

ENSV

1. O documento elaborado resulta do **despacho 1696/2018 (DR nº35/2018, Série II, de 15 de fevereiro 2018)**, do então SEAS, que na sequência dos resultados obtidos no projecto piloto do Rastreo de Saúde Visual Infantil, decidiu integrar este e outros projectos, num documento único, capaz de acomodar uma política estruturada de saúde da visão, tendo por pano de fundo o programa do XXI Governo constitucional para a área da saúde.
2. A comissão nomeada para o efeito **integrou nove oftalmologistas** de várias geografias, bem como representantes da DGS, da ACSS, das ARS, da SPMS e ainda um pediatra. O colégio de Especialidade e a Sociedade Portuguesa de Oftalmologia foram representados na comissão, pelos respectivos presidentes.
3. O documento produzido sustenta-se antes de mais nos **princípios legais em vigor para a saúde** (constituição da República e Lei de Bases da saúde), **nos fundamentos filosóficos** plasmados nos documentos dos órgãos institucionais, em linha com os acordos internacionais (Plano Nacional de Saúde – revisão e extensão a 2020), na **Rede Nacional de Referenciação de Especialidade Hospitalar (RNEHR-O)**, e finalmente no **programa político do Governo**, como emana da base VI da lei de bases da saúde.
4. Tendo como base os pressupostos legais, filosóficos e políticos definidos, a estratégia assenta na **identificação das prioridades da saúde visual** e na **análise exaustiva da actual estrutura dos cuidados disponíveis para a visão, no âmbito do SNS**.
5. Nesse contexto foram identificados grandes constrangimentos, que assentam numa **ausência quase absoluta de cuidados primários na área da saúde visual**, excepção feita aos rastreios da ambliopia e da RD;
6. ficou claro na nossa análise a insuficiência de meios humanos (e técnicos) especializados na estrutura global, que presentemente assenta na rede hospitalar; por isso, apesar da melhoria do desempenho dos serviços e do esforço de todos os profissionais nos últimos anos, a pressão da procura resultante do aumento das necessidades populacionais, tende a deteriorar os índices de acessibilidade aos cuidados de saúde visual em Portugal.
7. **A metodologia proposta** assenta na quantificação das insuficiências detetadas e no seu enquadramento com as actuais prioridades de saúde visual, de forma a **propôr grandes linhas programáticas, através da implementação de novas estruturas e de novos projectos, de forma sequencial, dinâmica e adaptável às alterações sociais contínuas**.
8. Esta metodologia suporta-se num sistema de monitorização contínua de eficiência e qualidade, e será apoiada pela melhoria dos sistemas de informação e pela implementação de programas de literacia para a saúde visual.
9. As **PROPOSTAS CONCRETAS** incluem a criação de uma **Plataforma de Cuidados Primários de Saúde Visual nos Centros de Saúde**, garantindo uma política de proximidade com os Médicos de Medicina Geral e Familiar e com as populações.

Esta plataforma assentará em três pilares: (i) Pontos de Rastreio (**PROs**) para rastreio da ambliopia e da retinopatia diabética – únicas patologias com critérios para rastreio sistemático de base populacional; (ii) Pontos de Avaliação Básica em Oftalmologia -**PABOs** - (primeiras consultas e consultas indiferenciadas); (iii) **PIUs-60-GM**, para observação de todas as pessoas que não frequentam regularmente as consultas de oftalmologia; é uma proposta de intervenção em forma de piloto, no sentido de identificar numa idade charneira (60 anos) doentes com Glaucoma ou DMI em fase precoce, ou então factores de risco para essas doenças; são duas doenças que não tendo critério para rastreio sistemático foram identificadas como prioridades para a saúde visual.

10. As restantes propostas prendem-se com a melhoria da funcionalidade da RNEHR-O, e com a sua articulação com outros projectos e orientações da DGS.
11. Articulações com o grupo II e III: novo modelo de Rastreio da RD; distúrbios visuais de causa neurológica; ensino especializado da oftalmologia
12. Articulação com atribuições específicas do grupo III: transplantação de tecidos oculares, glaucoma congénito e catarata congénita, cirurgias diferenciadas com carácter de urgência (descolamento e endoftalmite), investigação
13. Centros de referência: oncologia oftalmológica (melanoma e retinoblastoma) (despacho 11297/2015) e doenças hereditárias do metabolismo
14. Quería aqui particularizar a proposta de criação de Centros de Leitura e Tratamento de Retinopatia da Prematuridade, que entendemos ser da maior importância.
15. As **urgências metropolitanas de oftalmologia** foram também objecto de análise; propusemos uma reformulação da rede, sobretudo para a área metropolitana de Lisboa e para o Algarve.
16. A **uniformização de registo e o desenvolvimento de uma rede de acesso a informação clínica no âmbito do SNS**, são aspectos considerados como estruturantes para uma rede eficiente e modernizada, e são por isso objecto de propostas concretas; felizmente algumas dessas propostas foram aceites e já estão em curso à data em que escrevo este editorial, pondo fim a longos períodos de desesperante inércia.
17. A última proposta plasmada na estratégia, diz respeito à **criação de um Modelo de Governança para a área da saúde visual**; este modelo será da responsabilidade da DGS, em articulação com a ACSS, as ARS, a SPMS e com os profissionais de saúde envolvidos na área da visão, com particular ênfase para os oftalmologistas.
18. **O documento produzido sustenta-se em princípios sólidos de legalidade, da filosofia social e das políticas de governação no âmbito do SNS.**
19. Dizer que a estratégia não cumpre as recomendações da OMS é uma falácia muitas vezes repetidas

20. Como ficou claro o modelo conceptual do plano nacional de saúde está presente ao longo de todo o documento – é preciso dizer que este plano da DGS foi auditado e a provado pela OMS
21. Uma estratégia desenhada no âmbito do serviço publico deve estruturar-se nos recursos existentes no sistema: esses recursos estão balizados pela certificação da ACSS para profissões de saúde e pelo respectivo relatório social
22. Ainda assim a constituição da comissão é uma prerrogativa da DGS e não pode estar condicionada a pressões de grupos sejam eles profissionais ou de outar índole
23. Tem-se afirmado repetidamente o desrespeito pelas recomendações a OMS
24. A OMS o que recomenda é que *“cada estado tome as suas decisões com base nos recursos existentes, nas expectativas sociais e na infraestrutura disponível”*. A alocação de profissionais proposta pela estratégia tem em conta estes princípios em toda a sua plenitude.
25. Em Portugal existem 2,13 oftalmologistas por 20.000 habitantes e o ratio internacional recomendado é de 1 para 20.000
26. A OMS está preocupada com sociedades onde existem 1 para 400.000 ou para 500.000
27. Aí todos os recursos são poucos
28. A OMS diz também que *“os oftalmologistas são o pilar estrutural dos cuidados oftalmológicos médicos e cirúrgicos”*
29. A OMS diz também a existência de optometristas *“não indica desempenho do sistema de saúde e sobretudo não traduz qualidade nas intervenções para reduzir a cegueira evitável”*.
30. A propósito dos contributos:
31. Chegou-nos uma proposta de supressão dos rastreios
32. Em oftalmologia existem 2 doenças que cumprem os critérios definidos pela OMS para rastreio sistemático de base populacional: a ambliopia e a RD
33. Pedir a supressão dos rastreios e a sua substituição por consultas de optometria **NÃO É SEQUER UMA PROPOSTA QUE POSSA SER LEVADA A SÉRIO**; ou está ferida de ignorância profunda ou está ferida de falta de seriedade
34. Foi aqui questionada a razão pela qual não se deveria incluir a avaliação da ambliopia em qualquer momento de vida! A razão é simples: porque a ambliopia deixa sequelas cerebrais irreversíveis se não for diagnosticada em tempo útil.

35. Essa é a razão pela qual estamos a rastrear as crianças de 2 anos, antes mesmo que a ambliopia se desenvolva e os estrabismos se manifestem
36. Nesse sentido tenho afirmado no sentido figurado que este rastreio funciona como se de uma vacina se tratasse
37. A prevenção e o diagnóstico precoce são o grande desígnio de um sistema de saúde evoluído e de grande qualidade como o nosso
38. Quanto à diabetes também não faz sentido; é uma doença altamente complexa que em oftalmologia é tratada em consultas específicas de retina.
39. Entregar patologias que no âmbito do SNS são tratadas de forma altamente especializada a pessoas não diferenciadas seria um **RETROCESSO** enorme na qualidade dos serviços prestados
40. Não são essas as expectativas dos nossos concidadãos
41. Foi-nos também proposto a troca de consultas de oftalmologia por consultas de optometria
42. Imaginem os senhores deputados que o governo de Portugal lhes oferecia todos os anos um automóvel da marca Mercedes de alta cilindrada, e que de repente lhes propunham a troca por um utilitário
43. Alguém aceitaria a troca? Como disse os nossos concidadãos têm uma expectativa elevada relativamente à qualidade do SNS
44. É necessário modificar políticas que levem os médicos a regressar ao SNS; é necessário criar condições para recriar as carreiras médica no SNS; é necessário criar condições para que os jovens médico se sintam atraídos pelo serviço público
45. Esse é um trabalho que em grande medida pode passar pelos senhores deputados
46. Outra proposta inclui a participação dos optometristas na elaboração de normas de orientação clínica em áreas da oftalmologia como a diabetes, a catarata, o glaucoma, a DMI etc. etc.
47. Também não são propostas para levar a sério: primeiro porque esta uma competência da OM definida por lei; e em segundo lugar porque estas matérias são exclusivamente do foro médico especializado.
48. O mesmo direi para as propostas de normas relativamente a patologias de urgência, nalguns casos com afirmações tecnicamente e cientificamente tão ridículas que não merecem ser comentadas
49. Finalmente numa espécie de última confissão vêm propôr uma reformulação curricular dos cursos de optometria

50. Propõem o alargamento do curso de 3 para 5 anos e já agora gostariam de ter um estágio hospitalar onde os oftalmologistas pudessem participar, e onde a OM pudesse definir critérios de idoneidade
51. Sempre diremos que 5 anos é que o estamos a propôr apenas para a especialização em oftalmologia
52. Reconhecem, portanto, claramente as suas insuficiências formativas
53. Isto apesar de repetidamente reclamarem numerosas competências e excelência na formação
54. Mas da proposta dos optometristas percebemos também uma clara intenção de se aproximarem do exercício médico apesar de o não serem
55. Por isso:
56. Não devemos ignorar que existem quase 2.000 optometristas
57. Muitos deles formados em universidades publicas, sob alçada do ministério da educação
58. Outros não.
59. Daí a grande heterogeneidade formativa e a confusão frequentemente associada aos optometristas
60. Em comum têm, contudo, a ausência de formação em saúde
61. Nomeadamente em nenhum dos casos fazem estágios monitorizados por entidade competentes legalmente habilitados para tal
62. A autorregulação em saúde é demasiado perigosa para a saúde publica e por isso deve ser prevenida
63. Será por isso necessário reformular não apenas currículos, mas também locais de formação, idoneidades e mecanismo de controle de competências
64. Só depois poderemos definir competências jurídicas profissionais
65. Só depois poderemos definir um enquadramento jurídico profissional
66. Esse enquadramento no actual quadro legal, só pode em nossa opinião, ser na área dos TDT
67. Mas já existem TDT ortoptistas
68. Por isso falta espaço

69. Como TDT terão de ter a sua autonomia limitada a realização de tarefas que não sejam a última decisão para a saúde dos cidadãos
70. Ou seja, terão de exercer a sua profissão integrada em equipas multidisciplinares de saúde lideradas por um médico especialista
71. Por isso terão de exercer a sua actividade apenas onde essa capacidade de decisão estiver presente
72. Ou seja, nos serviços e consultas de oftalmologia, sejam públicos ou privados ou da área social
73. Finalmente tal como acontece com outros grupos profissionais ligados à saúde, devem estar legalmente impedidos de realizar actos de saúde em estabelecimentos comerciais ou na sua dependência; só assim será possível prevenir a indução artificial de procura e a verticalização de negócio, salvaguardando dessa forma a segurança e o interesse dos cidadãos