

**ANA FILIPA DE OLIVEIRA FERREIRA**

**CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA ÁREA DA  
VISÃO: A INTERVENÇÃO DO ORTOPTISTA**

**Orientador: Professor Doutor Vasco Reis**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa**

**Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde**

**Lisboa**

**2015**

**ANA FILIPA DE OLIVEIRA FERREIRA**

**CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA ÁREA DA  
VISÃO: A INTERVENÇÃO DO ORTOPTISTA**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de  
Mestre em Gestão de Unidades de Saúde no curso de  
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde conferido pela  
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Orientador: Professor Doutor Vasco Reis

Coorientadora: Professora Doutora Carla Lança

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa**

**Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde**

**Lisboa**

**2015**

## EPÍGRAFE

*Determinação, coragem e autoconfiança são factores decisivos para o sucesso. Não importa quais sejam os obstáculos e as dificuldades. Se estamos possuídos de uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.*

Dalai Lama

## AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação não teria sido possível sem o contributo valioso de pessoas a quem manifesto os mais sinceros agradecimentos:

Em primeiro lugar quero agradecer à Prof. Doutora Carla Lança que desde logo acreditou e abraçou este projeto, pelas orientações metodológicas, pelo encaminhamento científico, pela sua vasta experiência, *know-how* e carreira académica, pelo incentivo e amizade. Para mim, sem dúvida um exemplo de profissionalismo e dedicação.

Quero agradecer ao Prof. Doutor Vasco Reis, pelas orientações e sugestões dadas ao longo deste percurso, pelos momentos de força e motivação, pela sua paciência e pela simpatia com que sempre se faz acompanhar.

Agradeço aos entrevistados, pela disponibilidade e pela sua colaboração.

Aos meus pais, Jaime e Luísa, pela compreensão, paciência, pelos valores transmitidos ao longo da minha vida e por me ensinarem a nunca desistir. Pelo orgulho que sempre demonstraram pela minha evolução académica e por serem os alicerces da pessoa que sou hoje. À Antónia pelas dicas de jornalista tão uteis para as entrevistas, pela força e carinho.

Ao Helder, que mesmo não percebendo nada de ortóptica, passou a ter noção de tudo o que está relacionado com as ciências da visão. Acima de tudo, por ter estado sempre do meu lado, pela empatia, compreensão e companheirismo.

Às minhas amigas pelos momentos de descontração quando o *stress* começava a tomar conta de mim e por me colocarem sempre um sorriso no rosto.

## RESUMO

Os cuidados de saúde primários são pilares fundamentais de qualquer sistema de saúde, promovendo a autorresponsabilização, a autonomia e a educação para a saúde. A atuação nos cuidados de saúde primários da visão foi pela primeira vez reconhecida em Portugal com a implementação do Programa Nacional para a Saúde da Visão (PNSV) em 2005. A criação de Unidades Funcionais de Saúde para a Visão correspondia a um dos objetivos desse programa de forma a tornar os cuidados de saúde primários da visão mais próximos da comunidade.

Esta investigação pretende descrever o estado da arte nos cuidados de saúde primários da visão após a implementação do PNSV, com o objetivo de perceber se a atual intervenção em cuidados de saúde primários da visão é adequada às necessidades populacionais, bem como de que forma o Ortoptista poderá ser um elemento integrante e potenciador dos cuidados de saúde da visão de proximidade.

Foi implementado um estudo de caso de carácter exploratório-descritivo com recurso a 3 entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde. Para tratamento e análise dos resultados foi utilizada a análise de conteúdo com extração do sentido da informação reunida de acordo com a técnica categorial. Foram identificadas 5 dimensões de análise, a intervenção em cuidados de saúde primários da visão, a equipa clinica/gestão da organização, a referenciação, as competências profissionais e o empreendedorismo. Recorreu-se à análise SWOT de modo a proporcionar uma visão integrada das oportunidades, ameaças, forças e fraquezas no processo de à integração do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão.

De acordo com a percepção dos entrevistados a atuação dos Ortoptistas nos cuidados de saúde primários da visão é fundamental, sendo necessário utilizar o empreendedorismo como potenciador da mudança do paradigma existente. A integração deverá ser vista na perspetiva da equipa de saúde, incluindo médicos de família, enfermeiros e oftalmologistas com uma abordagem integrada de saúde pública.

**Palavras chave:** Cuidados de saúde primários da visão; Ortoptista; Programa Nacional para a Saúde da Visão; Competências profissionais; Empreendedorismo.

## ABSTRACT

The primary healthcare presents itself as primordial foundations of any health system, focusing on promotion of self-accountability, autonomy and health education. The performance in primary eye care was recognized in Portugal for the first time after the implementation of the National Eye Care Programme (PNSV) in 2005. The creation of Functional Units for Eye Care corresponded to one of the goals of this program in order to approach the primary eye care to the communities.

This research work aims to describe the state of art of the primary eye care after the implementation of the PNSV, in order to understand if the intervention of the primary eye care in the general population is the most accurate, as well if the Orthoptist can be considered an integrant element for enhance and progression in eye care proximity.

There was executed a study case of exploratory and descriptive character with resource to 3 semi-structured interviews to health professionals. The processing and analysis of results was obtained throughout content analysis with extraction of the meaningful information gathered accordingly with the categorical technique. Were identified 5 analysis dimensions, primary eye care intervention, clinical team/ organization management, referral, professional skills and entrepreneurship. It was also carried out a SWOT analysis in order to provide a integrated vision of opportunities, threats, strengths and weakness in the process of integration of the Orthoptist in primary eye care.

Accordingly with the perception of the interviewed, the performance of the Orthoptists in primary eye care is fundamental, being necessary the use of entrepreneurship has enhancer to the changing of the existing paradigm. The integration should be viewed in the perspective of the clinical team, including general practitioners, nurses and ophthalmologists with an integrated approach towards the public health.

**Key words:** Primary Eye Care; Health centers ; Orthoptist ; National Eye Care Programme; Entrepreneurship.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|                 |                                                                 |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>ACES</b>     | - Agrupamentos de Centros de Saúde                              |
| <b>ARS</b>      | - Administração Regional de Saúde                               |
| <b>CSP</b>      | - Cuidados de Saúde Primários                                   |
| <b>DGS</b>      | - Direção Geral de Saúde                                        |
| <b>DL</b>       | - Decreto Lei                                                   |
| <b>DMRI</b>     | - Degenerescência Macular Relacionada com a Idade               |
| <b>ESTeSL</b>   | - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa              |
| <b>IAPB</b>     | - <i>International Agency for Prevention Blindness</i>          |
| <b>IAPB</b>     | - <i>International Agency for the Prevention of Blindness</i>   |
| <b>IAPMEI</b>   | - Instituto de Apoio às Pequenas e Médias Empresas e à Inovação |
| <b>OMS</b>      | - Organização Mundial de Saúde                                  |
| <b>OPSS</b>     | - Observatório Português dos Sistemas de Saúde                  |
| <b>PBD</b>      | - <i>Prevention of Blindness Programme</i>                      |
| <b>PNS</b>      | - Plano Nacional de Saúde                                       |
| <b>PNSV</b>     | - Programa Nacional para a Saúde da Visão                       |
| <b>SNS</b>      | - Serviço Nacional de Saúde                                     |
| <b>SPOJovem</b> | - Sociedade Portuguesa de Oftalmologia Jovem                    |
| <b>UAG</b>      | - Unidade de Apoio à Gestão                                     |
| <b>UCC</b>      | - Unidade de Cuidados Continuados                               |
| <b>UCSP</b>     | - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados                   |
| <b>UFSV</b>     | - Unidade Funcional de Saúde da Visão                           |
| <b>UNICEF</b>   | - <i>United Nations Children's Fund</i>                         |
| <b>UPAO</b>     | - Unidade Primária de Assistência Oftalmológica                 |
| <b>UR</b>       | - Unidade de Rastreio                                           |
| <b>URAP</b>     | - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados                 |
| <b>USF</b>      | - Unidade de Saúde Familiar                                     |
| <b>USP</b>      | - Unidade de Saúde Pública                                      |
| <b>WHO</b>      | - <i>World Health Organization</i>                              |

## ÍNDICE GERAL

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| Resumo .....                                                                 | 3  |
| Abstract .....                                                               | 4  |
| Lista de abreviaturas e siglas.....                                          | 5  |
| Índice Geral .....                                                           | 6  |
| Índice de Quadros .....                                                      | 9  |
| Índice de Tabelas .....                                                      | 9  |
| Índice de Figuras .....                                                      | 9  |
| 1. Introdução.....                                                           | 10 |
| 2. Enquadramento teórico.....                                                | 13 |
| 2.1. Os Cuidados de Saúde Primários: a sua posição no Sistema de Saúde ..... | 13 |
| 2.2. Cuidados de Saúde Primários em Portugal .....                           | 21 |
| 2.2.1. O Exame Global de Saúde .....                                         | 33 |
| 2.3. Os Cuidados de Saúde Primários da Visão .....                           | 36 |
| 2.3.1. Prevalência de doença oftalmológica a nível global .....              | 36 |
| 2.3.2. Globalização dos cuidados de saúde primários da visão .....           | 39 |
| 2.3.3. A Saúde da Visão: Realidade Nacional.....                             | 47 |
| 2.4. Programa Nacional para a Saúde da Visão .....                           | 49 |
| 2.4.1. O Processo de Referenciação em Saúde da Visão.....                    | 55 |
| 2.5. A Ortóptica e a sua Génese .....                                        | 57 |
| 3. Questão de Investigação .....                                             | 61 |
| 4. Contexto do estudo e objectivos .....                                     | 62 |

|                                                                |      |
|----------------------------------------------------------------|------|
| 4.1. Objetivo Geral .....                                      | 62   |
| 4.2. Objetivos Específicos .....                               | 63   |
| 5. Metodologia .....                                           | 64   |
| 5.1. Desenho do Estudo .....                                   | 64   |
| 5.2. Definição do Grupo Alvo e Amostra.....                    | 65   |
| 5.3. Instrumento de Recolha de Dados .....                     | 66   |
| 5.4. Análise de Dados .....                                    | 66   |
| 6. Apresentação e Discussão de Resultados.....                 | 68   |
| 6.1. Perfil dos Entrevistados.....                             | 68   |
| 6.2. Equipa Clínica/ Gestão da Organização .....               | 68   |
| 6.3. Intervenção em Cuidados de Saúde Primários da Visão ..... | 75   |
| 6.4. Competências Profissionais .....                          | 78   |
| 6.5. Referenciação .....                                       | 81   |
| 6.6. Empreendedorismo .....                                    | 83   |
| 6.7. Análise SWOT - Abordagem à Análise das Necessidades ..... | 87   |
| 7. Conclusão.....                                              | 92   |
| Bibliografia.....                                              | 95   |
| Apêndices.....                                                 | I    |
| Apêndice I.....                                                | II   |
| Guião para Entrevistados .....                                 | II   |
| Apêndice II.....                                               | VIII |
| Guião para a Investigadora - Entrevista .....                  | VIII |

|                                                         |        |
|---------------------------------------------------------|--------|
| Apêndice III.....                                       | XI     |
| Grelha de análise das Entrevistas.....                  | XI     |
| Apêndice IV .....                                       | XVIII  |
| Matriz Swot.....                                        | XVIII  |
| Apêndice V .....                                        | XIX    |
| Entrevista 1 - Ortoptista .....                         | XIX    |
| Apêndice VI .....                                       | XXX    |
| Entrevista 2 - Médico .....                             | XXX    |
| Apêndice VII .....                                      | XXXIX  |
| Entrevista 3 - Enfermeira .....                         | XXXIX  |
| Anexos .....                                            | XLIV   |
| Anexo I .....                                           | XLV    |
| Avaliação Sumária da Função Visual 0-2 anos.....        | XLV    |
| Anexo II .....                                          | XLVII  |
| Avaliação Sumária da Função Visual 5-10 anos.....       | XLVII  |
| Anexo III .....                                         | XLVIII |
| Avaliação Sumária da Função Visual Adulto e Idoso ..... | XLVIII |

## ÍNDICE DE QUADROS

|                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1: Principais Conferências Internacionais da OMS desde a década de 1970.....                        | 18 |
| Quadro 2: Aspetos positivos e negativos da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários ...                     | 28 |
| Quadro 3: Avaliação do PNS 2004-2010 pela Organização Mundial de Saúde. ....                               | 30 |
| Quadro 4: Análise SWOT - Participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão, em ACES..... | 89 |

## ÍNDICE DE TABELAS

|                                                                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1: Estimativas globais do nº de pessoas com deficiência visual, por idades, 2010. Para todas as idades, entre parêntesis a respetiva prevalência (%). .... | 36 |
| Tabela 2: Nº de pessoas com deficiência visual e a respetiva correspondência em percentagem a nível global pelas regiões WHO e países, 2010. ....                 | 37 |
| Tabela 3: Oportunidades e Constrangimentos da integração do Ortoptista nos ACES. ....                                                                             | 74 |
| Tabela 4: Vantagens e Desvantagens da Participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão, indicadas pelos entrevistados. ....                    | 80 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1: Organograma de um Agrupamento de Centros de Saúde. ....                                                              | 27 |
| Figura 2: Principais causa de deficiência visual, causadora de cegueira, em percentagem, 2010. ....                            | 38 |
| Figura 3: Principais causa de cegueira, em percentagem, relativamente à cegueira global, 2010. ....                            | 38 |
| Figura 4: Os 5 princípios e abordagens transversais aos planos de implementação dos cuidados de saúde primários da visão. .... | 40 |

## 1. INTRODUÇÃO

A temática dos cuidados de saúde primários tem vindo a merecer várias reflexões desde a Declaração de Alma Ata em 1978. Os cuidados de saúde primários, como conjunto de atividades, providenciam os cuidados essenciais que devem ser universais e acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, num primeiro contacto com os serviços de saúde. Providenciam serviços preventivos, curativos e de reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar.

Os cuidados de saúde primários são um elemento-chave de um sistema de saúde. Estão na linha da frente, constituindo-se como os cuidados de primeiro contacto ao estarem acessíveis quando necessário e acompanhando global e longitudinalmente o processo saúde-doença e não apenas os episódios de doença. Orientam-se para a promoção da autorresponsabilização e autonomia dos cidadãos nas suas decisões e ações, coordenando, sempre que necessário, as suas interações com outras estruturas ou profissionais no domínio da saúde (Biscaia, et al., 2008).

No que concerne à saúde da visão, esta não pode ser descurada, pois uma grande parte da deficiência visual e cegueira podem ser evitáveis, com cuidados de saúde primários adequados e atempados.

O sentido da visão é uma construção propriocetiva de uma representação específica do real e depende da integridade estrutural e funcional do olho e suas conexões. Cerca de 80% da informação do mundo exterior é captada pelo sentido da visão, tornando-se deste modo imprescindível a sua educação e preservação. A visão tem um importante significado social, representando um meio de comunicação fundamental para a relação entre as pessoas e para a atividade profissional. Sabe-se hoje, que mais importante que a acuidade visual, em si mesma, é o modo como o indivíduo utiliza a sua visão (visão funcional). Assim sendo, a visão deve ser educada e as patologias visuais prevenidas desde o nascimento (Direcção Geral de Saúde, 2005).

As causas de cegueira relacionada com o envelhecimento têm aumentando cada vez mais, apresentando-se como principais causas a catarata, glaucoma, degenerescência

macular relacionada à idade, opacidades corneanas e retinopatia diabética (Serge Resnikoff et al., 2004). Em crianças, não se devem descurar os erros de refração não corrigidos, nem as ambliopias e estrabismos que podem ocorrer conjuntamente ou em separado e que podem provocar perda de visão (Direcção Geral de Saúde, 2005). Os dados estatísticos referentes à prevalência e incidência de cegueira e alterações visuais evidenciam a necessidade da implementação de iniciativas de carácter preventivo e de promoção da saúde da visão. Por isso em 2005, surge o Programa Nacional para a Saúde da Visão, pois constatou-se que haviam lacunas e necessidades não satisfeitas e por esse motivo era imperativo melhorar o acesso a cuidados de saúde da visão adequados e atempados às populações.

O interesse pela temática dos cuidados de saúde primários da visão surgiu após a realização do último estágio da autora no âmbito da licenciatura em Ortóptica, em centros de saúde, em que os alunos aplicaram os protocolos de referenciação propostos pelo manual de boas práticas em oftalmologia de 2008. Atualmente, e na grande maioria das vezes, a primeira observação ao nível da saúde da visão, além de chegar tardiamente é realizada nos cuidados de saúde secundários, ou seja, instalações hospitalares. No entanto,, esta primeira observação deveria ser feita no âmbito dos cuidados de saúde primários nos centros de saúde pela equipa de saúde familiar, evitando que os cuidados de saúde de nível secundário fiquem sobrecarregados de consultas e listas de espera, criando-se deste modo critérios de priorização. Os profissionais que trabalham nos cuidados primários apresentam um papel relevante na prevenção e no controlo da deficiência visual, ao estarem em contacto direto e estreito com a comunidade onde estão inseridos.

O Ortoptista assume extrema importância na interligação ao médico oftalmologista, pois a sua atuação ao nível dos cuidados de saúde primários poderá ser crucial, na medida em que o diagnóstico atempado e de forma precoce pode conduzir a uma melhor reabilitação do utente, à melhoria das recidivas ao tratamento e assim permitir aos utentes uma melhor qualidade de vida, contribuindo para o seu bem-estar (Costa, 2010). Atualmente são cinco as áreas de intervenção do ortoptista: ortóptica, optometria/contactologia, técnicas complementares de diagnóstico, reabilitação visual em subvisão e cuidados primários da saúde da visão (Poças, Alves, & Oliveira, 2004).

Neste sentido, o estudo desta temática pretende evidenciar as competências do Ortoptista inserido nos cuidados de saúde primários e numa equipa multidisciplinar podendo cooperar com o médico de clínica geral e familiar e o enfermeiro na promoção e prevenção das alterações e patologias oftalmológicas. O presente estudo parece ser relevante no contexto dos cuidados de saúde primários da visão, uma vez que, não existem estudos de investigação sobre a temática.

Este estudo procura perceber o que mudou desde a implementação do Programa Nacional para a Saúde da Visão no que diz respeito aos cuidados de saúde primários da visão e de que forma estão a ser prestados esses mesmos cuidados à população portuguesa. Assim sendo este trabalho surge como contributo de conhecimento do estado de arte, no que concerne à atuação em centros de saúde e como forma de melhorar e desenvolver as equipas prestadoras de cuidados de saúde de proximidade.

O presente trabalho encontra-se dividido em sete capítulos fundamentais. O primeiro capítulo é dedicado à introdução onde se espelha a especificação do tema e a justificação da pertinência do tema em estudo. O segundo capítulo é dedicado ao enquadramento teórico com apresentação de conceitos relevantes para os cuidados de saúde primários, para os cuidados de saúde primários da visão, prevalência de doença oftalmológica, programa nacional para a saúde da visão, processo de referenciação e Ortóptica enquanto profissão. O terceiro capítulo apresenta a questão de investigação, que reside em saber qual o estado de arte dos cuidados de saúde primários da visão após a implementação do Programa Nacional para a Saúde da Visão. Os objetivos do presente trabalho encontram-se no quarto capítulo. O quinto capítulo descreve a metodologia, ou seja, o desenho do estudo, a definição do grupo alvo e amostra, os instrumento de recolha de dados, e o método de análise de dados. O sexto capítulo corresponde à apresentação e discussão de resultados. Por fim, é apresentada a conclusão desta investigação, no sétimo capítulo, e são abordadas sugestões futuras em relação à análise desta temática.

A redação do presente trabalho foi efetuada de acordo com o novo acordo ortográfico e, nas citações e referenciação bibliográfica, foram usadas as normas da *American Psychological Association*.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **2.1. OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: A SUA POSIÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE**

Os cuidados de saúde primários são os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceites, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituindo o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (World Health Organization (WHO), 1978).

Como primeiro programa de ação, em Setembro de 1978, foi organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a United Nations Children's Fund (UNICEF) a 1ª Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão (Meireles, 2008). A conferência contou com a presença de mais de 700 pessoas e dela resultou a adoção da Declaração de Alma-Ata, documento que veio reafirmar o significado de saúde como direito humano fundamental e como uma das mais importantes metas sociais mundiais (Mendes, 2004).

O investimento em cuidados de saúde primários seria a chave para uma promoção de saúde equitativa e abrangente, através de medidas de prevenção e educação para a saúde, entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Chegou-se assim ao consenso que deveria haver interdependência entre o desenvolvimento socioeconómico, a qualidade de vida e a paz mundial, contribuindo-se desta forma para que “Todos os povos, até ao ano de 2000, sejam dotados de um nível de saúde que lhes permita uma vida social e economicamente produtiva” (WHO, 1978).

Margaret Chan, diretora geral da OMS, refere no Relatório Mundial de Saúde de 2008, que em pleno século XXI se nota a ampla e crescente procura de cuidados de saúde

primários e consequentemente esta procura revela uma vontade crescente pelo conhecimento sobre como os sistemas de saúde se podem tornar mais equitativos, inclusivos e justos (OMS, 2008).

Dadas as circunstâncias, a dimensão dos cuidados de saúde primários é hoje em dia um tema bastante atual e debatido a vários níveis, mas porquê? Prende-se com a resposta imediata às exigências do cidadão enquanto pessoa que procura prestação de cuidados de saúde, dos profissionais de saúde prestadores desses cuidados e do ambiente político que os envolve. Acontece também que graças à crescente globalização, a coesão social está sob 'stress' e os sistemas de saúde enquanto pilares essenciais da estrutura arquitetónica das sociedades contemporâneas, não estão na verdade a atuar inteiramente como deveriam, ou como lhes é exigido .

De acordo com o Relatório Mundial de Saúde, viver na era da globalização, a era das tecnologias, em que a rápida transmissão de informação gera em muitos países também a necessidade de resposta imediata à renovação dos cuidados de saúde primários, uma vez que as pessoas estão cada vez mais impacientes perante a incapacidade dos serviços de saúde e em fornecer cobertura nacional. As pessoas estão mais saudáveis, vivem mais tempo de uma forma geral, nunca houve tantos recursos disponíveis para a saúde como agora, há mais informação, a partilha de conhecimentos é muito rápida e o rápido desenvolvimento tecnológico está a aumentar o potencial para melhorar a saúde e desta forma contribuir para uma sociedade global, bem informada e educada, mais solidária e mais preocupada com a eliminação da pobreza (OMS, 2008).

Mas há outras tendências que não devem ser ignoradas. Primeiro, o facto do progresso substancial em saúde nas últimas décadas ter sido bastante desigual, no sentido em que para grande parte dos países houve convergência para um melhor estado de saúde, mas para outros países, o mesmo não se verificou. Segundo, a etiologia dos problemas de saúde está a mudar, assumindo formas apenas parcialmente previstas e a um ritmo que era totalmente inesperado. O facto da população estar cada vez mais envelhecida e sob os efeitos de uma urbanização e globalização inadequadas, aumentam o nível mundial de doenças transmissíveis, bem como o peso de doenças crónicas. A realidade é que são cada vez mais os indivíduos com sintomas complexos e múltiplas doenças, colocando às equipas

de prestação de cuidados de saúde desafios em grande escala e que requerem uma gestão integrada e abrangente. Terceiro, os sistemas de saúde não estão isolados do ritmo acelerado da era da globalização, sendo que as crises políticas e económicas criam obstáculos na resposta do estado e das instituições aos problemas de acesso, da prestação e do financiamento. As respostas do sector da saúde são desajustadas na medida em falham não só na antecipação mas também na resposta apropriada e ainda no sentido em que as falhas do sistema requerem uma solução ao nível do sistema e não soluções temporárias (OMS, 2008).

Pese embora se fale bastante em sociedade global, não é possível negar as desigualdades que ainda se encontram nos diferentes continentes, até mesmo dentro dos próprios países. Poderá haver uma ligação entre estes dois fenómenos? Desigualdades em saúde entre países e desigualdades em saúde dentro do mesmo país? Certamente, poderíamos argumentar, as devastações de moagem de alimentos, pobreza, abrigo inadequado, água potável e cuidados médicos básicos ou de saúde pública, que devastam a vida dos pobres em países em desenvolvimento são das desigualdades sociais que levam a problemas de saúde na Grã-Bretanha moderna, por exemplo. As doenças das favelas de Nairobi são, com certeza, diferentes das doenças que afetam as pessoas desfavorecidas no leste de Londres e têm diferentes causas próximas (Marmont, 2006).

A Conferência Internacional de 1978 foi um marco para promover e distribuir o conceito de cuidados primários de saúde. Em contraste com a prática clínica e hospitalar, os cuidados de saúde primários concentram-se na sua essência em saúde e prevenção, promoção da saúde, cuidado contínuo e abrangente, as abordagens da equipa, a colaboração multidisciplinar e participação da comunidade, por meio de uma combinação de reformas práticas, estratégicas e filosóficas. O diretor geral de OMS então, Halfdan Mahler demonstrou entusiasmo por esta reforma abrangente quando questionou os 3.000 delegados de 134 nações, se estariam prontos para apresentar, se necessário, mudanças radicais na prestação de saúde no sistema existente para que este suportasse adequadamente cuidados de saúde primários, tendo como principal prioridade a saúde; se estariam prontos para as batalhas políticas necessárias para superar todos os obstáculos sociais e económicos e a resistência profissional para a introdução universal de cuidados de saúde primários. Surgiram duas escolas de pensamento acerca da problemática, primeiro os

seguidores de Mahler que acreditavam nos cuidados de saúde primários abrangentes, que viam a saúde como um direito humano e que, se necessário, incorporariam o reformular de modelos globais do desenvolvimento para incluir a participação da comunidade; em contrapartida, outros enfatizavam os cuidados primários seletivos, concentrando-se mais diretamente em sistemas de prestação de cuidados de saúde. A diferença entre cuidados de saúde primários seletivos e abrangentes é hoje em dia tida em consideração na distinção entre o domínio clínico e domínio não-clínico, ou até mesmo entre a medicina e a saúde pública. Com a crescente construção de informação acerca do tema, a distinção entre estas duas dimensões torna-se mais confusa do que nunca (Gottlieb, 2009).

Foi esta constatação que impulsionou há cerca de 35 anos a mudança de paradigma acerca do pensar sobre a saúde.

Um dos pontos da declaração de Alma-Ata, tem a ver com a meta a que se propuseram em 1978, que foi atingir um nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até ao ano 2000 reduzindo-se a lacuna existente entre o estado da saúde nos países em desenvolvimento e nos países desenvolvidos. Tal objetivo só seria possível mediante o uso racional dos recursos mundiais dos quais grande parte deles estavam a ser utilizados para aumento dos conflitos militares. Trata-se de um assunto bastante atual, sendo que para grande parte do mundo há uma evolução e convergência para um melhor estado de saúde, mas ao mesmo tempo existe um considerável número de países a não conseguirem acompanhar este progresso (OMS, 2008).

O Relatório Mundial de Saúde 2008, cujo enfoque foram os cuidados de saúde primários, revela que a declaração de Alma-Ata foi clara sobre os valores a seguir: justiça social e o direito a melhorar a saúde para todos, participação e solidariedade. A direção certa no sentido do progresso destes valores passava por uma mudança na forma como os sistemas de saúde operavam, podendo limitar desta forma o potencial de outros sectores.

Mas a declaração de Alma-Ata foi também o mote para o desenvolvimento de outras iniciativas. Em 1986, surge no Canadá a Carta de Ottawa onde foram listadas as condições e recursos fundamentais, identificando os campos de ação na promoção da saúde e salientando a importância da equidade (Mendes, 2004).

A Carta de Ottawa define a promoção da saúde como o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controle sobre a sua saúde e melhorá-la. Para atingir um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou enfrentar o ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não como um objetivo de vida. As condições e recursos fundamentais para a saúde são: paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (Kumar & Preetha, 2012).

Ainda, na carta de Ottawa foi definida a promoção da saúde como a) uma ação que reúne política de saúde com diversas abordagens complementares, incluindo a legislação, medidas fiscais, tributação e mudança organizacional para construir políticas que promovem a equidade, b) uma ação que cria ambientes de apoio, c) um ação comunitária de apoio através do 'empowerment' das comunidades - a posse e controle de seus próprios esforços e destinos, d) uma ação que visa desenvolver competências pessoais, fornecendo informações, educação para a saúde, e melhorar as condições de vida e e) uma ação de reorientação dos serviços de saúde para a promoção da saúde a partir da prestação de serviços clínicos e curativos (Kumar & Preetha, 2012).

Esta conferência de referência deu origem a uma sucessão de outras sobre a promoção da saúde - Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), a Cidade do México (2000), Bangucoque (2005), Nairobi (2009) e Helsínquia (2013) como está descrito no resumo do quadro 1.

Em Adelaide, os estados membros reconheceram que setores do governo, como a agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação tiveram que considerar a saúde como um fator essencial na formulação de políticas públicas saudáveis. A declaração Sundsvall destacou que a pobreza e privação que afeta milhões de pessoas que viviam em ambiente extremamente degradada afeta a saúde. Em Jacarta também a pobreza, baixos estatutos da mulher, violência civil e doméstica foram listadas como as principais ameaças à saúde. A declaração do México pediu à comunidade internacional para abordar os determinantes sociais da saúde para facilitar a consecução dos objetivos de desenvolvimento do milénio relacionados com a saúde. A carta de Bangucoque identificou

quatro compromissos para a promoção da saúde (a) deveria estar no centro da agenda de desenvolvimento global; (b) deveria ser a principal responsabilidade de todos os governos (c) deveria de ser o foco principal das comunidades e da sociedade civil; e (d) a exigência de um requerimento para práticas corporativas. Em Nairobi na 7ª conferência global de promoção de saúde houve o alerta para a necessidade urgente para reforço em termos de liderança e equipas de trabalho, tendo como principal enfoque a promoção da saúde, capacitar as comunidades e os indivíduos, melhorar processos participativos e construir e aplicar o conhecimento para a promoção da saúde (Kumar & Preetha, 2012).

A ultima conferência teve lugar na Finlândia, donde surgiu a declaração de Helsínquia. O tema desta conferência foi a promoção da saúde e a "Saúde em Todas as Políticas", uma abordagem para as políticas públicas em todos os setores, que leva em conta as implicações das decisões para a saúde e a busca de sinergias, e evita impactos prejudiciais, a fim de melhorar a saúde da população e a equidade em saúde. Aumenta ainda a atribuição de responsabilidade das decisões políticas para os impactos na saúde em todos os níveis de decisão. Inclui a ênfase sobre as consequências das políticas públicas nos sistemas de saúde, determinantes da saúde e bem-estar. Objetiva também um alto nível de conhecimento dos cidadãos sobre a saúde (WHO, 2013b).

#### **Quadro 1: Principais Conferências Internacionais da OMS desde a década de 1970**

Fonte: Elaboração própria

**1977** – "Saúde Para Todos no Ano 2000". 30ª Assembleia Mundial da Saúde

**1978** – Declaração de Alma-Ata (ex-URSS) – Saúde Para Todos no Ano 2000 (Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários)

**1986** – Carta de Ottawa (Canadá) – Promoção da Saúde nos Países Industrializados (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)

**1988** – Declaração de Adelaide (Austrália) – Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis (2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)

**1991** – Declaração de Sundsvall (Suécia) – Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde (3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)

**1997** – Declaração de Jacarta (Indonésia) – Promoção da Saúde no Século XXI (4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)

**2000** - Declaração do México - Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade (5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)

**2005** - Carta de Banguecoque (Tailândia) - Promoção da Saúde num Mundo Globalizado (6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)

**2009** - 7ª Conferência Global de Promoção da Saúde (Nairobi) - Promovendo a saúde e o desenvolvimento: quebrar as lacunas de implementação

**2013** - Declaração de Helsínquia (Finlândia) - Promoção da saúde e equidade através da implementação da "Saúde em todas as políticas" (8ª Conferência Global de Promoção da Saúde)

A saúde e o bem estar social são determinados por uma série de fatores que são alheios ao sistema de saúde (Kumar & Preetha, 2012):

- fatores socioeconómicos;
- políticos;
- novos padrões de consumo associados à alimentação;
- comunicação;
- mudanças demográficas que afetam as condições de trabalho;
- ambientes de aprendizagem;
- padrões familiares;
- tecido cultural e social das sociedades;
- mudanças sociopolíticas e económicas, incluindo comercialização e trocas de mercados;
- mudanças ambientais globais.

Para combater os desafios devido às mudanças de cenários, como ocorre com a transição demográfica e epidemiológica, a urbanização, a mudança climática, a insegurança alimentar, a crise financeira, entre outros, a promoção da saúde surgiu como uma

ferramenta importante e uma abordagem inovadora, que não pode ser subestimada. Um programa de promoção da saúde baseado em evidências, com fundos adequados e multisectorial com participação comunitária, apontando às mudanças culturais e sócio económicas a um nível familiar e comunitário, é uma necessidade urgente para uma mudança positiva dos complexos determinantes socioeconómicos da saúde (Kumar & Preetha, 2012).

## **2.2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL**

Os cuidados de saúde primários na sociedade portuguesa, tal como nos outros países europeus, são o elemento chave de um sistema de saúde, constituindo-se como os cuidados de primeiro contacto ao estarem acessíveis quando necessários e acompanhando global e longitudinalmente todo o processo saúde/doença de um utente e não apenas os episódios de doença. Dirigem-se para a promoção da autorresponsabilização, autonomia e educação para a saúde dos cidadãos nas suas decisões e ações, coordenando, sempre que necessário, as suas interações com outras organizações profissionais prestadoras de cuidados de saúde (Biscaia, 2006).

Segundo Pisco (2007), no programa atual do governo, afirma explicitamente que os cuidados de saúde primários são o pilar central do sistema de saúde e que os centros de saúde são a base institucional desses mesmos cuidados.

"Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover" (Artigo 64º da Lei Constitucional nº1/2005). É por esta premissa que se rege todo o Sistema de Saúde Português (Biscaia, et al., 2008).

Nos últimos 30 anos, e após várias tentativas de reforma dos cuidados de saúde primários, chegou-se à conclusão de que seria fundamental o planeamento de políticas públicas, mais precisamente de políticas de saúde para o correto desenvolvimento dos cuidados primários, de modo a permitir a equidade em saúde. Neste alinhamento desenvolveram-se novos processos de mudança organizacional nos cuidados de saúde primários (Barbosa, 2009).

Foi em 1946, aquando da publicação do Decreto-Lei (DL) nº35 311 de 25 de Abril, que foi constituída a Federação das Caixas de Previdência, criando-se então o primeiro serviço de cuidados médicos a nível nacional. Nessa altura surgiu o sistema de segurança social, destinado apenas aos trabalhadores por conta de outrem, como meio de proteção na doença, invalidez e no desemprego (Biscaia, et al., 2008).

Mas a partir daqui, houve tendência para que a legislação subsequente falhasse sobretudo pela ausência de globalidade, o que influenciava as iniquidades sociais da

população. Os serviços das Caixas foram-se desenvolvendo, aumentando ainda mais as desigualdades entre a população, pois nem todos tinham a possibilidade de recorrer aos mesmos, uma vez que, se tratava de seguros sociais obrigatórios, apenas destinados a trabalhadores da indústria, comércio, e só mais tarde para os sectores rural e pescas. Com o objetivo de tentar diminuir estas consequências, foi criado, em 1958, o Ministério da Saúde (Ferreira, 1990).

E, em 1971, com a promulgação do DL nº413/71 – Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, que estabelece os fundamentos do Serviço Nacional de Saúde, surgiram os Centros de Saúde de 1ª geração (Branco & Ramos, 2001)

Deu-se então o início de grandes mudanças neste sector. A legislação promulgada nesta época deveu-se em parte a um grupo de médicos de saúde pública, que propuseram uma reforma no sistema de saúde português, assente na criação de uma rede nacional de centros de saúde e em estratégias de prevenção (Branco & Ramos, 2001).

Iniciou-se a elaboração do relatório “Para uma Reforma do Ministério da Saúde e Assistência”, documento que recomendava (Ferreira, 1990):

- a criação de uma política unitária de saúde nacional,
- o reconhecimento do direito à saúde abrangendo toda a população,
- a cada vez maior necessidade de instaurar um Sistema Nacional de Saúde,
- o reconhecimento da carência de intervenção do Estado como meio difusor da política de saúde e assistência e executor das atividades inerentes,
- a integração de todas as atividades de saúde e assistência nos planos locais e regionais
- o planeamento geral de todas as atividades centrais, cujos dados deviam ser recolhidos e analisados a nível local e regional.

Foi o início da estruturação do sistema de cuidados de saúde, reforma que se revelou de extrema importância devido à enorme panóplia de instituições e organizações de saúde existentes, nomeadamente das Misericórdias, responsáveis sobretudo pela gestão de hospitais e outros serviços de saúde; Serviços Médico – Sociais, responsáveis por prestar cuidados aos beneficiários da Federação das Caixas de Previdência, e que apostaram na

criação de serviços médicos ambulatoriais próprios; Serviços de Saúde Pública, responsáveis pela proteção da saúde, vacinação, cuidados materno-infantis e saneamento ambiental; hospitais estatais, gerais e especializados e serviços de saúde privados, responsáveis pela prestação de cuidados médicos às classes socioeconómicas de nível mais elevado, e ainda devido ao papel meramente complementar do Estado, que não assumia qualquer função ativa na assistência à doença (Barbosa, 2009).

Permitiu desta forma uma melhor homogeneização dos serviços, diminuindo o desfavorecimento relativo ao estrato social, e aumentando qualitativamente o serviço prestado à população em geral.

A reforma empreendida representou a maior mudança de sempre na estrutura e no funcionamento dos serviços de saúde portugueses e a abertura definitiva do caminho para um sistema de cuidados de saúde completo com capacidade para inventariar os problemas de saúde e de doença no país e procurar-lhes soluções possíveis em cada época, na base da investigação continuada e do aperfeiçoamento técnico das intervenções (Ferreira, 1990).

Os centros de saúde passaram a ser estruturas primárias de entrada no sistema de saúde, tornando os hospitais como estruturas de apoio aos cuidados primários. Os hospitais continuaram até 1975 na dependência das Misericórdias. Apesar disso era necessário realizar mudanças no sistema de saúde, como a integração dos serviços médicos das Caixas de Previdência, serviços estes exclusivos para trabalhadores da indústria, comércio, e posteriormente rurais e pescas, nos centros de saúde. O contexto social, económico e político, são alguns dos fatores externos à saúde que influenciaram a sua evolução organizacional, e com a revolução de Abril de 1974, ocorreram grandes alterações nos serviços de saúde, devido essencialmente ao completar da legislação que anteriormente nem sempre era respeitada (Branco & Ramos, 2001).

Em 1979, foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS), que defendia o direito à proteção da saúde e o dever da sua defesa. Seria um serviço nacional, universal, geral e gratuito, cujo acesso deveria ser garantido pelo Estado, com o DL nº56/79, de 15 de Setembro (Ferreira, 1990).

Em 1984 foi criada a Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários, que põe fim aos serviços médico-sociais da Previdência e marca a expansão do SNS (Biscaia, et al., 2008).

Seguiu-se um período de estabilidade política desde 25 de Abril de 1974, que acompanhou as tendências internacionais no que concerne à contenção de custos com despesas em saúde. A gestão de serviços tornou-se central devido ao forte acréscimo na procura de serviços de urgência hospitalar a par de um aumento do investimento em hospitais (Biscaia, et al., 2008).

Em 1990 é aprovada uma nova Lei de Bases da Saúde. Pela primeira vez, a proteção da saúde é perspectivada não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em Liberdade de procura e de prestação de cuidados (DL nº48/1990).

Já em 1999, foram criados os centros de saúde de 3ª Geração, com vista à descentralização e a uma maior autonomia (DL nº157/1999).

Até 2001 desenvolveram-se estratégias de implementação para os centros de Saúde de 3ª Geração, nunca concretizados, em parte devido às resistências, especialmente das sub-regiões que veriam o seu poder transferido para os próprios centros de saúde, uma vez que estes passariam a ter autonomia financeira e administrativa, organizados em equipas multiprofissionais e descentralizadas, dirigidos por uma direcção técnica e clínica (Barbosa, 2009)

Foi a partir de 2003 que se deu uma explosão legislativa no sector da saúde, com consequências para os cuidados de saúde primários no que respeita ao DL nº 60/2003 de 1 de Abril, que cria a Rede de Cuidados de Saúde Primários, sendo que é criada ainda a Unidade de Missão dos Cuidados de Saúde Primários para implementar uma nova reforma desses cuidados (Biscaia, et al., 2008). Mas este ultimo diploma foi bastante contestado, uma vez que, não tinha em consideração a diversidade das dimensões dos centros de saúde, nem lhes conferiu a autonomia inerente. Desde a publicação deste decreto, que nunca foi executado, até 2005, houve nova estagnação organizacional ao nível dos centros de saúde.

Em 2005, com a revogação do DL nº 60/2003, deu-se início a uma nova fase no sector da saúde, especialmente no que concerne aos cuidados de saúde primários – foram os primeiros passos da reforma a que se assiste neste momento e que aposta essencialmente na mudança organizacional, na reorganização dos centros de saúde, com a criação de unidades de saúde familiares, equipas multidisciplinares, com autonomia técnica e funcional, mas também na criação de outras soluções mais adequadas para a prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente a criação dos agrupamentos de centros de saúde, com o objetivo de agregar os recursos e estruturas de gestão e ainda a extinção das sub-regiões de saúde (Barbosa, 2009).

O ano de 2004, foi marcado pela apresentação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 caracterizado como o instrumento que define orientações estratégicas com a finalidade de sustentar, política, técnica e financeiramente, uma vontade nacional, dando-lhe um cunho integrador e facilitador na coordenação e intercolaboração dos múltiplos sectores que contribuem para a saúde (Biscaia, et al., 2008)

O PNS 2004-2010 assentou em três grandes objetivos (Direcção Geral de Saúde (DGS), 2004):

- Obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença;
- Utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados;
- Garantir os mecanismos adequados para a efetivação do Plano, através de um recrutamento de recursos adequado, promovendo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e atualização do Plano.

Dentro das principais estratégias orientadoras inerentes a este Plano, quatro têm particular importância por implicarem diretamente os cuidados de saúde primários (Biscaia, 2006):

- a mudança centrada no cidadão,

- a gestão integrada da doença,
- a abordagem com base em 'settings', tais como escolas, locais de trabalho, etc.,
- a capacitação do sistema de saúde para a inovação

Tal como referido anteriormente, a mudança deveria ser feita no sentido de colocar o utente no centro de todas as atenções, promovendo a equidade, valorizando a qualidade de vida, percebendo que saúde e doença fazem parte de um mesmo contexto multidimensional saúde-doença e dando prioridade à promoção dos fatores de saúde que permitem uma resposta favorável à saúde; os fenómenos de doença devem ser geridos de um modo integrado, desenvolvendo-se o trabalho em rede, sempre que seja útil e eficiente, o local de ação para contextos fora das unidades de saúde; e deve ser proporcionado um ambiente favorável para a aprendizagem, desenvolvimento, experimentação e inovação, isto é, para a promoção da saúde (Biscaia, 2006).

Uma das tendências nos países ocidentais, é a maior autonomia do cidadão, uma maior individualização em relação à família, ao grupo e à tradição cultural de origem. Essas tendências associam-se ainda à melhoria do nível de vida e do nível educacional com a respetiva melhoria do nível de saúde e o maior nível de exigência em relação aos cuidados prestados, aumenta também, no entanto, a fragilidade do mesmo, denotando-se cada vez mais o seu isolamento, passando, por vezes, de consumidor exigente a consumista, sensível ao poder da medicina, com expectativas irrealistas e deixando de tomar em consideração a equidade (Santos, Biscaia, Antunes, & Craveiro, 2007).

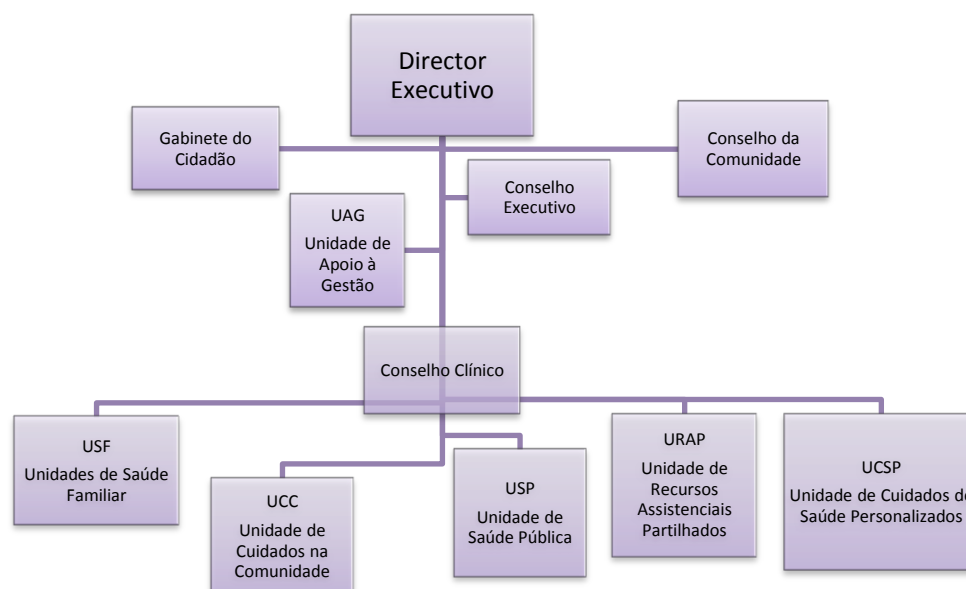
Durante este período de 3 anos, o Governo esteve a estudar e a ponderar qual seria a melhor forma de incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assim como a melhor forma de os gerir (DL nº28/2008)

Uma das principais novidades, consistiu na criação de agrupamentos de centros de saúde (ACES) (figura 1), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Deve ser salientada a estrutura dos ACES, que incluem, além das Unidades de Saúde Familiar (USF) e de órgãos específicos dirigidos à gestão e

decisão, uma série de estruturas funcionais: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Assentando embora na tríade clássica de profissionais dos cuidados de saúde primários – médicos, enfermeiros e pessoal administrativo; cada unidade é constituída por equipas multidisciplinares, com autonomia organizativa e técnica, que atuam em intercooperação com as restantes unidades funcionais do ACES (Miguel & Sá, 2010).

**Figura 1: Organograma de um ACES.**

Fonte: Elaboração própria com base no DL 28/2008.



O DL nº28/2008 foi criado com o intuito de finalmente dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa, equilibrada, ciente das necessidades das populações e, acima de tudo, prevendo-se a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poderem alcançar maiores ganhos em saúde .

Em Abril de 2011, todas as transformações estruturantes da reforma dos cuidados de saúde primários estavam concretizadas, sendo a gestão, no entanto, dependente das

administrações regionais de saúde ou unidades locais de saúde, por motivos intrinsecamente ligados ao contexto da administração pública em geral (Barbosa et al., 2011).

Contudo, a ausência de autonomia contratualizada dos agrupamentos de centros de saúde, com responsabilização e consequências, foi um dos maiores entraves à continuação da reforma dos cuidados de saúde primários, bem como das dificuldades ao nível dos recursos humanos e dos sistemas de informação (Barbosa et al., 2011). O quadro 2 destaca alguns dos aspetos positivos e negativos desse processo.

**Quadro 2: Aspetos positivos e negativos da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários**

Fonte: Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), 2011

| Aspetos Positivos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Número de profissionais de saúde envolvidos (5.755);<br>Ganhos de cobertura da população (472.800 novos utentes);<br>Maturidade e espírito crítico dos profissionais;<br>Melhoria dos cuidados de saúde prestados: <ul style="list-style-type: none"><li>- Aumento da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde;</li><li>- Ganhos de eficiência e efetividade;</li><li>- Satisfação dos utilizadores e profissionais com o modelo organizacional USF; Desenvolvimento de processos de governação clínica e da saúde;</li></ul> Início da atividade das UCC;<br>Formalização dos Conselhos da Comunidade nos ACES;<br>Projetos de investigação em serviços de saúde nos CSP;<br>Desenvolvimento de conceitos, metodologias e instrumentos, com apoio multiprofissional, por grupos técnicos do GCE. |
| Aspetos Negativos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Lacunas e insuficiências do sistema de informação: <ul style="list-style-type: none"><li>- Largura de banda insuficiente;</li><li>- Inexistência de um modelo de gestão do parque informático;</li><li>- Falta de interoperabilidade entre as novas aplicações informáticas e as já existentes;</li><li>- Ausência de um plano de contingência relativo a backups dos sistemas de informação;</li></ul> Desenvolvimento insuficiente dos módulos de gestão de informação;<br>Desigualdades qualitativas da contratualização a nível regional;<br>Falta de autonomia dos ACES em consequência do aumento da centralização de gestão nas ARS;<br>Ausência de um modelo de financiamento explícito e responsabilizante;<br>Incapacidade de resolução dos problemas da mobilidade de recursos humanos;         |

Manutenção de vínculos laborais precários (nomeadamente enfermagem e assistentes técnicos);  
Pouca incorporação da Administração Pública dos exemplos de inovação e transformação da reforma dos CSP.

Foi publicado em livro pela OMS em parceria com o Alto Comissariado da Saúde o documento que apresenta a avaliação do PNS 2004-2010 (quadro 3), “*WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010)*”, em que as principais recomendações foram as seguintes (WHO, 2010):

- construir um amplo consenso criado pelo PNS vigente na obtenção de ganhos em saúde e usá-lo como um ativo para o próximo Plano;
- reorientar o papel do Ministério da Saúde sobre a administração do sistema de saúde, devendo-se concentrar na definição de objetivos do sistema de saúde, na definição dos papéis dos atores e os limites para a ação;
- informar regularmente o Parlamento sobre a implementação do PNS e melhorias em pontos-chave relacionados com a saúde pública e o fortalecimento do sistema de saúde em Portugal;
- encarar a fragmentação da função de administração do sistema de saúde do Ministério da Saúde e a relacionada falta de coordenação, de modo que o desempenho do sistema de saúde possa ser gerido de forma adequada e as metas de saúde pública possam ser alcançadas;
- reforçar a participação e colaboração interministerial (começando com o Ministério das Finanças e do Ministério dos Negócios Estrangeiros) e desenvolver capacidades para a avaliação do impacto na saúde por todo o Governo;
- capacitar as Administrações Regionais de Saúde para promoverem ações junto da comunidade e das partes interessadas;
- para o próximo PNS, propor um bom equilíbrio entre os objetivos gerais de saúde pública, dando orientações para a ação, e um número limitado de objetivos prioritários para o fortalecimento do sistema de saúde, a serem alcançados dentro do prazo;
- construir uma forte base de evidências de forma a colmatar lacunas políticas importantes no plano atual, especificamente as desigualdades na saúde, a

sustentabilidade do sistema de saúde, os recursos humanos para a saúde, a qualidade dos cuidados de saúde e segurança e equidade no financiamento.

**Quadro 3: Avaliação do PNS 2004-2010 pela Organização Mundial de Saúde.**

Fonte: DGS, 2012

| <b>Aspectos Positivos</b>                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Participação alargada;<br>Consenso quanto a prioridades;<br>Compromisso político.                                                                                         |
| <b>A melhorar</b>                                                                                                                                                         |
| Suporte à sustentabilidade;<br>Hierarquia de indicadores e metas:<br>Maior foco nos determinantes sociais e nos resultados em saúde;<br>Método para atribuição de ganhos. |

Dessa avaliação surgiram indicadores e metas para a criação do novo PNS 2012-2016. Os indicadores foram definidos com base em 6 grandes grupos: mortalidade, morbilidade, incapacidade, auto percepção do estado de saúde, resposta do sistema de saúde e sustentabilidade.

A visão deste novo PNS consiste em maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento em torno de objetivos comuns, da integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis (DGS, 2012).

O novo PNS constitui uma excelente oportunidade para se iniciar uma fase diferente na forma como são pensadas e aplicadas as políticas de saúde, em Portugal. As experiências de integração de cuidados de saúde, particularmente de cuidados de saúde primários e hospitalares, começam a surgir em Portugal, ainda que em número reduzido. Integrar cuidados de saúde deve ser encarado como um passo importante no sentido de se dispor de sistemas mais abrangentes, mais completos e mais preocupados com o todo. Não

só no que respeita aos cuidados de saúde, mas também entre os serviços sociais e de saúde (Simões & Ferrinho, 2010).

O Comité Regional para a Europa da OMS, reuniu em Setembro de 2012 para definir a nova estratégia europeia OMS - 'Health 2020', bem como ideias chave sobre promoção da saúde, funções essenciais da Saúde Pública, atribuições dos serviços de saúde pública, planos nacionais de saúde e programas nacionais prioritários. O principal objetivo desta estratégia *Health 2020* é melhorar significativamente a saúde e o bem estar das populações, reduzir as desigualdades em saúde, fortalecer a saúde pública e assegurar sistemas de saúde centrados nas pessoas, que sejam universais, equitativos, sustentáveis e de alta qualidade (WHO, 2012b).

Mais recentemente, foi criado o DL nº137/2013 de 7 de Outubro que veio alterar pela quinta vez o DL nº28/2008 de 22 de Fevereiro, que estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, bem como o DL nº81/2009 que estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, sedeados a nível nacional, regional e local. Depois de quatro anos sobre a publicação do DL nº81/2009, verificou-se a necessidade de ajustar as competências dos serviços de natureza operativa de saúde pública, de forma a orientar a sua intervenção para a continuidade das Operações Essenciais de Saúde Pública, nos termos definidos pela Organização Mundial da Saúde (DL nº137/2013).

Neste seguimento, este DL vem atualizar e reforçar o modelo organizacional e a flexibilidade técnica dos serviços operativos de saúde pública, com vista a garantir de forma célere e eficaz a proteção da saúde das populações.

Para tal, o DL nº28/2008 de 22 de Fevereiro, foi republicado no Anexo I do DL nº137/2013, sendo que as alterações foram somente ao nível da redação relativa à unidade de saúde pública.

Segundo Biscaia *et al.* (2006), os cuidados de saúde primários devem ser universalmente acessíveis a todos os indivíduos inseridos numa comunidade, sendo

essenciais para tratar os principais problemas de saúde dessa comunidade, englobando ações de promoção da saúde, prevenção, cuidados curativos, reabilitação ou de fim de vida.

Os centros de saúde encontram-se estruturados em unidades funcionalmente autónomas, que têm em conta não só a agregação de recursos, mas também critérios geo-demográficos, tais como: população residente; densidade populacional; índice de concentração urbana; índice de envelhecimento; relação de dependência total e de idosos; e acessibilidade geográfica ao hospital de apoio.

### **2.2.1. O Exame Global de Saúde**

Os ganhos em saúde da população portuguesa têm vindo a adquirir relevo ao longo dos últimos anos, nomeadamente os que se referem às duas primeiras décadas do ciclo de vida (DGS, 2013). Todas as crianças merecem nascer bem, serem fisicamente bem constituídas, e atingirem auto responsabilidade para serem portadoras de bons hábitos de saúde. Todas as crianças e adolescentes merecem acesso imediato a promotores de saúde compreensivos e coordenados, terapêuticos, reabilitação médica, saúde mental e cuidados dentários. Esses cuidados são melhor conseguidos através de uma relação contínua com um profissional de saúde dos cuidados de saúde primários, e acesso imediato a cuidados secundários e terciários (Hagan, Shaw, & Duncan, 2008).

No decurso da vigilância em saúde infantil e juvenil, são efetuadas intervenções que visam a concretização de um conjunto vasto de objetivos, tendo em vista a obtenção contínua de ganhos em saúde(DGS, 2013) :

- Avaliar o crescimento e desenvolvimento das crianças e registar os dados obtidos;
- Promover a imunização contra doenças transmissíveis e seguir a risca o plano nacional de vacinação;
- Detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida e afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente;
- Prevenir e identificar como abordar as doenças comuns nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e outros cuidadores, alertando para sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde;
- Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência;
- Assegurar a realização do aconselhamento genético, tanto para progenitores como para adolescentes;
- Identificar e prestar apoio a crianças e famílias vítimas de maus tratos e violência;
- Promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação das crianças e dos jovens;

- Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promoção do bem estar familiar.

Para atingir a concretização destes objetivos é necessária a otimização de recursos e potenciar o trabalho em equipa, e em cada situação específica, aplicar princípios deontológicos, competências técnicas atribuídas pelas entidades próprias de cada profissional de saúde (DGS, 2013).

O exame global de saúde nas crianças e adolescentes deve ser aplicado e realizado num sistema oportunista, ou seja, quando a criança ou adolescente se deslocar para uma consulta perto da idade chave para a realização de um exame, esse deverá ser efetuado aquando da visita e não numa data fixa e é necessário uma flexibilização de modo a se conseguir uma extensão da vigilância a um maior número de crianças e uma otimização de recursos e melhores resultados globais, com vista as necessidades individuais de cada uma das crianças (DGS, 2013)

Existem dois grupos etários em que é realizado o exame global de saúde: dos 5-6 anos e dos 11-13 anos, definidos pelo Programa Tipo de saúde infantil e juvenil. O exame global de saúde dos 5-6 anos integra o plano de avaliações periódicas pediátricas definido pela DGS e tem como objetivo a avaliação antropométrica (peso e estatura) e da tensão arterial; realização de um exame objetivo completo com avaliação da higiene oral, acuidade visual, acuidade auditiva (em grupos de risco) e da postura. Inclui ainda a avaliação do cumprimento do plano de vacinação assim como da linguagem e restantes áreas do desenvolvimento psicomotor (Braga-Tavares et al., 2010). Dos 11-13 anos realiza-se a avaliação dos parâmetros anteriores mais o estágio pubertário (DGS, 2006).

Um dos parâmetros importantes do exame global de saúde nas diferentes faixas etárias é a visão. Na espécie humana a visão é, de entre todos os órgãos dos sentidos, o mais importante meio de comunicação com o ambiente circundante, fazendo da visão, um elemento fulcral e essencial para o desenvolvimento harmonioso da criança. O sistema visual evolui desde o momento em que se nasce, altura em que a acuidade visual é muito baixa, e momento em que é necessário criar estímulos e exercícios de forma a que a criança seja capaz de desenvolver a sua acuidade visual e motilidade ocular para o

desenvolvimento do campo visual; até que após os 5 anos a criança possua uma acuidade visual completa e bem desenvolvida (Dinis et al., 2008).

A avaliação oftalmológica da criança em idades chave do seu crescimento deve ser imperativo, e tem de ser feita em estrita colaboração entre a família e a medicina geral, a pediatria e a oftalmologia. Não existe uma idade consensual para a realização das avaliações oftalmológicas na criança, pois muitos desses testes são subjetivos e estão dependentes da colaboração da criança, mas é aconselhável que à entrada na idade escolar a criança reúna as melhores condições possíveis de utilização das suas funções visuais, e por conseguinte é necessário um exame global da visão devidamente posicionado no exame global de saúde para que haja tempo de corrigir as alterações que sejam detetadas (Dinis et al., 2008).

## 2.3. OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DA VISÃO

### 2.3.1. Prevalência de doença oftalmológica a nível global

Mais de 285 milhões de pessoas no mundo sofrem de deficiência visual, das quais 39 milhões apresentam cegueira e 246 milhões têm baixa visão. Sabe-se que sem intervenções precoces e prevenção estes números subam para os 75 milhões de pessoas com cegueira e 200 milhões sofram de deficiência visual até ao ano de 2020 (WHO, 2012a). 65% das pessoas com deficiência visual e 82% dos que apresentam cegueira têm mais de 50 anos inclusive (ver tabela 1) (Pascolini & Mariotti, 2010).

**Tabela 1: Estimativas globais do nº de pessoas com deficiência visual, por idades, 2010. Para todas as idades, entre parêntesis a respetiva prevalência (%).**

Fonte: Pascolini & Mariotti, 2010

| Idade<br>(em anos) | População<br>(milhões) | Cegueira<br>(milhões) | Baixa Visão<br>(milhões) | Deficiência<br>Visual<br>(milhões) |
|--------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 0-14               | 1,848.50               | 1.421                 | 17.518                   | 18.939                             |
| 15-49              | 3548.2                 | 5.784                 | 74.463                   | 80.248                             |
| 50 +               | 1,340.80               | 32.16                 | 154.043                  | 186.203                            |
| Todas as idades    | 6,737.50               | 39.365 (0.58)         | 246.024 (3.65)           | 285.389 (4.24)                     |

Com base na tabela 2, pode-se constatar que existe uma prevalência de cegueira e baixa visão na China e Índia, sendo que estes dois países representam 41,4% de cegueira e 49,5% de baixa visão na globalidade das regiões definidas pela OMS (Pascolini & Mariotti, 2010). No que diz respeito ao número de pessoas com deficiência visual, todas as regiões se encontram muito próximas em valores percentuais, à exceção mais uma vez da China e Índia, justificando-se também pelo elevado número populacional destes dois países (Pascolini & Mariotti, 2010).

**Tabela 2: Nº de pessoas com deficiência visual e a respetiva correspondência em percentagem a nível global pelas regiões WHO e países, 2010.**

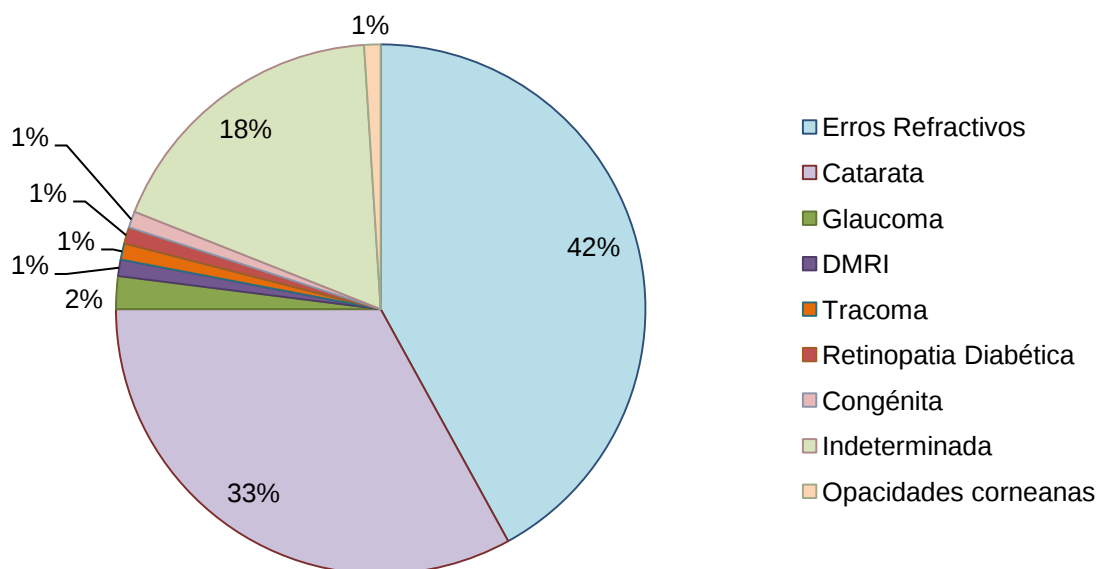
Fonte: Pascolini &amp; Mariotti, 2010

|                                               |                              | <b>Cegueira</b>                | <b>Baixa Visão</b>             | <b>Deficiência Visual</b>      |
|-----------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Regiões WHO</b>                            | População Total<br>(milhões) | Nº em milhões<br>(percentagem) | Nº em milhões<br>(percentagem) | Nº em milhões<br>(percentagem) |
| <b>Africa</b>                                 | 804.9(11.9)                  | 5.888 (15)                     | 20.407 (8.3)                   | 26.295 (9.2)                   |
| <b>Américas</b>                               | 915.4 (13.6)                 | 3.211(8)                       | 23.401 (9.5)                   | 26.612 (9.3)                   |
| <b>Mediterrâneo Oriental</b>                  | 580.2 (8.6)                  | 4.918 (12.5)                   | 18.581 (7.6)                   | 23.499 (8.2)                   |
| <b>Europa</b>                                 | 889.20 (13.2)                | 2.713 (7)                      | 25.502 (10.4)                  | 28.215 (9.9)                   |
| <b>Sudeste Asiático<br/>(excluindo Índia)</b> | 579.1 (8.6)                  | 3.974 (10.1)                   | 23.938 (9.7)                   | 27.913 (9.8)                   |
| <b>Pacífico Oeste (excluindo<br/>China)</b>   | 442.3 (6.6)                  | 2.338 (6)                      | 12.386 (5)                     | 14.724 (5.2)                   |
| <b>Índia</b>                                  | 1181.4 (17.5)                | 8.075 (20.5)                   | 54.544 (22.2)                  | 62.619 (21.9)                  |
| <b>China</b>                                  | 1344.9 (20)                  | 8.248 (20.9)                   | 67.264 (27.3)                  | 75.512 (26.5)                  |
| <b>Mundo</b>                                  | <b>6737.5 (100)</b>          | <b>39.365 (100)</b>            | <b>246.024 (100)</b>           | <b>285.389 (100)</b>           |

A nível global, as principais causas de deficiência visual são os erros refrativos e as cataratas, 43% e 33% respetivamente. Outras causas são o glaucoma (2%), degenerescência macular relacionada com a idade (DMRI), a retinopatia diabética, tracoma e opacidades corneanas, todas com cerca de 1%. Uma grande proporção de causas, 18%, são indeterminadas (figura 2). As causas de cegueira são a catarata (51%), glaucoma (8%), DMRI (5%), cegueira infantil e opacidades corneanas (4%), erros de refração não corrigidos e tracoma (3%), retinopatia diabética (1%), e as causas indeterminadas são 21% (figura 3) (WHO, 2012a).

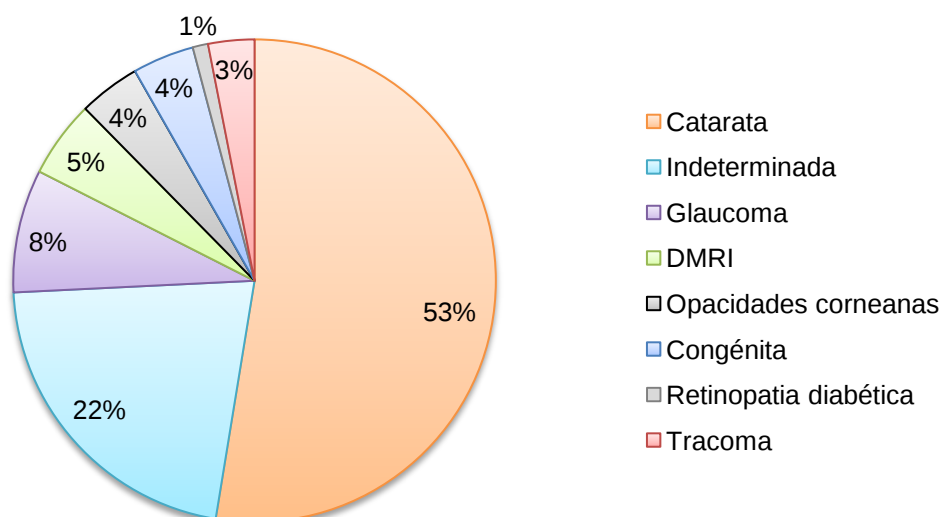
**Figura 2: Principais causas de deficiência visual, causadora de cegueira, em percentagem, 2010.**

Fonte: World Health Organization, 2012a



**Figura 3: Principais causas de cegueira, em percentagem, relativamente à cegueira global, 2010.**

Fonte: World Health Organization, 2012a



### **2.3.2. Globalização dos cuidados de saúde primários da visão**

É crucial avaliar a magnitude e as causas da deficiência visual e a efetividade dos serviços de saúde. Os sistemas de cuidados de saúde em funcionamento devem efetuar a monitorização da prevalência e causas da deficiência visual, assegurando a efetividade dos cuidados de saúde.

Neste âmbito, a monitorização e a avaliação dos serviços de cuidados oftalmológicos fornece informação sobre as tendências epidemiológicas em doenças do foro oftalmológico que devam ser integradas no sistema de informação nacional de saúde. Informação essa que deve ser usada para guiar o planeamento de serviços e alocação de recursos. O desenvolvimento e implementação de políticas nacionais e planos para a prevenção da deficiência visual evitável permanecem como o cerne da ação estratégica.

Apesar de alguns programas contra a doenças oftalmológicas terem obtido sucesso considerável no desenvolvimento e implementação de políticas e planos de saúde, existem aspetos que necessitam de integrar programas de controlo da doença oftalmológica em sistemas de cuidados de saúde mais abrangentes e em todos os níveis do sistema de cuidados de saúde. Isto é particularmente importante no que toca ao desenvolvimento dos recursos humanos, à atribuição e distribuição financeira e fiscal, com compromisso efetivo com o sector privado, ao empreendedorismo social e cuidados para as comunidades mais vulneráveis. No geral os países estão a adquirir, em grande escala, experiência em desenvolvimento e implementação efetiva de serviços de cuidados de saúde e integrá-los num sistema de saúde mais abrangente. Estas práticas em saúde necessitam de uma melhor documentação e disseminação para que todos os países possam beneficiar delas (WHO, 2013a).

Existem cinco princípios e abordagens, como se demonstra na figura 4, que permitem sustentar os planos de implementação dos cuidados de saúde primários da visão: acesso universal e equidade, direitos humanos, prática baseada em evidência, abordagem ao longo da vida e 'empowerment' das pessoas com deficiência visual.

**Figura 4: Os 5 princípios e abordagens transversais aos planos de implementação dos cuidados de saúde primários da visão.**

Fonte: World Health Organization, 2013a

|                                                       |                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Acesso Universal e Equidade                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas as pessoas deverão ter acesso equitativo a cuidados de saúde para atingir ou melhorar o nível de saúde independentemente da idade, sexo e posição social</li> </ul> |
| Direitos Humanos                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estratégias e intervenções para o tratamento, prevenção e promoção devem ser compatíveis com as convenções internacionais de direitos humanos e acordos</li> </ul>        |
| Prática baseada em evidência                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estratégias e intervenções para o tratamento, prevenção e promoção devem ser baseadas em evidências científicas e boas práticas</li> </ul>                                |
| Abordagem ao longo da vida                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas, planos e programas relacionados com a saúde ocular necessitam de ter em conta as necessidades sociais e de saúde em todas as fases do ciclo da vida</li> </ul> |
| <i>Empowerment</i> das pessoas com deficiência visual | <ul style="list-style-type: none"> <li>• As pessoas cegas ou que têm baixa visão possam participar plenamente nos aspetos sociais, económicos, políticos e culturais da vida</li> </ul>                            |

A implementação de cuidados primários da saúde da visão e a sua associação aos cuidados primários de saúde é algo essencial para a melhoria da qualidade de vida das populações. A organização mundial de saúde criou um programa denominado *Vision 2020 Global Initiative* em 1999, de modo a reduzir os números de pessoas com baixa visão em todo o mundo (WHO, 2013a). Este programa tem como estratégias a identificação das prioridades específicas para o controlo das doenças oftalmológicas, o desenvolvimento dos recursos humanos competentes, necessários para providenciar cuidados de saúde da visão, e a criação de infraestruturas e recursos para programas sustentáveis (S Resnikoff, Kocur, Etya'ale, & Ukety, 2008).

Nos primeiros 12 anos desde a sua criação, o *Vision 2020* desenvolveu programas de intervenção capazes de fornecer serviços de cuidados da visão até nas comunidades mais remotas e empobrecidas. Tem também sido desenvolvido um trabalho de legislação de sucesso baseado num conjunto de evidências envolvendo argumentos económicos para investimento em saúde oftalmológica. Mais de 100 planos nacionais para atingir a

eliminação da cegueira evitável estão a ser desenvolvidos e alguns com contribuições notáveis feitas por associações e sectores governamentais para reforçar os programas de cuidados de saúde da visão (Ackland, 2012).

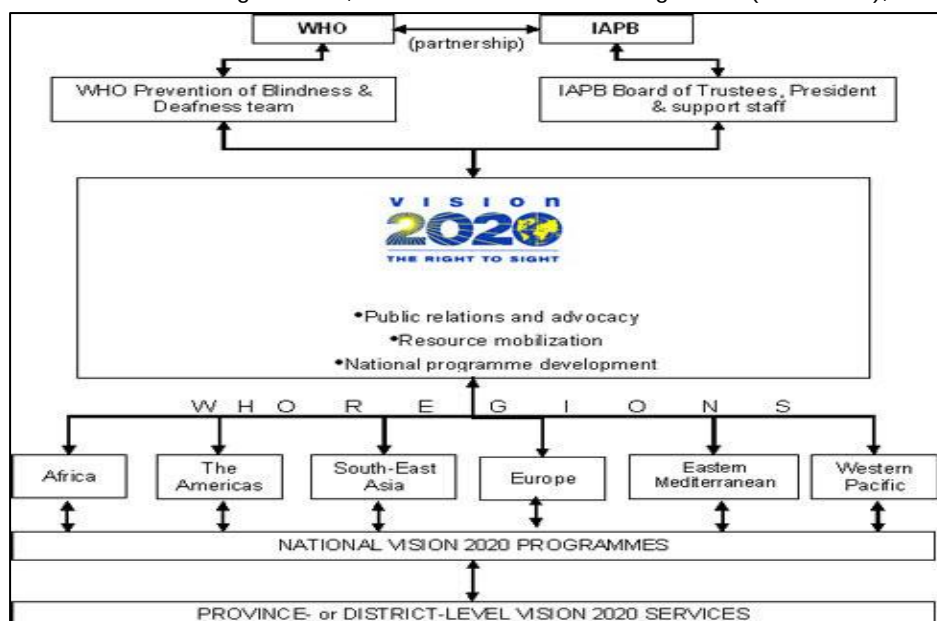
As parcerias são o âmago da *Vision 2020* e é através destas que muito do sucesso deste programa tem sido atingido. A OMS reconhece isso, e como consequência, um dos cinco objetivos incluídos no Plano de Ação para a Prevenção de Cegueira Evitável e Deficiência Visual adotada pela assembleia de saúde mundial em Maio de 2009, foca-se especificamente no desenvolvimento dessas parcerias (figura 5).

Duas das ações delineadas pelo Plano de Ação é promover parcerias entre o sector publico, privado e nos sectores voluntários a nível nacional, regional e criar contactos com outras organizações internacionais e agências com planos de desenvolvimento mais amplos no sentido de identificar oportunidades de colaboração (International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB), 2010) .

Este tipo de associações entre entidades públicas e privadas vieram trazer um grande impulso nos cuidados primários da saúde da visão em diversos países.

**Figura 5: A estrutura do programa *Vision 2020*.**

Fonte: World Health Organization, Prevention of Blindness Programme (WHO/PBD), 2005



Na Arménia, mais especificamente na região da cidade de Sevan, a parceria entre o programa 'Lions Club International Foundation's Sight First', a Universidade Americana da Arménia e o Ministério da Saúde da Arménia, veio beneficiar não apenas os 26750 residentes da cidade de Sevan, mas também a população de toda a província e das províncias vizinhas, que viajam até à clínica e realizam os diversos rastreios visuais disponibilizados pelo programa. Desde o seu lançamento em Junho de 2005, já serviu mais de 17300 pessoas e realizou mais de 980 cirurgias oftalmológicas (IAPB, 2010). As cirurgias foram maioritariamente à catarata e ao glaucoma (Petrosyan & Nalbandyan, 2010).

Em 2009, o Instituto Meghrigian em colaboração com a Unidade Regional Oftalmológica Lions em Sevan organizou várias visitas de promoção da saúde visual a aldeias remotas e pobres do Tavush e Lori. A população das aldeias foi convidada para rastreios visuais de forma a serem identificadas patologias oculares e perceber a necessidade de prescrição de óculos. No caso de patologia ocular não relacionada com erros refractivos, o oftalmologista do Instituto Meghrigian reencaminhou os moradores dessas vilas para o diagnóstico e/ou tratamento adequado à Unidade Regional Oftalmológica Lions em Sevan. No geral, 205 pessoas (50 de Haghartsin, 34 de Gandzaqar, 45 de Teghut, e 76 de aldeias Getahovit) participaram em rastreios visuais; 132 apresentaram diferentes tipos e graus de erros de refração e foram prescritos óculos. Além da prescrição de óculos, receberam armações para posteriormente levarem às óticas para adquirirem as lentes oftálmicas (Petrosyan & Nalbandyan, 2010).

Na China mais de 84600 pessoas receberam informação sobre diabetes e retinopatia diabética através de consultas ou discussões de grupo, como parte da parceria entre 'The Fred Hollows Foundation' e a 'Aier Hospital Group', projeto este iniciado em 2008. O programa 'Seeing is Believing' estabeleceu um modelo para diagnóstico e tratamento de doenças relacionadas com diabetes. Este modelo funciona através dos profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados primários de saúde, unidades de rastreio existentes nas comunidades, centros de tratamento nas cidades maiores, mas também através da divulgação pelos media e campanhas de educação para a saúde (IAPB, 2010).

A limitação dos recursos financeiros que são geralmente direcionados a outro tipo de doenças epidémicas, levam à não prioridade da investigação em saúde da visão. Nestes

casos as colaborações comprometidas em cuidados de qualidade da saúde da visão e das necessidades em saúde visual criam oportunidades para preencher o vazio criado pela não prioridade das ciências da visão e aumentar as forças de cada parceiro nessas colaborações.

O estudo do erro de refração em crianças conduzido no Gana recentemente demonstra os benefícios desse tipo de colaborações. Um total de 2455 crianças foram rastreadas. Este esforço de colaboração não só proporcionou uma base estatística para planeamento, mas também viu a atribuição de competências na comunidade local, com isso um aumento da capacidade de investigação, criação de oportunidades para desenvolvimento de serviços e uma plataforma favorável a futuras colaborações (IAPB, 2010).

No entanto, os cuidados primários da saúde da visão, como estrutura disciplinar, permanecem claramente subdesenvolvidas em alguns países, apesar da larga presença da oftalmologia a nível clínico e com a sua abundante e relevante especialidade e conhecimentos (Riad, Dart, & Cooling, 2003), demonstrando uma clara falta de capacidade de resposta relativamente a sintomas e doenças oftalmológicas por parte dos profissionais de saúde a nível global.

Os cuidados primários da visão são definidos como a atividade da linha de frente que providencia cuidados e identifica doenças antes que estas se tornem em graves problemas de saúde pública. Os cuidados primários da visão podem ser prestados de diversas formas tais como: educação para a saúde da visão, identificação de sintomas, medição da acuidade visual, exame básico do olho, diagnóstico e encaminhamento atempado (Murthy & Raman, 2009).

As capacidades tecnológicas avançadas e instrumentos necessários a um diagnóstico inicial correto, a formação limitada em termos de oftalmologia dos estudantes de saúde, a frequente associação de doenças oftalmológicas com situações não oftalmológicas, entre outros fatores, são mudanças necessárias nos panoramas dos cuidados a serem prestados em termos da doença oftalmológica nas comunidades.

Os cuidados primários da saúde da visão não podem ser considerados uma atividade individual mas devem ser integrados num sistema de cuidados primários de saúde já existentes. Como menos de 1% da população está em risco real de cegueira, parece difícil sustentar um programa completo de trabalho envolvendo problemas da visão. Contudo a morbilidade ocular é realmente muito maior, o que pode justificar uma redistribuição de mais recursos para os cuidados primários da saúde da visão. Porque a saúde da visão como cuidado primário é relativamente caro e tem melhor retorno que os cuidados primários de saúde em geral, pode ser mais facilmente criado um centro de cuidados primários da visão que um centro de cuidados primários da saúde. Outra abordagem é a criação de um centro onde múltiplas atividades de saúde são executadas em coordenação (Murthy & Raman, 2009).

Em termos mundiais, experiências com os cuidados primários da visão têm tido sucesso como é o caso da Tailândia, com a criação de novos modelos de fornecimento de serviços e o sistema rural de saúde familiar no Paquistão para centros oftalmológicos, empregando trabalhadores comunitários sujeitos a formação intensiva em rastreios e identificação de deficiência visual (Murthy & Raman, 2009).

Em África apenas 30% da população tem acesso a cuidados da visão e a disposição dos serviços é desigual. Um dos maiores desafios relativos ao controlo de doenças oftálmicas é a falta de informação credível e distribuição do orçamento governamental relativo a investigação na área da saúde da visão (Murthy & Raman, 2009).

No Quénia, os cuidados primários da visão são integrados a todos os níveis dos cuidados de saúde através da coordenação de esforços por parte do departamento de prevenção e promoção de saúde. Na Gambia, 'nyateros' ou "amigos da visão" são o primeiro ponto de contacto para os cuidados primários da visão. Esses incluem professores, trabalhadores comunitários e trabalhadores da área da saúde. Esses grupos ajudam a reduzir o medo dos cuidados modernos da visão, combatendo más praticas, e originando conhecimento sobre a saúde da visão. Para os cuidados primários da visão serem bem sucedidos, são necessárias ferramentas para o seu desenvolvimento e que as comunidades aceitem algumas decisões que urge sejam tomadas. Esforços devem ser realizados para a

integração dos cuidados primários da visão nos programas bem-sucedidos já existentes (Murthy & Raman, 2009).

Na América Latina, foram experimentadas três abordagens diferentes na implementação dos cuidados primários, cuidados primários da visão inclusivos. Neste modelo, os trabalhadores eram envolvidos em rastreios, reconhecendo os problemas que afetavam a visão, o tratamento inicial e o encaminhamento. Esta abordagem tinha uma forte componente na participação comunitária e era gerida por fundos públicos. No entanto, o sistema foi quase colocado de parte nos anos noventa, devido à falta de cooperação por parte dos trabalhadores, mecanismos de referência pouco efetivos, e a falta de métodos de trabalho relativos ao cuidados primários da visão (Murthy & Raman, 2009).

A segunda abordagem foi através de cuidados primários da visão seletivos. Foram identificadas e suportadas através dos cuidados primários da visão intervenções específicas de elevado impacto. A maior fraqueza desta abordagem foi que fomentou um sistema vertical e reduziu a oportunidade de integração no sistema de cuidados de saúde primários já existentes em cada país, e isso tornou-a insustentável a longo prazo.

Doenças oculares prioritárias foi a terceira abordagem, e foca-se apenas em doenças prioritárias a nível oftalmológico, identificadas a nível nacional. Professores, profissionais de saúde, profissionais e associações responsáveis por doenças não transmissíveis foram envolvidas neste projeto. O pessoal foi treinado para lidar com tarefas específicas, como os professores que foram treinados para rastrear erros de refração. Porém não existem dados que indiquem qual das abordagens é mais custo-efetiva, sendo, no entanto, importante referenciar que diferentes países podem necessitar de diferentes abordagens (Murthy & Raman, 2009).

Em 2004 foi lançado na América Latina também o programa *Vision 2020* que conjuga a parceria entre a OMS e a Organização de Saúde Pan-Americana e a Associação Pan-Americana de Oftalmologia. A região compreende 19 países de língua espanhola e portuguesa no caribe e na América continental. Em 2004, enquanto os oftalmologistas estavam ao corrente das implicações de saúde pública e epidemiologia da cegueira e deficiência visual em cada um dos respetivos países, muitas das partes interessadas sabiam pouco sobre a saúde visual nas comunidades e desconheciam a necessidade de prevenção

contra a cegueira nas mais diversas regiões. Após 6 anos desde a sua implementação, todos os dezanove países tem agora um comité nacional da *Vision 2020* e em dezasseis deles um plano nacional alargado de cuidados primários da visão. Em muitos desses países foram criados centros de formação para todos os níveis de profissionais da visão, ensinando técnicas de cirurgia apropriadas, ou como desenvolver centros de serviços oftalmológicos viáveis. Por exemplo, Peru e Guatemala, ambos têm diversos centros de formação. Existem também centros de recursos de formação regional como a Fundação Visão no Paraguai. Cursos e aulas de cuidados de saúde da visão e saúde pública foram também incluídos em programas de formação residenciais. Em muitos casos desenvolvendo programas de rastreio, como no caso da retinopatia diabética, no Chile, Costa Rica, Paraguai, México, Perú e Brasil (IAPB, 2010).

Na zona Asia-Pacífico foram implementados vários programas de rastreio suportados por consórcios maioritariamente australianos em parceria com a *Vision 2020*, desde novembro de 2009, com o objetivo de melhoramento, e implementação de programas de cuidados primários da visão nos próximos 10 anos e com intuito de chegar a milhões de pessoas residentes nesta parte do mundo (IAPB, 2010).

No Reino Unido, o *Royal College of Ophthalmologists* não inclui nos seus debates e lista de prioridades os cuidados de saúde primários da visão. Atualmente são realizados em locais diferentes e por uma panóplia de profissionais que são interdependentes, em termos de conhecimento e acessibilidade para com o paciente. Esta diversidade é vista como inevitável, sendo por isso o desafio, trazer todos estes diversos elementos existentes e colocá-los num sistema coerente, trabalhando em conjunto, de forma a providenciar o melhor resultado clínico possível. Isto pode ser conseguido, através de uma definição do papel de cada um destes profissionais, de acordo com a sua capacidade, e assegurando uma comunicação atempada e clara entre eles, sem inconvenientes ou perda para com o doente (Riad et al., 2003).

### 2.3.3. A Saúde da Visão: Realidade Nacional

Em Portugal, estima-se que 4 milhões de pessoas sofrem de doenças oculares, o que constitui um problema de saúde pública (Branco, Gomes, & Nunes, 2006)

De acordo com Dinis *et al* (2003), sabe-se que as principais causas de alterações ou doenças oculares em Portugal são:

- Erros de refração: 20% das crianças e metade da população adulta portuguesa sofrem de erros refrativos significativos; assim, mais de 5.000.000 de pessoas em Portugal usam óculos ou beneficiariam com o seu uso.
- Doenças da córnea: as doenças da córnea incluindo as doenças da conjuntiva que lhe é adjacente, são responsáveis por cerca de 210.000 casos de diminuição da visão e 1300 casos de cegueira.
- Catarata: apesar de poder desenvolver-se em qualquer idade, é mais frequente em idades mais avançadas; 6 em cada 10 pessoas com mais de 60 anos apresentam sinais de catarata. Pensa-se que haverá em Portugal 170.000 pessoas a sofrer de catarata, havendo 35.000 cegos por esta doença. Esta situação é curável com uma assistência oftalmológica oportuna.
- Glaucoma – cerca de 100.000 pessoas sofre de glaucoma em Portugal, havendo 33.000 que apresentam uma cegueira irreversível. O glaucoma é uma doença cuja evolução para a cegueira pode ser prevenida através de assistência oftalmológica adequada.
- Doenças da retina e coróide – a retina e a coróideia são duas estruturas do globo ocular extremamente complexas e sensíveis, sendo particularmente vulneráveis a doenças. Todos os anos 35.000 pessoas em Portugal sofrem de baixa de visão relacionada com esta patologia. Uma das suas principais entidades, a degenerescência macular ligada à idade, afeta 5% das pessoas com mais de 45 anos e uma em cada 10 com mais de 60 anos.
- Diabetes – haverá em Portugal cerca de 500.000 diabéticos dos quais 15.000 estão em risco de cegueira. Mais de um terço dos diabéticos nunca foi examinado ou não é examinado regularmente por um oftalmologista.

- Ambliopia e estrabismo – estas entidades podem ocorrer separada ou conjuntamente e afetam cerca de 300.000 pessoas em Portugal.

A partir destas conclusões, verificou-se que Portugal se encontrava perante um problema de saúde pública que exigia que fossem tomadas medidas para o combater ao nível nacional. A prevenção primária e a deteção precoce, bem como o acesso a terapêuticas cirúrgicas oftalmológicas e a recuperação global visual, constituem medidas de saúde pública determinantes na redução da morbilidade das doenças da visão. E é do conhecimento científico que a maioria das disfunções visuais pode ser prevenida quando se utilizam ações de prevenção adequadas a cada faixa etária, baseando-se num diagnóstico oftalmológico precoce (DGS, 2005). Sabe-se que aproximadamente um terço de todas as novas cegueiras podem ser evitadas se as pessoas tiverem acesso ou puderem beneficiar da tecnologia existente (Dinis et al., 2003).

A visão tem um importante significado social, representando um meio de comunicação fundamental para a relação entre as pessoas e para a atividade profissional. Sabe-se hoje, que mais importante que a acuidade visual, em si mesma, é o modo como o indivíduo utiliza a sua visão, a visão funcional. Assim sendo, os problemas inerentes à mesma devem ser prevenidos desde o nascimento (DGS, 2005). O valor da visão é fundamental numa sociedade moderna, pela sua contribuição para a aprendizagem, uso de instrumentos e ferramentas, mobilidade e qualidade de vida. A sua manutenção é condição necessária para o desenvolvimento do país e sua produtividade (Dinis et al., 2003).

Cerca de 80% da informação do mundo exterior é captada pelo sentido da visão, tornando-se deste modo imprescindível a sua preservação. A visão deve ser preservada desde o nascimento, sendo imperativo prevenir e tratar a doença visual, a qual provoca, diminuição da qualidade de vida, com repercussões a nível pessoal, familiar e profissional, para além dos elevados custos sociais (Direcção Geral de Saúde, 2005). Assim sendo, a atuação precoce é fundamental em muitas das situações da patologia oftalmológica (M. Branco et al., 2006).

## 2.4. PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DA VISÃO

A dimensão da doença oftalmológica impôs a criação do Programa Nacional para a Saúde da Visão (PNSV) implementado pela DGS, através da Circular Normativa nº 02/DGCG de 17/03/2005, inserido no PNS 2004-2010. O programa prevê a necessidade de colheita de informação que vise melhorar o conhecimento epidemiológico das doenças oftalmológicas (M. Branco et al., 2006).

A criação deste programa teve como propósito alcançar os níveis de sanidade e os padrões assistenciais, na área da saúde da visão semelhantes aos dos restantes países comunitários, preenchendo o espaço que existe entre o potencial de conhecimentos técnicos e de disponibilidade tecnológica e as necessidades assistenciais nesta área da saúde, tendo em conta a importância da saúde da visão para o bem estar e contribuição económica e social da população portuguesa (Dinis et al., 2003).

A necessidade de criação deste programa surge também do alerta que a OMS emitiu, para a criação de programas que respondessem aos objetivos gerais da iniciativa global “*Visão 2020: O direito à visão*”. Trata-se de uma aliança global que, sob a égide da OMS e da Agência Internacional de Prevenção da Cegueira, pretende contribuir para a eliminação da cegueira passível de prevenção, até o ano de 2020. A prevenção da cegueira e das alterações visuais devem estar entre as prioridades de todos. Sem a ação conjunta e integrada de todos os níveis, do individual ao coletivo, da atenção primária à especializada, não há como combater estes problemas que repercutem de forma intensa e marcante na nossa sociedade (M. Branco et al., 2006)

Do documento *Bases de Reflexão para um Programa Nacional da Saúde da Visão*, cujo grupo de trabalho que o desenvolveu foi criado por despacho em diário da república a 12 de Fevereiro de 2003, tendo sido renovado em 2005 e em 2008 por mais dois anos (Despacho nº8218/2008), surgiram uma série de estratégias de intervenção para melhorar o acesso a cuidados de saúde oftalmológicos adequados e atempados aos cidadãos portugueses. Esse documento serviu também como base para o desenvolvimento do PNSV.

Sabe-se hoje que a prevenção primária e a deteção precoce, bem como o acesso a terapêuticas cirúrgicas oftalmológicas e a recuperação visual global constituem medidas de

saúde pública determinantes na redução da morbilidade das doenças da visão. (DGS, 2005). Apesar da oftalmologia ser uma atividade radicada na rede hospitalar, é imperativo que haja interligação com os agrupamentos de centros de saúde e com os cuidados de saúde primários. Garantir a saúde da visão à população portuguesa é o enfoque de todo o trabalho que desde 2003 tem vindo a ser desenvolvido pelos grupos de trabalho definidos e por todos os profissionais da área da saúde da visão, mas continua a ser necessário definir claramente, a nível nacional, a distribuição geográfica e o número de unidades de assistência oftalmológica e criar quadros próprios, de enfermeiros, de técnicos de ortóptica e oftalmologistas, nessas mesmas unidades (Dinis et al., 2003).

Em 2005, aquando da criação do PNSV, foram várias as reflexões acerca dos cuidados prestados ao nível de cuidados oftalmológicos e constatou-se que havia lacunas e necessidades não satisfeitas e por esse motivo era imperativo melhorar o acesso a cuidados oftalmológicos adequados às populações e atempados.

O principal objetivo deste programa, é combater a cegueira evitável, preservando e restaurando a melhor visão possível da população, definindo as patologias mais frequentes e susceptíveis de provocar cegueira ou mortalidade visual, bem como as estratégias necessárias para as evitar, tratar e recuperar. A visão deve ser preservada em toda a população, desde o nascimento e ao longo da vida. A integridade do meio de perceção visual é fundamental para o ensino da criança, o que terá influência no desenvolvimento de adultos produtivos para a sociedade (Costa, 2010).

Outros objetivos foram descritos por Dinis et al., 2003, aquando da sua reflexão para um PNSV:

- Definir, a nível nacional, a distribuição geográfica e o número de Unidades de Assistência Oftalmológica (Hospitais Centrais, Regionais e Distritais).
- Reformular a Assistência Oftalmológica estabelecendo:
  - Programas de informação à população em geral.
  - Definição de competência das diversas estruturas assistenciais.
  - Caracterização das unidades assistenciais.
  - Articulação de assistência oftalmológica: circulação da informação clínica entre os diferentes níveis de cuidados oftalmológicos e coordenação dos serviços.

- Rentabilizar os recursos existentes de modo a diminuir drasticamente as listas de espera existentes.
- Criar quadros próprios (enfermeiros, técnicos de ortóptica e oftalmologistas) nas diversas unidades oftalmológicas.
- Criar condições que assegurem a formação contínua dos profissionais de saúde na área de oftalmologia.
- Estabelecer e garantir o funcionamento de um sistema que monitorize e avalie os programas propostos.
- Criar condições que permitam o desenvolvimento de investigação no âmbito de oftalmologia.
- Definir programas de rastreio visual na infância e no adulto.

A promoção da saúde ocular e a prevenção de condições conducentes à incapacidade visual e à cegueira situam-se entre as ações prioritárias de programas de oftalmologia de carácter comunitário (Temporini & Kara-José, 2004).

O termo cuidados primários oftalmológicos pode ser definido como o fornecimento do primeiro contacto na atenção à saúde para todas as condições oculares e o acompanhamento, prevenção e reabilitação de algumas alterações oftalmológicas. Facto é que na maioria das vezes não é uma função realizada por técnicos especializados e por isso a disparidade e iniquidade na disponibilidade dos serviços de saúde da visão, levam a situações de falha na prevenção e controlo de algumas causas evitáveis de cegueira e deficiência visual (Guedes, 2007).

Deste modo, os cuidados de saúde primários da visão seriam o provimento do primeiro contacto para as principais causas de alterações oftalmológicas, que são de um modo generalizado: erros de refração; catarata; patologias da córnea e da conjuntiva, glaucoma; patologias da retina e corioideia; retinopatia diabética; ambliopia e estrabismo. A sua estruturação permitiria, ainda, a promoção e prevenção através da realização de rastreios e programas específicos, fornecendo uma melhor informação aos indivíduos sobre os cuidados de saúde da visão, sua necessidade e oportunidade, sendo condição fundamental para a melhoria da saúde da visão no geral (Dinis et al., 2003).

Aquando da preparação e delineamento do PNSV, foram propostos alguns princípios básicos para alcançar mais e melhores resultados na saúde da visão, tais como a criação de: (1) unidades primárias de assistência oftalmológica (UPAO); (2) unidades funcionais de saúde da visão (UFSV); (3) unidades de rastreio (UR) (Dinis et al., 2003).

As UFSV visam assegurar a articulação e a coordenação funcional entre serviços oftalmológicos centrais e serviços de oftalmologia localizados em hospitais mais periféricos. Estas unidades permitem, entre outras funções, facilitar a interligação regular e permanente entre os especialistas localizados nos diversos serviços e avaliar a sua eficiência e eficácia; criar um esquema escalonado e organizado de urgência oftalmológica, integrado numa rede nacional de urgência oftalmológica; garantir a circulação de informação clínica entre os serviços; avaliar as realidades, prioridades e necessidades de cada área assistencial do país; propor aos Organismos Estatais Superiores medidas concretas no sentido de resolução de problemas identificados na respetiva Área Assistencial; recolher os dados estatísticos que se definam importantes e manter a sua atualização; e por fim fazer as ligações necessárias com as Administrações Regionais de Saúde (Dinis et al., 2003).

As UPAO deveriam ser constituídas pelo menos, por um médico Oftalmologista e um técnico auxiliar de Oftalmologia. A atividade desta unidade deverá localizar-se na unidade hospitalar mais simples da área respetiva assistencial ou em centro de saúde, em articulação com o médico de clínica geral e familiar e enfermeiro. Todo o sistema das consultas deve ser articulado e coordenado com o hospital de referência, a fim de se conseguir uma boa eficiência. Da referida articulação, resultará o encaminhamento correto dos utentes (Dinis et al., 2003).

De entre as cinco unidades funcionais que fazem parte dos ACES, destacam-se a unidade de saúde familiar onde o Ortoptista, como profissional da área da saúde da visão, pode ser inserido, uma vez que se tratam de unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multidisciplinares, constituídas por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Por sua vez, as UR pretendem que o rastreio tenha uma maior eficiência quando articulado com os hospitais referência, que devem ter uma participação ativa, dando resposta às necessidades levantadas pelo próprio rastreio (Dinis et al., 2003)

Os profissionais que trabalham nos cuidados de saúde primários apresentam um papel relevante na prevenção e no controlo da deficiência visual, ao estarem em contacto direto e estreito com a comunidade onde estão inseridos. Os sistemas de saúde, na sua maioria, possuem uma base de cuidados primários onde o utente tem a unidade básica de saúde como a porta de entrada no sistema. A equipa responsável pelos cuidados de saúde primários tem um papel fundamental e uma oportunidade ímpar na prevenção e controle de condições que possam afetar a saúde ocular de uma comunidade (Rowe, MacLean, & Shekelle, 2004). O papel dos profissionais de saúde ligados à oftalmologia é fundamental, pois são os responsáveis por clarificar os detalhes clínicos inerentes à primeira fase dos cuidados e realizar a educação, a pesquisa e o planeamento direcionados aos cuidados primários da visão (Riad et al., 2003).

É notório nos dias que correm que os cuidados primários de saúde da visão em Portugal são praticados transversalmente e a diversos níveis, de forma não organizada, variando na qualidade da assistência prestada e na acessibilidade para o doente. Os cuidados de saúde primários da visão, como disciplina organizada e estruturada permanece ainda por desenvolver. Os cuidados de saúde primários da visão são suficientes mas necessitam ser melhor definidos e mais estruturados bem como serem urgentemente reconhecidos e adotados formalmente pelo Serviço Nacional de Saúde e pelos oftalmologistas (Dinis et al., 2003).

De acordo com Dinis (2010), O PNSV aconselha algumas intervenções, particularmente dirigidas à criança e à população ativa, uma vez que se têm identificado as seguintes lacunas:

- Ausência de rastreios sistemáticos de doenças visuais e de referenciação organizada,
- Insuficiente acesso a cuidados oftalmológicos,
- Referenciação demasiado tardia para a Consulta de Oftalmologia,
- Insuficiente comunicação entre médicos de família e oftalmologistas e vice-versa,
- Insuficiente cultura da população sobre problemas da visão,

- Inexistência de dados epidemiológicos sobre a doença visual em Portugal.

O rastreio visual constitui um objetivo importante deste PNSV assim que estejam asseguradas a cobertura assistencial oftalmológica do país pelo eficiente funcionamento das Unidades Coordenadoras Funcionais de cada zona. O PNSV recomenda a seguinte orientação sobre o rastreio sistemático (Dinis et al., 2003):

a) Rastreio Visual :

- No período peri-natal;
- No período pós-natal, até aos 2 anos de idade;
- No período dos 2 aos 5 anos de idade (período pré-escolar) e depois dos 5 anos (período escolar).

b) Rastreio visual na Idade Adulta:

- Com duas vertentes principais, epidemiológico e laboral e particular incidência, incluindo exames anuais nos indivíduos com idade superior a 60 anos de idade.
- O Programa Nacional de Diagnóstico Sistemático da Retinopatia Diabética, já a decorrer, é considerado de grande importância e de utilidade indiscutível.

#### **2.4.1. O Processo de Referenciação em Saúde da Visão**

As redes de referenciação são sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições de saúde, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional. Estes sistemas devem assentar numa lógica centrada nas populações e nas suas necessidades (DGS, 2007).

De acordo com os dados revelados anteriormente relativamente à prevalência da doença oftalmológica na população portuguesa, constata-se que é urgente que a rede de referenciação permita de uma forma eficaz manter a saúde da visão em Portugal. Os problemas visuais são, em grande parte, problemas de refração acessíveis à correção ótica: miopia, hipermetropia, astigmatismo e presbiopia. Para além destes, existem ainda as principais doenças suscetíveis de acarretar, mais ou menos a longo prazo e em graus diversos, perda de visão (catarata, doenças maculares, glaucoma, etc.). Sabe-se que aproximadamente um terço de todas as novas cegueiras podem ser evitadas se as pessoas tiverem acesso ou puderem beneficiar de toda a tecnologia existente, bem como de uma rede de referenciação ativa e eficaz.

O número de portugueses que recebem assistência oftalmológica tem aumentado nos últimos anos. No entanto, o número de pessoas que necessitam de cuidados oftalmológicos tem aumentado ainda mais. Pelo menos 4 fatores contribuíram decisivamente para este aumento (DGS, 2007):

- O aumento da população em geral.
- O envelhecimento progressivo da população portuguesa.
- Uma população melhor informada que obviamente procura e exige atempados cuidados médicos.
- Os enormes avanços que foram observados nos últimos anos no tratamento das doenças oftalmológicas, e que possibilitam, hoje em dia, a prevenção e o tratamento de doenças incuráveis há alguns anos atrás.

A definição de uma rede de referenciação na área da saúde da visão é determinante para que, após a presunção diagnóstica ou a deteção precoce, sejam atempadamente referenciadas as situações oftalmológicas, a fim de ser assegurada a confirmação diagnóstica e o seu tratamento (DGS, 2005).

Neste sentido, os rastreios ganham extrema importância a fim de uma referenciação adequada. As diversas avaliações, conforme as orientações do PNSV, deverão constituir uma rotina na vigilância da saúde da criança, bem como na saúde da visão do adulto e idoso. Estas avaliações complementam e completam outras observações de outros programas de saúde (Dinis et al., 2008).

Os documentos de informação clínica para referenciação (ver anexos), foram elaborados para que exista uniformidade da avaliação e da informação clínica dentro do sistema informático ALERT® P1, no campo da oftalmologia. Enquadram-se na avaliação em Saúde Infantil, na Saúde Escolar, nos Rastreios da Criança, da Retinopatia Diabética, do Glaucoma, da Catarata e da DMRI. Pressupõe que os centros de saúde estejam dotados de equipamentos adequados e que possuam profissionais de saúde com competências específicas na avaliação em oftalmologia, como técnicos de Ortóptica e enfermeiros, sob a supervisão do oftalmologista (Dinis et al., 2008).

O ideal seria a observação de todas as crianças pela especialidade de Oftalmologia, atualmente isto é cada vez mais difícil pela falta de recursos humanos (Pinto, Rodrigues, Pessoa, & Coelho, 2007), havendo por isso a necessidade de envolver outros grupos profissionais na realização dos rastreios. A prevenção primária e o diagnóstico precoce são a estratégia a usar através da implementação de um conjunto de exames a efetuar no que seja fácil, rápido, económico e eficaz (Pinto et al., 2007)

## 2.5. A ORTÓPTICA E A SUA GÉNESE

O olho humano é o veículo principal de recolha de informação do ser humano. Ver e perceber os diversos elementos do ambiente, são para a maioria dos animais atividades fulcrais de sobrevivência. Para o homem é também um instrumento de desenvolvimento do pensamento e de comunicação na vida em sociedade. O sistema visual é composto pelo olho, que transforma a luz num sinal (neuronal), pelo trato ótico que transporta esse sinal e pelo cérebro que processa os sinais neuronais e extrai as informações necessárias, interagindo com outros sistemas sensoriais e permitindo o processamento da informação de modo que o ser humano possa atuar de acordo com os seus padrões cognitivos e inserido no meio que o envolve (Poças et al., 2004).

A palavra Ortóptica, na sua etimologia, (dos vocábulos gregos *orthos* – direito, e *optikos* - relativo à vista) significaria literalmente endireitar os olhos. Remonta ao séc. VII a primeira abordagem prática rudimentar de Ortóptica para corrigir e alterar os eixos visuais. Após um período preliminar no tratamento do estrabismo, o estudo da visão binocular e das suas anomalias inicia-se a partir da segunda metade do séc. XIX e pode dizer-se que percorre geográfica e cronologicamente vários ciclos de desenvolvimento. Nos anos 30, do séc. XX, nos países anglo-saxónicos, nomeadamente em Inglaterra, inicia-se o ensino estruturado e a Ortóptica surge como uma ciência cujo foco se centraliza no diagnóstico, na avaliação e no tratamento das disfunções sensoriais e motoras resultantes das perturbações da visão binocular e difunde-se como profissão regulamentada (Poças et al., 2004).

Com a evolução técnico científica da oftalmologia houve a necessidade de alargar o ensino dos ortoptistas a novas áreas complementares, nomeadamente na promoção e educação da saúde da visão, sendo que as ações de rastreio efetuadas por ortoptistas são cada vez mais frequentes. O ortoptista assume extrema importância na interligação ao médico oftalmologista, pois a sua atuação ao nível dos cuidados de saúde primários poderá ser crucial, na medida em que o diagnóstico atempado e de forma precoce pode conduzir a uma melhor reabilitação do utente, à melhoria das recidivas ao tratamento e assim permitir aos utentes uma melhor qualidade de vida, contribuindo para o seu bem-estar (Costa, 2010). Atualmente são cinco as áreas de intervenção do ortoptista: ortóptica,

optometria/contactologia, técnicas complementares de diagnóstico, reabilitação visual em subvisão e cuidados primários da saúde da visão (Poças et al., 2004).

Ao longo do tempo, foram formados grupos de trabalho que se têm esforçado para reunir e definir as práticas standard e 'guidelines', níveis de aptidões metodológicas, atitudes e cultura na área da Ortóptica (Costa, 2010). Os seguintes documentos são exemplo disso: documento 'Benchmark Statement da Quality Assurance Agency for Higher Education' (2001), o código de ética profissional da 'British and Irish Orthoptic Society' (2012), o relatório de Bolonha do grupo de Ortóptica (Poças, Alves & Oliveira, 2004) e a classificação de competências do 'Tuning: Educacional Structures in Europe' (2004) (Costa, 2010).

“A prática profissional de um Ortoptista requer precisão e atenção aos detalhes técnicos na investigação das técnicas para análise da função visual dos utentes. Nesse sentido, o Ortoptista deve possuir aptidões técnicas e interpessoais para investigar as diversas condições oculares patológicas, quer observe bebés, crianças, adultos, ou pacientes com handicaps físicos e/ou intelectuais (Quality Assurance Agency for Higher Education, 2001). No desempenho da prática profissional o Ortoptista deve atuar com uma observação clínica cuidadosa, exata e paciente, sendo essencial a existência de aptidões de comunicação.” (Costa, 2010, p.30).

De acordo com a British and Irish Orthoptic Society, 2012, o Ortoptista tem de ser capaz de agir como praticante do primeiro contacto com os utentes em saúde da visão e reconhecer a necessidade de referir outros profissionais de saúde

A amplitude e extensão da prática em ortóptica engloba o seguinte (Quality Assurance Agency for Higher Education, 2001):

- A faixa etária do desenvolvimento humano desde a natalidade até á idade adulta.
- Habilitações para diagnosticar e reconhecer a associação entre anomalias da visão binocular, motilidade ocular e função visual e outro tipo de condições gerais e neurológicas.
- O encaminhamento precoce desse tipo de pacientes para a especialidade médica específica pode resultar numa rápida implementação da terapia apropriada.

- Trabalhar com indivíduos que apresentem problemas complexos e desafiantes resultantes de doenças multipatológicas.
- Promoção de saúde e identificação precoce de anomalias da visão.
- Tratamento de problemas oculares associados a problemas genéticos, tais como, retinopatias de prematuridade, ambliopia e estrabismo.
- A gestão e tratamento de problemas oculares associados a situações de recobro tais como traumatismos ou acidentes vasculares cerebrais.
- Tratamento de queixas oculares causadas por condições de deterioração, tal como, escoliose múltipla.
- Gestão de indivíduos em condições de doenças crónicas, tais como, diabetes ou problemas de tiroide.
- Uma amplitude de saídas profissionais, incluindo, cuidados de saúde primários, sector privado, escolas e enfermarias.
- Um conhecimento de problemas de cuidados de saúde associados à diversificação cultural existentes dentro das sociedades.

A Associação Internacional de Ortóptica está comprometida no desenvolvimento de ortoptistas em todo o mundo e há inúmeros exemplos onde os membros da associação têm desenvolvido relações privilegiadas nos países em desenvolvimento para apoiar iniciativas educacionais e promover as competências que existem no seu próprio local de trabalho.

Ortoptistas, sociedades de profissionais de ortóptica e a associação internacional trabalham para alcançar esses objetivos, tanto de forma independente como com as organizações de caridade e governamentais em países como Sri Lanka, Bangladesh, Myanmar, Nepal, Filipinas, Romênia e Albânia, entre outros. Em alguns países, são os oftalmologistas que são o foco da educação em ortóptica, noutros, são enfermeiros, oculistas ou técnicos de ótica ocular. Existem patrocínios para os alunos desses países poderem estudar ortóptica em países pertencentes à associação internacional de ortóptica. O papel do ortoptista no mundo em desenvolvimento vai refletir as prioridades locais, potencialmente, oferecendo uma ampla gama de serviços de oftalmologia, mas o campo tradicional de especialização (conhecimento do desenvolvimento visual e avaliação) é particularmente significativo para o desenvolvimento da oftalmologia pediátrica (International Orthoptic Association, 2001).

Em Portugal, os Ortoptistas adquirem a sua formação base através da Licenciatura em Ortóptica e são qualificados através da emissão de cédula profissional para exercer, emitida pela Administração Central de Serviços de Saúde, no entanto, não existem redes de acreditação da experiência profissional (Costa, 2010).

São constantes os apelos das associações profissionais de Ortoptistas de diferentes países, no sentido da necessidade de aquisição de níveis elevados de competência para alcançar a prática benéfica, segura e efetiva. São frequentes também os apelos para que estes desenvolvam ativamente constantes processos de aprendizagem, sendo da sua responsabilidade individual a manutenção ativa e o desenvolvimento das suas competências profissionais. Nesta linha de pensamento, o ortoptista é ainda responsável por desenvolver a profissão através da análise, avaliação crítica e investigação. Faz parte também do seu dever a disseminação dos seus achados científicos para a alteração e inovação das práticas correntes. Desta forma, a integração e articulação do contínuo desenvolvimento profissional com a prática direta beneficia o indivíduo, e por conseguinte, os utentes e a organização (Costa, 2010).

Atualmente, áreas como a promoção da saúde da visão ao nível dos cuidados primários e da reabilitação e integração social do deficiente visual – cegos e indivíduos de baixa visão – são domínios que têm necessariamente que contar com o contributo dos saberes dos ortoptistas sem os quais a qualidade dos serviços prestados no âmbito dos cuidados de saúde primários, pode ficar comprometida. Isto torna este profissional num especialista com plurifunções na prestação dos cuidados de saúde primários da visão com grande capacidade de se adaptar aos contextos onde exerce a sua atividade bem como ao desenvolvimento científico e técnico (Poças et al., 2004).

### 3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Considerando as reformas que têm ocorrido ao longo das últimas décadas na forma como os cuidados de saúde devem ser prestados, ainda o facto de cada vez mais se falar em cuidados de saúde primários, como meta para atingir uma melhor e equitativa saúde para todos, e no problema de doença oftalmológica que Portugal enfrenta, torna-se pertinente perceber de que forma se estão a gerir os cuidados de saúde primários da saúde da visão em Portugal.

Sendo assim a questão que se coloca é a seguinte:

*Qual o estado da arte dos cuidados de saúde primários da visão após a implementação do Programa Nacional para a Saúde da Visão?*

#### **4. CONTEXTO DO ESTUDO E OBJECTIVOS**

Partindo da questão de investigação e da problemática em estudo descrita pretende-se neste estudo analisar de que forma estão a ser prestados os cuidados de saúde primários da visão, bem como quem os pratica, ao abrigo do descrito no PNSV. Tendo em conta que estão descritas as competências da prática profissional do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão, pretende-se também perceber e descrever quais as oportunidades e constrangimentos da sua integração na equipa de saúde dos ACES .

Verifica-se uma carência de estudos científicos, bem como de informações atualizadas acerca dos cuidados de saúde primários da visão, desde a implementação do PNS 2004-2010. Assiste-se a uma crescente preocupação com os cuidados de saúde primários que gerou o recente desenvolvimento de estratégias de reconfiguração dos Centros de Saúde com implementação das USF. Esta preocupação é acompanhada também pelas equipas da saúde da visão e portanto torna-se fundamental o estudo da temática em causa sob ponto de vista profissional e organizacional (Costa, 2010).

##### **4.1. OBJETIVO GERAL**

O objetivo geral deste estudo é:

- Descrever o estado da arte dos cuidados de saúde primários da visão após a implementação do Programa Nacional para a Saúde da Visão.

## **4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Como objetivos específicos foram designados os seguintes:

1. Identificar se a intervenção em cuidados de saúde primários da visão nos ACES é adequada às necessidades da população portuguesa.
2. Determinar quais os pontos fortes e pontos fracos da participação de um Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão.
3. Determinar as oportunidades e constrangimentos da integração do Ortoptista na equipa de saúde dos ACES.
4. Descrever as competências profissionais do Ortoptista no contexto dos cuidados de saúde primários da visão.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. DESENHO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, desenvolvido com base numa abordagem qualitativa.

A investigação qualitativa está orientada para a análise de casos concretos, nas suas particularidades locais e temporais, tendo em conta os atores, as suas atividades, e os seus contextos específicos, sendo por isso, de grande relevância prática para as organizações (Roberto, 2006).

O tipo de estudo classifica-se como estudo de caso de carácter exploratório-descritivo recorrendo-se à problematização do tema para clarificação do seu significado. Considera-se exploratório porque se pretendeu descrever os estado de arte dos cuidados de saúde primários da visão e a intervenção do ortoptista nesta dimensão, uma temática ainda pouco estudada.

O estudo de caso é uma metodologia de investigação especialmente indicada quando as questões de pesquisa são do género “como?” e/ou “porquê?”, muito embora também se aplique a questões do tipo “qual?” e está longe de ser uma estratégia meramente exploratória. A investigação pode ser desenhada tendo em vista compreender ou explicar um problema específico, através da captura dos diferentes pontos de vista dos atores envolvidos no processo ou contexto em análise (Roberto,2006). São inúmeras as aplicações que um estudo de caso pode ter, uma delas serve para explicar as ligações causais de intervenções na vida real que são muito complexas para outras estratégias de investigação (por exemplo, avaliar a implementação de um programa e os seus efeitos). (Barañano, 2004).

Em termos metodológicos, este estudo numa primeira fase, baseia-se na revisão da literatura, tendo em conta as áreas abrangentes ao tema, tais como os cuidados de saúde primários, os cuidados de saúde primários da visão, doenças oftalmológicas, a ortóptica e o ortoptista. A pesquisa bibliográfica tem como objetivo o conhecimento do estado de arte, ou seja, dos contributos que já foram feitos sobre o assunto em análise (Barañano, 2004).

Numa segunda fase, serão aplicadas entrevistas semiestruturadas, realizadas a três pessoas distintas, um médico de família, um enfermeiro e um ortoptista que fez parte do grupo de trabalho para a criação do Programa Nacional para a Saúde da Visão.

Na entrevista semiestruturada o investigador detém uma serie de perguntas guia, com o propósito de receber informação da parte do entrevistado. A ordem das questões pode ser arbitrária, o entrevistado deve falar abertamente com as palavras que pretender e na ordem que lhe convier. O entrevistador deve reencaminhar a entrevista para os objetivos, cada vez que o entrevistado se afastar (Aragão, 2011).

## **5.2. DEFINIÇÃO DO GRUPO ALVO E AMOSTRA**

O grupo alvo a quem serão aplicadas as entrevistas corresponde a dois profissionais, um Médico de saúde ocupacional e um Enfermeiro que atua nos cuidados de saúde primários. Os critérios de seleção destes dois profissionais foram:

1. Conhecer o que se faz atualmente em cuidados de saúde primários da visão.
2. Conhecer a profissão de Ortoptista enquanto prestador de cuidados de saúde primários da visão.
3. Prestar cuidados de saúde primários da visão.

Como recolha de dados complementar de referência, foi entrevistado um Ortoptista que fez parte da comissão de coordenação do Programa Nacional para a Saúde da Visão. Considera-se fundamental a participação deste profissional da área da saúde da visão, uma vez que, esteve diretamente ligado à criação do Programa Nacional para a Saúde da Visão e cujo contributo para a formação profissional dos Ortoptistas tem sido bastante vasto.

### **5.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

Tendo em conta a natureza do estudo e a metodologia escolhida optou-se por realizar entrevistas semiestruturadas aos indivíduos selecionados. A entrevista permite recolher testemunhos e experiências profissionais pessoais dos entrevistados. A escolha desta técnica visa atingir os vários objetivos específicos do estudo.

A entrevista é um processo de troca, durante a qual o investigador coloca uma serie e questões ou temas a que o entrevistado deverá responder ou desenvolver, mais ou menos extensivamente (Barañano, 2004). A entrevista semiestruturada é normalmente a mais utilizada em investigação social, é uma entrevista que não é aberta, nem é encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Na generalidade o investigador dispõe de algumas perguntas guias, relativamente abertas, a propósito das quais o mais importante é colher informação do entrevistado. Tanto quanto possível o investigador respeitará o entrevistado para que este possa falar abertamente, o investigador apenas orienta o entrevistado para os objetivos sempre que o entrevistado se afastar (Quivy & Campenhont, 1992).

Os participantes foram convidados para as entrevistas através de convite formal via email, sendo que também lhes foi fornecido um pequeno guião explicativo (apêndice I) do tema em estudo e do propósito da sua participação nessas entrevistas.

### **5.4. ANÁLISE DE DADOS**

O tratamento e análise dos dados qualitativos que decorreram da aplicação das entrevistas foram efetuados através da análise de conteúdo com extração do sentido da informação reunida de acordo com a técnica categorial. Foi efetuada uma transcrição da informação áudio obtida e de seguida uma leitura inicial para estabelecimento do primeiro contacto com o texto. Os dados qualitativos foram depois submetidos a análise de conteúdo, sendo agrupados de acordo com unidades de contexto. A construção do modelo de análise com as dimensões analíticas foi efetuada tendo em conta os objetivos do estudo. Foram

selecionados excertos de frases (unidades de registo) que permitiram o agrupamento das dimensões analíticas (Costa, 2010).

A análise de conteúdo é uma técnica de análise de comunicações, que permite analisar o que foi dito em entrevistas ou observado pelo investigador e tem sido amplamente difundida e empregada, a fim de analisar os dados qualitativos de um estudo (Silva & Fossá, 2013).

É uma técnica refinada, que exige do investigador, disciplina, dedicação, paciência e tempo. É necessário também, um certo nível de intuição, imaginação e criatividade, sobretudo na definição das categorias de análise. Jamais esquecendo, o rigor e a ética, que são fatores essenciais (Silva & Fossá, 2013).

Sintetizando, o método de análise de conteúdo compreende as seguintes fases (Silva & Fossá, 2013):

- 1 - Leitura geral do material recolhido (entrevistas);
- 2 - Codificação para formulação de categorias de análise, utilizando a grelha de análise e as indicações trazidas pela leitura geral;
- 3 - Recorte do material, em unidades de registo (palavras, frases, parágrafos) comparáveis e com o mesmo conteúdo semântico;
- 4 - Estabelecimento de categorias que se diferenciam, tematicamente, nas unidades de registo (passagem de dados brutos para dados organizados);
- 5 - Agrupamento das unidades de registo em categorias comuns;
- 6 - Agrupamento progressivo das categorias;
- 7 - Inferência e interpretação.

Foi realizada ainda uma análise SWOT, com os pontos forte e fracos e as ameaças e oportunidades da participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão.

## 6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O presente estudo pretende contribuir para o conhecimento do estado da arte da prestação de cuidados de saúde primários da visão após a implementação do PNSV em 2005. Na apresentação e discussão dos dados, os resultados obtidos através do conjunto de todas as etapas que contribuíram para a elaboração deste documento são apresentados. Numa primeira fase será descrito o perfil dos entrevistados e a sua importância para o estudo. São descritos os resultados de acordo com os objetivos delineados anteriormente colocando-se em evidência as categorias de análise estudadas.

### 6.1. PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Foram entrevistados três profissionais de saúde, sendo que os mesmos foram incluídos de acordo com os critérios de inclusão do estudo. Os participantes tinham que preencher pelo menos dois dos critérios de seleção anteriormente mencionados.

O primeiro entrevistado é Ortoptista e fez parte da comissão organizadora do PNSV em 2005. É um profissional que presta cuidados de saúde da visão, participando em ações de intervenção comunitária e em ações de sensibilização.

O segundo entrevistado é Médico de saúde ocupacional e integrou equipas saúde escolar e saúde pública, sendo que faz parte de diversos projetos no âmbito da saúde ocupacional.

A última entrevista foi efetuada a uma Enfermeira. Tem feito ações de promoção e educação para a saúde da visão no âmbito da parceria que a Santa Casa da Misericórdia criou com a Sociedade Portuguesa de Oftalmologia Jovem.

### 6.2. EQUIPA CLÍNICA/ GESTÃO DA ORGANIZAÇÃO

No que diz respeito ao objetivo geral - **Descrever o estado da arte dos cuidados de saúde primários da visão após a implementação do Programa Nacional para a Saúde da Visão**, foi definida a categoria **Equipa Clínica / Gestão da Organização** e dentro

desta categoria ainda se definiu uma subcategoria **Adequação de Procedimentos após PNSV**.

A percepção dos entrevistados é a de que **não houve divulgação suficiente** por parte dos profissionais da área da saúde da visão da existência deste programa. Muitos profissionais não o conhecem e não sabem da sua existência. Outro aspeto mencionado foi de que mesmo que se tivesse divulgado o programa, **não haveria nos centros de saúde profissionais adequados para a aplicação dos protocolos de rastreio e de avaliações da função visual** como se pode observar nos excertos apresentados:

O: (...) está tudo igual, por uma razão simples, porque nunca foi implementado nos centros de saúde.

O: (...) nada foi feito em termos de cuidados de saúde primários da visão desde que se pensou em escrever um programa nacional para a saúde da visão.

M: (...) chegou pouco aos locais de trabalho, (...) mas não houve envolvimento e nós nos serviços locais não temos oftalmologistas, nem técnicos.

M: (...) Os oftalmologistas que criaram o programa nacional para a saúde da visão, fizeram-no de forma teórica, nem conseguiram angariar outros oftalmologistas que o seguissem.

O: (...) tem os protocolos de atuação, mas os médicos de família e os enfermeiros não têm as competências e a formação necessária para os colocar em prática.

M: (...) Os centros de saúde tinham o programa da vigilância da retinopatia diabética, mas que não está a ser feito de forma sistemática (...).

E: (...) não se ouviu falar mais disto. Não foi tão divulgado quanto deveria. Há muitas pessoas que nem sequer têm conhecimento desse programa nacional. Deveria de já ter sido avaliado e renovado com outro programa nacional para a saúde da visão. Os profissionais desta área também não se mostraram ativos no sentido de fazer chegar o programa mais longe.

Ainda dentro da dimensão **Equipa Clínica/ Gestão da Organização**, surgiram duas subcategorias que são díspares uma da outra, os **Constrangimentos/Ameaças** e as **Oportunidades**

Relativamente à subcategoria **Oportunidades**, foram identificadas diversas perspetivas que constituem uma mais valia para a integração do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão. Os entrevistados referem que a constituição de **equipas multidisciplinares**, onde incluem o Ortoptista, seria uma oportunidade de desenvolvimento nos cuidados de saúde primários. É referido ainda que deveria de existir um programa nacional para saúde da visão assumido pela direção geral de saúde em colaboração com o programa de saúde escolar, como se pode observar nos excertos apresentados:

O: (...) a nossa atuação só é compreendida e entendida de uma forma completa numa perspetiva multidisciplinar

O: (...) os ortoptistas vão constituir equipa com os médicos de família e com os enfermeiros.

E: (...) era importante mesmo para nos acompanhar nas carrinhas, na saúde móvel.

O: (...) rentabilizar o sistema (...)

M: (...) Se houvesse um programa organizado e assumido pela direção geral de saúde, com colaboração da saúde escolar, com objetivos claros para a vigilância e a qualidade da saúde da visão, implicava que de forma barata que são os técnicos de ortóptica, integrassem na equipa.

Constitui-se também como oportunidade, o fato do Ortoptista ser um **profissional especialista e diferenciado** na área da saúde da visão, que poderá integrar também a equipa de **saúde ocupacional**, no que diz respeito à avaliação da visão funcional, num contexto de local de trabalho. Importa ainda referir que foi salientada também a integração do Ortoptista na equipa de **saúde escolar**, como oportunidade *major* das crianças em idade escolar serem devidamente rastreadas, bem como na partilha de informação relevante sobre saúde da visão com os pais e professores, em sessões de promoção e educação para a saúde:

O: (...) profissional diferenciado e especialista nos cuidados de saúde primários da visão.

O: (...) preocupado também numa perspetiva de saúde ocupacional.

A avaliação da (...) visão funcional.

O: (...) área da saúde ocupacional, onde o ortoptista também deveria estar integrado e tem competências para avaliar ao nível da saúde visual, qual a visão funcional de cada pessoa.

M: (...) não se fariam apenas rastreios, mas também era fundamental para a educação da saúde da visão, na equipa de cuidados de saúde primários e saúde escolar.

M: (...) melhor avaliação nos cuidados de saúde primários, se os ortoptistas tivessem emprego nos cuidados de saúde primários.

O Médico entrevistado salientou um aspeto importante relacionado com a **ascensão da profissão de Ortoptista**. Trata-se de uma profissão em constante evolução não só científica e tecnológica, como também em termos de **intervenções na comunidade**. Cada vez mais se fala em projetos comunitários, pela dificuldade que muitas pessoas têm no acesso aos cuidados de saúde:

M: (...) são uma classe ascendente e já são muitos (...)

O: (...) dificuldade de acesso a cuidados de saúde (...) é aí que o ortoptista entra e é importante seja nos países desenvolvidos seja nos países em desenvolvimento.

Outra oportunidade seria na **redução do número de pessoas indevidamente encaminhadas para o hospital**. É de esperar, com a participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão, que as listas de espera para consulta em oftalmologia reduzam significativamente, uma vez que, este iria contribuir para uma melhor seleção dos casos para o hospital e a informação que chegaria ao hospital relativa a cada utente seria mais detalhada, com o correto preenchimento dos protocolos de atuação como já foi referido:

E: (...) reduzir o numero de pessoas encaminhadas para o hospital (...)

E: (...) provavelmente mais de metade das pessoas que são encaminhadas, não teriam essa necessidade se já tivessem sido observadas pelos ortoptistas.

Na subcategoria **Constrangimentos** foram descritas as ameaças e dificuldades que poderão existir para a integração do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão. Um dos aspetos tem a ver com a **falta de comprometimento político com a saúde ao nível dos cuidados de saúde primários**, bem como com a **inexistência de um modelo para a intervenção nestes cuidados**.

O: (...) O problema é que em Portugal ainda não se encontrou um modelo para os cuidados de saúde primários.

O: (...) Não há *guidelines*, não há normas (...)

M: (...) falta de comprometimento político e o lobby (...)

O **receio e o medo de substituição** por parte dos profissionais que já se encontram a exercer cuidados de saúde primários, foi outro tema abordado pelos entrevistados. Foi também mencionado que existem vários grupos profissionais que beneficiam com a inexistência de cuidados de saúde primários da visão, fazendo com que haja **rivalidade entre a medicina praticada ao nível privado e a medicina social organizada**:

O: (...) falta de informação dos profissionais que já estão no terreno (...)

O: (...) introdução de um novo elemento na equipa pode gerar receios e constrangimentos(...)

O: (...) ameaça do posto de trabalho e da substituição (...)

O: (...) o que existe dentro dos centros de saúde é o medo (...) da perda de influência dentro da estrutura.

M: (...) consideram-vos verdadeiros competidores(...)

M: (...) vários grupos profissionais que acabam por lucrar com a inexistência de cuidados de saúde primários.

M: (...) há aqui uma luta entre a medicina individual e a medicina social organizada.

Outro constrangimento referido apenas pelo médico, mas de salientar, foi o **desentendimento entre oftalmologistas e ortoptistas** que segundo este, sempre existiu,

numa altura em que não existem cuidados de saúde primários da visão organizados e aceites pela Direção Geral de Saúde. Propõe a existência de oftalmologistas de saúde pública que direcionem as suas atenções para os cuidados de saúde primários da visão, a promoção e a educação para a saúde, numa equipa multidisciplinar com o ortoptista:

M: (...) inexistência de oftalmologistas de saúde pública. Sem o patrocínio do oftalmologista, o ortoptista como técnico de saúde nunca singrará no serviço nacional de saúde.

M: Nunca vos vimos juntos, nunca se juntaram.

M: (...) precisávamos era de oftalmologistas com perspetiva de saúde publica que valorizassem o vosso trabalho.

O **monopólio das óticas** foi assunto mencionado também como uma ameaça a integração do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão em estruturas públicas. Os Ortoptistas em óticas **não são vistos** pela população em geral **como profissionais de saúde**, apesar de colocarem em prática competências em refração e prescrição de lentes de correção, bem como na realização de rastreios à população:

M: (...) Quem manda nisto são as óticas, que até têm contratado muito ortoptistas.

E: (...) ortoptista a trabalhar nas óticas não é visto como um profissional de saúde (...)

E: (...) não era nas óticas que os ortoptistas deviam estar, mas sim nos centros de saúde, a fazer esse trabalho de seleção de utentes para o hospital e a prescrever se fosse caso disso (...)

O fator financeiro foi tido em consideração pelos entrevistados, sendo que seria necessário um **investimento financeiro** não só em material específico como ao nível de recurso humanos. Atualmente e devido à **crise económica e consequentes restrições orçamentais** que se atravessa em Portugal, nem sequer se coloca a hipótese de que os cuidados de saúde primários da visão são uma necessidade e por conseguinte **não há necessidade de contratação de Ortoptistas**.

E: (...) investimento financeiro que iria ser necessário fazer para contratação de ortoptistas(...)

E: (...) ao nível da aquisição de material específico, também seria um investimento a fazer.

M: (...) Nesta altura de crise, nem sequer admitem a necessidade, porque isso implicaria a necessidade de profissionais também.

De acordo com as intervenções dos entrevistados consegue-se responder ao **objetivo específico nº3 - Determinar as oportunidades e constrangimentos da integração do Ortoptista na equipa de saúde dos ACES**. Para tal encontra-se abaixo uma tabela resumo (tabela 3), onde se encontram esquematizadas as oportunidades e constrangimentos, também designadas de ameaças, da integração do Ortoptista na equipa dos ACES.

**Tabela 3: Oportunidades e Constrangimentos da integração do Ortoptista nos ACES.**

| Categoria                                   | Subcategoria                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Equipa Clínica/<br>Gestão da<br>Organização | Oportunidades                | <p>Equipas multidisciplinares</p> <p>Profissional especialista e diferenciado</p> <p>Saúde ocupacional</p> <p>Saúde escolar</p> <p>Ascensão da profissão de Ortoptista</p> <p>Redução do número de pessoas indevidamente encaminhadas para o hospital</p>                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                             | Constrangimentos/<br>Ameaças | <p>Falta de comprometimento político com a saúde ao nível dos cuidados de saúde primários</p> <p>Inexistência de um modelo para a intervenção</p> <p>Receio e o medo de substituição</p> <p>Medicina individual vs medicina social organizada</p> <p>Desentendimento entre oftalmologistas e ortoptistas</p> <p>Monopólio das óticas</p> <p>Investimento financeiro</p> <p>Crise económica e consequentes restrições orçamentais</p> <p>Não há necessidade de contratação de Ortoptistas</p> |

### 6.3. INTERVENÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DA VISÃO

Para se responder ao **objetivo nº1 - identificar se a intervenção em cuidados de saúde primários da visão é adequada às necessidades da população**, surgiu uma categoria de estudo que se designou de **Intervenção em cuidados de saúde primários da visão**, em que se descreve se a intervenção é adequada e como é realizada atualmente a avaliação da função visual.

Os entrevistados foram questionados acerca da **Adequação da Intervenção** em cuidados de saúde primários da visão, sendo que todos eles concordaram que a atual intervenção em cuidados de saúde primários da visão **não é adequada às necessidades da população**. De acordo com os entrevistados os problemas relacionados com a visão são subvalorizados nos cuidados de saúde primários em geral. A saúde da visão no âmbito da saúde escolar é valorizado, mas ainda assim quando não há programas de saúde escolar, a avaliação da saúde visual também não é realizada.

O: (...) não é a mais adequada às necessidades da população (...)

M: Sim e Não. (...) os problemas da visão são subvalorizados nos cuidados de saúde primários em geral. A visão na área da saúde escolar é valorizada por nós e pelos próprios pais.

M: (...) Não havendo saúde escolar nas escolas, não é feito sistematicamente, logo não tem valor.

M: (...) a questão da visão na saúde infantil, que muitas vezes não se coloca tanto e nós normalmente apelamos a isto só no início da escola.

O: Os enfermeiros estão mais dentro da saúde escolar, mas fazem apenas a medição da acuidade visual e não sabem interpretar alguns resultados (...)

E: (...) Atualmente os cuidados de saúde primários da visão são quase nulos porque não se aposta na prevenção.

Existe um grupo de profissionais, os motoristas profissionais, para os quais a avaliação da saúde visual é um requisito legal controlado pela autoridade de saúde. No entanto, **avaliação visual que é efetuada é básica**, no sentido em que **não são aplicados todos os testes necessários à avaliação completa da visão funcional** destes indivíduos.

M: (...) é feita sistematicamente num grupo, que são os motoristas.  
(...) vão à autoridade de saúde e (...) fazem lá esse exame, mas tudo  
ao nível básico.

Em termos de intervenção ao nível de cuidados de saúde primários da visão existem programas para patologias específicas, como o **programa para a retinopatia diabética e para o glaucoma, na saúde visual do adulto e idoso**. Quando o adulto e/ ou idoso, não faz parte de nenhum grupo de risco, a avaliação da saúde visual fica ao seu critério e dependendo das queixas do foro oftalmológico que refira ao seu médico de família. Existe a exceção da saúde ocupacional, onde inclusivamente **sugerem a utilização de um equipamento o VisioTest®**, equipamento esse que permite realizar diversos testes de avaliação da visão funcional, como se pode observar nos excertos a seguir.

Existem Ortoptistas em alguns centros de saúde preparados para a avaliação da saúde visual, nos quais se realizam os programas para a retinopatia diabética, como é o caso dos agrupamentos de centros de saúde de Évora, Baixo Vouga e Leiria:

O: O que existe na saúde visual do adulto e idoso são programas vocacionados para patologias específicas, como é o caso da retinopatia diabética e o glaucoma.

M: (...) No adulto e idoso, não há atividade real organizada (...) e fica dependente dos próprios interesses de cada pessoa, exceto na saúde ocupacional. (...) Até sugerimos o uso de um equipamento, o VisioTest®.

O: (...) de centros de saúde que têm ortoptistas para fazer o rastreio a retinopatia diabética, no Baixo Vouga, Évora e Leiria (...)

Em segundo lugar, surgiu a subcategoria **Avaliação da função visual**. Foi questionado aos entrevistados se tinham conhecimento de como era realizada a avaliação da saúde visual nas diferentes etapas da vida, sendo que nos cuidados de saúde primários o único teste que se realiza é a **medição da acuidade visual** com as escalas de optotipos. No entanto, a acuidade visual é apenas um teste entre os muitos que se devem realizar. É ainda realizada uma **anamnese** pelos enfermeiros ou pelos médicos de família que poderá dar indicações preciosas para o encaminhamento de utentes para uma consulta de oftalmologia.

O: (...) A acuidade visual é apenas um parâmetro da avaliação da função visual e isso terá implicações com a visão funcional.

O: (...) esta avaliação cinge-se apenas à acuidade visual para o olho direito e olho esquerdo e nem sempre é feito de forma adequada.

O: (...) o enfermeiro ou o médico de família pode perguntar numa anamnese, se o indivíduo vê bem ou vê mal (...)

O: (...) no que diz respeito aos cuidados de saúde primários, apenas com a avaliação da acuidade visual.

M: É básico, muito básico. (...) baseia-se apenas nas escalas de acuidade visual (...).

A enfermeira entrevistada referiu que nas unidades de saúde onde trabalha e em rastreios à comunidade, realizam mais testes além da acuidade visual. Nomeadamente o **teste Bruckner, o teste Hirschberg, o exame ocular externo, o teste de fixação e perseguição**, isto em crianças até aos 2/ 3 anos. Em idade escolar, iniciam a medição da **acuidade visual com escalas de Snellen** e aos 6 anos realizam o **teste Ishiara**. No adulto e idoso, realizam a **medição da acuidade visual** e realizam **campos visuais por confrontação**. Estes **exames não são feitos em centros de saúde**. Os enfermeiros durante a sua formação académica de nível superior, não têm formação na área da saúde da visão. Os enfermeiros que os fazem, nesta instituição (Santa Casa de Misericórdia), tiveram formação pela sociedade portuguesa de oftalmologia no âmbito de parcerias criadas para prestar cuidados de saúde primários da visão, como está descrito nos excertos a seguir:

E: (...) fazemos o teste Bruckner, Hirschberg, avaliação externa do olho e o teste de fixação e perseguição. Na idade escolar medimos a acuidade visual com a escala de Snellen, aos 6 anos fazemos o teste Ishiara. Exames que não são feitos nos centros de saúde atenção! Nós temos essa perceção! No adulto e idoso, utilizamos a escala de Snellen também para a medição da acuidade visual e fazemos campos visuais por confrontação.

E: (...) estes testes foram-nos ensinados após o curso e foram-nos ensinados porque temos uma parceria com a sociedade portuguesa de oftalmologia (...)

A intervenção em cuidados de saúde primários da visão não é a adequada às necessidades da população e trata-se de uma área de saúde que não é valorizada pelos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários da visão, seja em crianças seja em adultos e idosos.

#### 6.4. COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

No que concerne às **Competências Profissionais** do Ortoptista, foram definidas duas subcategorias relativamente à aplicação de competências profissionais no contexto dos cuidados de saúde primários da visão, que foram divididas em **Vantagens/ Forças** e **Desvantagens/ Fraquezas**.

Para dar resposta ao **objetivo específico nº2 - Determinar quais os pontos fortes e pontos fracos da participação de um Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão**, utiliza-se os termos vantagens para pontos fortes e desvantagens para pontos fracos.

Como **Vantagens** da participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão, os entrevistados referiram antes de mais a **formação adequada na área da ortóptica e das ciências da visão**. Formação também ao nível da **promoção e educação para a saúde da visão**, com vista à **prevenção da deficiência visual**, em escolas e locais de trabalho. Portanto este tipo de intervenções colocam também o Ortoptista numa perspetiva de saúde comunitária. As competências de prestação de cuidados de saúde no âmbito da **saúde ocupacional** é também referida como uma vantagem, sendo que é um profissional acreditado e com formação específica que poderia realizar as avaliações da função visual, no contexto de local de trabalho. Um outro aspeto a referir tem a ver com a hipótese que os Ortoptistas têm de poderem realizar a **prescrição de correção ótica**, seja lentes de lentes de contacto seja de lentes oftálmicas.

O: (...) formação adequada na área da ortóptica e das ciências da visão.

O: (...) formação abrangente na área da saúde da visão, onde estão englobadas também a educação para a saúde e os cuidados de

saúde primários. (...) aplicarem protocolos adequados e específicos sempre com vista a educação para a saúde, promoção, prevenção da doença e da deficiência visual (...) em escolas e locais de trabalho.

E: (...) profissional de saúde que está apto para fazer avaliações mais pormenorizadas da saúde visual e apostar mais na prevenção também junto das populações.

O: (...) preocupado também numa perspetiva de saúde ocupacional. A avaliação da (...) visão funcional.

O: (...) desenvolvimento de programas de rastreio em unidades móveis.

E: (...) o ortoptista é essencial. Eu como profissional de saúde não tinha conhecimento de que os ortoptistas estavam nas óticas e que podiam prescrever lentes de correção.

Outra vantagem referida, foi a da realização de um **diagnóstico visual mais preciso**. A informação que chegaria aos cuidados de saúde secundários seria mais fiável e mais pormenorizada. Numa perspetiva de prestadores de cuidados de saúde primários, os Ortoptistas são **facilitadores da referenciação** na área da saúde da visão, bem como na **definição de critérios de priorização**:

M: (...) sabe fazer o diagnóstico mais avançado do que faria um enfermeiro, em termos de avaliação quantificada da saúde da visão(...). (...) diagnóstico mais preciso e fazer uma melhor seleção dos doentes e ainda uma melhor formação das pessoas no que toca à saúde da visão.

O: (...) competências, para seriar e referir o que é urgente e o que não é (...)

O: (...) Definição de critérios e definir prioridades (...)

O: (...) Facilitadores da referenciação.

E: (...) conseguir identificar as necessidades em saúde visual numa fase inicial e perceber se é um caso que necessita de ser reencaminhado para o médico oftalmologista.

Relativamente às **Desvantagens** da participação do Ortoptista em cuidados de saúde primários da visão, foi referido pelos entrevistados o fato de o Ortoptista ser visto

como um técnico de diagnóstico e terapêutica e **não ter uma perspetiva de saúde comunitária**, estando **apenas focado na tecnocracia em que predominam os instrumentos técnicos**. Por outro lado, só teria desvantagens se este não fosse integrado numa equipa multidisciplinar ao nível de cuidados de saúde primários, pois são necessárias as intervenções de vários profissionais de saúde para a referenciação de utentes para o hospital. A enfermeira não identificou desvantagens da participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão, como se pode perceber pelos excertos a seguir apresentados:

O: (...) Só teria desvantagens se não fosse enquadrado na equipa multidisciplinar

M: (...) o ortoptista sozinho não funciona.

M: o ortoptista tem que deixar de ser um técnico, para ser um profissional de saúde, um assistente social, um (...) enfermeiro.

M: (...) transformar um tecnocrata de uso de aparelhos e integrá-lo na equipa de saúde.

M: (...) Tem que ter uma perspetiva corporativa e não se agarrar ao emprego e querer tudo para ele.

E: Não consigo identificar pontos negativos ou desvantagens.

De forma a sintetizar as **Vantagens e Desvantagens** da participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão, segue-se a tabela resumo:

**Tabela 4: Vantagens e Desvantagens da Participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão, indicadas pelos entrevistados.**

| <b>Categoria</b>                  | <b>Subcategoria</b>      |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Competências Profissionais</b> | <b>Vantagens/ Forças</b> | Formação adequada na área da ortóptica e das ciências da visão<br>Promoção e educação para a saúde da visão<br>Prevenção da deficiência visual<br>Intervenção em saúde ocupacional<br>Prescrição de correção ótica<br>Diagnósticos mais preciso |

|  |                                    |                                                                                                                 |
|--|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                    | Definição de critérios de priorização<br>Facilitadores da referenciação                                         |
|  | <b>Desvantagens/<br/>Fraquezas</b> | Focado na tecnocracia em que predominam os instrumentos técnicos<br>Não ter uma perspetiva de saúde comunitária |

Relativamente ao **objetivo específico nº4 - Descrever as competências profissionais do Ortoptista no contexto de cuidados de saúde primários da visão**, surgiram maioritariamente três áreas de atuação, a ***promoção e educação para a saúde da visão***, a ***avaliação da função visual em contexto de saúde escolar e saúde ocupacional*** e a ***avaliação da saúde visual em centros de saúde com a aplicação dos respetivos protocolos de referenciação*** (anexo 1).

M: (...) sabe fazer o diagnóstico mais avançado do que faria um enfermeiro, em termos de avaliação quantificada da saúde da visão(...). (...) diagnóstico mais preciso e fazer uma melhor seleção dos doentes e ainda uma melhor formação das pessoas no que toca à saúde da visão.

O: (...) formação abrangente na área da saúde da visão, onde estão englobadas também a educação para a saúde e os cuidados de saúde primários. (...) aplicarem protocolos adequados e específicos sempre com vista a educação para a saúde, promoção, prevenção da doença e da deficiência visual (...) em escolas e locais de trabalho.

## 6.5. REFERENCIAÇÃO

Relativamente à **Referenciação** do centro de saúde para o hospital no que diz respeito à área da saúde da visão, a perceção dos entrevistados é desigual. Surge então a subcategoria **Processo de Referenciação**, em que cada entrevistado tem a sua visão. O Ortoptista refere que não se pode designar de referenciação, mas sim ***encaminhamento***, uma vez que, não existem os profissionais adequados nos centros de saúde para haver

algum processo de referenciação, sendo que para referenciar é necessário haver **critérios** e ainda uma **presunção diagnóstica** para tal:

O: (...) Não há referenciação, há um encaminhamento dos utentes que se queixam aos médicos de família para o hospital, em termos gerais.

O: (...) faço sempre uma grande distinção entre referenciar e encaminhar e muitas vezes o que acontece é que o médico de família encaminha os utentes para o hospital, não os referencia.

O: Referenciar era o que deveria acontecer se houvesse os profissionais de saúde adequados.

Já o Médico, diz que existe uma **referenciação para uma consulta de especialidade de oftalmologia**. Quem realiza e participa nessa referenciação é o médico de família, em casos particulares o enfermeiro também contribui para essa referenciação, enviando primeiramente uma carta para o médico de família e posteriormente este envia a informação para o hospital. Qualquer pessoa com queixas do foro oftalmológico é reencaminhada para uma consulta de oftalmologia, sem que antes se perceba se realmente necessita dessa consulta ou não, obstruindo as listas de espera para os casos mais urgentes, como já foi referido anteriormente:

M: uma necessidade de cuidados de um especialista. (...) consulta da especialidade de oftalmologia.

M: (...) médico de família (...). Sempre que houver suspeita referenciam o utente para uma consulta de especialidade.

E: (...) O enfermeiro e o médico de família (...) fazemos a referenciação com uma carta para o médico de família para que ele faça a referenciação para o hospital.

Aquando da discussão sobre o tema Referenciação, surgiu uma nova subcategoria, os **Critérios de Priorização**. São definidos como **informações referenciais uteis para uma correta referenciação** do utente do centro de saúde para o hospital. Sem este tipo de critérios, o que acontece é que todos os utentes que tenham queixas seguem referenciados para uma consulta de oftalmologia no hospital já ao nível de cuidados de saúde secundários, gerando listas de espera e o **caos nos serviços de saúde**. Em certos locais

de prestação de cuidados de saúde primários, dá-se prioridade a quem nunca fez uma consulta de oftalmologia e a quem apresente alterações nos testes realizados pelos enfermeiros, como está descrito nos excertos a seguir:

O: (...) informações referenciais (...) uma coisa que é fundamental hoje em dia com a escassez de recursos, critérios de prioridade, (...) referenciar os utentes para os cuidados de saúde secundários.

O: Se não existir este tipo de priorização, o que existe é o caos nos serviços de saúde.

M: (...) vão todos. Depois a pré-seleção é feita no hospital. (...) não é possível prioridade sobre um diagnóstico básico. melhor avaliação nos cuidados de saúde primários, se os ortoptistas tivessem emprego nos cuidados de saúde primários, (...) ou houvesse uma boa relação entre cuidados de saúde primários e diferenciados.

O: Não há sequer um critério de priorização, não há distinção em termos de urgência.

E: (...) priorizamos os utentes que nunca foram ao oftalmologista e os que apresentam alterações na acuidade visual ou alterações nos outros testes realizados.

## 6.6. EMPREENDEDORISMO

No decorrer das entrevistas surgiu outra categoria que foi denominada de **Empreendedorismo**, no sentido em que todos os entrevistados deram sugestões de atuação e de mudança para que o Ortoptista por iniciativa própria, realize ações ou idealize novos métodos com objetivo de desenvolver e dinamizar os serviços de saúde ou atividades de organização e administração.

A **Formação Académica** foi um subcategoria referida, uma vez que, foi referido pelo Ortoptista entrevistado que atualmente os alunos da licenciatura em Ortóptica realizam, no seu último ano de curso, ***estágios em centros de saúde***, em unidades de saúde familiar, onde aplicam os protocolos de atuação e de referência para as diferentes faixas etárias, definidos pelo Manual de Boas Práticas em Oftalmologia em 2008. Na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL), a profissão de Ortoptista ou Técnico de Ortóptica é a que tem os ***níveis mais altos de empregabilidade*** no seio das 12 licenciaturas

existentes na escola. Relativamente aos locais de trabalho dos Ortoptistas, estes têm conseguido a sua colocação em óticas, que são estabelecimentos comerciais e por isso faz com que estes profissionais não sejam vistos como profissionais de saúde, como se percebe através dos excertos em baixo:

O: (...) Os alunos utilizam os protocolos do manual de boas práticas em oftalmologia, preenchem consoante as faixas etárias e falam com os médicos de família. (...) De salientar que são estágios não remunerados.

O: (...) Continuamos a ser a licenciatura com níveis mais altos de empregabilidade (...)

O: (...) não estamos a direccionar os nossos recursos para os sítios certos.

E: (...) ortoptista a trabalhar nas óticas não é visto como um profissional de saúde (...)

E: (...) não era nas óticas que os ortoptistas deviam estar, mas sim nos centros de saúde, a fazer esse trabalho de seleção de utentes para o hospital e a prescrever se fosse caso disso(...)

O Ortoptista deve ser um agente **Potenciador da Mudança**, pois existe muito trabalho na área da saúde da visão que pode e deve ser feito. Os cuidados de saúde primários são uma área que não é tão rentável e por isso deverá começar pela criação de uma **rede comunitária que envolva os vários profissionais da área da saúde da visão**, como os ortoptistas e os oftalmologistas e ainda enfermeiros. Esta rede comunitária não precisa necessariamente de envolver um esquema de voluntariado, mas se organizada com as câmaras locais e as juntas de freguesia, poderia ser aplicada uma **taxa moderadora** para cada avaliação da saúde visual, pois as pessoas valorizam mais os serviços que são pagos. A **publicação de resultados de rastreios e outras ações de prevenção junto da comunidade**, é importante na medida em que será uma forma de dar a conhecer a realidade nacional e fazer chegar essas informações à Direção Geral de Saúde e posteriormente ao Ministério da Saúde. Só desta forma será possível perceber-se a necessidade de contratação de Ortoptistas para os centros de saúde.

M: (...) Há muito trabalho na saúde da visão que podem e devem fazer.

O: (...) são áreas que podem não ser tão aliciantes ou rentáveis e o que falta é estabelecermos uma rede comunitária que envolva tudo isto.

O: (...) tem de ser alguém bastante empreendedor.

O: (...) agente da mudança de mentalidade do paradigma existente.

O: (...) de uma forma integrada, não o fazer isoladamente, envolver nisto (...) os enfermeiros e médicos de centro de saúde, os médicos das clínicas privadas ou até os oftalmologistas da zona.

O: Não precisa necessariamente de ser em regime de voluntariado (...)

M: (...) As pessoas valorizam muito a visão e estão sempre dispostos a pagar.

O: (...) estado só irá ter noção do problema quando houver dados publicados e estudos sobre o número de pessoas que cegaram por falta de cuidados

M: (...) Têm que valorizar as vossas teses de mestrado, estudos de base demográfica, estudos de unidades móveis de rastreio. Isso deveria estar tudo publicado e deveria ser apresentado em congressos e reuniões públicas.

O: (...) ortoptistas não devem perder o entusiasmo e junto das forças vivas influenciar nas decisões

M: (...) Renovando a política da saúde da visão e defender quadros e formação para os ortoptistas.

M: (...) Desligar-se do uso de aparelhos de diagnóstico para uma perspetiva mais de saúde comunitária (...)

M: Se houvessem muitos desempregados era uma pressão externa para a contratação.

De salientar ainda que deveria de haver um ***grupo representativo da área da saúde da visão que deveria ter um oftalmologista com perspetivas de saúde pública e um Ortoptista*** que representasse a Associação Portuguesa de Ortoptistas e em conjunto ***reinventassem o PNSV***, que desde 2005 não foi atualizado.

M: (...) deveria de haver um grupo de pressão importante, teria que ter um oftalmologista com perspetiva de saúde pública, teria que ter um representante da associação dos ortoptistas e teriam que ter

capacidade para reinventar o programa nacional para a saúde da visão.

Surgiu uma outra subcategoria que diz respeito à **Sensibilização da população** no que se refere aos cuidados de saúde primários da visão. Em geral, os entrevistados revelaram que existe pouca informação sobre as doenças oftalmológicas e que as **peessoas não estão sensibilizadas para a saúde da visão**, porque essa informação nem sequer lhes é fornecida. Por outro lado, existe um grupo de pessoas mais interessadas do ponto de vista intelectual e cultural e que buscam essa informação por iniciativa própria, pois a saúde da visão não é tida como prioridade pelos enfermeiros e médicos de família. Os Ortoptistas também têm que envolver as respetivas comunidades onde estão inseridos e serem pró-ativos para que se inicie a mudança de mentalidades:

O: (...) A população portuguesa não tem cultura na área da saúde da visão porque não lhe é dada essa informação.

O: (...) questões da educação da saúde e dos cuidados de saúde primários são questões da cidadania (...)

M: (...) Pode-se perder a visão também trabalhando, é um risco profissional, perder ou alterar a visão.(...) isto é o sentido utilitário da visão.

E: (...) Os próprios utentes não têm conhecimentos suficientes sobre a saúde da visão(...)

E: As pessoas não estão sensibilizadas e não têm a saúde visual como prioridade. As pessoas vão vendo, para o dia a dia acham que chega.

O: (...) pessoas que vivem mais tempo, (...) são pessoas mais diferenciadas do ponto de vista intelectual, portanto mais exigentes com as questões da saúde visual.

O: (...) também tem de envolver as respetivas comunidades.

## 6.7. ANÁLISE SWOT - ABORDAGEM À ANÁLISE DAS NECESSIDADES

Na avaliação de necessidades optou-se por recorrer a uma análise do tipo SWOT (quadro 4) que normalmente, se verifica ser um contributo efetivo na melhoria de um processo ou atividade que esteja a ser realizado. Neste caso foi aplicada ao processo de **participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão em ACES**.

A análise SWOT é uma ferramenta de gestão muito utilizada pelas empresas para o diagnóstico estratégico. O termo SWOT é composto pelas iniciais das palavras *Strenghts* (Pontos Fortes), *Weaknesses* (Pontos Fracos), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças) (IAPMEI, 2007). Destina-se a evidenciar a consistência e interligação de vários fatores relacionados com um projeto ou uma entidade para responder a alguns dos problemas da área em estudo (Soares, Fernandes, Março, & Marques, 2007).

Este método de análise divide-se em duas fases complementares entre si (IAPMEI, 2007):

- **Análise Externa:** Corresponde às principais perspetivas de evolução de mercado, no caso às perspetivas de evolução em saúde e necessidades populacionais. São fatores provenientes do mercado e do meio envolvente.

**Oportunidades:** Aspetos positivos do meio envolvente, com impacto significativo no desenvolvimento de cuidados de saúde primários da visão.

**Ameaças:** Aspetos negativos do meio envolvente, com impacto significativo no desenvolvimento de cuidados de saúde primários da visão.

- **Análise Interna:** Corresponde aos principais aspetos que diferenciam a profissão de Ortoptista de outros profissionais de saúde da área dos cuidados de saúde primários. São provenientes das competências profissionais do Ortoptista.

**Forças:** Vantagens no que concerne às competências do Ortoptista em relação a outros profissionais de saúde.

**Fraquezas:** Desvantagens no que concerne às competências do Ortoptista em relação a outros profissionais de saúde.

A lógica do preenchimento do quadro de análise não é aleatória e a lógica seguida foi a de perceber se no contexto de cuidados de saúde primários da visão, se pode projetar

a participação do Ortoptista, partindo da perspetiva das oportunidades existentes e depois por contraste verificar quais as ameaças potenciais a essa participação e em seguida relativamente a cada uma destas vertentes perceber quais os pontos que favoreciam essa participação por um lado, e por outro quais os pontos que seriam prejudiciais ao processo.

A análise só assumirá um valor efetivo se se verificar que os pontos fracos o são por contrapartida dos pontos fortes e as oportunidades pelas ameaças. Se não houver o cuidado de interrelacionar os diferentes quadrantes podemos não conseguir estipular as relações entre os pontos fortes, fraquezas, oportunidades e ameaças (Aragão, 2011).

Com a realização da análise SWOT, pretende-se definir as relações existentes entre os pontos fortes e fracos com as tendências mais importantes que se verificam na envolvente dos cuidados de saúde primários da visão. De forma a salientar as interações positiva e negativa entre cada um dos fatores dos respetivos quadrantes realizou-se uma matriz SWOT (ver apêndice IV).

Na análise SWOT, constata-se que existem dentro da análise interna da profissão de Ortoptista, várias competências que irão contribuir para o sucesso da integração e participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão, nomeadamente a promoção e educação para a saúde da visão, a prescrição de lentes de correção e a realização de diagnósticos mais precisos em termos de avaliação quantificada da saúde da visão.

Ainda relativamente a fatores internos às competências de Ortoptista, salienta-se a capacidade de presunção diagnóstica que facilitará a referenciação de utentes pelos médicos de família para os cuidados de saúde secundários, com a criação de critérios de priorização, e por conseguinte poderá contribuir para a redução do número de utentes indevidamente referenciados para o hospital, existindo desta forma uma interação positiva entre estes dois fatores.

Uma oportunidade que pode ser bastante aproveitada (interação positiva), tem a ver com o fato do Ortoptista poder e dever ser integrado em equipas multidisciplinares, com vista à promoção e educação para a saúde da visão em equipas de saúde escolar e saúde

ocupacional. Em centros de saúde, a sua integração em equipas multidisciplinares é valorizada na medida em que poderá contribuir para uma referenciação mais precisa dos utentes para os cuidados secundários.

**Quadro 4: Análise SWOT - Participação do Ortopoptista nos cuidados de saúde primários da visão, em ACES.**

|                        | Elemento Cooperante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Elemento Não-Cooperante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Análise Interna</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção e educação para a saúde da visão</li> <li>- Formação adequada na área da ortóptica e das ciências da visão</li> <li>- Prevenção da deficiência visual</li> <li>- Prescrição de lentes de correção</li> <li>- Diagnósticos mais precisos em termos de avaliação quantificada da saúde da visão</li> <li>- Definição de critérios de priorização</li> <li>- Facilitadores da referenciação</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foco na tecnocracia em que predominam os técnicos</li> <li>- Não ter uma perspetiva de saúde comunitária</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Análise Externa</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipas multidisciplinares</li> <li>- Profissional especialista e diferenciado</li> <li>- Saúde ocupacional</li> <li>- Saúde escolar</li> <li>- Ascensão da profissão de Ortopoptista</li> <li>- Intervenções na comunidade</li> <li>- Redução do número de pessoas indevidamente encaminhadas para o hospital</li> </ul>                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de comprometimento político com a saúde</li> <li>- Inexistência de um modelo para a intervenção</li> <li>- Inexistência de parcerias entre entidades</li> <li>- Receio e medo de substituição</li> <li>- Medicina individual vs medicina social organizada</li> <li>- Desentendimento entre oftalmologistas e ortoptistas</li> <li>- Monopólio das óticas</li> <li>- Investimento financeiro</li> <li>- Crise económica e consequentes restrições orçamentais</li> <li>- Não há necessidade de contratação de Ortopoptistas</li> </ul> |

Como elemento não-cooperante, e portanto como ameaça à integração do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão, designa-se a tecnocracia do Ortoptista, isto é, a constante utilização por parte destes profissionais de aparelhos de diagnóstico, portanto instrumentos técnicos. Esta ameaça poderá ser ultrapassada com as competências em promoção e educação para a saúde da visão, sendo que o Ortoptista se encontra apto a realizar ações de formação a outros profissionais e ações de sensibilização à população, evidenciando a sua qualidade de profissional de saúde e colocando-o na equipa de saúde comunitária, focando-se numa oportunidade de crescimento das suas atuações ao nível dos cuidados de saúde primários da visão. As fraquezas que foram referidas pelos entrevistados, conseguem ser superadas pela capacidade de adaptação do Ortoptista a diferentes ambientes de trabalho e de atuação.

A constante crise financeira e económica que Portugal tem vindo a atravessar, sendo uma ameaça, pode também ser vista como uma oportunidade para modificar perspetivas e prioridades relativamente aos cuidados de saúde primários, à sua real valorização e às inerentes consequências dessa nova visão – nos planos do investimento material, do desenvolvimento organizacional e da valorização humana e profissional de quem trabalha nos cuidados de saúde primários (Nunes, Correia, Ribeiro, & Santos, 2012).

A não implementação do PNSV, contribui para a inexistência de um modelo de intervenção em cuidados de saúde primários da visão, tornando-se uma ameaça à integração do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão e desta forma não lhe é permitido ampliar as suas áreas de atuação. As suas competências profissionais nos cuidados de saúde primários da visão não são valorizadas.

Quando profissionais da mesma área, no caso a área da saúde da visão, não aceitam as respetivas competências e lugar na hierarquia de atuação, gera-se conflito, portanto cabe aos profissionais de saúde, médicos oftalmologistas e ortoptistas conseguirem uma parceria em que a sua atuação em equipa gere ganhos em saúde da visão. Ao nível hospitalar e clínico, essa evidência de funções torna-se óbvia, pois o ortoptista complementa a atividade do médico oftalmologista. De salientar que a decisão diagnóstica e terapêutica é sempre da responsabilidade do médico oftalmologista. Nos cuidados de saúde primários ambos os grupos profissionais têm competências para desenvolver ações de promoção da

saúde, podendo existir sobreposição de funções. Para atenuar este problema, surgem as equipas multidisciplinares, em que cada profissional de saúde tem a sua função sendo que estas se complementam, sempre com vista à prevenção da deficiência visual.

O Ortoptista, enquanto profissional da área da saúde da visão, tem as competências necessárias à atuação ao nível de cuidados de saúde primários da visão, sendo fundamental o correto preenchimento de protocolos de referenciação. O médico de família ou de clínica geral reúne assim as informações necessários à correta referenciação com critérios de priorização. Não é feito o diagnóstico, mas apenas uma correta referenciação e priorização. Numa segunda fase de cuidados de saúde secundários da visão, é o médico oftalmologista que tem as competências profissionais para diagnóstico e terapêutica. Desta forma evidencia-se a importância do trabalho da equipa multidisciplinar na área da saúde da visão.

Segundo os entrevistados e de acordo com a análise SWOT, a profissão de Ortoptista está em ascensão e por esta ordem de pensamento, será cada vez mais necessária a sua intervenção ao nível dos cuidados de saúde primários da visão, pela sua formação especializada e diferenciada.

Uma das competências do Ortoptista está relacionada com a prescrição de lentes para correção de ametropias, como a miopia, hipermetropia, astigmatismo e presbiopia. Esta competência fez com que muitos Ortoptistas consigam colocação no mercado de trabalho em estabelecimentos de ótica. Sabe-se que as óticas são estabelecimentos comerciais e por isso quando o Ortoptista exerce as suas funções nestes locais, não é visto pela população, como profissional de saúde. Apesar de praticarem cuidados de saúde primários da visão nestes estabelecimentos comerciais, estão sempre relacionados com a aquisição de óculos, e são as óticas que detêm a exclusividade destes serviços.

## 7. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que desde a implementação do PNSV não houve desenvolvimentos importantes na área dos cuidados de saúde primários da visão. O PNSV não foi devidamente divulgado aos profissionais de saúde dos locais prestadores de cuidados de saúde. É um programa bem delineado e repleto de excelentes recomendações de atuação, mas não é visto como prioritário pela DGS. A sua implementação é aconselhada e deverá ser tida em consideração uma colaboração com a saúde escolar e saúde ocupacional. Deverá ser visto como um programa de saúde sério e de extrema importância para o bem estar e qualidade de vida da população portuguesa.

Os dados relativos à doença oftalmológica em Portugal são preocupantes e deverão ser tomadas medidas para travar a progressão da deficiência visual e o aumento do número de pessoas com cegueira evitável. A população está cada vez mais envelhecida, com uma esperança média de vida cada vez maior e torna-se imprescindível poder dar a essas pessoas a melhor qualidade de vida possível mediante a prevenção da deficiência visual. A maior parte da informação recebida do ambiente que nos rodeia é visual e por isso torna-se essencial que se previna situações de cegueira e deficiência visual desde o nascimento.

A aplicação dos protocolos de referenciação do manual de boas práticas em oftalmologia associada à implementação de Unidades Primárias de Assistência Oftalmológica em centros de saúde, é uma mais-valia pois permitiria libertar os hospitais centrais do bloqueio de utentes que a eles recorrem, com questões elementares, próprias da área de cuidados de saúde primários da visão. Contudo, para que isto possa acontecer, com uma maior eficácia, é necessário que os centros de saúde se encontrem dotados de recursos humanos e técnicos, e que seja assegurada *à priori* a resposta para as necessidades que se levantam, tornando-se deste modo, necessário uma boa coordenação com o hospital de referência.

A intervenção em cuidados de saúde primários da visão não é a mais adequada às necessidades da população portuguesa. Os profissionais que atualmente praticam cuidados de saúde primários não têm como prioridade a saúde da visão, passando despercebida no meio das avaliações globais de saúde. A saúde da visão só é tida em consideração

aquando da entrada da criança na escola, sendo apenas baseada numa avaliação da acuidade visual. Em adultos a saúde da visão é contemplada na saúde ocupacional e na medicina do trabalho, sendo que os exames visuais são realizados por profissionais sem competências para tal e o uso de um aparelho de medição não é suficiente para determinar a função visual de cada indivíduo. A saúde da visão do idoso é considerada em grupos de risco como os diabéticos em que existe um programa nacional de rastreio da retinopatia diabética, mas que não é aplicado de forma sistemática pelas ARS em todo o país. Todos os outros cidadãos só são avaliados e referenciados para uma consulta de oftalmologia se apresentarem queixas do foro oftalmológico.

O Ortoptista com as suas competências de promoção e educação para a saúde da visão e de avaliações precisas da saúde visual, seria um elo de ligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados secundários da visão, fazendo parte de uma equipa multidisciplinar com o médico de família e de clínica geral e o enfermeiro, aplicando os protocolos de referenciação em oftalmologia.

A necessidade de sustentabilidade do SNS pressupõe a adoção de uma gestão inovadora, com carácter empresarial mas sem descurar o facto de ter subjacente o primado do serviço social, orientada para a satisfação das necessidades do utente. Devido à crise económica e ao não comprometimento político com a saúde, não há previsões de futuras contratações de Ortoptistas para centros de saúde. Neste sentido, a mudança de paradigma terá de partir da capacidade empreendedora destes profissionais. A nível organizacional é possível obter ganhos benéficos em saúde da visão investindo no desenvolvimento de equipas de saúde comunitária, sempre com a supervisão de um oftalmologista numa perspetiva de saúde pública com uma a equipa constituída por ortoptistas e enfermeiros.

Esta estratégia de intervenção, poderá contribuir para a divulgação da saúde da visão, aumentado a cultura das populações no que diz respeito à saúde da visão; para o alerta da necessidade de prevenção da deficiência visual e para que autarquias e juntas de freguesia possam também colaborar nestes processos.

Relativamente às limitações do presente estudo é necessário ter em conta a natureza qualitativa do estudo, pelo que é essencial a precaução na generalização dos

resultados. É ainda de realçar que a escolha da amostra de conveniência pode afetar a generalização dos resultados.

Apesar de ser necessário um maior aprofundamento e pesquisa da temática em causa, os resultados do presente estudo permitem destacar desta forma alguns aspetos nucleares relacionados com a intervenção em cuidados de saúde primários da visão, permitindo assim perspetivar algumas linhas de investigação futura, tais como determinar o grau de satisfação dos utentes dos centros de saúde relativamente aos cuidados de saúde primários da visão e respetiva referenciação e a perspetivação de um plano de intervenção em saúde da visão comunitária.

## BIBLIOGRAFIA

- Ackland, P. (2012). The accomplishments of the global initiative VISION 2020: The Right to Sight and the focus for the next 8 years of the campaign. *Indian Journal of Ophthalmology*, 60(5), 380–6. doi:10.4103/0301-4738.100531
- Aragão, M. R. (2011). *Avaliação do Projecto Formalização Consulta de Enfermagem em Pneumologia*. Universidade de Évora.
- Barañano, A. M. (2004). *Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão*. Edições Sílabdo.
- Barbosa, A., Nunes, C., Correia, C., Marquês, L., Pereira, M. da L., Pardal, P., ... Ramos, V. (2011). A reforma e o desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários numa perspectiva sistémica integrada. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/gape\\_do\\_ms\\_proposta\\_201120042027.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/gape_do_ms_proposta_201120042027.pdf)
- Barbosa, P. (2009). *O impacto das políticas de saúde na satisfação dos utentes e no acesso aos cuidados de saúde primários*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - Universidade Técnica de Lisboa. Disponível em: [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Tese\\_Mestrado\\_ISCSP\\_Patricia\\_Barbosa.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Tese_Mestrado_ISCSP_Patricia_Barbosa.pdf)
- Biscaia, A. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários ea reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:A+reforma+dos+cuidados+de+saúde+primários+e+a+reforma+do+pensamento#0>
- Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F., Gonçalves, I. F., Antunes, A. R., & Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para novos sucessos*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Braga-Tavares, H., Santos, H., Dinis, M. J., Teles, A., Lopes, A., Ferreira, T., ... Pereira, S. A. (2010). Avaliação do desenvolvimento psicomotor no Exame Global de Saúde aos 5-6 anos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(2), 59–63. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4411/3269>
- Branco, A., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 5–11. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Cuidados+de+saúde+primários+em+Portugal#0>

Branco, M., Gomes, T., & Nunes, B. (2006). ECOS dos Sentidos: Saúde da Visão, em Portugal Continental. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/249>

British and Irish Orthoptic Society (2012). British and Irish Orthoptic Society: Code of Ethics. Disponível em: [http://www.orthoptics.org.uk/Resources/Documents/Standards/BIOS\\_Code\\_of\\_Ethics.pdf](http://www.orthoptics.org.uk/Resources/Documents/Standards/BIOS_Code_of_Ethics.pdf)

Constituição da República Portuguesa (2005). Lei Constitucional nº1/2005, de 12 de Agosto. Disponível em: [http://www.fd.unl.pt/docentes\\_docs/ma/jmm\\_MA\\_8238.pdf](http://www.fd.unl.pt/docentes_docs/ma/jmm_MA_8238.pdf)

Costa, C. (2010). *Relação entre competências e prática profissional dos ortoptistas integrados nos programas de rastreio visual infantil*. Universidade de Évora. Disponível em: <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/189>

Decreto Lei nº48/1990 de 24 de Agosto

Decreto Lei nº157/1999 de 10 de Maio

Decreto Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro

Decreto Lei nº 137/2013 de 7 de Outubro

Dinis, A. C. (2010). *Contributo do Prof. Doutor António Castanheira-Dinis, Programa Nacional para a Saúde da Visão Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016*. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pnsv/>

Dinis, A. C., Aguilar, A., Diniz, A., Cerdeira, A. B., Canhota, C., Pipa, C., ... Mendonça, V. (2008). Boas práticas em Oftalmologia: Avaliação e Referenciação. In Direcção Geral de Saúde (Ed.), . Lisboa. Disponível em: <http://www.institutogamapinto.com/sites/institutogamapinto.com/files/pdfs/Boas-Praticas-em-Oftalmologia.pdf>

Dinis, A. C., Marinho, A., Leite, E., Reis, F. F., Murta, J., Vaz, J. G. da C., ... Proença, R. (2003). Bases de reflexão para um Programa Nacional da Saúde da Visão.

Direção Geral de Saúde. (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar (Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série) Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho). Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>

- Direcção Geral de Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Volume I: Prioridades. Disponível em: [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol1.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf)
- Direcção Geral de Saúde. (2005). *Programa Nacional para a Saúde da Visão*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção Geral de Saúde. (2007). *Rede de Referenciação de Oftalmologia*. Lisboa. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Oftalmologia.pdf>
- Direcção Geral de Saúde. (2012). Plano Nacional de Saúde 2010-2016. Disponível em: [http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012\\_2016\\_versaoresumo\\_maio20134.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20134.pdf)
- Direcção Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Disponível em: [http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/CRSMCA/PNSIJ\\_2013.pdf](http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/CRSMCA/PNSIJ_2013.pdf)
- Ferreira, F. A. (1990). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gottlieb, L. M. (2009). Learning from Alma Ata: the medical home and comprehensive primary health care. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 22(3), 242–6. doi:10.3122/jabfm.2009.03.080195
- Guedes, R. (2007). As estratégias de prevenção em saúde ocular. Minas Gerais. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Socular.pdf>
- Hagan, J., Shaw, J., & Duncan, P. (2008). *Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents*. American Academy of Pediatrics. Illinois:. Disponível em: [http://brightfutures.aap.org/pdfs/guidelines\\_pdf/1-bf-introduction.pdf](http://brightfutures.aap.org/pdfs/guidelines_pdf/1-bf-introduction.pdf)
- Instituto de Apoio às Pequenas e Médias Empresas e à Inovação. (2007). *Gerir - Guias práticos de suporte à gestão - A Análise SWOT*. Disponível em: [www.iapmei.pt: http://www.iapmei.pt/iapmei-art-03.php?id=2344](http://www.iapmei.pt/iapmei-art-03.php?id=2344)
- International Agency for the Prevention of Blindness. (2010). State of the World Sight,2010 - Report.
- International Orthoptic Association. (2001). Professional Profile. Disponível em: [http://www.internationalorthoptics.org/download/1160331924\\_3.1.\\_pr\\_01\\_rev\\_06.doc?phpMyAdmin=17c4d85a55ft51db39ed](http://www.internationalorthoptics.org/download/1160331924_3.1._pr_01_rev_06.doc?phpMyAdmin=17c4d85a55ft51db39ed)

- Kumar, S., & Preetha, G. (2012). Health promotion: an effective tool for global health. *Indian Journal of Community Medicine : Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 37(1), 5–12. doi:10.4103/0970-0218.94009
- Marmont, M. (2006). Health in an unequal world. *Lancet*, 368(9552), 2081–94. doi:10.1016/S0140-6736(06)69746-8
- Meireles, A. C. (2008). *Declaração de Alma-Ata e Carta de Ottawa*. Porto.
- Mendes, I. A. C. (2004). Desenvolvimento e Saúde: A declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a01.pdf>
- Miguel, L. S., & Sá, A. B. de. (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016 : reforçar , expandir. Lisboa
- Murthy, G., & Raman, U. (2009). Perspective on primary eye care. *Community Eye Health Journal*, 22(69). Disponível em: [http://www.cehjournal.org/wp-content/uploads/download/ceh\\_22\\_69\\_010.pdf](http://www.cehjournal.org/wp-content/uploads/download/ceh_22_69_010.pdf)
- Nunes, C., Correia, C., Ribeiro, C., & Santos, C. (2012). Análise SWOT e recomendações para o o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários.
- OPSS. (2011). *Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde: Relatório Primavera 2011*. Lisboa. Disponível em: [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011\\_OPSS\\_1.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf)
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de saúde primários - Agora mais que nunca*. OMS (p. 24). Disponível em: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_chap3\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_chap3_pr.pdf)
- Pascolini, D., & Mariotti, S. P. (2010). *Global Estimates of Visual Impairment - 2010*. Geneva. Disponível em: [http://www.who.int/blindness/VI\\_BJO\\_text.pdf](http://www.who.int/blindness/VI_BJO_text.pdf)
- Petrosyan, V., & Nalbandyan, M. (2010). *Major Activities of Garo Meghrigian Institute for Preventive Ophthalmology in 2008-2010*. Yerevan. Disponível em: [http://www.auachsr.com/UserFiles/File/GMEIPO\\_Report\\_2008-2010.pdf](http://www.auachsr.com/UserFiles/File/GMEIPO_Report_2008-2010.pdf)
- Pinto, F., Rodrigues, S., Pessoa, B., & Coelho, P. (2007). Estudo piloto para validação de um protocolo de rastreio oftalmológico infantil em cuidados de saúde primários. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Disponível em:

[http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/4/20080415174055\\_Acta\\_Ped\\_Vol\\_38\\_N\\_3\\_AO\\_Protocolo\\_Rastreio\\_Oftalmologico.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/4/20080415174055_Acta_Ped_Vol_38_N_3_AO_Protocolo_Rastreio_Oftalmologico.pdf)

Pisco, L. (2007). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Cadernos de Economia. Disponível em: [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis\\_Pisco.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis_Pisco.pdf)

Poças, I., Alves, G., & Oliveira, M. (2004). *A Formação em Ortopia: Implementação do Processo de Bolonha em Portugal*. Disponível em: [www.ccisp.pt/doc/pt/.../ORTOPTISTAS\\_Bolonha\\_FINALNOV040.doc](http://www.ccisp.pt/doc/pt/.../ORTOPTISTAS_Bolonha_FINALNOV040.doc)

Quality Assurance Agency for Higher Education. (2001). *Benchmark statement: Health care programmes - Orthoptics*. Gloucester. Disponível em: <http://www.qaa.ac.uk/Publications/InformationAndGuidance/Documents/Orthoptics.pdf>

Quivy, R., & Campenhont, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Resnikoff, S., Kocur, I., Etya'ale, D. E., & Ukety, T. O. (2008). Vision 2020 - The Right to Sight. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 102 Suppl , 3–5.

Resnikoff, S., Pascolini, D., Etya'ale, D., Kocur, I., Pararajasegaram, R., Pokharel, G. P., & Mariotti, S. P. (2004). Global data on visual impairment in the year 2002. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 844–51. doi:/S0042-96862004001100009

Riad, S., Dart, J., & Cooling, R. (2003). Primary care and ophthalmology in the United Kingdom. *British Journal of Ophthalmology*, (87), 493–499.

Roberto, J. A. C. (2006). *O DESEMPENHO ORGANIZACIONAL NUMA PERSPECTIVA DE INTEGRAÇÃO DOS DISTINTOS INTERESSES EM COMPETIÇÃO*. Universidade Técnica de Lisboa.

Rowe, S., MacLean, C. H., & Shekelle, P. G. (2004). Preventing visual loss from chronic eye disease in primary care: scientific review. *JAMA*, 291(12), 1487–95. doi:10.1001/jama.291.12.1487

Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A., & Craveiro, I. (2007). Os Centros de Saúde em Portugal-A Satisfação dos Utentes e dos Profissionais. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/2062>

Silva, A. H., & Fossá, M. I. T. (2013). Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos. In *IV Encontro de Ensino e PEsquisa em*

*Administração e Contabilidade*. Brasília. Disponível em: [http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEPQ/enepq\\_2013/2013\\_EnEPQ129.pdf](http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEPQ/enepq_2013/2013_EnEPQ129.pdf)

Simões, J., & Ferrinho, P. (2010). PNS e Políticas de Saúde: Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-e-politicas-de-saude/>

Soares, J. O., Fernandes, A. V., Março, A. A., & Marques, J. P. (2007). *Avaliação de Projectos de Investimento na Óptica Empresarial*. Lisboa: Edições Sílabo.

Temporini, E. R., & Kara-José, N. (2004). A perda da visão: estratégias de prevenção. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 67(4), 597–601. doi:10.1590/S0004-27492004000400007

World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Alma-Ata. Disponível em: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

World Health Organization. (2005). *State of the World's Sight. Vision 2020: The Right to Sight 1999-2005*. World Health Organization. Disponível em: [http://www.who.int/pbd/blindness/vision\\_2020/v2020\\_therighttosight.pdf](http://www.who.int/pbd/blindness/vision_2020/v2020_therighttosight.pdf)

World Health Organization. (2010). *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010)*. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/2011/01/31/ava-ext-who/>

World Health Organization. (2012a). *Global Data on Visual Impairments 2010*. Geneva. Disponível em: <http://www.who.int/blindness/GLOBALDATAFINALforweb.pdf>

World Health Organization. (2012b). Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf)

World Health Organization. (2013a). *Draft action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment 2014–2019*. Disponível em: [http://www.iapb.org/sites/iapb.org/files/A66\\_11-en.pdf](http://www.iapb.org/sites/iapb.org/files/A66_11-en.pdf)

World Health Organization. (2013b). The Helsinki statement on health in all policies. *The 8th Global Conference on Health Promotion*. doi:10.1093/heapro/dau036

## APÊNDICES

## APÊNDICE I

UNIVERSIDADE LUSÓFONA DE HUMANIDADES E TECNOLOGIAS DE LISBOA

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

### GUIÃO PARA ENTREVISTADOS

No âmbito da dissertação de mestrado que estou a desenvolver, cujo tema é "Cuidados de Saúde Primários na Área da Visão: A Intervenção do Ortoptista", venho deste modo pedir a sua colaboração para uma entrevista.

A entrevista destina-se a recolher informações e testemunhos profissionais acerca dos cuidados de saúde primários da visão, das diferentes formas de prestação desses mesmos cuidados, e ainda perceber qual o papel do ortoptista nos cuidados de saúde primários visão. A escolha de profissionais da área dos cuidados de saúde primários fundamenta-se na necessidade de captar depoimentos de quem experiencia este primeiro contacto dos utentes com os cuidados de saúde e de quem entende quais são as principais carências das populações ao nível desses cuidados. Pretende-se com a aplicação da entrevista responder aos seguintes objetivos:

- 1. Identificar se a intervenção em cuidados de saúde primários da visão nos ACES é adequada às necessidades da população portuguesa.*
- 2. Determinar quais os pontos fortes e pontos fracos da participação de um Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão.*
- 3. Determinar as oportunidades e constrangimentos da integração do Ortoptista na equipa de saúde dos ACES.*
- 4. Descrever as competências profissionais do Ortoptista no contexto dos cuidados de saúde primários da visão.*

Este guião pretende ser um elemento facilitador e de enquadramento do tema em estudo. A entrevista será gravada em áudio, com garantia do anonimato e confidencialidade das respostas.

### **Enquadramento do tema**

Desde 1978, aquando da Declaração de Alma Ata, houve grandes alterações e desenvolvimentos relativos aos cuidados de saúde primários. Passou a dar-se maior relevância aos cuidados de saúde primários como meio de promoção da saúde de forma equitativa e abrangente, por via de medidas de educação e prevenção na saúde.

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, os cuidados de saúde primários são os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto com dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituindo o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (World Health Organization, 1978).

Neste sentido, os cuidados de saúde primários da visão são definidos como a atividade da linha de frente que providencia cuidados e identifica doenças antes que estas se tornem em graves problemas de saúde pública. Os cuidados de saúde primários da visão podem ser prestados de diversas formas tais como: educação para a saúde da visão, identificação de sintomas, medição da acuidade visual, exame básico do olho, diagnóstico e encaminhamento atempado (Murthy & Raman, 2009).

Em Portugal, estima-se que 4 milhões de pessoas sofram de doenças oculares, o que constitui um problema de saúde pública cuja magnitude impõe medidas que se traduzem no Programa Nacional para a Saúde da Visão implementado pela Direção-Geral da Saúde, através da Circular Normativa nº 02/DGCG de 17/03/2005. O programa prevê a necessidade de colheita de informação que vise melhorar o conhecimento epidemiológico das doenças oftalmológicas (M. Branco et al., 2006)

Sabe-se hoje que a prevenção primária e a deteção precoce, bem como o acesso a terapêuticas cirúrgicas oftalmológicas e a recuperação visual global constituem medidas de saúde pública determinantes na redução da morbilidade das doenças da visão (Direcção Geral de Saúde, 2005). Apesar da oftalmologia ser uma atividade radicada na rede hospitalar, é imperativo que haja interligação com os agrupamentos de centros de saúde e com os cuidados de saúde primários. Garantir a saúde da visão à população portuguesa é o enfoque de todo o trabalho que desde 2003 tem vindo a ser desenvolvido pelos grupos de trabalho definidos e por todos os profissionais da área da saúde da visão, mas continua a ser necessário definir claramente, a nível nacional, a distribuição geográfica e o número de unidades de assistência oftalmológica e criar quadros próprios, de enfermeiros, de técnicos de ortóptica e oftalmologistas, nessas mesmas unidades (Dinis et al., 2003).

O técnico de ortóptica, também designado por ortoptista é um dos pilares de todo este processo sendo que a ortóptica é uma área da saúde da visão que se destacou da oftalmologia nos anos 30 do séc. XX, com especificidades próprias e desde logo regulamentada com uma forte componente clínica, dando o seu contributo para o diagnóstico e terapêutica das alterações da motilidade ocular (Poças et al., 2004).

Com a evolução técnico científica da oftalmologia houve a necessidade de alargar o ensino dos ortoptistas a novas áreas complementares, nomeadamente na promoção e educação da saúde da visão, sendo que as ações de rastreio efetuadas por ortoptistas são cada vez mais frequentes. O ortoptista assume extrema importância na interligação ao médico oftalmologista, pois a sua atuação ao nível dos cuidados de saúde primários poderá ser crucial, na medida em que o diagnóstico atempado e de forma precoce pode conduzir a uma melhor reabilitação do utente, à melhoria das recidivas ao tratamento e assim permitir aos utentes uma melhor qualidade de vida, contribuindo para o seu bem-estar (Costa, 2010). Atualmente são cinco as áreas de intervenção do ortoptista: ortóptica, optometria/contactologia, técnicas complementares de diagnóstico, reabilitação visual em subvisão e cuidados primários da saúde da visão (Poças et al., 2004).

O Programa Nacional para a Saúde da Visão aconselha algumas intervenções, particularmente dirigidas à criança e à população ativa, uma vez que se têm identificado as seguintes lacunas (Dinis, 2010):

- Ausência de rastreios sistemáticos de doenças visuais e de referenciação organizada,

- Insuficiente acesso a cuidados oftalmológicos,
- Referenciação demasiado tardia para a Consulta de Oftalmologia,
- Insuficiente comunicação entre médicos de família e oftalmologistas e vice-versa,
- Insuficiente cultura da população sobre problemas da visão,
- Inexistência de dados epidemiológicos sobre a doença visual em Portugal.

Tendo em conta todos estes aspetos, torna-se essencial perceber qual o estado de arte dos cuidados de saúde primários da visão e em que medida o ortoptista poderá ser uma alavanca para que todo o processo se desenvolva com mais e melhores ganhos em saúde da visão.

## Questões

- 1) Considera que a atual intervenção em cuidados de saúde primários da visão é adequada às necessidades da população?
- 2) Como funciona o exame global de saúde, nomeadamente a avaliação da função visual?
- 3) Como é feita a avaliação da saúde visual nas diferentes etapas da vida?
- 4) Houve alguma mudança de procedimentos com a implementação do programa nacional para a saúde da visão?
- 5) Como é feita atualmente a referenciação dos utentes do centro de saúde para o hospital, no que diz respeito aos cuidados de saúde primários da visão?
- 5.1) Quais são os profissionais de saúde que estão envolvidos nesse processo?
- 5.2) Qual o critério de priorização que é aplicado na presença de utentes com queixas do foro oftalmológico?
- 6) Quais as vantagens da participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários de saúde da visão?
- 7) Quais os pontos negativos ou desvantagens da participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários de saúde da visão?
- 8) De que forma o Ortoptista poderá constituir-se como apoio ou oportunidade para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários da visão?
- 9) Que aspetos constituem constrangimentos à implementação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão?

10) Tendo em conta a sua experiencia nos cuidados de saúde primários, quais as competências do ortoptista que são uma mais valia para os cuidados de saúde primários da visão?

11) Como pensa que se poderá integrar o ortoptista na equipa de cuidados de saúde primários da visão?

## **APÊNDICE II**

### **UNIVERSIDADE LUSÓFONA DE HUMANIDADES E TECNOLOGIAS DE LISBOA**

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

#### **GUIÃO PARA A INVESTIGADORA - ENTREVISTA**

Para condução da entrevista foi estruturado um guião com 13 questões, de acordo com os objetivos do estudo. Para facilitar a integração dos entrevistados no tema, foi enviado previamente o guião com um breve enquadramento teórico. As questões que conduzem a entrevista são apresentadas no quadro 1, sendo este guião planificado para 1:30h.

#### **Questões introdutórias**

1. Breve explanação do propósito e objetivos do estudo (5 min).
2. Introdução ao tópico geral da entrevista (5 min).

#### **Questões abertas**

As perguntas são lançadas com um tempo médio de resposta de cerca de 4 min e são identificadas as características que existem em comum de acordo com a opinião de cada um dos entrevistados.

**Questões de transição:** para direcionar a entrevista para as questões chave do estudo.

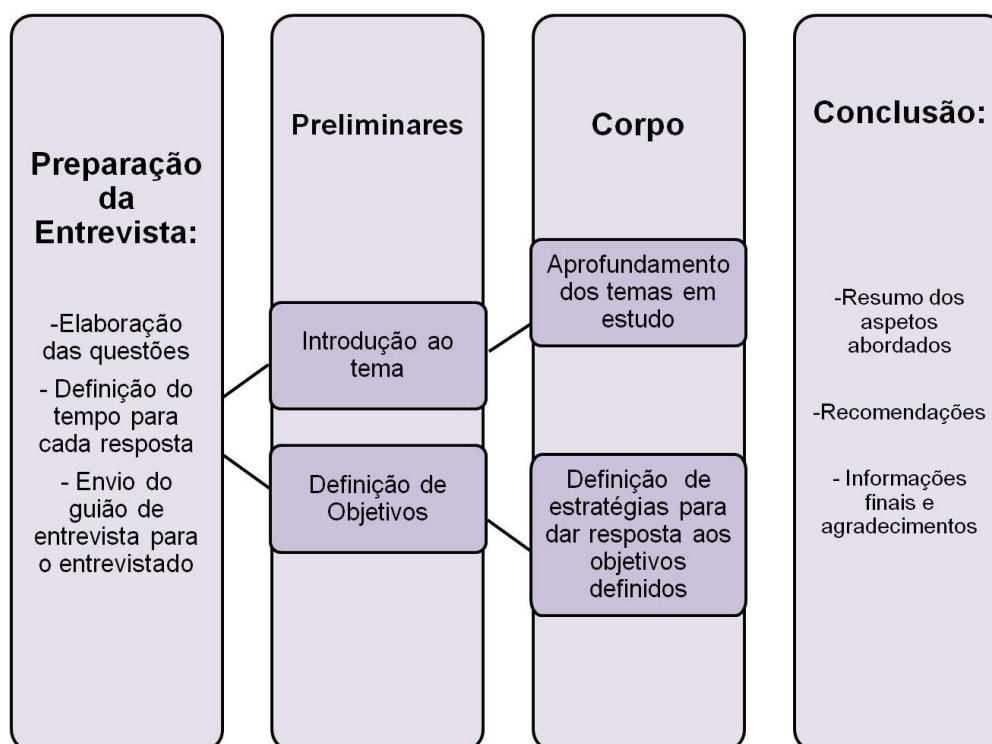
**Questões finais:** identificação dos aspetos mais importantes para a obtenção de resposta aos objetivos de estudo.

**Tabela 1 - Questões chave**

| Questões                                                                                                                                                 | Tempo de resposta | Objetivos                                                                                                                                                                    | Dimensão de estudo                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Considera que a atual intervenção em cuidados de saúde primários da visão é adequada às necessidades da população?                                    | 4min              | <b>Objetivo específico nº 1:</b><br>Identificar se a intervenção em cuidados de saúde primários da visão nos ACES é a mais adequada às necessidades da população portuguesa. | <b>Intervenção em cuidados de saúde primários da visão</b>                             |
| 2) Como funciona o exame global de saúde, nomeadamente a avaliação da função visual?                                                                     | 5min              | Perceber como é feita a avaliação da saúde visual de acordo com o exame global de saúde.                                                                                     | <b>Intervenção em cuidados de saúde primários da visão</b>                             |
| 3) Como é feita a avaliação da saúde visual nas diferentes etapas da vida?                                                                               | 5min              | Perceber como é feita a avaliação da saúde visual na criança nas diferentes etapas da vida.                                                                                  | <b>Intervenção em cuidados de saúde primários da visão</b>                             |
| 4) Houve alguma mudança de procedimentos com a implementação do programa nacional para a saúde da visão?                                                 | 4min              | Saber se houve alguma mudança de procedimentos após a implementação do Programa Nacional para a Saúde da Visão.                                                              | <b>Equipa Clínica/<br/>Gestão da Organização</b>                                       |
| 5) Como é feita atualmente a referenciação dos utentes do centro de saúde para o hospital, no que diz respeito aos cuidados de saúde primários da visão? | 5min              | Descrever de que forma de faz a referenciação dos utentes do centro de saúde para o hospital, no que concerne aos cuidados de saúde primários da visão.                      | <b>Intervenção em cuidados de saúde primários da visão</b><br><br><b>Referenciação</b> |
| 5.1) Quais são os profissionais de saúde que estão envolvidos nesse processo?                                                                            |                   | Identificar os profissionais que estão envolvidos no processo de referenciação.                                                                                              |                                                                                        |
| 5.2) Qual o critério de priorização que é aplicado na presença de utentes com queixas do foro oftalmológico?                                             |                   | Perceber qual o critério de priorização aquando da referenciação quando existem queixas do foro oftalmológico.                                                               |                                                                                        |
| 6) Quais as vantagens da participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários de saúde da visão?                                                   | 4min              | <b>Objetivo específico nº2:</b><br>Determinar quais os pontos fortes e pontos fracos da participação de um Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão.              | <b>Competências Profissionais</b>                                                      |
| 7) Quais os pontos negativos ou desvantagens da participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários de saúde da visão?                            | 4min              | <b>Objetivo específico nº2:</b><br>Determinar quais os pontos fortes e pontos fracos da participação de um Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão.              | <b>Competências Profissionais</b>                                                      |

|                                                                                                                                                                                |      |                                                                                                                                                  |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 8) De que forma o Ortopoptista poderá constituir-se como apoio ou oportunidade para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários da visão?                                | 4min | <b>Objetivo específico nº3:</b><br>Determinar as oportunidades e constrangimentos da integração do Ortopoptista na equipa de saúde dos ACES.     | Equipa Clínica/<br>Gestão da<br>Organização<br><br>Empreendedorismo |
| 9) Que aspetos constituem constrangimentos à implementação do Ortopoptista nos cuidados de saúde primários da visão?                                                           | 4min | <b>Objetivo específico nº3:</b><br>Determinar as oportunidades e constrangimentos da integração do Ortopoptista na equipa de saúde dos ACES.     | Equipa Clínica/<br>Gestão da<br>Organização                         |
| 10) Tendo em conta a sua experiencia nos cuidados de saúde primários, quais as competências do ortoptista que são uma mais valia para os cuidados de saúde primários da visão? | 6min | <b>Objetivo específico nº4:</b><br>Descrever as competências profissionais do Ortopoptista no contexto dos cuidados de saúde primários da visão. | Competências<br>Profissionais                                       |
| 11) Como pensa que se poderá integrar o ortoptista na equipa de cuidados de saúde primários da visão?                                                                          | 5min | De que forma se poderá integrar o ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão.                                                           | Equipa Clínica/<br>Gestão da<br>Organização<br><br>Empreendedorismo |

Figura 1 - Condução da Entrevista



## APÊNDICE III

### GRELHA DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

(**Legenda:** O - Ortopista, M - Médico, E - Enfermeiro)

| Categoria                                           | Subcategoria               | Unidades de Registo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Intervenção em cuidados de saúde primários da visão | Adequação da Intervenção   | <p>O: (...) não é a mais adequada às necessidades da população (...)</p> <p>M: Sim e Não. (...) problemas da visão são subvalorizados nos cuidados de saúde primários em geral. A visão na área da saúde escolar é valorizada por nós e pelos próprios pais.</p> <p>M: (...) Não havendo saúde escolar nas escolas, não é feito sistematicamente, logo não tem valor.</p> <p>M: (...) a questão da visão na saúde infantil, que muitas vezes não se coloca tanto e nós normalmente apelamos a isto só no início da escola.</p> <p>O: Os enfermeiros estão mais dentro da saúde escolar, mas fazem apenas a medição da acuidade visual e não sabem interpretar alguns resultados (...)</p> <p>E: (...) Atualmente os cuidados de saúde primários da visão são quase nulos porque não se aposta na prevenção.</p> <p>M: (...) é feita sistematicamente num grupo, que são os motoristas. (...) vão à autoridade de saúde e (...) fazem lá esse exame, mas tudo ao nível básico.</p> <p>M: (...) No adulto e idoso, não há atividade real organizada (...) e fica dependente dos próprios interesses de cada pessoa, exceto na saúde ocupacional. (...) Até sugerimos o uso de um equipamento, o <i>VisioTest®</i>.</p> <p>O: O que existe na saúde visual do adulto e idoso são programas vocacionados para patologias específicas, como é o caso da retinopatia diabética e o glaucoma.</p> <p>O: Os médicos de família e os enfermeiros, à exceção de centros de saúde que têm ortoptistas para fazer o rastreio a retinopatia diabética, no Baixo Vouga, Évora e Leiria (...)</p> |
|                                                     | Avaliação da Função Visual | <p>O: (...) A acuidade visual é apenas um parâmetro da avaliação da função visual e isso terá implicações com a visão funcional.</p> <p>O: (...) esta avaliação cinge-se apenas à acuidade visual para o olho direito e olho esquerdo e nem sempre é feito de forma adequada.</p> <p>O: (...) o enfermeiro ou o médico de família pode perguntar numa</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   |                          | <p>anamnese, se o indivíduo vê bem ou vê mal (...)</p> <p>O: (...) no que diz respeito aos cuidados de saúde primários, apenas com a avaliação da acuidade visual.</p> <p>M: É básico, muito básico. (...) baseia-se apenas nas escalas de acuidade visual (...)</p> <p>E: (...) fazemos o teste Bruckner, Hirshberg, avaliação externa do olho e o teste de fixação e perseguição. Na idade escolar medimos a acuidade visual com a escala de Snellen, aos 6 anos fazemos o teste Ishiara. Exames que não são feitos nos centros de saúde atenção! Nós temos essa percepção! No adulto e idoso, utilizamos a escala de Snellen também para a medição da acuidade visual e fazemos campos visuais por confrontação.</p> <p>E: (...) estes testes foram-nos ensinados após o curso e foram-nos ensinados porque temos uma parceria com a sociedade portuguesa de oftalmologia (...)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Competências Profissionais</b> | <b>Vantagens/ Forças</b> | <p>O: (...) formação adequada na área da ortóptica e das ciências da visão.</p> <p>O: (...) formação abrangente na área da saúde da visão, onde estão englobadas também a educação para a saúde e os cuidados de saúde primários. (...) aplicarem protocolos adequados e específicos sempre com vista a educação para a saúde, promoção, prevenção da doença e da deficiência visual (...) em escolas e locais de trabalho.</p> <p>E: (...) profissional de saúde que está apto para fazer avaliações mais pormenorizadas da saúde visual e apostar mais na prevenção também junto das populações.</p> <p>O: (...) em programas de saúde comunitária junto da comunidade (...) a nossa preocupação é a saúde visual.</p> <p>O: (...) preocupado também numa perspetiva de saúde ocupacional. A avaliação da (...) visão funcional.</p> <p>O: (...) desenvolvimento de programas de rastreio em unidades móveis.</p> <p>E: (...) o ortoptista é essencial. Eu como profissional de saúde não tinha conhecimento de que os ortoptistas estavam nas óticas e que podiam prescrever lentes de correção.</p> <p>M: (...) sabe fazer o diagnóstico mais avançado do que faria um enfermeiro, em termos de avaliação quantificada da saúde da visão(...). (...) diagnostico mais preciso e fazer uma melhor seleção dos doentes e ainda uma melhor formação das pessoas no que toca à saúde da visão.</p> <p>O: (...)competências, para seriar e referir o que é urgente e o que não é (...)</p> <p>O: (...) Definição de critérios e definir prioridades (...)</p> <p>O: (...) Facilitadores da referenciação.</p> |

|                                                  |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                  |                                                     | <p>E: (...) conseguir identificar as necessidades em saúde visual numa fase inicial e perceber se é um caso que necessita de ser reencaminhado para o médico oftalmologista.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                  | <b>Desvantagens/<br/>Fraquezas</b>                  | <p>O: Só se (...) não fosse enquadrado na equipa multidisciplinar</p> <p>M: (...) o ortoptista sozinho não funciona.</p> <p>M: o ortoptista tem que deixar de ser um técnico, para ser um profissional de saúde, um assistente social, um (...) enfermeiro.</p> <p>M: (...) transformar um tecnocrata de uso de aparelhos e integrá-lo na equipa de saúde.</p> <p>M: (...) Tem que ter uma perspetiva corporativa e não se agarrar ao emprego e querer tudo para ele.</p> <p>M: (...) Os ortoptistas apareceram, mas não convenceram!</p> <p>E: Não consigo identificar pontos negativos ou desvantagens.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Equipa Clínica/ Gestão<br/>da Organização</b> | <b>Adequação de<br/>procedimentos após<br/>PNSV</b> | <p>O: (...) tem os protocolos de atuação, mas os médicos de família e os enfermeiros não têm as competências e a formação necessária para os colocar em prática.</p> <p>M: (...) Os centros de saúde tinham o programa da vigilância da retinopatia diabética, mas que não está a ser feito de forma sistemática(...)</p> <p>E: (...) não se ouviu falar mais disto. Não foi tão divulgado quanto deveria. Há muitas pessoas que nem sequer têm conhecimento desse programa nacional. Deveria de já ter sido avaliado e renovado com outro programa nacional para a saúde da visão. Os profissionais desta área também não se mostraram ativos no sentido de fazer chegar o programa mais longe.</p> <p>O: (...) está tudo igual, por uma razão simples, porque nunca foi implementado nos centros de saúde.</p> <p>O: (...) nada foi feito em termos de cuidados de saúde primários da visão desde que se pensou em escrever um programa nacional para a saúde da visão.</p> <p>M: (...) chegou pouco aos locais de trabalho, (...) mas não houve envolvimento e nós nos serviços locais não temos oftalmologistas, nem técnicos.</p> <p>M: (...) Os oftalmologistas que criaram o programa nacional para a saúde da visão, fizeram-no de forma teórica, nem conseguiram angariar outros oftalmologistas que o seguissem.</p> |
|                                                  | <b>Oportunidades</b>                                | <p>O: (...) a nossa atuação só é compreendida e entendida de uma forma completa numa perspetiva multidisciplinar</p> <p>O: (...) os ortoptistas vão constituir equipa com os médicos de família</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|  |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                             | <p>e com os enfermeiros.</p> <p>E: (...) era importante mesmo para nos acompanhar nas carrinhas, na saúde móvel.</p> <p>O: (...) rentabilizar o sistema (...)</p> <p>M: (...) Se houvesse um programa organizado e assumido aqui pela direção geral de saúde, com colaboração da saúde escolar, com objetivos claros para a vigilância e a qualidade da saúde da visão, implicava que de forma barata que são os técnicos de ortóptica, integrassem na equipa.</p> <p>O: (...) profissional diferenciado e especialista nos cuidados de saúde primários da visão.</p> <p>O: (...) preocupado também numa perspetiva de saúde ocupacional. A avaliação da (...) visão funcional.</p> <p>O: (...) área da saúde ocupacional, onde o ortoptista também deveria estar integrado e tem competências para avaliar ao nível da saúde visual, qual a visão funcional de cada pessoa.</p> <p>M: (...) não se fariam apenas rastreios, mas também era fundamental para a educação da saúde da visão, na equipa de cuidados de saúde primários e saúde escolar.</p> <p>M: (...) melhor avaliação nos cuidados de saúde primários, se os ortoptistas tivessem emprego nos cuidados de saúde primários.</p> <p>M: (...) são uma classe ascendente e já são muitos(...)</p> <p>O: (...) dificuldade de acesso a cuidados de saúde (...) é aí que o ortoptista entra e é importante seja nos países desenvolvidos seja nos países em desenvolvimento.</p> <p>E: (...) reduzir o numero de pessoas encaminhadas para o hospital (...)</p> <p>E: (...) provavelmente mais de metade das pessoas que são encaminhadas, não teriam essa necessidade se já tivessem sido observadas pelos ortoptistas.</p> |
|  | <p><b>Constrangimentos/<br/>Ameaças</b></p> | <p>M: (...) Nesta altura de crise, nem sequer admitem a necessidade, porque isso implicaria a necessidade de profissionais também.</p> <p>E: (...) investimento financeiro que iria ser necessário fazer para contratação de ortoptistas(...)</p> <p>E: (...) ao nível da aquisição de material específico, também seria um investimento a fazer.</p> <p>M: (...) Quem manda nisto são as óticas, que até têm contratado muito ortoptistas.</p> <p>E: (...) ortoptista a trabalhar nas óticas não é visto como um profissional de saúde (...)</p> <p>E: (...) não era nas óticas que os ortoptistas deviam estar, mas sim</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                  | <p>nos centros de saúde, a fazer esse trabalho de seleção de utentes para o hospital e a prescrever se fosse caso disso (...)</p> <p>M: (...) inexistência de oftalmologistas de saúde pública. Sem o patrocínio do oftalmologista, o ortoptista como técnico de saúde nunca singrará no serviço nacional de saúde.</p> <p>M: Nunca vos vimos juntos, nunca se juntaram.</p> <p>M: (...) precisávamos era de oftalmologistas com perspetiva de saúde pública que valorizassem o vosso trabalho.</p> <p>O: (...) falta de informação dos profissionais que já estão no terreno(...)</p> <p>O: (...)introdução de um novo elemento na equipa pode gerar receios e constrangimentos(...)</p> <p>O: (...)ameaça do posto de trabalho e da substituição(...)</p> <p>O: (...) o que existe dentro dos centros de saúde é o medo (...) da perda de influência dentro da estrutura.</p> <p>M: (...) consideram-vos verdadeiros competidores(...)</p> <p>M: (...)vários grupos profissionais que acabam por lucrar com a inexistência de cuidados de saúde primários.</p> <p>M: (...) há aqui uma luta entre a medicina individual e a medicina social organizada</p> <p>O: (...) O problema é que em Portugal ainda não se encontrou um modelo para os cuidados de saúde primários.</p> <p>O: (...) Não há guidelines, não há normas (...)</p> <p>M: (...) falta de comprometimento político e o lobby(...)</p> <p>E: (...) tentar fazer uma parceria com a ESTeSL, e colocaram-nos imensos entraves, diziam que não valia a pena irem para a rua fazer testes de acuidade visual porque praticamente toda a gente vê mal. Não se mostraram muito recetivos.(...)</p> |
| <b>Referenciação</b> | <b>Processo de Referenciação</b> | <p>O: (...) Não há referenciação, há um encaminhamento dos utentes que se queixam aos médicos de família para o hospital, em termos gerais.</p> <p>O: (...) faço sempre uma grande distinção entre referenciar e encaminhar e muitas vezes o que acontece é que o médico de família encaminha os utentes para o hospital, não os referencia.</p> <p>O: Referenciar era o que deveria acontecer se houvesse os profissionais de saúde adequados.M: uma necessidade de cuidados de um especialista. (...) consulta da especialidade de oftalmologia.</p> <p>M: (...)médico de família(...). Sempre que houver suspeita referenciam o utente para uma consulta de especialidade.</p> <p>E: (...)O enfermeiro e o médico de família (...) fazemos a</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                         |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         |                                 | referenciação com uma carta para o médico de família para que ele faça a referenciação para o hospital.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                         | <b>Critérios de Priorização</b> | <p>M: (...) nos cuidados de saúde primários, (...) ou houvesse uma boa relação entre cuidados de saúde primários e diferenciados.</p> <p>O: Não há sequer um critério de priorização, não há distinção em termos de urgência.</p> <p>E: (...) priorizamos os utentes que nunca foram ao oftalmologista e os que apresentam alterações na acuidade visual ou alterações nos outros testes realizados.</p> <p>O: (...) informações referenciais (...) uma coisa que é fundamental hoje em dia com a escassez de recursos, critérios de prioridade, (...) referenciar os utentes para os cuidados de saúde secundários.</p> <p>O: Se não existir este tipo de priorização, o que existe é o caos nos serviços de saúde.</p> <p>M: (...) vão todos. Depois a pré-seleção é feita no hospital. (...) não é possível prioridade sobre um diagnóstico básico. melhor avaliação nos cuidados de saúde primários, se os ortoptistas tivessem emprego</p> |
| <b>Empreendedorismo</b> | <b>Formação Académica</b>       | <p>O: (...) Os alunos utilizam os protocolos do manual de boas práticas em oftalmologia, preenchem consoante as faixas etárias e falam com os médicos de família. (...) De salientar que são estágios não remunerados.</p> <p>O: (...) Continuamos a ser a licenciatura com níveis mais altos de empregabilidade (...)</p> <p>O: (...) não estamos a direccionar os nossos recursos para os sítios certos.</p> <p>E: (...) ortoptista a trabalhar nas óticas não é visto como um profissional de saúde(...)</p> <p>E: (...) não era nas óticas que os ortoptistas deviam estar, mas sim nos centros de saúde, a fazer esse trabalho de seleção de utentes para o hospital e a prescrever se fosse caso disso(...)</p>                                                                                                                                                                                                                           |
|                         | <b>Potenciador de Mudança</b>   | <p>M: (...) deveria de haver um grupo de pressão importante, teria que ter um oftalmologista com perspectiva de saúde pública, teria que ter um representante da associação dos ortoptistas e teriam que ter capacidade para reinventar o programa nacional para a saúde da visão.</p> <p>M: (...) As pessoas valorizam muito a visão e estão sempre dispostos a pagar.</p> <p>O: (...) estado só irá ter noção do problema quando houver dados publicados e estudos sobre o número de pessoas que cegaram por falta de cuidados</p> <p>M: (...) Têm que valorizar as vossas teses de mestrado, estudos de base demográfica, estudos de unidades móveis de rastreio. Isso</p>                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|  |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                           | <p>deveria estar tudo publicado e deveria ser apresentado em congressos e reuniões públicas.</p> <p>O: (...) ortoptistas não devem perder o entusiasmo e junto das forças vivas influenciar nas decisões</p> <p>M: (...) Renovando a política da saúde da visão e defender quadros e formação para os ortoptistas.</p> <p>M: (...) Desligar-se do uso de aparelhos de diagnóstico para uma perspetiva mais de saúde comunitária (...)</p> <p>M: Se houvessem muitos desempregados era uma pressão externa para a contratação.</p> <p>M: (...) Há muito trabalho na saúde da visão que podem e devem fazer.</p> <p>O: (...) são áreas que podem não ser tao aliciantes ou rentáveis e o que falta é estabelecermos uma rede comunitária que envolva tudo isto.</p> <p>O: (...) tem de ser alguém bastante empreendedor.</p> <p>O: (...) agente da mudança de mentalidade do paradigma existente.</p> <p>O: (...) de uma forma integrada, não o fazer isoladamente, envolver nisto (...) os enfermeiros e médicos de centro de saúde, os médicos das clínicas privadas ou até os oftalmologistas da zona.</p> <p>O: Não precisa necessariamente de ser em regime de voluntariado (...)</p> |
|  | <p><b>Sensibilização da População</b></p> | <p>O: (...) A população portuguesa não tem cultura na área da saúde da visão porque não lhe é dada essa informação.</p> <p>O: (...) questões da educação da saúde e dos cuidados de saúde primários são questões da cidadania (...)</p> <p>M: (...) Pode-se perder a visão também trabalhando, é um risco profissional, perder ou alterar a visão.(...) isto é o sentido utilitário da visão.</p> <p>E: (...) Os próprios utentes não têm conhecimentos suficientes sobre a saúde da visão(...)</p> <p>E: As pessoas não estão sensibilizadas e não têm a saúde visual como prioridade. As pessoas vão vendo, para o dia a dia acham que chega.</p> <p>O: (...) pessoas que vivem mais tempo, (...) são pessoas mais diferenciadas do ponto de vista intelectual, portanto mais exigentes com as questões da saúde visual.</p> <p>O: (...) também tem de envolver as respetivas comunidades.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## APÊNDICE IV

### MATRIZ SWOT

|                   |                                 |                                                                         | Factores Internos                         |                                                                |                                 |                                  |                                                                                  |                                       |                                |                                                                |                                             |
|-------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|                   |                                 |                                                                         | Strenghts/ Forças                         |                                                                |                                 |                                  |                                                                                  |                                       |                                | Weaknesses/ Fraquezas                                          |                                             |
|                   |                                 |                                                                         |                                           |                                                                |                                 |                                  |                                                                                  |                                       |                                |                                                                |                                             |
|                   |                                 |                                                                         | Promoção e educação para a saúde da visão | Formação adequada na área da ortóptica e das ciências da visão | Prevenção da deficiência visual | Prescrição de lentes de correção | Diagnósticos mais precisos em termos de avaliação quantificada da saúde da visão | Definição de critérios de priorização | Facilitadores da referenciação | Foco na tecnocracia em que predominam os instrumentos técnicos | Não ter uma perspetiva de saúde comunitária |
| Factores Externos | Opportunities/<br>Oportunidades | Equipas multidisciplinares                                              | +                                         |                                                                |                                 |                                  |                                                                                  | +                                     | +                              |                                                                |                                             |
|                   |                                 | Saúde escolar                                                           | +                                         |                                                                |                                 |                                  |                                                                                  |                                       |                                |                                                                |                                             |
|                   |                                 | Profissional especialista e diferenciado                                |                                           | +                                                              |                                 |                                  | +                                                                                |                                       |                                | +                                                              | +                                           |
|                   |                                 | Saúde ocupacional                                                       |                                           |                                                                |                                 |                                  |                                                                                  |                                       |                                |                                                                |                                             |
|                   |                                 | Ascensão da profissão de Ortoplista                                     |                                           | +                                                              |                                 |                                  |                                                                                  |                                       |                                | +                                                              |                                             |
|                   |                                 | Intervenções na comunidade                                              | +                                         |                                                                | +                               |                                  |                                                                                  |                                       |                                |                                                                | +                                           |
|                   |                                 | Redução do número de pessoas indevidamente encaminhadas para o hospital |                                           |                                                                |                                 | +                                |                                                                                  | +                                     | +                              |                                                                |                                             |
|                   | Threats/<br>Ameaças             | Falta de comprometimento político com a saúde                           |                                           |                                                                |                                 |                                  |                                                                                  |                                       |                                |                                                                |                                             |
|                   |                                 | Inexistência de um modelo para a intervenção                            |                                           | -                                                              |                                 |                                  |                                                                                  |                                       |                                |                                                                |                                             |
|                   |                                 | Inexistência de parcerias entre entidades                               | -                                         |                                                                |                                 |                                  |                                                                                  |                                       |                                |                                                                |                                             |
|                   |                                 | Receio e medo de substituição                                           |                                           |                                                                | +                               |                                  |                                                                                  |                                       |                                |                                                                |                                             |
|                   |                                 | Medicina individual vs medicina social organizada                       |                                           |                                                                |                                 |                                  |                                                                                  |                                       |                                | -                                                              |                                             |
|                   |                                 | Desentendimento entre oftalmologistas e ortoptistas                     |                                           | +                                                              | +                               | -                                |                                                                                  |                                       | +                              |                                                                | -                                           |
|                   |                                 | Monopólio das óticas                                                    |                                           |                                                                |                                 | +                                |                                                                                  |                                       |                                |                                                                |                                             |
|                   |                                 | Investimento financeiro                                                 |                                           | -                                                              |                                 |                                  | -                                                                                |                                       |                                | +                                                              |                                             |
|                   |                                 | Crise económica e consequentes restrições orçamentais                   |                                           | -                                                              |                                 |                                  |                                                                                  |                                       |                                | +                                                              |                                             |
|                   |                                 | Não há necessidade de contratação de Ortopistas                         |                                           | +                                                              |                                 |                                  |                                                                                  |                                       |                                |                                                                |                                             |

- interação negativa: ameaça potenciada/ oportunidade desperdiçada

+ interação positiva: ameaça combatida/ oportunidade aproveitada

## APÊNDICE V

### ENTREVISTA 1 - ORTOPTISTA

**Moderadora:** Agradeço-lhe desde já a sua disponibilidade para a entrevista. Vou apresentar-lhe os objetivos a que se pretende responder com esta entrevista, sendo que qualquer informação adicional às questões apresentadas poderá ser fornecida se assim o entender. São eles:

1. Identificar se a intervenção em cuidados de saúde primários da visão nos ACES é a mais adequada às necessidades da população portuguesa.
2. Determinar quais os pontos fortes e pontos fracos da participação de um Ortopoptista nos cuidados de saúde primários da visão.
3. Determinar as oportunidades e constrangimentos da integração do Ortopoptista na equipa de saúde dos ACES.
4. Descrever as competências profissionais do Ortopoptista no contexto dos cuidados de saúde primários da visão.

Teve acesso ao guião, previamente...

**Ortopoptista:** *Uma das coisas que se devia ter em consideração em termos de abordagens destas problemáticas é que devíamos evitar falar da oftalmologia, a oftalmologia é uma especialidade médica. A nossa intervenção enquanto ortoptistas cinge-se à área das ciências da visão, nas quais se enquadra as questões da saúde da visão. Para fugir à lógica, porque se estamos constantemente a invocar as questões da oftalmologia, corremos o risco de nos acusarem de estarmos a imiscuirmo-nos numa atividade predominantemente médica e eu entendo que as **questões da educação da saúde e dos cuidados de saúde primários são questões da cidadania** que devem preocupar todos e ainda mais profissionais como nós, não da oftalmologia, mas da área da saúde da visão, porque temos uma **formação adequada na área da ortóptica e das ciências da visão**. É importante usarmos este tipo de terminologia, porque nem sempre estas áreas se separam e quando nos disserem que não somos oftalmologistas, temos sempre uma outra argumentação, podemos sempre dizer que **a nossa atuação só é compreendida e entendida de uma forma completa numa perspetiva multidisciplinar**, e quando nós dizemos isso, a equipa*

*multidisciplinar não se cinge só à oftalmologia. Devemos sempre dizer que **os oftalmologistas são na área médica os nossos parceiros de eleição**. O mais natural é que os ortoptistas atuem ao nível dos cuidados de saúde primários, não os oftalmologistas que efetivamente não estão nos centros de saúde, nem nos ACES, mas que estão numa fase posterior nos cuidados de saúde secundários. Ao nível dos cuidados de saúde primários **os ortoptistas vão constituir equipa com os médicos de família e com os enfermeiros**. Quando nós estamos no centro de saúde, e quem diz centro de saúde diz em programas de saúde comunitária junto da comunidade, a nossa preocupação não é a oftalmologia, a nossa preocupação é a saúde visual. O oftalmologista tem uma formação iminentemente médica e entende que tudo aquilo que se relaciona com o olho é da área da oftalmologia. É por isso que temos muitos oftalmologistas a trabalhar em cuidados de saúde secundários e não em cuidados de saúde primários e terciários.*

**Moderadora:** Portanto está-me a querer dizer que o termo mais adequado para estas abordagens é a saúde da visão, a saúde visual, as ciências da visão. Mas e comparativamente a outros países a abordagem é a mesma?

**Ortoptista:** Nós em Portugal estamos muita à frente comparativamente com os países europeus e até a nível mundial. Porque o ensino da ortóptica a nível internacional talvez seja exceção a Holanda e o Reino Unido em que a formação da ortóptica é muito mais autónoma da oftalmologia, a ortóptica é uma formação dentro da oftalmologia, nomeadamente muito ligada à clínicas de oftalmologia. Eu prefiro a perspetiva que é dada pela Organização Mundial de Saúde. A OMS raramente fala da oftalmologia, a OMS fala de educação para a saúde da visão, fala de visão essencialmente. É nesse âmbito que temos de nos situar. O próprio conceito de deficiência visual que é usado hoje em dia é a deficiência visual reversível e irreversível, e dentro da deficiência visual irreversível depois temos vários graus de deficiência visual, mas praticamente deixou de se falar em baixa visão, hoje em dia o conceito de baixa visão é apenas usado em ambientes muito ligados aos centros de reabilitação. Eu acho que este conceito faz muito sentido, faz muito sentido nos países desenvolvidos e ainda mais sentido nos países em desenvolvimento. **A deficiência visual reversível pode-se tornar definitiva apenas por uma situação, dificuldade de acesso a cuidados de saúde e é aí que isto tudo se entronca com os cuidados de saúde primários. E é aí que o ortoptista entra e é importante seja nos países desenvolvidos seja nos países em desenvolvimento.** Nos países desenvolvidos, das duas uma, ou existem programas de rastreio que devem ser feitos nas faixas etárias propostas pela

organização mundial de saúde, tendo em consideração todo o processo normal que vai do nascimento à morte, de desenvolvimento do sistema visual passando pelo período crítico, até à entrada na situação definitiva que acontece por volta dos 13, 14 anos entrando na idade adulta, e a partir daí entramos na fase que tem ver com as perdas relacionadas com o envelhecimento natural do sistema visual, que merecem uma atenção especial nomeadamente nos países do hemisfério norte onde os indivíduos tem uma esperança media de vida maior. Isto cria um novo paradigma, porque estamos muito mentalmente estruturados a pensar numa logica de prevenção na infância e depois falamos de duas ou três situações que se prendem com patologias sistémicas, que tem mais repercussões na saúde visual, e não apenas na acuidade visual. **A acuidade visual é apenas um parâmetro da avaliação da função visual e isso terá implicações com a visão funcional.**

**Moderadora:** Então não é da opinião que deveriam existir oftalmologistas em centros de saúde?

**Ortoptista:** A oftalmologia em Portugal sempre esteve virada mais para uma perspetiva curativa, sendo que existem cerca de 52 serviços públicos de oftalmologia, estou a falar dos hospitais públicos e em todos eles existe um tipo de atendimento virado para a logica dos cuidados secundários e neste momento ate estamos bem porque em todos eles existe pelo menos um ortoptista. **O problema é que em Portugal ainda não se encontrou um modelo para os cuidados de saúde primários,** porque houve uma fase, quando a Dra. Leonor Beleza foi ministra da saúde, que se tentou dotar os centros de saúde de algumas valências, nomeadamente de gabinetes de oftalmologia e alguns chegaram a ter oftalmologistas. Tenho feito alguma pesquisa no âmbito dos rastreios na área dos rastreios visuais e não há nada estruturado, nem cá, nem nos Estados Unidos da América, nem no Reino Unido. **Não há guidelines, não há normas,** mas nos países anglo-saxónicos o que se faz é no âmbito da optometria.

**Moderadora:** Tem conhecimento de existirem programas de atuação ao nível dos cuidados de saúde primários da visão?

**Ortoptista:** **O que existe na saúde visual do adulto e idoso são programas vocacionados para patologias especificas, como é o caso da retinopatia diabética e o glaucoma.** O paradigma vai ter necessariamente de mudar por uma razão que se prende com o "viver mais" e os novos desafios que se colocam com o "viver mais", não só na área

da saúde da visão, mas também outras áreas, mas porque o "viver mais" torna que as doenças crónicas ou problemáticas inerentes as questões do "viver mais", e o envelhecimento tornam-se mais atuais. É perfeitamente normal que uma pessoa de 90 anos tenha uma retina mais envelhecida do que uma pessoa com 70 anos. **Em termos estatísticos temos uma população mais envelhecida, uma coisa que seria impensável há uns anos atrás e isto coloca-nos uma situação nova, com a agravante de que as pessoas hoje em Portugal, como na generalidade dos países europeus, pessoas que vivem mais tempo, pessoas que vivem mais sozinhas e são pessoas mais diferenciadas do ponto de vista intelectual, portanto mais exigentes com as questões da saúde visual. Tudo deve ser feito para preservar a visão destas pessoas, garantindo-lhes autonomia.**

**Moderadora:** Acha que as pessoas no geral também não tem em atenção os problemas relacionados com a visão?

**Ortoptista:** *A população portuguesa não tem cultura na área da saúde da visão porque não lhe é dada essa informação. Em relação aos problemas da visão não se pode falar em insuficiente cultura, porque nem sequer existe cultura, não há cultura porque nem há informação, não há educação para a saúde.*

**Moderadora:** Vamos então voltar às questões do guião: Considera que a atual intervenção em cuidados de saúde primários da visão é a mais adequada às necessidades da população?

**Ortoptista:** Não, não é a mais adequada às necessidades da população. É um não redondo.

**Moderadora:** Como funciona o exame global de saúde, nomeadamente a avaliação da função visual?

**Ortoptista:** Não funciona, ao nível da avaliação da função visual, não funciona. **No exame global de saúde, no que diz respeito a avaliação da função visual, esta avaliação cinge-se apenas à acuidade visual para o olho direito e olho esquerdo e nem sempre é feito de forma adequada.**

**Moderadora:** Como é feita a avaliação da saúde visual nas diferentes etapas da vida?

**Ortoptista:** *Não sei, depende do contexto em que se situa. Mas a avaliação da saúde visual nas diferentes etapas da vida é feita, no que diz respeito aos cuidados de saúde primários, apenas com a avaliação da acuidade visual. **Quanto muito, o enfermeiro ou o médico de família pode perguntar numa anamnese, se o indivíduo vê bem ou vê mal.***

**Moderadora:** Houve alguma mudança de procedimentos com a implementação do programa nacional para a saúde da visão?

**Ortoptista:** *Não, está tudo igual, por uma razão simples, porque nunca foi implementado nos centros de saúde. Existia ainda um manual de boas práticas em oftalmologia, que já não está no site da direção geral de saúde, porque chegaram à conclusão de que não seria aplicado. Em termos evolutivos estamos a andar para trás. O que está escrito no programa nacional para a saúde da visão, está muito interessante, é um conjunto de boas intenções e até **tem os protocolos de atuação, mas os médicos de família e os enfermeiros não têm as competências e a formação necessária para os colocar em prática.** Os ortoptistas pela sua formação têm essas **competências, para seriar e referir o que é urgente e o que não é, e depois sim reencaminhar para o médico de família com as informações necessárias para posteriormente o oftalmologista ao nível dos cuidados de saúde secundários indicar o respetivo diagnóstico e terapêutica.***

*No fundo nada foi feito em termos de cuidados de saúde primários da visão desde que se pensou em escrever um programa nacional para a saúde da visão.*

**Moderadora:** Como é feita atualmente a referenciação dos utentes do centro de saúde para o hospital, no que diz respeito aos cuidados de saúde primários da visão?

**Ortoptista:** *Não há referenciação, há um encaminhamento dos utentes que se queixam aos médicos de família para o hospital, em termos gerais. Eu faço sempre uma grande distinção entre referenciar e encaminhar e muitas vezes o que acontece é que o médico de família encaminha os utentes para o hospital, não os referencia. Referenciar era o que deveria acontecer se houvesse os profissionais de saúde adequados. Para referenciar o médico de família deveria de dispor de uma série de informações referenciais, e com essa informação o médico de família definia uma coisa que é fundamental hoje em dia com a escassez de recursos, critérios de prioridade, para podermos referenciar os utentes para os cuidados de saúde secundários. É importante saber quando se deve intervir e como se deve intervir consoante o tipo de patologia que estamos a lidar. Temos de fazer sempre tudo com uma coisa em*

vista, preservar a saúde visual e prevenir a cegueira, ou prevenir a deficiência visual que é o mais correto de dizer. **Se não existir este tipo de priorização, o que existe é o caos nos serviços de saúde.**

**Moderadora:** Priorização, já vamos abordar essa questão mais à frente. Agora quais são os profissionais de saúde que estão envolvidos nesse processo de encaminhamento como referiu?

**Ortoptista:** *Os médicos de família e os enfermeiros, à exceção de centros de saúde que têm ortoptistas para fazer o rastreio a retinopatia diabética, no Baixo Vouga, Évora, Leiria e que eu saiba não existe em mais nenhum. Os enfermeiros estão mais dentro da saúde escolar, mas fazem apenas a medição da acuidade visual e não sabem interpretar alguns resultados de outros testes que até possam fazer. Os enfermeiros que atuam em centros de saúde ao nível dos cuidados de saúde primários o que fazem em termos de saúde da visão, é-lhes ensinado numa unidade curricular num semestre durante o curso de enfermagem, mas onde também abordam outros temas. Enquanto tudo isto assentar nesta lógica, não se irá avançar com nenhum progresso ao nível dos cuidados de saúde primários da visão.*

**Moderadora:** Portanto se não existe referenciação, então qual o critério de priorização que é aplicado na presença de utentes com queixas do foro oftalmológico?

**Ortoptista:** *Não há sequer um critério de priorização, não há distinção em termos de urgência. Os médicos de família mais preocupados com patologias como a diabetes, pode associar as queixas do utente à retinopatia diabética e referir esse facto no encaminhamento, mas continua a ser apenas um encaminhamento.*

**Moderadora:** Sei que há desde 2008 estágios em centros de saúde, na licenciatura de ortóptica. Como funcionam esses estágios?

**Ortoptista:** *Os alunos utilizam os protocolos do manual de boas práticas em oftalmologia, preenchem consoante as faixas etárias e falam com os médicos de família. O médico de família com essa informação reencaminha para o hospital. Mas isso acontece em centros de saúde da grande área de Lisboa, num contexto em que temos cerca de 400 centros de saúde, ou unidades de saúde familiar. De salientar que são estágios não remunerados.*

**Moderadora:** Quais as vantagens da participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários de saúde da visão?

**Ortoptista:** *Podemos dizer que tem todas as vantagens, em primeiro lugar devido a natureza formativa destes profissionais de saúde, que têm uma **formação abrangente na área da saúde da visão, onde estão englobadas também a educação para a saúde e os cuidados de saúde primários. Estão dotados de um conjunto de ferramentas e competências para atuarem a estes níveis e aplicarem protocolos adequados e específicos sempre com vista a educação para a saúde, promoção, prevenção da doença e da deficiência visual.***

**Definição de critérios e definir prioridades** para facilitar o acesso aos indivíduos que precisam deles mais urgentemente. São ainda **facilitadores de referência**.

*Vantagem também numa perspetiva de saúde global no que diz respeito a fazerem equipa com os enfermeiros e médicos de família, atingindo os diferentes grupos que recorrem aos cuidados de saúde primários, desde o nascimento ou ainda antes do nascimento, nas informações que são recolhidas durante a maternidade que depois podem ser tidas em consideração no nascimento no primeiro rastreio que deve ser feito entre os 0 e os 2 anos.*

**Moderadora:** Quais os pontos negativos ou desvantagens da participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários de saúde da visão?

**Ortoptista:** *Só existiriam pontos negativos ou desvantagens se o ortoptista fosse para os centros de saúde e **não fosse enquadrado na equipa multidisciplinar.***

**Moderadora:** De que forma o Ortoptista poderá constituir-se como apoio ou oportunidade para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários da visão?

**Ortoptista:** *Ao nível dos cuidados primários a nossa atuação enquanto ortoptistas é de promoção e educação para a saúde da visão e rastreios e despiste precoce. Constitui oportunidade pois é um profissional diferenciado e especialista nos cuidados de saúde primários da visão.*

**Moderadora:** Como é que podia constituir alguma melhoria em termos de listas de espera nos hospitais?

**Ortoptista:** O ortoptista viria **rentabilizar o sistema**. E o sistema só é rentabilizado na medida em que o acesso aos cuidados de saúde é facilitado, na medida em que se estabelecem critérios de prioridade e que permitam a prevenção da deficiência visual. O ortoptista deveria estar **preocupado também numa perspetiva de saúde ocupacional. A avaliação da função visual e da visão funcional.**

Quando há vícios é mais fácil contrariá-los, quando não há nada é mais fácil começar algo do início. Tudo assentava única e exclusivamente na acuidade visual, mas ao nível dos cuidados de saúde primários deve ter-se em consideração a visão funcional do indivíduo. Nos centros de saúde não há essa preocupação, saber qual a visão funcional de cada indivíduo e também não podemos esperar que um médico de família tenha essa preocupação, mas poderia ser resolvível com uma série de perguntas acerca das ocupações e do dia a dia de cada pessoa. preocupado também numa perspetiva de **saúde ocupacional**. A avaliação da função visual e da visão funcional.

Entra nesta fase outra **área a da saúde ocupacional, onde o ortoptista também deveria estar integrado e tem competências para avaliar ao nível da saúde visual, qual a visão funcional de cada pessoa**. Se um indivíduo profissionalmente precisa de conduzir um táxi e já tem 60 anos e refere que não gosta de conduzir ao fim do dia nem à noite, temos que perceber o porquê desta situação. Prende-se com o facto de uma catarata causar dispersão dos raios luminosos e provocar deslumbramento, logo o incomodo na realização de tarefas do seu quotidiano, mesmo com 6/10 de visão, provavelmente este indivíduo precisaria de ser intervencionado. Se isto funcionasse bem, teríamos uma rede de prestação de cuidados de saúde primários, posteriormente secundários e por fim terciários, com a área da reabilitação visual. Quando começamos a pensar nestas questões acabamos por ficar assustados porque está tudo por fazer. **E não me venham dizer que não há trabalho para os ortoptistas**. A minha grande dúvida é que **são áreas que podem não ser tao aliciantes ou rentáveis e o que falta é estabelecermos uma rede comunitária que envolva tudo isto**. Não podemos estar à espera que os centros de saúde desenvolvam só por si boas intervenções na área dos cuidados de saúde primários da visão. A questão dos cuidados de saúde primários tem de envolver os ACES e os centros de saúde, mas também tem de envolver as respetivas comunidades.

Para haver critérios de referenciação e podermos informar o médico de família de qual a prioridade de urgência, não basta a medição da acuidade visual.

**Moderadora:** Que aspetos constituem constrangimentos à implementação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão?

**Ortoptista:** *Tudo o que se desconhece mete medo, essa é a principal questão. E por **falta de informação dos profissionais que já estão no terreno**, muitas vezes a **introdução de um novo elemento na equipa pode gerar receios e constrangimentos**, pelo desconhecimento. Primeiro é a **ameaça do posto de trabalho e da substituição**, mas depois é o perceber de que o ortoptista vai dar um conjunto de informações uteis e que até os valoriza ainda mais enquanto prestadores de cuidados de saúde primários. E o ortoptista em parceria com estes profissionais também tem muito a aprender, na área da medicina geral e familiar, na área da saúde ocupacional. Portanto **o que existe dentro dos centros de saúde é o medo da substituição de funções e perda de influencia dentro da estrutura.***

**Moderadora:** Tendo em conta a sua experiencia nos cuidados de saúde primários, quais as competências do ortoptista que são uma mais valia para os cuidados de saúde primários da visão?

**Ortoptista:** *Temos vindo a falar disto, mas ao nível dos cuidados de saúde primários temos a **promoção e educação para a saúde da visão em escolas e locais de trabalho**. Competências para atuar ao nível da aplicação e interpretação dos resultados dos protocolos de rastreio nos cuidados de saúde primários. Competências também ao nível de desenvolvimento de programas de rastreio em unidades móveis.*

**Moderadora:** Como pensa que se poderá integrar o ortoptista na equipa de cuidados de saúde primários da visão?

**Ortoptista:** *O ortoptista tem de ser alguém **bastante empreendedor**. Há uma realidade que pra mim é inegável, o **ortoptista deveria estar integrado e fazer parte da rede de cuidados de saúde primários da visão, ao nível dos centros de saúde e dos ACES**. Se não estiver, ele próprio deveria ter esta preocupação e pode desta forma **ser também agente da mudança**.*

**Moderadora:** Está-me a falar de voluntariado?

**Ortoptista:** *Não sei se é a nível de voluntariado ou não, isso irá depender de cada um e das condições que cada pessoa tem. Pois se a pessoa trabalhar num hospital e achar que*

depois de ter a sua atividade ainda quer colaborar com os bombeiros, com a paróquia, ou a universidade sénior, ainda por promover estas intervenções, chamando a atenção para as questões da saúde visual infantil, no adulto e idoso, promovendo e educando para a saúde da visão. Mas para fazer isso terá de o fazer de uma **forma integrada, não o fazer isoladamente, envolver nisto as forças vivas, que podem ser os enfermeiros e médicos de centro de saúde, os médicos das clínicas privadas ou até os oftalmologistas da zona.** O ortoptista deve ser **agente da mudança de mentalidade do paradigma existente.** Não se pode pedir a um recém licenciado que investiu na sua licenciatura que depois no final do curso ainda se diga que vai iniciar a sua atividade mas em regime de voluntariado.

**Não precisa necessariamente de ser em regime de voluntariado,** mas pode ser negociado com os próprios cidadãos e as entidades vigentes. Até porque muitas vezes as pessoas desvalorizam aquilo que não se paga, oo serviço gratuito.

O estado só irá ter noção do problema quando houver **dados publicados e estudos sobre o número de pessoas que cegaram por falta de cuidados** ou pelo mau desempenho escolar de muitas crianças que poderia ter sido evitado se tivessem sido rastreadas atempadamente e detetado o problema, que podia estar relacionado com a visão. **A política não está centrada nas pessoas,** nos cidadãos, não se pensa de uma forma lógica e integrada. Não estamos à espera que contratem ortoptistas, porque ainda para mais o programa nacional para a saúde da visão deixou de ser prioritário. Os profissionais de saúde, neste caso os **ortoptistas não devem perder o entusiasmo e junto das forças vivas influenciar nas decisões,** a pouco e pouco conseguiremos chamar a atenção de níveis máximos na política.

**Moderadora:** Tem conhecimento do estado de empregabilidade dos recém licenciados na área da Ortóptica?

**Ortoptista:** Neste momento todos os indivíduos que terminaram a sua licenciatura em junho/julho de 2014, estão todos empregados, e apenas dois ou três não estão empregados porque não queriam ir para o norte.

Continuamos a ser a licenciatura com níveis mais altos de empregabilidade das 12 licenciaturas que existem na escola. Mas não estamos a direccionar os nossos recursos para os sítios certos. É certo que todos temos de ganhar dinheiro e temos de o fazer de forma

*ética, mas nada disto está pensado para as populações e para a solidariedade, mas também não pode ser o voluntariado a solução para os problemas.*

**Moderadora:** Muito bem, obrigada pela sua disponibilidade e testemunho.

## APÊNDICE VI

### ENTREVISTA 2 - MÉDICO

**Moderadora:** Muito bom dia Professor, se não se importar irei gravar a nossa conversa. Vou desde já agradecer-lhe ter aceite o convite para esta entrevista. Antes de mais vou dar a conhecer os objetivos específicos do estudo, que são:

1. Identificar se a intervenção em cuidados de saúde primários da visão nos ACES é a mais adequada às necessidades da população portuguesa.
2. Determinar quais os pontos fortes e pontos fracos da participação de um Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão.
3. Determinar as oportunidades e constrangimentos da integração do Ortoptista na equipa de saúde dos ACES.
4. Descrever as competências profissionais do Ortoptista no contexto dos cuidados de saúde primários da visão.

Gostaria então de saber se tem conhecimento de como se encontram os cuidados de saúde primários da visão, no que diz respeito aos centros de saúde e aos ACES.

**Médico:** *Portanto há aqui também que enquadrar o correspondente que sou eu, sou médico de saúde pública e de saúde ocupacional. Estou na Direção Geral de Saúde, e tenho um angulo de visão muito centrado na saúde ocupacional, atualmente. Tenho um passado em saúde pública em geral e portanto na área da saúde escolar, mas estou agora na saúde ocupacional, portanto vê que há duas formas de ver isto. A saúde visual, na perspetiva dos escolarizados com a saúde escolar e agora dos que trabalham. Como vê, os que trabalham e os que estudam. Isto é importante dizer porque há outro ângulo que também é importante, que eu acompanhei em parte, mas que são outros grupos vulneráveis, portanto as crianças em idade escolar, o grupo da saúde infantil, **a questão da visão na saúde infantil, que muitas vezes não se coloca tanto e nós normalmente apelamos a isto só no inicio da escola**, é que a questão da visão é muitas vezes abordada, mas claro querendo alguma coisa no ponto de vista de eficácia é preciso não ser "guloso". Portanto quer isto dizer, "sou da ortóptica, sou da oftalmologia, agente quer tudo". Se assim for está garantido que é o caos geral. Como a visão é sempre alguma coisa, para além de viver, aqui há duas funções*

*que determinam o ver, portanto ver para estudar no processo da leitura e da observação é importante e no processo de trabalho onde habitualmente todos os postos de trabalho são feitos para usar a visão. No trabalho além da perspectiva de uso, temos a perspectiva da segurança, é dar razões de ser para o porquê de se querer ver. Uma perspectiva da utilidade da razão de ser. Pode-se perder a visão também trabalhando, é um risco profissional, perder ou alterar a visão. Estamos hoje a trabalhar na questão da catarata, em quem trabalha com radiações ionizantes. Outra questão tem a ver com as condições de trabalho, e a falta de visão que pode desencadear uma postura errada e as lesões músculo-esqueléticas, muitas vezes não tem a ver com a relação homem máquina, mas com a questão da visão não ser adequada.*

**Moderadora:** Portanto a questão da ergoftalmologia...

**Médico:** *Sim, na perspectiva do trabalho, que é um ponto importante que nós temos, até porque usamos esses indicadores para determinar fadiga, cansaço, em outras áreas que não são só de quem vê mas de quem trabalha.*

*Globalmente na saúde pública, a percepção que temos na área da saúde da visão tem que ver com diagnóstico precoce, diagnóstico atempando e correção. No trabalho temos esta novidade de como se perde a visão trabalhando e uma sub novidade que é que visão necessitamos para trabalhar. **isto é o sentido utilitário da visão.***

**Moderadora:** Muito bem , neste sentido considera que a atual intervenção em cuidados de saúde primários da visão é a mais adequada às necessidades da população?

**Médico:** *Sim e Não. Teoricamente, os **problemas da visão são subvalorizados nos cuidados de saúde primário em geral.** Mas na verdade, até há bem pouco tempo a cultura de valorizar e de preservar a visão na saúde escolar, era obrigatória. Até existiam programas para os próprios professores e pais estarem mais atentos. **A visão na área da saúde escolar é valorizada por nós e pelos próprios pais.** Sempre que a saúde escolar se degrada ou não existe, a saúde da visão também fica para trás.*

**Moderadora:** E ao nível da saúde visual do adulto e do idoso?

**Médico:** *No adulto e idoso, não há atividade real organizada nesse sentido e fica dependente dos próprios interesses de cada pessoa, exceto na saúde ocupacional. Na saúde ocupacional temos uma norma, de que a avaliação da saúde da visão faz parte do*

*programa normal de avaliação dos trabalhadores. De tal maneira que na norma de equipamento, das empresas prestadores de saúde ocupacional têm sempre equipamento de avaliação da saúde da visão, básica. Acuidade visual, cores... Até sugerimos o uso de um equipamento, o VisioTest.*

**Moderadora:** Como funciona o exame global de saúde, nomeadamente a avaliação da função visual?

**Médico:** *É básico, **muito básico**. Quando havia saúde escolar ainda havia a ideia das perguntas e questionários feitos aos pais e professores que iriam indicar se já existia algum sinal, mas agora **baseia-se apenas nas escalas de acuidade visual, feito por alguém "básico"**. Resultados não temos muitos, mas quando existia deficiência ou problema pré identificado, quando recorriam ao especialista, a maior parte não se confirmavam.*

**Moderadora:** Como é feita a avaliação da saúde visual nas diferentes etapas da vida?

**Médico:** *É feita com **escalas de acuidade visual**, mas estou a falar-lhe da saúde escolar. **Não havendo saúde escolar nas escolas, não é feito sistematicamente, logo não tem valor.***

*Só é **feita sistematicamente num grupo, que são os motoristas**. Estes profissionais vão à **autoridade de saúde e pronto fazem lá esse exame, mas tudo ao nível básico.***

**Moderadora:** Houve alguma mudança de procedimentos com a implementação do programa nacional para a saúde da visão?

**Médico:** *O programa nacional para a saúde da visão, na minha perspetiva **chegou pouco aos locais de trabalho**, porque está bem feito e com boas reflexões, **mas não houve envolvimento e nós nos serviços locais não temos oftalmologistas, nem técnicos**. Inclusive numa área muito particular, que é o programa de vigilância oftalmológica em diabéticos...*

**Moderadora:** Não sei se tem conhecimento, mas existem ortoptistas em alguns centros de saúde que fazem o rastreio da retinopatia diabética, com retinógrafos.

**Médico:** *Havia um retinógrafo em Setúbal que não sei onde está. Havia alguns retinografos quando lançamos esse programa de vigilância oftalmológica do diabético, mas até foram*

*dados a serviços de cuidados diferenciados. Os centros de saúde tinham o programa da vigilância da retinopatia diabética, mas que não está a ser feito de forma sistemática, como o programa da diabetes.*

**Moderadora:** Como é feita atualmente a referenciação dos utentes do centro de saúde para o hospital, no que diz respeito aos cuidados de saúde primários da visão?

**Médico:** *É feita como **uma necessidade de cuidados de um especialista**. Se houver algum problema tem que se mandar para o especialista, ou uma **consulta da especialidade de oftalmologia**.*

**Moderadora:** Quais são os profissionais de saúde que estão envolvidos nesse processo?

**Médico:** *É o **médico de família** que o faz. Sempre que houver suspeita referenciam o utente para uma consulta de especialidade.*

**Moderadora:** Qual o critério de priorização que é aplicado na presença de utentes com queixas do foro oftalmológico?

**Médico:** *Não existe, vão todos. **Depois a pré-seleção é feita no hospital**. Até porque **não é possível prioridade sobre um diagnóstico básico**. O diagnóstico não é aprofundado e há muitos falsos positivos. Podia haver uma **melhor avaliação nos cuidados de saúde primários, se os ortoptistas tivessem emprego nos cuidados de saúde primários**, se houvesse oftalmologistas nos cuidados de saúde primários, ou **houvesse uma boa relação entre cuidados de saúde primários e diferenciados**. O oftalmologista do hospital da zona poderia ir ao centro de saúde ver os casos mais urgentes e pré selecionados.*

**Moderadora:** Quais as vantagens da participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários de saúde da visão?

**Médico:** *Não tanto para lhes arranjar emprego, porque **o ortoptista sozinho não funciona**. Só vê a doença e não vê as pessoas. Mas **integrado na equipa já tinha a sua vantagem**, porque **aí não se faziam apenas rastreios, mas também era fundamental para a educação da saúde da visão, na equipa de cuidados de saúde primários e saúde escolar**.*

**Moderadora:** Acha que faria sentido na equipa de saúde da visão existir um ortoptista, um enfermeiro e um médico de família?

**Médico:** *Sim, na equipa de saúde escolar sim. Depois deixa de ser estudante, passa a ser trabalhador.*

**Moderadora:** Existe um documento Boas Práticas em Oftalmologia que penso já não estar disponível na página na direção geral de saúde, mas sim na página do instituto Dr. Gama Pinto, onde se encontram uns protocolos de atuação em cuidados de saúde primários, para as diferentes faixas etárias. Esses protocolos após o seu preenchimento seriam dados aos médicos de família e nessa fase já teriam critérios de priorização para a referenciação.

**Médico:** *Sim, mas a ideia é que o ortoptista tem que deixar de ser um técnico, para ser um profissional de saúde, um assistente social, um bocadinho de enfermeiro. Como parte da equipa de saúde escolar, estava a vê-lo não só a fazer os exames, como também a parte da **pedagogia, promoção da saúde, falar das cores, da iluminação nas escolas, dos computadores.***

**Moderadora:** Essas competências estão descritas...

**Médico:** *Sim mas como técnico de saúde, é o pré consulta do médico. Estava a vê-lo mais numa **perspetiva de saúde comunitária, saúde escolar.***

**Moderadora:** O Professor fala muito em saúde escolar, mas e no caso do adulto e idoso?

**Médico:** *Aí não conheço.*

**Moderadora:** Quais os pontos negativos ou desvantagens da participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários de saúde da visão?

**Médico:** *A única é esta, **transformar um tecnocrata de uso de aparelhos e integrá-lo na equipa de saúde.** É o único perigo. Se for um profissional de saúde, no sentido de integrar no aspeto formativo e cultural da saúde da visão e não só de rastreio, isso sim. **Tem que ter uma perspetiva corporativa e não se agarrar ao emprego e querer tudo para ele.***

**Moderadora:** De que forma o Ortoptista poderá constituir-se como apoio ou oportunidade para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários da visão?

**Médico:** *Se o programa tivesse pai e isso implica que seja obrigatoriamente oftalmologista, mas um oftalmologista com perspetivas de saúde pública, o que não é fácil, porque eles são tão pouco e estão mais concentrados na resolução de problemas como as cataratas. Se houvesse um programa organizado e assumido aqui pela direção geral de saúde, com colaboração da saúde escolar, com objetivos claros para a vigilância e a qualidade da saúde da visão, implicava que de forma barata que são os técnicos de ortóptica, integrassem na equipa. Os Ortoptistas ao não passarem receitas, não dão despesa, só tem que receber o ordenado, por isso é bom.*

**Moderadora:** Que aspetos constituem constrangimentos à implementação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão?

**Médico:** *Obstáculos, temos a falta de comprometimento político e o lobby, em que existem vários interesses por parte de vários grupos profissionais que acabam por lucrar com a inexistência de cuidados de saúde primários. E a inexistência de oftalmologistas de saúde pública. Sem o patrocínio do oftalmologista, o ortoptista como técnico de saúde nunca singrará no serviço nacional de saúde.*

**Moderadora:** Mesmo que o ortoptista faça parte da equipa com o enfermeiro e o médico de família e depois reencaminhando os casos para o medico oftalmologista?

**Médico:** *Sim, mas têm que ter um padrinho a mandar. Os oftalmologistas que criaram o programa nacional para a saúde da visão, fizeram-no de forma teórica, nem conseguiram angariar outros oftalmologistas que o seguissem.*

**Moderadora:** Acho que os oftalmologistas em certa parte ignoram o trabalho dos ortoptistas?

**Médico:** *Ignoram e consideram-vos verdadeiros competidores. Até porque em diversos locais privados são eles que fazem o vosso trabalho. Por isso fizeram sempre a indexação de que um exame deve estar ligado a uma consulta, para receberem pelas duas coisas. O que precisávamos era de oftalmologistas com perspetiva de saúde pública que valorizassem o vosso trabalho. Têm medo de perder poder e de certo modo atividade. O Professor Castanheira Dinis, teve um excelente ideia e como oftalmologista de saúde pública não conseguiu que mais ninguém o seguisse. Eu se fosse da vossa área, tinha interesse também no oftalmologista de saúde pública, porque se quiserem fazer algo*

sozinhos nunca passam da cepa torta. **É uma aliança tática. Nunca vos vimos juntos, nunca se juntaram.** A equipa da saúde da visão é constituída de forma hierárquica.

**Moderadora:** E existe oftalmologia de saúde pública?

**Médico:** Existe, partiu da visão do Prof. Castanheira Dinis, uma oftalmologia comunitária, em que o objetivo não é só a doença, mas englobar a prevenção. Mas **há aqui uma luta entre a medicina individual e a medicina social organizada. A medicina social organizada que inevitavelmente tem de ser pública, é encarada pelos profissionais como a versão de saúde "salve-se quem puder" e em que o estado também alinha.**

**Moderadora:** Tendo em conta a sua experiência nos cuidados de saúde primários, quais as competências do ortoptista que são uma mais valia para os cuidados de saúde primários da visão?

**Médico:** Não tenho ideia, mas ele **sabe fazer o diagnóstico mais avançado do que faria um enfermeiro, em termos de avaliação quantificada da saúde da visão e domina algumas técnicas que são usadas atualmente.** Portanto são capazes de fazer um diagnóstico mais preciso e fazer uma melhor seleção dos doentes e ainda uma melhor formação das pessoas no que toca à saúde da visão. Há muito trabalho na saúde da visão que podem e devem fazer. Agora, não o conseguirão fazer sozinhos e muito menos contra.

**Moderadora:** Como pensa que se poderá integrar o ortoptista na equipa de cuidados de saúde primários da visão?

**Médico:** Renovando a política da saúde da visão e defender quadros e formação para os ortoptistas. São técnicos de saúde como outros que já integram o centro de saúde. **Desligar-se do uso de aparelhos de diagnóstico para uma perspetiva mais de saúde comunitária, nas escolas, lares, locais de trabalho, ver condições de iluminação, etc...**

**Moderadora:** Cabe então a cada ortoptista essa integração?

**Médico:** Não, tem de ser protegido senão o fluxo de exames seria exponencial. **Há muita apetência para o vosso trabalho, mas há esta falta de organização.** Os oftalmologistas vivem bem sem ortoptistas, a não ser nos serviços de oftalmologia em que vocês são os escravos. **Os ortoptistas apareceram, mas não convenceram!** Os oftalmologistas, não há

um que não viva da privada e procura individual. Quem vai ao oftalmologista é aquele que o desejar, aquele que marcar a consulta. **Depois há o negocio das óticas, em que o médico diz que tem de mudar de dois em dois anos, não muda nada em termos de graduação, mas tem de mudar de óculos. Teve óculos novos no mês passado e agora teve um principio de catarata, opera-se e muda de óculos outra vez. Quem manda nisto são as óticas, que até têm contratado muito ortoptistas.** Cá estamos nós a vender os óculos.

**Moderadora:** E considerações finais Professor?

**Médico:** Vocês **são uma classe ascendente e já são muitos.** Sabe que o negócio é que comanda a vida e as pessoas na saúde publica pensam para que é que se estão a chatear se as óticas fazem isso tudo. **As pessoas valorizam muito a visão e estão sempre dispostos a pagar.** Há pessoas a fazerem óculos de 700€ e ganham 600€ por mês, a participação do estado é mínima, na ADSE, mais ou menos, mas as pessoas não se privam de ver bem. A crise agora notou-se nas óticas e o numero de óculos vendidos baixou, os oftalmologistas nos seus gabinetes não se queixam, inclusivamente dominam a oferta pública. Só o hospital de S. José chegou a ter 50 oftalmologistas e não produziam o suficiente. É claro que agora com o sistema de picar o ponto, não gostaram muito porque haviam oftalmologistas que no horário de trabalho do público, já estavam nos consultórios privados ou a fazer cirurgias. **Os oftalmologistas não se preocupam muito com a prevenção primária, raramente se preocupam com a prevenção secundária e só se preocupam quando já há doença oftalmológica instalada. A razão social e política da organização dos cuidados, de voltar a recentrar nos serviços de saúde como os centros de saúde, implicava uma mudança radical porque toda a gente está satisfeita com o que tem agora, incluindo o sector da ortóptica. Não se houve falar em ortoptistas desempregados. Se houvessem muitos desempregados era uma pressão externa para a contratação.** Quem é que está interessado na saúde da visão? Quem é que esta interessado em dar emprego publico aos ortoptistas? O que respondem é que não há nenhuma necessidade sentida e manifestada. **Nesta altura de crise, nem sequer admitem a necessidade, porque isso implicaria a necessidade de profissionais também.**

A meu ver isto teria que estar organizado da seguinte forma: **deveria de haver um grupo de pressão importante, teria que ter um oftalmologista com perspetiva de saúde publica, teria que ter um representante da associação dos ortoptistas e teriam que ter capacidade para reinventar o programa nacional para a saúde da visão. Depois fazer pressão na direção geral de saúde. Fazerem conferências. Mas não vejo ainda**

*condições objetivas para haver mudança. Mas a mudança só acontece depois de um trabalho persistente e duradouro.*

*Os técnicos de ortóptica estão ao mesmo nível dos de saúde ambiental e da nutrição. São jovens, já são quase um terço nos hospitais, só não têm é técnicos sénior, líderes, com formação de nível superior. **A liderança técnica passa pelo estudo e pela investigação.** São poucos ou nenhuns os Doutores na vossa área. **Têm que valorizar as vossas teses de mestrado, estudos de base demográfica, estudos de unidades móveis de rastreio. Isso deveria estar tudo publicado e deveria ser apresentado em congressos e reuniões públicas.** Mesmo na escola e na revista da escola, vocês têm que se mostrar mais. E não é para falar da profissão, é para falar da saúde da visão e só no fim é que é importante que seja revelada a formação académica dos autores, até é importante que esses trabalhos sejam patrocinados pelos médicos. E no fim poderem dizer: "vêm como somos necessários"!*

**Moderadora:** Obrigada Professor, pelo seu testemunho.

## APÊNDICE VII

### ENTREVISTA 3 - ENFERMEIRA

**Moderadora:** Agradeço-lhe ter aceite o convite para esta entrevista e para falarmos um pouco sobre os cuidados de saúde primários da visão. Antes de mais vou dar a conhecer os objetivos específicos do estudo, que são:

1. Identificar se a intervenção em cuidados de saúde primários da visão nos ACES é a mais adequada às necessidades da população portuguesa.
2. Determinar quais os pontos fortes e pontos fracos da participação de um Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão.
3. Determinar as oportunidades e constrangimentos da integração do Ortoptista na equipa de saúde dos ACES.
4. Descrever as competências profissionais do Ortoptista no contexto dos cuidados de saúde primários da visão.

Sei que já conseguiu ler o guião que lhe foi enviado previamente e neste sentido gostaria de saber se considera que a atual intervenção em cuidados de saúde primários da visão é a mais adequada às necessidades da população?

**Enfermeira:** *Atualmente os cuidados de saúde primários da visão são quase nulos porque não se aposta na prevenção, normalmente só se atua quando a pessoa já tem queixas do foro oftalmológico e posteriormente são encaminhadas para o médico oftalmologista.*

**Moderadora:** Tem conhecimento de como funciona o exame global de saúde, nomeadamente a avaliação da função visual?

**Enfermeira:** A avaliação da função visual sei que é feita de forma muito básica.

**Moderadora:** Como é feita a avaliação da saúde visual nas diferentes etapas da vida?

**Enfermeira:** *Nos bebés até aos 2/3 anos, fazemos o teste bruckner, hirshberg, avaliação externa do olho e o teste de fixação e perseguição. Na idade escolar medimos a*

*acuidade visual com a escala de snellen, aos 6 anos fazemos o teste Ishiara. Exames que não são feitos nos centros de saúde atenção! Nós temos essa percepção! No adulto e idoso, utilizamos a escala de snellen também para a medição da acuidade visual e fazemos campos visuais por confrontação.*

**Moderadora:** No centro de saúde os enfermeiros não fazem estes testes todos?

**Enfermeira:** *Não, temos essa percepção de que fazemos testes que não estão a ser feitos nos centros de saúde. E nós fazemos porque todos **estes testes foram-nos ensinados após o curso e foram-nos ensinados porque temos uma parceria com a sociedade portuguesa de oftalmologia** e nas nossas unidades de saúde aqui na Santa Casa da Misericórdia fazemos este tipo de testes. Nós criámos também alguns folhetos sobre algumas doenças oftalmológicas, catarata, glaucoma...*

*Inclusivamente fomos tentar fazer uma parceria com a ESTeSL, e colocaram-nos imensos entraves, diziam que não valia a pena irem para a rua fazer testes de acuidade visual porque praticamente toda a gente vê mal. Não se mostraram muito recetivos. E então conseguimos marcar uma reunião com a SPOJovem que adoraram o nosso projeto e desde então que temos feito as ações na comunidade com esta parceria. Deram-nos formação na área da saúde visual.*

**Moderadora:** Os dados dos rastreios visuais que fazem estão publicados?

**Enfermeira:** *Não, não estão publicados. Mas estamos em vias disso, até **nestes últimos meses fomos fazer algumas ações de educação para a saúde, onde falamos da saúde visual, em centros de dia.***

**Moderadora:** A Santa Casa da Misericórdia não tem ortoptistas?

**Enfermeira:** *Não, só tem oftalmologistas e uma ou outra enfermeira de ajuda oftalmológica, que a única coisa que faz é aplicação de gotas e explicar aos utentes como o devem fazer.*

**Moderadora:** A questão é que a Santa Casa não vai a todo o país, portanto estes rastreios são feitos apenas na zona de lisboa?

**Enfermeira:** *Sim já se falou em alargar os rastreios para fora de Lisboa, mas não sei se teremos recursos humanos para isso.*

**Moderadora:** Acha que era importante também haver ortoptista na Santa Casa da Misericórdia?

**Enfermeira:** *Acho que sim, **era importante mesmo para nos acompanhar nas carrinhas, na saúde móvel.***

**Moderadora:** Qual é o hospital de referência para onde enviam os vossos utentes?

**Enfermeira:** *Nós não fazemos referência direta, atenção! Nós fazemos um carta que o utente tem que entregar ao médico de família. Isso é uma das nossas grandes lacunas. A não ser que seja utente da Santa Casa e aí já posso encaminhar para uma das nossas unidade de saúde com oftalmologista.*

**Moderadora:** Acha que era importante libertar-vos a vocês enfermeiros desse trabalho?

**Enfermeira:** *Sim porque os ortoptistas têm mais competências para o fazer. Aquilo que eu sei, não foi do meu curso, foi da formação que tivemos com o Dr. Mário Canastro no âmbito das parcerias. Por isso o ortoptista é essencial. Eu como profissional de saúde não tinha conhecimento de que os ortoptistas estavam nas óticas e que podiam prescrever lentes de correção. Mas **não era nas óticas que os ortoptistas deviam estar, mas sim nos centros de saúde, a fazer esse trabalho de seleção de utentes para o hospital e a prescrever se fosse caso disso** e depois a pessoa iria à ótica tratar de mandar fazer os óculos.*

**Moderadora:** Houve alguma mudança de procedimentos com a implementação do programa nacional para a saúde da visão?

**Enfermeira:** *Confesso que **não tivemos perceção disso. Estamos em 2015 e não se ouviu falar mais disto. Não foi tão divulgado quanto deveria. Há muitas pessoas que nem sequer têm conhecimento desse programa nacional. Deveria de já ter sido avaliado e renovado com outro programa nacional para a saúde da visão. Os profissionais desta área também não se mostraram ativos no sentido de fazer chegar o programa mais longe.***

**Moderadora:** Como é feita atualmente a referência dos utentes do centro de saúde para o hospital, no que diz respeito aos cuidados de saúde primários da visão?

**Enfermeira:** *Na nossa intervenção na comunidade **fazemos a referência com uma carta para o médico de família para que ele faça a referência para o hospital.***

**Moderadora:** Quais são os profissionais de saúde que estão envolvidos nesse processo?

**Enfermeira:** *O enfermeiro e o médico de família.*

**Moderadora:** E qual o critério de priorização que é aplicado na presença de utentes com queixas do foro oftalmológico?

**Enfermeira:** *Na nossa avaliação priorizamos os utentes que nunca foram ao oftalmologista e os que apresentam alterações na acuidade visual ou alterações nos outros testes realizados.*

**Moderadora:** Quais as vantagens da participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários de saúde da visão?

**Enfermeira:** *Penso que seria uma mais valia, visto que é um profissional de saúde que está apto para fazer avaliações mais pormenorizadas da saúde visual e apostar mais na prevenção também junto das populações.*

**Moderadora:** Quais os pontos negativos ou desvantagens da participação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários de saúde da visão?

**Enfermeira:** *Não consigo identificar pontos negativos ou desvantagens. Só teria vantagens. Porque a saúde visual, não são coisas que o médico ou o enfermeiro pense logo numa primeira fase, só quando a pessoa se queixa. As doenças crónicas são sempre tidas mais em consideração, se é hipertenso, se tem colesterol.*

**Moderadora:** De que forma o Ortoptista poderá constituir-se como apoio ou oportunidade para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários da visão?

**Enfermeira:** *O facto de existirem ortoptistas nos cuidados de saúde primários era uma oportunidade para se reduzir o numero de pessoas encaminhadas para o hospital. Possibilitam também um maior investimento na prevenção, nomeadamente na sensibilização para os cuidados de saúde visual.*

**Moderadora:** Que aspetos constituem constrangimentos à implementação do Ortoptista nos cuidados de saúde primários da visão?

**Enfermeira:** *Antes de mais, o investimento financeiro que iria ser necessário fazer para contratação de ortoptistas, depois o espaço físico dos centros de saúde que muitos*

*deles não aguentariam mais uma estrutura desde nível. Ainda ao nível da aquisição de material específico, também seria um investimento a fazer.*

**Moderadora:** Tendo em conta a sua experiência nos cuidados de saúde primários, quais as competências do ortoptista que são uma mais valia para os cuidados de saúde primários da visão?

**Enfermeira:** *O facto do ortoptista conseguir identificar as necessidades em saúde visual numa fase inicial e perceber se é um caso que necessita de ser reencaminhado para o médico oftalmologista ou se apenas necessita de prescrição de lentes de correção e não tem outros problemas associados. Não precisava de ir encher as consultas do hospital. As listas de espera para consultas de oftalmologia são enormes e provavelmente mais de metade das pessoas que são encaminhadas, não teriam essa necessidade se já tivessem sido observadas pelos ortoptistas.*

**Moderadora:** Como pensa que se poderá integrar o ortoptista na equipa de cuidados de saúde primários da visão?

**Enfermeira:** *Penso que o médico de família e ou o enfermeiro poderia encaminhar as situações que achasse relevantes para o ortoptista e este geria as suas próprias consultas.*

**Moderadora:** Quer acrescentar mais alguma coisa?

**Enfermeira:** *O ortoptista a trabalhar nas óticas não é visto como um profissional de saúde. Não podem ser só aquele grupo de técnicos de diagnóstico e terapêutica que estão fechados nos hospitais, têm que dar um passo atrás e virarem-se para a prevenção. Faz-se tudo para a doença, só se pensa na doença e não pode ser. Os próprios utentes não têm conhecimentos suficientes sobre a saúde da visão, percebi isso quando fazemos as perguntas iniciais nos nossos rastreios e eram raros os que conseguiam colaborar nesse sentido, porque não têm conhecimentos para tal. As pessoas não estão sensibilizadas e não têm a saúde visual como prioridade. As pessoas vão vendo, para o dia a dia acham que chega.*

**Moderadora:** Obrigada pela sua disponibilidade e pelo seu testemunho.

## ANEXOS

## ANEXO I

### AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNÇÃO VISUAL 0-2 ANOS

Informação: Enviar cópia para a marcação em Oftalmologia  
Após observação em Oftalmologia enviar informação de retorno

#### AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNÇÃO VISUAL

CRIANÇAS – 0 AOS 2 ANOS

Grupo de Risco:

☐

Identificação do doente

| ANAMNESE                                                                                                |                          | NORMAL                   | NÃO NORMAL               | OBSERVAÇÕES                             |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|------------|
| • História familiar e hereditária                                                                       |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
| • História da gravidez e parto                                                                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
| • História pessoal e desenvolvimento                                                                    | 2 meses:                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
|                                                                                                         | 6 meses:                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
|                                                                                                         | 2 anos:                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
| EXAME OBJECTIVO                                                                                         |                          | NORMAL                   | NÃO NORMAL               | OBSERVAÇÕES                             |            |
| • Pálpebras                                                                                             | 2 meses:                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
|                                                                                                         | 6 meses:                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
|                                                                                                         | 2 anos:                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
| • Exame Ocular Externo                                                                                  | 2 meses:                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
|                                                                                                         | 6 meses:                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
|                                                                                                         | 2 anos:                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
| • Meios Transparentes e reflexo do fundo ocular                                                         | 2 meses:                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
|                                                                                                         | 6 meses:                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
|                                                                                                         | 2 anos:                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
| • Capacidade visual                                                                                     |                          |                          |                          |                                         |            |
| Reflexos fotomotores                                                                                    | 2 meses:                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
|                                                                                                         | 6 meses:                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
|                                                                                                         | 2 anos:                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
| Fixação e perseguição                                                                                   | 6 meses:                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
|                                                                                                         | 2 anos:                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
| Acuidade Visual                                                                                         | 2 anos:                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Não Avaliada - |            |
| • Movimentos Oculares, Visão Binocular e Equilíbrio Oculomotor                                          |                          |                          |                          |                                         |            |
| T. Hirschberg                                                                                           | 6 meses:                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
|                                                                                                         | 2 anos:                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
| Posições do olhar                                                                                       | 6 meses:                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
|                                                                                                         | 2 anos:                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
| Cover Test                                                                                              | 6 meses:                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
|                                                                                                         | 2 anos:                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -                                       |            |
| • Intercorrências em Oftalmologia NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> > Ver verso |                          |                          |                          |                                         |            |
| AVALIAÇÃO                                                                                               |                          |                          |                          |                                         |            |
| Data                                                                                                    | Normal                   | Duvidosa                 | Alterada                 | Seguimento                              | Assinatura |
| 2 meses<br>/ /                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                         |            |
| 6 meses<br>/ /                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                         |            |
| 2 anos<br>/ /                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                         |            |

**INTERCORRÊNCIAS EM OFTALMOLOGIA:**

Data

**OBSERVAÇÕES:**

Data

**INFORMAÇÃO DE RETORNO SOBRE A OBSERVAÇÃO EM OFTALMOLOGIA**  
(Diagnóstico, terapêutica e seguimento)

Identificação Médico/Hospital

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ass.:

## ANEXO II

### AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNÇÃO VISUAL 5-10 ANOS

#### AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNÇÃO VISUAL

CRIANÇAS – 5 / 10 ANOS

Grupo de Risco:

☐ \_\_\_\_\_

Identificação do doente

**ANAMNESE**

|                                      | NORMAL                   | NÃO NORMAL               | OBSERVAÇÕES |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| • História familiar e hereditária    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >           |
| • História da gravidez e parto       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >           |
| • História pessoal e desenvolvimento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >           |

**EXAME OBJECTIVO**

|                                                                                                                                                                                   | NORMAL                   | NÃO NORMAL               | OBSERVAÇÕES                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Pálpebras                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                      |
| • Exame Ocular Externo                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                      |
| • Meios Transparentes e reflexo do fundo ocular                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                      |
| • Capacidade visual                                                                                                                                                               |                          |                          |                                                                                                                        |
| Reflexos fotomotores                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                      |
| Acuidade visual                                                                                                                                                                   |                          |                          | OD OE OU                                                                                                               |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Teste:<br/> "E" Snellen <input type="checkbox"/><br/> <input type="checkbox"/> </div> PL s/ correcção | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | > ____ / 10 ____ / 10 ____ / 10                                                                                        |
| PL c/ óculos                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | > ____ / 10 ____ / 10 ____ / 10                                                                                        |
| PP                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | > ____ / 10 ____ / 10 ____ / 10                                                                                        |
| • Visão cromática (Ishihara)                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                      |
| • Campos visuais (Confrontação)                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                      |
| • Movimentos Oculares, Visão Binocular e Equilíbrio Oculomotor                                                                                                                    |                          |                          |                                                                                                                        |
| T. Hirschberg                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                      |
| Posições do olhar                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                      |
| Cover test                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                      |
| Estereopsia                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                      |
| • Intercorrências em Oftalmologia                                                                                                                                                 | NÃO                      | SIM                      |                                                                                                                        |
| Usa óculos                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desde que idade:<br>Graduação: OD ____ c/ ____ (____)<br>OE ____ c/ ____ (____)<br>Data da receita: ____ / ____ / ____ |
| Outras intercorrências                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | > Ver verso                                                                                                            |

**AVALIAÇÃO**

| Data               | Normal                   | Duvidosa                 | Alterada                 | Seguimento | Assinatura |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|------------|
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |            |

**Informação:** Enviar cópia para a marcação em Oftalmologia  
Após observação em Oftalmologia enviar informação de retorno

1/2

## ANEXO III

### AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNÇÃO VISUAL ADULTO E IDOSO

#### AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNÇÃO VISUAL ADULTO E IDOSO

Identificação do doente

| ANAMNESE                                                 |                             | NÃO                      | SIM                      | OBSERVAÇÕES                                                                                                                                                                                                                    |             |    |                  |                  |                  |                  |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>• História familiar</b>                               |                             |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                |             |    |                  |                  |                  |                  |
| Diabetes                                                 | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | >                        |                                                                                                                                                                                                                                |             |    |                  |                  |                  |                  |
| Catarata                                                 | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | >                        |                                                                                                                                                                                                                                |             |    |                  |                  |                  |                  |
| Glaucoma                                                 | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | >                        |                                                                                                                                                                                                                                |             |    |                  |                  |                  |                  |
| DMRI                                                     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | >                        |                                                                                                                                                                                                                                |             |    |                  |                  |                  |                  |
| Outra patologia                                          | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | >                        |                                                                                                                                                                                                                                |             |    |                  |                  |                  |                  |
| <b>• História pessoal</b>                                |                             |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                |             |    |                  |                  |                  |                  |
| Diabetes                                                 | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | >                        |                                                                                                                                                                                                                                |             |    |                  |                  |                  |                  |
| HTA                                                      | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | >                        |                                                                                                                                                                                                                                |             |    |                  |                  |                  |                  |
| Arteriosclerose                                          | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | >                        |                                                                                                                                                                                                                                |             |    |                  |                  |                  |                  |
| Outra patologia                                          | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | >                        |                                                                                                                                                                                                                                |             |    |                  |                  |                  |                  |
| Hábitos/Medicação de risco Oftalmológico                 | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | >                        |                                                                                                                                                                                                                                |             |    |                  |                  |                  |                  |
| Usa óculos                                               | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | >                        | Desde: Data da receita:                                                                                                                                                                                                        |             |    |                  |                  |                  |                  |
|                                                          | PL <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                        | <table border="1"> <thead> <tr> <th>OD</th> <th>OE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>___ d/ ___ (___)</td> <td>___ d/ ___ (___)</td> </tr> <tr> <td>___ d/ ___ (___)</td> <td>___ d/ ___ (___)</td> </tr> </tbody> </table> | OD          | OE | ___ d/ ___ (___) | ___ d/ ___ (___) | ___ d/ ___ (___) | ___ d/ ___ (___) |
| OD                                                       | OE                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                |             |    |                  |                  |                  |                  |
| ___ d/ ___ (___)                                         | ___ d/ ___ (___)            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                |             |    |                  |                  |                  |                  |
| ___ d/ ___ (___)                                         | ___ d/ ___ (___)            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                |             |    |                  |                  |                  |                  |
|                                                          | PP <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                        |                                                                                                                                                                                                                                |             |    |                  |                  |                  |                  |
| <b>SINAIS E SINTOMAS</b>                                 |                             | NÃO                      | OD                       | OE                                                                                                                                                                                                                             | OBSERVAÇÕES |    |                  |                  |                  |                  |
| • Queixas de Diminuição da Acuidade Visual / Visão Turva | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                                                                                                                              |             |    |                  |                  |                  |                  |
| • Metamorfopsias                                         | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                                                                                                                              |             |    |                  |                  |                  |                  |
| • Diplopia monocular                                     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                                                                                                                              |             |    |                  |                  |                  |                  |
| • Diplopia binocular                                     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                                                                                                                              |             |    |                  |                  |                  |                  |
| • Olho vermelho                                          | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                                                                                                                              |             |    |                  |                  |                  |                  |
| • Dor ocular ou supraciliar                              | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                                                                                                                              |             |    |                  |                  |                  |                  |
| • Halos luminosos                                        | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                                                                                                                              |             |    |                  |                  |                  |                  |
| • Alteração do campo visual                              | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                                                                                                                              |             |    |                  |                  |                  |                  |
| • Alteração da visão das cores                           | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | >                                                                                                                                                                                                                              |             |    |                  |                  |                  |                  |

| EXAME OBJECTIVO                  |                          | Normal                   | OD                       | OE                       | OBSERVAÇÕES |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| • Pálpebras                      |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ✓           |
| • Exame Ocular Externo           |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ✓           |
| • Meios Transparentes            |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ✓           |
| • Fundo Ocular                   |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ✓           |
| Escavação papilar                |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ✓           |
| Área macular                     |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ✓           |
| Periferia                        |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ✓           |
| • Reflexos Pupilares Fotomotores |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ✓           |
| • Equilíbrio Oculomotor          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ✓           |
| • Campos visuais (confrontação)  |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ✓           |
| • Grelha de Amsler               |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ✓           |
| • Acuidade visual                |                          |                          | OD                       | OE                       | OU          |
| PL s/ correcção                  |                          |                          | / 10                     | / 10                     | / 10        |
| PL c/ correcção                  |                          |                          | / 10                     | / 10                     | / 10        |
| PP s/ correcção                  |                          |                          | / 10                     | / 10                     | / 10        |
| PP c/ correcção                  |                          |                          | / 10                     | / 10                     | / 10        |
| • Tonometria                     |                          |                          | mmHg                     | mmHg                     |             |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                 |                          |                          |                          |                          |             |
| Data                             | Normal                   | Duvidosa                 | Alterada                 | Seguimento               | Assinatura  |
|                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |             |

**INFORMAÇÃO DE RETORNO SOBRE A OBSERVAÇÃO EM OFTALMOLOGIA**  
(Diagnóstico, terapêutica e seguimento)

Identificação Médico/Hospital

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_