visão estereoscópica.

Diante do exposto, como é que o optometrista, com as falhas e as lacunas curriculares, um profissional que não cursou a faculdade de medicina, vai poder avaliar uma criança estrábica e indicar o tratamento correto que lhe poupe das seqüelas motoras e sensoriais (baixa de visão, binocularidade e estereopsia defeituosas) as quais, além de marcá-la psicológica e emocionalmente, limitará suas chances futuras de inserção social e laborativa ao comprometer a sua competitividade?

É a análise desses sinais e sua interpretação isolada ou conjuntamente que vai nos permitir caracterizar e nomear a imensa variedade não só de doenças oculares como também de doenças sistêmicas com manifestações oculares, como é o caso do diabetes que se manifesta no olho, entre outras formas, com as gravíssimas alterações reunidas sob o rótulo de retinopatia diabética.

Aqui apenas fizemos menção ao exame rotineiro de consultório, realizado com o oftalmoscópio e o biomicroscópio. Todavia, não é raro que sejamos obrigados a abrir o leque propedêutico e buscar auxílio diagnóstico nos chamados exames complementares, com o angiofluorescinografia, a angiocianinografia, a eletrofisiologia, a ecografia, a tomografia óptica computadorizada, a perimetria manual e computadorizada, a oftalmoscopia a laser, a microscopia especular, entre tantos outros.

O diagnóstico do glaucoma, outra doença de alto potencial cegante e sistematicamente incluída nas campanhas de prevenção,

E2CC16AF49*

oferece também enormes dificuldades até mesmo ao oftalmologista com especialização em glaucomatologia. Pois o seu diagnóstico não se resume pura e simplesmente à medida da pressão intra-ocular. A pressão intra-ocular é apenas um dos elementos diagnósticos do glaucoma, talvez até o menos importante. Atualmente, considera-se que a pressão intra-ocular funciona mais como um fator de risco que como elemento definidor do glaucoma. E a clínica nos ensina isso. Pacientes com pressão de 25 mmHg, por exemplo, sabidamente acima da pressão média admitida como normal que é de 18 mmHg, não são necessariamente glaucomatosos, pois esse é um valor normativo, isto é, normal para aquele indivíduo especificamente. A contrapartida também ocorre: pacientes com pressão intra-ocular, rigorosamente dentro da faixa de normalidade, podem ter um tipo de glaucoma chamado de glaucoma de baixa pressão. O que esses exemplos significam? Que o diagnóstico do glaucoma é muito mais complexo do que se imagina e requer a análise de dois outros elementos da semiologia ocular: a análise do disco óptico e do campo visual. Para tornar as coisas ainda mais complexas, vale lembrar que só o disco óptico pode apresentar 23 sinais denunciadores da presença de glaucoma! Vale lembrar também que o que interessa é o diagnóstico precoce, quando as alterações podem ser sustadas com o tratamento específico, ou clínico (colírios), ou com a utilização do laser (trabeculoplastias) ou misto (clínico, cirúrgico e laser). E vale lembrar, enfim, que o glaucoma, se não tratado precoce e corretamente, leva à cegueira e que essa cegueira, uma vez instalada, é irreversível!

Frente a tantas dificuldades, até mesmo para o especialista, é difícil acreditar que os optometristas podem prevenir e diagnosticar o que não conhecem, como a retinopatia diabética e o glaucoma.

Em resumo, o cerne da questão é exatamente esse: o optometrista não está preparado, pela própria limitação curricular, a cuidar daquilo que o oftalmologista cuida com conhecimento integral de todos os aspectos estruturais, funcionais e patológicos do objeto de seu interesse: o olho.”

Não podemos deixar de mencionar o abaixo assinado recebido da Oftalmologia brasileira, contra a regulamentação da optometria.

E2CC16AF49*
E2CC16AF49*

O referido abaixo assinado conta com mais de 10.000 assinaturas, dentre profissionais e acadêmicos de medicina.

Solicitamos, ainda, informações ao Ministério da Saúde sobre dados relacionados ao atendimento visual da população pelo SUS, para termos uma exata análise da temática.

Pelo afirmado por ambas as partes, pelos documentos juntados, pelos debates havidos nas audiências públicas, concluimos que o exame de avaliação primário deve implicar não apenas na avaliação optométrica, mas na detecção de patologias.

Assim, necessário se faz que o atendimento do cidadãos seja feito por um médico conhecedor dessas patologias e dos problemas sistêmicos desencadeadores das diversas doenças, como a pressão alta, disfunções tiroidianas, dentre outros.

Não basta ter um conhecimento das doenças específicas dos olhos, mas um conhecimento do funcionamento e doenças do corpo como um todo, vez que estas se refletem nos olhos, como afirma o próprio Dr. Elisabeto Ribeiro Gonçalves, que considera não ser possível separar o olho e as doenças; que a primeira consulta ocorre por volta dos 40 anos e que essa primeira consulta é importantíssima para a detecção de problemas oculares.

Nem toda ametropia requer prescrição de óculos, sendo importante o conhecimento das particularidades orgânicas para o diagnóstico das mais variadas doenças.

Assim, de todas as informações que colhemos, ficamos com a convicção de que o Projeto de Lei em comento não é a resposta mais adequada para enfrentar a constatada deficiência no atendimento primário às populações de baixa renda, no que se refere ao atendimento à acuidade visual. O problema, pensamos, não está na escassez de mão-de-obra para atender a população, o que justificaria autorizar a entrada de profissionais com uma formação menos complexa e mais rápida, credenciado para atuar em alguns nichos, como é o caso do optometrista.

E2CC16AF49*

E2CC16AF49

Da forma como está desenhado o mercado de trabalho pela legislação em vigor, a população, hoje, é atendida somente por oftalmologistas. Esses profissionais são médicos, com seis anos de graduação, mais três anos de residência, quando, então, se especializa em oftalmologia.

O Brasil tem, hoje, aproximadamente, doze mil oftalmologistas. A Organização Mundial de Saúde – OMS – estabelece como razoável uma relação de um oftalmologista para cada vinte mil habitantes. Considerando, o tamanho de nossa população, esta proporcionalidade no Brasil está em um para quinze mil, ou seja, temos uma oferta dimensionada, de acordo com os padrões internacionais para o setor, embora este atendimento não atinja todas as regiões e cidades do país.

Se atentarmos para aquela faixa mais carente da população, veremos que, para estes cidadãos, o acesso aos serviços de oftalmologia se dá principalmente pelos postos e centros de saúde da rede pública. Segundo os dados que obtivemos nas audiências públicas realizadas, há cerca de 5.700 oftalmologistas vinculados ao Serviço Único de Saúde – SUS -, ofertando serviços à população de baixa renda. Ainda de acordo com as informações colhidas, em 2004, esses profissionais ofereceram 7.808.853 atendimentos aos clientes do SUS, o que coloca essa especialidade em segundo lugar em número de consultas prestadas ao Sistema Único de Saúde.

Esses dados permitem-nos concluir que os problemas da oferta desse serviço à população não dizem respeito à escassez de profissionais, tanto no setor público, quanto no setor privado.

A falta de oftalmologistas nos postos de saúde e hospitais decorre de fatores que são alheios à quantidade de trabalhadores disponíveis e que atingem o setor médico como um todo.

O primeiro fator diz respeito à concentração de oportunidades nos grandes centros urbanos. O Brasil, como quase todos os países de industrialização tardia, concentra boa parte de sua população nas grandes cidades. Nesses pólos, está a maioria dos clientes, a maior fatia da renda nacional, as melhores oportunidades de ensino e aprendizagem, de

E2CC16AF49*

E2CC16AF49*

transporte, de comunicação, de acesso à tecnologia. Em contraste, nas cidades mais afastadas desses grandes centros, via de regra, todos esses elementos são escassos ou inexistentes. Esse problema, no caso brasileiro, é agravado por um trágico e persistente desequilíbrio regional.

Outro fator que afasta ou inibe a oferta de serviços médicos são os baixos salários e as más condições de trabalho em postos de saúde. Atualmente, a violência e a criminalidade, que infernizam a vida dos moradores das grandes cidades, especialmente dos bairros carentes da periferia, têm afugentado muitos médicos dos postos de saúde, já que o Estado tem se mostrado incapaz de garantir-lhes a segurança enquanto trabalham.

Finalmente, nos locais onde não faltam nem médicos nem condições de trabalho, o problema se liga à falta de recursos do SUS, de planejamento e incentivos às ações de saúde para resolver e atingir todas as necessidades dos usuários.

Nenhum desses problemas será resolvido com a aprovação do Projeto de Lei nº 2.783, de 2003.

Ao contrário, prevemos que esses profissionais poderão atuar de forma sobreposta, competindo pelo mesmo espaço no mercado de trabalho e atingindo a mesma clientela. As mesmas razões que dificultam a presença do oftalmologista ou a prestação eficaz do serviço na ponta do sistema, especialmente nas áreas mais pobres e no interior do país, afastarão também o optometrista. Não vemos razão nenhuma para imaginar que os fatores enumerados acima, que de resto afetam da mesma forma a oferta de todos os serviços especializados de saúde, não atingirão também o optometrista.

Se aprovado o Projeto, haverá, uma área de atuação coincidente entre oftalmologistas e optometristas. Nessa área coincidente, haverá uma competição que tende a ser predatória, em razão dos dados apresentados acima.

O resultado previsível para essa situação é a precarização do atendimento sem um ganho para a saúde pública. Qual será a vantagem para a população em ser atendida por um profissional não-médico ao

E2CC16AF49*

invés de ser atendida por um médico que tem um formação bem mais longa e mais completa?

Se houver escasses de oftalmologistas, deverá haver incentivos para não só para cursos de especialização, mas para o atendimento em regiões não contempladas ou com dificuldades de atendimento.

Acolhemos, ainda, o entendimento já firmado pela Comissão de Educação, no relatório do Deputado Átila Lira, que assim expôs:

“...não há como tratar separadamente ametropias e doenças; separar acuidade visual do sistema que é o organismo. Há ametropias que são doenças, como há doenças, oculares ou não, que causam ou agravam ametropias. A miopia pode ser adquirida por diabetes mellitus, intoxicação medicamentosa; a hipermetropia pode ser causada por infecções, maconha, botulismo; as ametropias podem ser sinal da instalação de doenças oculares graves e com significativo potencial cegante, como o glaucoma; e também elas podem causar ou estar associadas a doenças oculares muitas vezes graves a exigir cuidados médicos especiais clínicos ou cirúrgicos. O exame feito somente pelo optometrista pode passar ao largo de muitas doenças oculares e sistêmicas, de forma a retardar o tratamento e provocar seqüelas irreversíveis. (...)

Vê-se, portanto, que a formação em nível superior dos ótico optometristas enfrenta muita polêmica e obstáculos, inclusive formais, que ainda não foram superados, de forma que não me parece oportuno, adequado e conveniente a aprovação deste projeto.”

Consideramos que o exame oftalmológico primário é um ato médico, devendo por eles ser praticado, vez que concordamos com os argumentos dispendidos no documento fornecido pela CBO, o qual requeremos integre a conclusão deste parecer.

O exame de refração é indissociável do exame médico oftalmológico para detectar as diversas doenças sistêmicas com repercussão ocular. É um momento crucial da proteção médica ao paciente com queixa visual. Daí o porquê entendemos a necessidade do atendimento ser feito por um

E2CC16AF49*

médico, sob pena de comproter e causar danos irreversíveis à saúde da população.

Em razão disso, no âmbito restrito da competência desta Comissão, não podemos opinar favoravelmente à regulamentação de uma atividade que concluímos irá trazer mais desequilíbrios ao mercado de trabalho da área de saúde, pelo que somos pela **rejeição** do Projeto de Lei n.º 2.783, de 2003.

Sala da Comissão, em de de 2005.

Deputada DRA. CLAIR
Relatora

*E2CC16AF49
E2CC16AF49