



Associação de Profissionais Licenciados de Optometria

Membro do Conselho Consultivo Externo da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior
Membro Fundador da Academia Europeia de Optometria e Óptica (AEOO)
Membro do Conselho Europeu de Optometria e Óptica (ECOO)
Membro do Conselho Mundial de Optometria (WCO)

Doc. 7

Parecer

Prof. Doutor Jorge Miranda

JORGE MIRANDA

DOUTOR EM DIREITO
PROFESSOR CATEDRÁTICO
DA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
E DA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

PARECER

Consulta

Colocação do problema

De acordo com os documentos que pudemos consultar, disponibilizados pela Associação de Profissionais Licenciados de Optometria, o problema da regulamentação da sua atividade é apresentado nos termos que, em síntese, assim se transcrevem:

1. Na Classificação Portuguesa de Atividades Económicas (CAE-Rev.3), elaborada pelo Instituto Nacional de Estatística em harmonia com a Nomenclatura Estatística das Atividades Económicas na Comunidade Europeia, existe um CAE específico para a atividade de Optometria, onde está claramente identificada como uma atividade de saúde humana – CAE 86906 – OUTRAS ATIVIDADES DE SAÚDE HUMANA, N.E., que *“compreende todas as atividades de saúde humana não incluídas nas posições anteriores, nomeadamente, as atividades de fisioterapia, optometria, ortóptica, dietética, hidroterapia, massagem, ginástica médica, terapia (ocupacional, da fala, etc.), quiropodia, homeopatia, acupuntura, hinoterapia, psicologia e atividades similares, exercidas em consultórios privados, nos postos médicos das empresas, escolas, lares, no domicílio ou noutras locais”*.

Conforme a Classificação Portuguesa de Profissões de 2010, secção 2267, a profissão de Optometrista compreende:

- “Medir e analisar a função visual, prescrever meios óticos e exercícios visuais para correção ou compensação;
- Efetuar a análise optométrica, utilizando o equipamento adequado;
- Escolher o meio de compensar as deficiências detetadas;
- Prescrever os meios óticos adequados, óculos e lentes de contacto;
- Enviar para o oftalmologista os pacientes com suspeitas de lesões e casos patológicos;

- Aplicar técnicas para correção e recuperação de desequilíbrios motores do globo ocular, da visão binocular, estrabismo e paralisias oculomotoras;
- Prescrever e ensinar os doentes a fortificar os músculos dos olhos e coordenar e convergir os eixos visuais dos dois olhos;
- Efetuar exames de perimetria, tonometria, tonografia, adaptometria, visão de cores, eletro-oculografia e fotografia dos olhos a curta distância;
- Registrar dados obtidos nos vários exames numa ficha individual de observação;
- Incluir, nomeadamente, ortóptico.”

2. Portugal, como é amplamente conhecido e divulgado, tem uma lista de espera para acesso à primeira consulta de Oftalmologia extremamente extensa, embora com a afluência dos utentes aos serviços de optometria em mais de 1 milhão de consultas/ano, a lista de espera pudesse ser maior. Na maioria das vezes, os utentes que fazem requisição a uma primeira consulta de oftalmologia, em muitos dos casos não seria necessário que fossem observados de facto por esta especialidade médico-cirúrgica, uma vez que poderiam ser observados pelo Optometrista, o qual com o seu julgamento clínico decidiria quais os utentes que deveriam ser encaminhados para a especialidade de oftalmologia. Neste sentido, o optometrista deveria funcionar como a porta de entrada no sistema de saúde, deixando outros profissionais livres para outras tarefas que apenas eles podem desempenhar.

A profissão de Optometrista afirma-se assim como uma profissão essencial na melhoria das condições da saúde visual pública e do próprio funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

3. No sentido de clarificar a distinção existente entre os vários tipos de serviços prestados no referente à saúde ocular, a Comissão Europeia é clara, ao indicar que “as profissões de optometrista e prescriptor oftálmico não devem ser confundidas com a profissão de oftalmologista médico especialista”.

4. Desde há vinte e cinco anos existe um curso superior de Optometria, em duas Universidades públicas, a da Beira Interior e a do Minho, e com o grau académico máximo de doutoramento.

Até ao final do ano letivo de 2005/2006 ambas as licenciaturas tinham no seu currículo a realização de estágio profissional para conclusão da licenciatura.

A partir do ano letivo de 2006/2007 a Universidade da Beira Interior efetuou uma revisão curricular com vista a atingir as metas do processo de Bolonha, ficando o 1º ciclo composto por 3 anos sem inclusão de estágio e o 2º ciclo composto por 2 anos, sendo que no 2º ano deste ciclo pode o aluno optar por realizar estágio profissional ou dissertação para obter o grau de Mestre.

Na Universidade do Minho o currículo adequado a Bolonha entrou em funcionamento no ano letivo de 2009/2010 ficando o 1º ciclo composto por 3 anos sem inclusão de estágio e o 2º ciclo composto por 2 anos, não estando também previsto o estágio para obter o grau de Mestre. Desta forma, a Associação de Profissionais Licenciados de Optometria, a partir do final do ano letivo 2006/2007 passou a organizar Estágios Profissionais destinados aos alunos que tenham concluído o 1º Ciclo ou que, não tendo realizado estágio tutelado pela Universidade, tenham concluído o 2º Ciclo do plano de estudos, de modo a um desempenho autónomo da profissão de optometrista. Este estágio organizado pela Associação, tem regulamento próprio, é orientado por profissional licenciado e é supervisionado por comissão criada para o efeito, sendo esta composta por profissionais experientes.

Desde o ano letivo 1992/93, ano em que saíram os primeiros licenciados das Universidades, até ao ano letivo de 2015/2016 foram formados 1563 licenciados.

É ainda possível registar o recurso a profissionais de Optometria por parte de duas Administrações Regionais de Saúde – ARS Norte e ARS Centro – para a aplicação no terreno do seu Programa de Rastreio de Retinopatia Diabética. A ARS Norte recorre aos Optometristas do CHTMAD, tanto nas instalações do próprio Centro Hospitalar como nas ACES/USF da região, para que o Programa de Rastreio seja efetuado e a ARS Centro recorre aos Serviços Optométricos da UBI Medical para onde as ACES/USF regionais referenciam os utentes.

Este exemplo é de facto revelador do potencial do Optometrista e da sua inserção em equipas multidisciplinares.

5. O Optometrista em Portugal é um profissional cujo exercício não está ainda regulamentado pelo Estado, quer direta quer indiretamente por via de uma Ordem.

No entanto, apesar de não existir diploma legal de regulamentação da profissão e do exercício profissional, existe um reconhecimento implícito da profissão e do seu papel na saúde visual. Nomeadamente pelo reconhecimento da existência e validade da prescrição optométrica como meio de prescrição de ajudas ópticas. Esse reconhecimento está patente no código do IRS, o qual desde 1991 reconhece a prescrição optométrica como justificativo de uma despesa de saúde, por circular interna. Tendo este documento emanado de um organismo do Estado (do Governo, até), o seu efeito prático consiste no reconhecimento da qualificação do profissional para prescrever estes meios terapêuticos.

Existem outros organismos dependentes do Estado como os subsistemas públicos de saúde ADSE, ADM, SAD/PSP, SAD/GNR, SSMJ e outras entidades que procedem exatamente da mesma forma. Aliás, são cada vez menos os sistemas de saúde públicos ou privados que não aceitam a prescrição dos membros da Associação. Existem atualmente alguns organismos que compartilham o valor da consulta de Optometria pago pelos pacientes.

6. Segundo parecer da própria Entidade Reguladora da Saúde (ERS) aprovado em reunião de Conselho Diretivo de 3 de julho de 2013, não obstante a ausência de regulamentação da profissão, “as atividades desenvolvidas por outros licenciados em áreas da Saúde”, nomeadamente (...) Optometristas”, “integram o âmbito da prestação de cuidados de saúde””.

7. Foi entendimento generalizado e continuado da Autoridade Tributária até ao momento, por instrução direta e inequívoca dos funcionários dos Serviços de Finanças, que a atividade de optometria se enquadrava na atividade de “Outros técnicos

paramédicos” correspondente ao código 5019 da tabela de atividades do artigo 151.º do Código do IRS, usufruindo da isenção prevista no artigo 9.º do Código do IVA, por reconhecer o carácter de profissão de saúde e pela ausência de identificação clara da categoria onde se enquadrar.

A atividade de optometria é reconhecida pela Autoridade Tributária como profissão de saúde pela aceitação de prescrição optométrica como justificativo de despesas de saúde para efeitos de IRS, conforme consta do Ofício-Circular n.º 2/97, de 20 de fevereiro: “atendendo a que a prescrição de meios de correcção visual pode legalmente ser efetuada por optometristas e que as correspondentes despesas são suscetíveis de comparticipação pelos subsistemas de saúde, nada obsta à aceitação destes encargos, para o efeito e nos termos do disposto nas alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 55.º Código do IRS, desde que comprovados mediante a exibição do original da prescrição, datada e assinada por optometrista legalmente habilitado ao exercício da profissão, acompanhada por factura-recibo com discriminação do meio de correção adquirido” à luz da doutrina estabelecida pela Circular n.º 26/91, de 31 de dezembro, que “elencas, no ponto 3, um conjunto de encargos genericamente aceites como abrangidos pelo conceito de despesas de saúde, desde que relativos a serviços prescritos ou prestados por médicos ou profissionais de saúde”.

8. A profissão de optometria é reconhecida pelo IEFP do Ministério do Emprego e da Segurança Social e consta da Classificação Nacional das Profissões no Grande Grupo 3 respeitante a técnicos e profissionais de nível intermédio, no Sub Grande Grupo 3.2 de “Profissionais de nível intermédio das ciências da vida e da saúde”, no Sub Grupo 3.2.2 como “Profissionais Técnicos da Medicina – à exceção dos Enfermeiros”, e constando do Grupo Base 3.2.2.4 como “Optometristas e Ópticos”.

9. Um dos maiores problemas do Optometrista em Portugal é que o seu exercício deveria ser controlado, tanto ao nível do acesso ao título profissional como ao da sua prática clínica, mediante regulamentação específica, sob pena de acederem ao seu exercício pessoas cujo perfil formativo e científico e cuja ética e deontologia não

sirvam os legítimos interesses dos pacientes. Assim, a necessidade de regulação da optometria não se deve na essência à defesa dos interesses dos profissionais mas sim à dos interesses e direitos dos pacientes.

O aumento do número de Optometristas que, autonomamente, prestam serviços de saúde visual e o conseqüente aumento da população que procura estes cuidados visuais, torna essencial a definição legislativa do perfil do Optometrista. O facto de os Optometristas Licenciados serem, de facto, o maior grupo profissional que atua na área dos cuidados visuais, torna imperativo que o Estado e as suas instituições atentem para a regulação desta atividade profissional. Por outro lado, a existência de outras profissões confluentes na mesma área torna essencial a definição das competências do Optometrista.

10. A Assembleia da República recomendou ao Governo, em 31 de maio de 2013, através da Resolução n.º 92/2013, que regulamentasse no prazo máximo de seis meses, o exercício da profissão de optometrista, por considerar que a mesma responde a “cuidados primários de saúde visual”.

Esta Resolução teve por base o projeto de resolução de Lei 668/XII, que referia explicitamente que: “Considerando que o optometrista é um ‘especialista dos cuidados primários de saúde visual, que pratica Optometria e que fornece cuidados extensivos em visão e sistema visual, que inclui refração e prescrição, deteção/diagnóstico e acompanhamento/tratamento de doenças oculares e a reabilitação/tratamento de condições do sistema visual’, cuja profissão, atualmente, já se encontra regulada na quase totalidade dos países da União Europeia, nomeadamente, Espanha, Itália, França, Alemanha, Inglaterra, Bélgica, Holanda, Áustria, Suécia Polónia, Dinamarca, Grécia e também na Suíça, compreende-se igualmente pertinente a regulação deste sector profissional”.

11. No entanto, e apesar de ter sido apresentada pela Associação de Profissionais Licenciados de Optometria uma queixa ao Provedor de Justiça, para que a questão seja devidamente equacionada, a inércia legislativa continua até hoje.

Parecer

I

1. A atividade de Optometrista é, pois, uma atividade ligada à prestação de cuidados de saúde, sem que o legislador tenha até agora intervindo para a disciplinar, prescrevendo os direitos e os deveres dos mais de mil profissionais que a exercem, distinguindo-a de outras atividades aparentemente próximas ou afins e, com isso, garantindo também os direitos dos cidadãos que a eles recorrem.

Como se lê noutro texto que a Associação de Profissionais Licenciados de Optometria nos fez chegar, a inexistência de regulamentação tem ainda a perversão de impedir a efetiva fiscalização da atividade de Optometrista no que respeita à deontologia e boas práticas, não só pela impossibilidade de identificar se as pessoas estão perante um Optometrista ou perante um pseudo-Optometrista, mas também porque a ausência de definição das suas competências não permite agir em conformidade, quando exista exercício condenável pelo Optometrista.

2. Esta inércia legislativa envolve uma verdadeira inconstitucionalidade por omissão em face do art. 64º da Constituição porque se traduz no incumprimento por parte do Estado das incumbências de “promover a melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho” [nº 2, alínea *b*)] e “de garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e cuidados de saúde” [nº 3, alínea *b*)].

O direito à proteção da saúde ocupa um lugar proeminente dentro dos direitos sociais, aqueles direitos que, num Estado de Direito democrático como o nosso (art. 2º da Constituição) se propõem realizar o desenvolvimento de todas as potencialidades de

todas as pessoas, em liberdade e em solidariedade¹. Ora, a saúde visual, dependente em tantos casos do saber e da experiência do Optometrista, é essencial para a qualidade e para a própria normalidade da vida das pessoas. A falta de lei significa menosprezo por esta verificação quase se diria elementar.

Por outro lado, se o carácter geral do serviço nacional de saúde [nº 2, alínea b)] tem em vista assegurar a todos a prestação de diversos tipos de condições necessários à proteção da saúde, de forma a garantir-lhes uma proteção global², este princípio não se circunscreve a esse serviço. Vale, sim, para todos os diversos domínios e formas de efetivação do art. 64º; e, por isso, deixar uma área tão importante como a Optometria apenas objeto de medidas avulsas ou *ad hoc* representa uma inadmissível desconsideração de sistema constitucional.

¹Cfr. JORGE MIRANDA, *Direitos Fundamentais*, Coimbra, 2016, págs. 118 e segs., e Autores citados.

²RUI MEDEIROS, anotação em JORGE MIRANDA e RUI MEDEIROS, *Constituição Portuguesa Anotada*, I, 2ª ed., Coimbra, 2010, pág. 1312.

Sobre o direito à proteção da saúde, v. ainda, por exemplo, ANTÓNIO MARQUES DOS SANTOS *et alii*, *Direito da Saúde e da Bioética*, 1996; JOÃO CARLOS LOUREIRO, *Direito à (proteção da) saúde*, in *Estudos em homenagem ao Prof. Doutor Marcello Caetano no centenário do seu nascimento*, obra coletiva, I, Coimbra, 2006, págs. 657 e segs.; J. J. GOMES CANOTILHO e VITAL MOREIRA, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, I, 4ª ed., Coimbra, 2010, págs. 825 e segs.

II

3. A existência de omissões juridicamente relevantes é um fenómeno que se encontra nas mais diversas áreas jurídicas. Ela verifica-se sempre que, perante uma obrigação de *facere*, e mandando, direta ou indiretamente, a norma reguladora de certa relação ou situação praticar certo ato ou certa atividade nas condições que estabelece, o destinatário não o faça, não o faça nos termos exigidos, não o faça em tempo útil, e a esse comportamento se liguem consequências mais ou menos gravosas.

Entre todas as omissões, sobressaem as omissões legislativas, devido à relação imediata do legislador com a Constituição. A aplicabilidade imediata das normas constitucionais, particularmente das consagradoras de direitos fundamentais (art. 18.º, n.º 1) não dispensa a intervenção conformadora do legislador, no respeito do seu conteúdo essencial e no âmbito da alternância democrática³.

4. Por omissão entende-se a falta de medidas legislativas necessárias, falta esta que pode ser *total* ou *parcial*. A violação da Constituição provém umas vezes da completa passividade do legislador e outras vezes da sua deficiente atividade, competindo ao órgão de fiscalização pronunciar-se sobre a adequação da norma legal à norma constitucional.

Pode não ser indiferente, para o efeito, que se trate de omissão *institucional* (relativa a uma instituição ou a um órgão criado pela Constituição ou a um regime procedimental) ou de omissão *não institucional* (relativa a um direito fundamental ou a uma incumbência do Estado).

³Cfr. o *Manual de Direito Constitucional*, VI, 4ª ed., Coimbra, 2013, págs. 364 e segs., com muita doutrina e jurisprudência citadas.

Como quer que seja, a falta de medidas legislativas há de ser sempre atual, e não eventual. Nada autoriza o órgão de fiscalização a operar qualquer juízo de prognose sobre a situação em que, no futuro, pode vir a deparar-se a realização desta ou daquela norma constitucional.

5. A experiência histórica mostra que são coisas diferentes a proclamação do princípio da igualdade e a sua aceitação e aplicação prática; ou a consagração constitucional e a realização legislativa; e o esforço legislativo vai-se traduzindo na eliminação ou redução de sucessivas desigualdades e na extensão de novos benefícios; senão, ocorre inconstitucionalidade por omissão.

Um segundo campo contende com os direitos de liberdade, os quais, embora essencialmente direitos de agir, têm a sua contrapartida num dever geral de respeito pelas entidades públicas e privadas. Não apenas num dever de respeito pelo Estado. Também num dever de proteção, no contexto da ordem constitucional democrática (art. 19.º, n.º 2) ou da ordem pública numa sociedade democrática (art. 29.º, n.º 2 da Declaração Universal dos Direitos do Homem), que pode implicar prestações positivas por via legislativa.

Um terceiro e, porventura, mais relevante é o dos direitos sociais, consagrados em normas programáticas que prescrevem incumbências do Estado em conexão com fatores institucionais, sociais e económicos-financeiros [v. arts. 9º, alínea *d*), 53º e 58º e segs. da Constituição].

6. Antes de mais, somente é de ter por relevante o não cumprimento da Constituição que se manifeste através do não cumprimento de uma das suas normas, devidamente individualizada.

A inconstitucionalidade por omissão – tal como a inconstitucionalidade por ação – não se afere em face do sistema constitucional em bloco. A violação é aferida olhando a uma norma violada, e não ao conjunto de regras e princípios. Se assim não fosse, o juízo de inconstitucionalidade seria indefinido, fluido e dominado por considerações extrajurídicas e o órgão de garantia poderia ficar remetido ao arbítrio ou à paralisia.

Conforme aduz o Tribunal Constitucional, a intervenção do legislador não se reconduz aqui ao «dever» que impende sobre o órgão ou órgãos de soberania para tanto competentes de acudir às necessidades «gerais» de legislação que se façam sentir na comunidade jurídica (isto é, não se reconduz ao «dever geral» de legislar), mas é antes algo que deriva de uma específica e concreta incumbência ou encargo constitucional (*Verfassungsauftrag*). Por outro lado, trata-se de uma incumbência ou «imposição» não só claramente definida quanto ao seu sentido e alcance, sem deixar ao legislador qualquer margem de liberdade quanto à sua própria decisão de intervir (isto é quanto ao *an* da legislação) – em tais termos que se pode bem falar, na hipótese, de uma verdadeira «ordem de legislar» – como o seu cumprimento fica satisfeito logo que uma vez emitidas (assim pode dizer-se) as correspondentes normas⁴.

7. O juízo da inconstitucionalidade por omissão traduz-se num juízo sobre o tempo em que deveria ser produzida a lei: nenhuma omissão pode ser descrita em abstrato, mas somente em concreto, balizada entre determinados eventos, estes de sinal positivo.

A ausência ou a insuficiência da norma legal não pode ser separada de determinado tempo histórico, assinalado pela necessidade de produção legislativa e cuja duração, maior ou menor, ou será prefixada pela própria Constituição ou dependente da natureza das coisas (ou seja, da natureza da norma constitucional confrontada com as situações da vida, inclusive a situação que, à sua margem ou contra ela, esteja, por ação, o legislador ordinário a criar).

O significado último da inconstitucionalidade por omissão consiste no afastamento, por omissão, por parte do legislador ordinário, dos critérios e valores da norma constitucional em causa; e esse afastamento só pode ser reconhecido no tempo concreto em que um e outro se movam.

⁴Acórdão n.º 276/89, de 28 de fevereiro, in *Diário da República*, 2.ª série, de 12 de junho de 1989.

III

8. De entre os documentos enviados pela Associação de Profissionais Licenciados de Optometria consta, em espírito construtivo, a proposta, que permitiria ultrapassar o vazio legislativo, de criação de uma Ordem de Optometristas.

É essa solução que subscrevemos, por ser a que melhor atende às necessidades de regulamentação atrás demonstradas e por vir na esteira do fenómeno das ordens profissionais já antiga e tão intensificada nos últimos anos em Portugal.

9. As ordens profissionais situam-se no âmbito das associações públicas, que são associações submetidas a um regime específico de Direito administrativo e, portanto, distintas das associações em geral por prosseguirem o interesse público e estarem dotadas dos necessários poderes jurídico-administrativos.

As ordens (e as câmaras de profissionais) são as mais importantes das associações públicas. Outras, com base e estruturas muito variáveis, vêm a ser as Academias (das Ciências de Lisboa, Portuguesa da História, Nacional de Belas Artes e de Marinha), a Cruz Vermelha Portuguesa, as associações e federações de municípios, as associações de freguesias ou as associações de beneficiários de obras hidroagrícolas.

O cerne do conceito reside na dialética que ocorre entre a associação e o regime administrativo; entre o elemento pessoal (nas associações de autarquias locais, de pessoas coletivas) do substrato e o elemento institucional das atribuições; entre um conteúdo essencial ou mínimo de liberdade, senão na formação, pelo menos no governo da associação, e a constante referência ao bem público.

Estamos diante de realidades sociologicamente distintas do Estado-comunidade, que o Estado-poder configura como entidades administrativas dotadas de elevado grau de autonomia. Nelas avultam interesses sociais (ou, de outro ângulo, interesses públicos) diferenciados e entrelaçam-se descentralização e pluralismo social e democracia participativa. Daí enquadrarem-se na *Administração autónoma*, sujeita

apenas a tutela e não a direção ou superintendência do Governo [art. 199º, alínea d), *in fine* da Constituição]⁵.

10. Ao contrário das demais associações públicas, os colégios ou ordens profissionais remontam ao século XIX ou aos inícios do século XX. Presentes em muitos países da Europa e de fora da Europa, tiveram, entre nós, um desenvolvimento incipiente durante décadas: a primeira ordem, a dos Advogados, remonta a 1926 e antes de 1974, além dela, somente havia a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Engenheiros.

A Constituição de 1976 não previu, no seu texto originário, as associações públicas e, por isso, houve quem, apelando para o princípio da liberdade de associação (art. 46º), contestasse a existência de ordens. A Comissão Constitucional, nos pareceres nºs 1/78 e 2/78, de 3 e 5 de janeiro de 1978⁶, demonstraria, com argumentos

⁵Sobre associações públicas em obras gerais, cfr. MÁRIO ESTEVES DE OLIVEIRA, *Direito Administrativo*, I, Coimbra, 1990, págs. 184 e segs.; SÉRVULO CORREIA, *Noções de Direito Administrativo*, I, Lisboa, 1982, págs. 145 e segs.; JOÃO CAUPERS, *Introdução do Direito Administrativo*, Lisboa, 2013, págs. 136 e segs.; MARCELO REBELO DE SOUSA, *Lições de Direito Administrativo*, I, 4ª ed., Coimbra, 2015, págs. 363 e segs.; DIOGO FREITAS DO AMARAL, *Curso de Direito Administrativo*, I, 4ª ed., Coimbra, 2015, págs. 363 e segs.

Especificamente, JORGE MIRANDA, *As associações públicas no Direito português*, in *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa*, 1986, págs. 57 e segs.; JAIME VALLE, *Associações públicas e dever de voto*, in *XX aniversário do Provedor de Justiça – Estudos*, obra coletiva, Lisboa, 1995, págs. 85 e segs.; VITAL MOREIRA, *Administração autónoma e associações públicas*, Coimbra, 1997; JOÃO PACHECO DE AMORIM, *Associações públicas e liberdade de associação*, in *Estudos em homenagem ao Prof. Doutor Sérvulo Correia*, obra coletiva, I, Coimbra, 2010, págs. 345 e segs.

E sobre ordens profissionais, ROGÉRIO SOARES, *A Ordem dos Advogados, uma corporação pública*, in *Revista de Legislação e de Jurisprudência*, nº 3807, 3809 e 3810; JORGE MIRANDA, *As associações públicas ...*, cit., loc. cit., págs. 161 e segs., 225 e segs. e 267 e segs., respetivamente; VITAL MOREIRA, *Auto-regulação profissional e administração pública*, Coimbra, 1997, *maxime* págs. 287 e segs. e *Administração autónoma ...*, cit., págs. 403 e segs.

Cfr. também as anotações ao art. 267º da Constituição de LUÍS FÁBRICA e JOANA COLAÇO, em JORGE MIRANDA e RUI MEDEIROS, *Constituição Portuguesa Anotada*, III, Coimbra, 2007, págs. 587 e segs.; e de J. J. GOMES CANOTILHO e VITAL MOREIRA, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, II, 4ª ed., Coimbra, 2010, págs. 811 e segs.

⁶*Pareceres da Comissão Constitucional*, 4º volume, págs. 131 e segs. e 151 e segs.

convincentes, que tal não se justificava e que, pelo contrário, e bem diferentemente do regime autoritário da Constituição de 1933, as ordens profissionais tinham plena congruência com os princípios do Estado de Direito democrático e que eram realidades distintas das associações de Direito privado.

Como se lia no segundo desses pareceres⁷, “uma estruturação integral das actividades profissionais em termos de organismos representativos, únicos para cada categoria, e dotados de poderes de autoridade, seria incompatível com tais princípios por acarretar a rigidificação da situação económico-social, por não ser possível sem ser determinada e orientada pelo Estado e por poder colidir com o princípio da liberdade sindical. Mas ainda quando não se descortinasse tão profunda incompatibilidade, dificilmente essa estruturação teria correspondência no país e nas circunstâncias em que a Constituição se deve aplicar. Sociedade em mudança acelerada, com imperiosas exigências de justiça, inovação e desenvolvimento, o enquadramento corporativo seria repellido pela realidade constitucional.

“Estas considerações obstam, em absoluto, à adopção de esquemas análogos para certos efeitos nos parâmetros e nos limites da nova Constituição democrática, relativamente a algumas, e só algumas profissões, com características especiais? Julga-se que não obstam; e pode mesmo entender-se que, à semelhança do que sucede noutros países europeus, a adopção de esquemas de representação e auto-regulamentação corporativa – não há que ter medo às palavras – nada terá que ver com o corporativismo como concepção jurídica, social e política.

“Há, com efeito, profissões que apresentam como traços distintivos um elevado grau de formação científica e técnica, regras de exercício ou de prática de actos extremamente relevantes e exigentes, necessidade de confiança pública ou social tão marcada que se torna indispensável uma disciplina capaz de abranger todos os profissionais, traduziria não apenas em normas técnicas e deontológicas mas também em verdadeiras normas jurídicas. Estas regras tenderão a ser elaboradas pelos próprios

⁷Cit., págs. 171 e segs.

profissionais quando a especialidade de formação se faça acompanhar de autonomia técnica, intensidade de relações profissionais e espírito de corporação.

“Com representação e auto-regulamentação corporativa não se trata então de qualquer espécie de participação de organismos representativos na vida política ou na realização de interesses económico-sociais; trata-se da participação dos membros de certa classe profissional na definição e na observância das regras específicas que lhes dizem respeito, através de organismos para tanto investidos de poderes de autoridade pelo Estado. E ela bem pode fundar-se na ideia de que, numa sociedade aberta, com diversificação e concorrência de interesses e de forças, mais eficaz virá a ser uma regulamentação *autónoma* do que uma regulamentação heterónoma, por se revestir de maior consciência de obrigatoriedade para os seus destinatários.”

De resto (continuava o parecer), o art. 6º da Constituição proclamava o respeito pelo Estado do princípio de descentralização democrática da Administração pública e o art. 268º prescrevia que a Administração pública seria estruturada de modo a aproximar os serviços das populações e a assegurar a participação dos interessados na sua gestão efetiva. Era o repúdio de uma conceção estatista e burocrática em favor de um pluralismo social e de auto-organização. Em vez de serem os Ministérios competentes a dirigir, seriam os profissionais, integrados, apesar disso, na Administração a velar pelo interesse público.

11. No entanto, a Comissão Constitucional não deixou de formular limites a que tinham de estar sujeitas as ordens profissionais⁸:

- 1) Garantia da liberdade de associação (art. 46.º), pela não assunção ou não assunção exclusiva de finalidades ou funções para além das que são específicas da Ordem;

⁸Cit., págs. 174 e 175.

- 2) Não assunção, nomeadamente, de finalidades ou funções reservadas às associações sindicais (art. 57.º);
- 3) Conjugação da Ordem dos Médicos (porque era esta ordem que estava em causa) com a incumbência constitucional do Estado de assegurar o direito à proteção da saúde (art. 64.º);
- 4) Liberdade e igualdade no acesso à profissão, não podendo ser criados privilégios, discriminações ou restrições (art. 13.º), que impedissem a livre escolha da profissão médica (art. 51.º, n.º 3);
- 5) Garantia dos direitos dos interessados que pudessem ser atingidos por decisões dos órgãos da Ordem, por a todos os cidadãos ser assegurado o acesso aos tribunais para defesa dos seus direitos (art. 20.º, n.º 1);
- 6) Democracia interna, em coerência com o artigo 6.º da Constituição e em paralelo com as associações de cuja organização interna a Constituição cura (nomeadamente arts. 55.º, n.ºs 2 e 3, 57.º, n.º 3, e 265.º).

12. As dúvidas desapareceriam com a primeira revisão constitucional, que expressamente consagrou as associações públicas no agora art. 267.º, n.º 4, dentro de três parâmetros:

- 1º) As associações públicas só podem ser constituídas para a satisfação de necessidades específicas;
- 2º) Não podem exercer funções próprias das associações sindicais;
- 3º) Têm organização interna baseada no respeito dos direitos dos seus membros e na formação democrática dos seus órgãos.

Sobre o primeiro princípio, LUÍS SOUSA DA FÁBRICA e JOANA COLAÇO, divisam nele, entre outras exigências: que uma associação pública não pode visar a generalidade, ou um conjunto muito amplo, dos interesses de um conjunto delimitado de sujeitos, sem potencial subtração, de forma a deixar espaço para o exercício multifuncional da liberdade de associação; que esse grupo, e apenas ele, partilhe um interesse próprio, ou

um conjunto restrito de interesses próprios, conexos entre si; que esse interesse ou interesses assumam natureza pública, segundo um juízo político-legislativo; que esses requisitos sejam interpretados e aplicados em termos restritivos, de modo a que a criação de associações públicas apenas ocorra em casos muito limitados, quando a auto-administração seja inequivocamente a forma organizativa adequada para a realização de uma tarefa pública⁹.

J. J. GOMES CANOTILHO e VITAL MOREIRA falam mesmo num *princípio de excecionalidade*: não é livre a criação de associações públicas, devendo ela ser necessária para satisfazer uma necessidade pública caracterizada; trata-se de uma simples concretização do princípio da necessidade, próprio do regime dos direitos, liberdades e garantias (art. 18º, nº 2), visto que as associações públicas implicam sempre restrições ou desvios a um ou a mais aspetos de liberdade de associação (art. 46º)¹⁰.

Por nós, não iríamos tão longe, atendendo à variedade de associações públicas, embora também perfilhemos a preocupação, no tocante às ordens, de, em caso algum, se correr o risco de atentar contra a liberdade dos profissionais.

13. A obrigatoriedade de inscrição não decorre de nenhum princípio corporativo. Decorre, antes e apenas, do interesse público que leva (nos ordenamentos continentais, não já nos anglo-saxónicos) à conformação publicística da profissão e que, em nome de um postulado de descentralização e de divisão de poder, a faz revestir de uma estrutura associativa¹¹.

⁹Anotação, cit., loc. cit., págs. 588-589.

¹⁰Op. cit., II, pág. 812.

¹¹Seguimos, aqui, no essencial, o nosso estudo já citado *As associações públicas no Direito português*.

Quais sejam as profissões a enquadrar sob essa forma não parece nada fácil dizê-lo, ou dizê-lo *a priori*.

É usual vincular tal forma às profissões *liberais* (contrapostas quer às profissões comerciais, quer ao trabalho subordinado, quer à função pública). Contudo, se isso ainda poderia admitir-se há algumas décadas, nos nossos dias e em Portugal essa conexão revela-se, de todo em todo, insatisfatória.

Julgamos preferível reportar as associações públicas às profissões *livres* como profissões cujo exercício implica a liberdade individual e coletiva ligada ao domínio de uma ciência ou de uma técnica especialmente qualificada (este o sentido a que se referem escritores tão diversos como TALCOTT PERSONS, RENÉ SAVATIER ou ALESSANDRO CATELANI e, em Portugal, ADRIANO MOREIRA, e de que não andaria, por sinal, muito distante o art. 40.º do Estatuto do Trabalho Nacional de 1933).

O ponto de partida essencial é (como afirma outro autor, FRANCO LEVI) o *favor libertatis*, o qual traz consigo uma exigência de máxima responsabilidade. A autonomia científica e técnica implica regras deontológicas, que se convertem em regras jurídicas, e implica uma disciplina que, para se manter e ser eficaz, tem de abranger todos os profissionais.

Ou ainda, vistas as coisas doutro prisma: há uma exigência de confiança social a que o Estado responde manifestando confiança na autoorganização dos respetivos profissionais e, simultaneamente, decretando o dever (ou ónus) de cada um integrar para poder exercer a profissão.

Para os profissionais colegiados não se trata apenas de um dever (ou ónus) de inscrição. Trata-se também de um verdadeiro direito.

Eis duas faces da mesma realidade – a obrigação (ou o ónus) e o direito – visto que, se para se poder desenvolver licitamente a atividade profissional é preciso estar inscrito na ordem ou câmara, em compensação todo aquele que reúna as condições legais tem o direito de dela fazer parte. O art. 47.º, n.º 1 da Constituição é hoje o título constitucional de um e outro aspeto.

Incindível assim da liberdade de profissão (da liberdade de escolha e da liberdade de exercício), o direito de pertencer à ordem ou à câmara é um direito,

liberdade e garantia que tem essencialmente por conteúdo ou por decorrência os seguintes princípios:

- a) Fixação por lei – lei da Assembleia da República ou decreto-lei autorizado – quer dos requisitos de inscrição, quer dos do seu cancelamento;
- b) Inexistência de poder discricionário de recusar a inscrição;
- c) Acesso aos graus e especialidades com garantias semelhantes;
- d) Fixação também por lei (e não por normas emanadas da ordem ou câmara) das incompatibilidades profissionais;
- e) Necessidade de tipificação dos pressupostos, de eventuais penas de suspensão e de expulsão – por acarretarem interdição do exercício da profissão;
- f) Inadmissibilidade de suspensão ou expulsão por falta de pagamento de quotas (até por causa da sua natureza parafiscal, e não puramente associativa, razoável é apenas a suspensão de direitos de participação na linha de Parecer n.º 2/78 da Comissão Constitucional.

Em suma: à privação da liberdade negativa de associação dos profissionais relativamente à ordem ou câmara corresponde a privação da liberdade positiva da ordem ou câmara – como seria se fosse associação privada – de aceitar ou deixar de aceitar (observado o princípio da igualdade, enquanto tiver de ser observado) quem quer que seja como associado. A correlação é absolutamente necessária.

14. Não menos rigorosos do que estes princípios têm de ser os que se prendem como o respeito dos direitos dos profissionais no interior das ordens e câmaras.

São eles:

- a) O poder próprio das associações públicas profissionais (como o de quaisquer outras associações) não pode afetar os direitos, liberdades e garantias dos

profissionais enquanto cidadãos (a liberdade de expressão, por exemplo), ele não constitui fundamento das quaisquer «relações especiais de poder»;

- b) Em caso algum – pela natureza das coisas e pela delicadeza de certas situações intracorporativas – podem ser diminuídas as garantias dos arguidos em processo disciplinar;
- c) As restrições a quaisquer direitos de natureza profissional ou advenientes da inscrição devem ser adequadas e proporcionais ao interesse público prosseguido; devem, conforme manda o artigo 18.º, n.º 2 da Constituição, limitar-se ao necessário para salvaguarda desse interesse e de outros interesses e direitos constitucional e legalmente protegidos.

15. As sanções expulsivas, por contenderem com a liberdade de exercício de profissão, têm de ser tomadas à luz do princípio de afetação individual de direitos apenas verificados os pressupostos e com as garantias da Constituição e da lei¹².
Donde:

- a) Em caso algum, a expulsão pode implicar a perda definitiva e perpétua do direito de inscrição na ordem;
- b) Não pode haver expulsão senão em consequência ou de prática de atos declarados ilícitos, atos de natureza criminal, por norma anterior (art. 29º da Constituição);
- c) Aos tribunais judiciais cabe, por coerência com o sistema constitucional de direitos, liberdades e garantias, a aplicação das medidas expulsivas e deve admitir-se o direito a um segundo grau de jurisdição.

¹²JORGE MIRANDA, *Direitos Fundamentais*, Coimbra, 2016, págs. 471 e segs.

IV

16. Em 1985 havia quatro ordens. Hoje há quinze. Tem-se dado nos últimos anos um autêntico surto de criação *ex novo* de ordens ou de transformação em ordens de associações ou câmaras já existentes.

Consoante as datas de regulamentação em vigor são:

- Ordem dos Médicos – Decreto-Lei nº 282/77, de 5 de julho;
- Ordem dos Veterinários – Decreto-Lei nº 368/91, de 4 de outubro;
- Ordem dos Engenheiros – Decreto-Lei nº 119/92, de 30 de junho;
- Ordem dos Médicos Dentistas – Decreto-Lei nº 82/98, de 10 de dezembro;
- Ordem dos Enfermeiros – Decreto-Lei nº 164/98, de 21 de abril (com alteração pela Lei nº 111/2009, de 16 de setembro);
- Ordem dos Economistas – Decreto-Lei nº 174/98, de 27 de junho;
- Ordem dos Arquitetos – Decreto-Lei nº 176/98, de 3 de julho;
- Ordem dos Biólogos – Decreto-Lei nº 183/98, de 4 de julho;
- Ordem dos Revisores Oficiais de Contas – Decreto-Lei nº 487/99, de 16 de novembro;
- Ordem dos Farmacêuticos – Decreto-Lei nº 288/2001, de 10 de novembro;
- Ordem dos Advogados – Decreto-Lei nº 15/2005, de 26 de janeiro;
- Ordem dos Psicólogos – Lei nº 57/2008, de 4 de setembro;
- Ordem dos Nutricionistas – Lei nº 51/2010, de 19 de dezembro;
- Ordem dos Engenheiros Técnicos – Lei nº 47/2011, de 27 de janeiro;
- Ordem dos Solicitadores e dos Agentes de Execução – Decreto-Lei nº 154/2015, de 14 de setembro.

17. Diante deste panorama, a ausência de uma Ordem dos Optometristas patenteia uma gravíssima discriminação, atentatória do princípio geral da igualdade dos cidadãos perante a lei¹³.

18. A matéria das associações públicas pertence à reserva relativa de competência legislativa da Assembleia da República [art. 165º, nº 1, alínea s), 1ª parte], o que significa que tanto pode ser a Assembleia a legislar sobre ela como autorizar o Governo a fazê-lo.

Além disso, no concernente às associações públicas profissionais, tem-se entendido que não basta uma lei geral – aliás, publicada muito tardiamente; requer-se outrossim, para cada ordem ou câmara, por força da diferença de características e problemas subjacentes, uma lei própria.

O que mal se compreende é a Assembleia da República, em vez de legislar, se tenha circunscrito a respeito dos Optometristas, a uma mera recomendação legislativa (a mencionada Resolução nº 92/2013, de 31 de maio)¹⁴!

19. Neste momento, a lei geral sobre associações públicas profissionais é a Lei nº 2/2013, de 10 de janeiro (que revogou a Lei nº 6/2008, de 13 de Fevereiro). Vale a pena transcrever as mais importantes das suas normas:

Artigo 2.º

(...) consideram-se associações públicas profissionais as entidades públicas de estrutura associativa representativas de profissões que devam ser sujeitas, cumulativamente, ao controlo do respetivo acesso e exercício, à elaboração de normas técnicas e de princípios e regras deontológicas específicos e a um regime disciplinar autónomo, por imperativo de tutela do interesse público prosseguido.

¹³Sobre o princípio da igualdade, v. JORGE MIRANDA, *Direitos Fundamentais*, cit., págs. 287 e segs. e autores citados.

¹⁴As recomendações legislativas, aliás, constituem um verdadeiro contra-senso ou uma espécie de abdicação do Parlamento da sua função primária de legislar sobre todas as matérias, salvo as reservadas pela Constituição ao Governo [art. 161º, alínea c) da Constituição].

Artigo 3.º

1 – A constituição de associações públicas profissionais é excecional, podendo apenas ter lugar quando:

- a) Visar a tutela de um interesse público de especial relevo que o Estado não possa assegurar diretamente;
- b) For adequada, necessária e proporcional para tutelar os bens jurídicos a proteger; e
- c) Respeitar apenas a profissões sujeitas aos requisitos previstos no artigo anterior.

2 – A constituição de novas associações públicas profissionais é sempre precedida dos seguintes procedimentos:

- a) Apresentação de estudo, elaborado por entidade de independência e mérito reconhecidos, sobre as exigências referidas no artigo anterior e o cumprimento dos requisitos previstos no número anterior, bem como sobre o seu impacte na regulação da profissão em causa;
- b) Audição das associações representativas da profissão;
- c) Submissão a consulta pública, por um período não inferior a 60 dias, de projetos de diploma de criação e de estatutos da associação pública profissional, acompanhado do estudo referido na alínea a).

3 – A cada profissão regulada corresponde apenas uma única associação pública profissional, podendo esta representar mais do que uma profissão, desde que tenham uma base comum de natureza técnica ou científica.

Artigo 4.º

1 – As associações públicas profissionais são pessoas coletivas de direito público e estão sujeitas a um regime de direito público no desempenho das suas atribuições.

2 – Em tudo o que não estiver regulado na presente lei e na respetiva lei de criação, bem como nos seus estatutos, são subsidiariamente aplicáveis às associações públicas profissionais:

- a) No que respeita às suas atribuições e ao exercício dos poderes públicos que lhes sejam conferidos, o Código do Procedimento Administrativo, com as necessárias adaptações, e os princípios gerais de direito administrativo;
- b) No que respeita à sua organização interna, as normas e os princípios que regem as associações de direito privado.

Artigo 5.º

1 – São atribuições das associações públicas profissionais, nos termos da lei:

- a) A defesa dos interesses gerais dos destinatários dos serviços;
- b) A representação e a defesa dos interesses gerais da profissão;

- c) A regulação do acesso e do exercício da profissão;
- d) A concessão, em exclusivo, dos títulos profissionais das profissões que representem;
- e) A concessão, quando existam, dos títulos de especialidade profissional;
- f) A atribuição, quando existam, de prémios ou títulos honoríficos;
- g) A elaboração e a atualização do registo profissional;
- h) O exercício do poder disciplinar sobre os seus membros;
- i) A prestação de serviços aos seus membros, no respeitante ao exercício profissional, designadamente em relação à informação e à formação profissional;
- j) A colaboração com as demais entidades da Administração Pública na prossecução de fins de interesse público relacionados com a profissão;
- k) A participação na elaboração da legislação que diga respeito ao acesso e exercício das respetivas profissões;
- l) A participação nos processos oficiais de acreditação e na avaliação dos cursos que dão acesso à profissão;
- m) O reconhecimento de qualificações profissionais obtidas fora do território nacional, nos termos da lei, do direito da União Europeia ou de convenção internacional;
- n) Quaisquer outras que lhes sejam cometidas por lei.

2 – As associações públicas profissionais estão impedidas de exercer ou de participar em atividades de natureza sindical ou que se relacionem com a regulação das relações económicas ou profissionais dos seus membros.

3 – As associações públicas profissionais não podem, por qualquer meio, seja ato ou regulamento, estabelecer restrições à liberdade de acesso e exercício da profissão que não estejam previstas na lei, nem infringir as regras da concorrência na prestação de serviços profissionais, nos termos dos direitos nacional e da União Europeia.

Artigo 6.º

1 – Sem prejuízo da observância do princípio da legalidade no domínio da gestão pública, e salvo disposição expressa em contrário, a capacidade jurídica das associações públicas profissionais abrange a prática de todos os atos jurídicos, o gozo de todos os direitos e a sujeição a todas as obrigações necessárias à prossecução dos respetivos fins e atribuições.

2 – As associações públicas profissionais não podem prosseguir atividades nem usar os seus poderes fora das suas atribuições nem dedicar os seus recursos a finalidades diversas das que lhes tenham sido legalmente cometidas.

Artigo 7.º

- 1 – As associações públicas profissionais são criadas por lei.
- 2 – O projeto de diploma de criação de cada associação pública profissional deve ser acompanhado de uma nota justificativa da necessidade da sua constituição, nos termos do artigo 3.º, bem como as opções que nele foram tomadas.
- 3 – A lei de criação de cada associação pública profissional define os aspetos essenciais do seu regime, nomeadamente:
 - a) Denominação;
 - b) Profissões abrangidas;
 - c) Fins e atribuições.
- 4 – As associações públicas profissionais são criadas por tempo indefinido e só podem ser extintas, fundidas ou cindidas nos termos do artigo 3.º e dos números anteriores.

Artigo 8.º

- 1 – Os estatutos das associações públicas profissionais são aprovados por lei e devem regular, nomeadamente, as seguintes matérias:
 - a) Âmbito de atuação, fins e atribuições;
 - b) Aquisição e perda da qualidade de membro;
 - c) Estágios profissionais ou outros, previstos em lei especial, que sejam justificadamente necessários para o acesso e exercício da profissão;
 - d) Número de períodos de inscrição por ano, nos casos em que esteja prevista a realização de estágio profissional ou exame;
 - e) Categoria de membros;
 - f) Direitos e deveres dos membros;
 - g) Organização interna e competência dos órgãos;
 - h) Incompatibilidades no respeitante ao exercício dos cargos associativos;
 - i) Eleições e respetivo processo eleitoral;
 - j) Princípios e regras deontológicos;
 - k) Procedimento disciplinar e respetivas sanções;
 - l) Regime económico e financeiro, em especial relativo à fixação, cobrança e repartição de quotas;
 - m) Colégios de especialidades profissionais, se os houver;
 - n) Regimes de incompatibilidades e de impedimentos relativos ao exercício da profissão, se os houver;
 - o) Reconhecimento das qualificações profissionais obtidas fora do território nacional, nos termos da lei, do direito da União Europeia ou de convenção internacional;
 - p) Provedor dos destinatários dos serviços, se o houver.

(...)

Artigo 11.º

1 – s associações públicas profissionais têm a denominação «ordem profissional» quando correspondam a profissões cujo exercício é condicionado à obtenção prévia de uma habilitação académica de licenciatura ou superior e a denominação «câmara profissional» no caso contrário.

2 – A utilização das denominações «ordem profissional» e «câmara profissional» bem como da denominação «colégio de especialidade profissional» é exclusiva das associações públicas profissionais ou seus organismos, respetivamente.

(...)

Artigo 13.º

1 – As associações públicas profissionais têm âmbito nacional.

(...)

Artigo 15.º

1 – As associações públicas profissionais dispõem de órgãos próprios e a sua organização interna está sujeita ao princípio da separação de poderes.

2 – Constituem órgãos obrigatórios das associações públicas profissionais:

- a) Uma assembleia representativa, com poderes deliberativos gerais, nomeadamente em matéria de aprovação do orçamento, do plano de atividades, e de projetos de alteração dos estatutos, de aprovação de regulamentos, de quotas e de taxas ou de criação de colégios de especialidade;
- b) Um órgão executivo colegial, que exerce poderes de direção e de gestão, nomeadamente em matéria administrativa e financeira, bem como no tocante à representação externa dos interesses da associação;
- c) Um órgão de supervisão, que vela pela legalidade da atividade exercida pelos órgãos da associação e exerce poderes de controlo, nomeadamente em matéria disciplinar;
- d) Um órgão de fiscalização da gestão patrimonial e financeira, que inclui um revisor oficial de contas.

(...)

Artigo 18.º

1 – As associações públicas profissionais exercem, nos termos dos respetivos estatutos e com respeito, nomeadamente, pelos direitos de audiência e defesa, o poder disciplinar sobre os seus membros, inscritos nos termos dos artigos 24.º, 25.º e 37.º, bem como sobre os profissionais em livre prestação de serviços, na medida em que os princípios e regras deontológicos lhes sejam aplicáveis, nos termos dos n.os 2 e 6 do artigo 36.º

(...)

Artigo 25.º

1 – Têm direito a inscrever-se nas associações públicas profissionais todos os que preencham os requisitos legais para o acesso à profissão e a desejem exercer, individualmente ou em sociedade de profissionais.

(...)

Artigo 45.º

1 – As associações públicas profissionais não estão sujeitas a superintendência governamental nem a tutela de mérito, ressalvados, quanto a esta, os casos especialmente previstos na lei.

2 – As associações públicas profissionais estão sujeitas a tutela de legalidade idêntica à exercida pelo Governo sobre a administração autónoma territorial.

(...)

Artigo 47.º

As associações públicas profissionais estão sujeitas à jurisdição do Tribunal de Contas, nos termos estabelecidos na Lei de Organização e Processo e no Regulamento Geral do Tribunal de Contas.

V

20. Por tudo quanto se explanou, torna-se evidente que a situação dos optometristas no nosso País configura uma dupla inconstitucionalidade:

- Inconstitucionalidade por omissão, por a falta de lei envolver não cumprimento das obrigações do Estado de efetivação do direito à prestação de saúde contemplado no art. 64º da Lei Fundamental;
- Inconstitucionalidade por ação, por a falta de uma lei instituidora de uma ordem dos optometristas os colocar em manifesta desigualdade perante outras profissões que postulam o grau de licenciatura académica.

21. O nosso Direito desconhece o recurso de amparo e a queixa constitucional, institutos que noutros países (como a Espanha ou a Alemanha) habilitam os cidadãos a dirigir-se aos respetivos Tribunais Constitucionais para defesa dos seus direitos fundamentais¹⁵.

Para lá da fiscalização concreta em qualquer feito submetido a julgamento (arts. 204º e 280º da Constituição), o que os cidadãos podem é – no exercício do seu direito de petição para defesa dos seus direitos, da Constituição, das leis ou do interesse geral (art. 52º, nº 1) – solicitar aos órgãos com poder de iniciativa da fiscalização abstrata de inconstitucionalidade por ação (art. 281º, nº 2) e de inconstitucionalidade por omissão (art. 283º) que requeiram ao Tribunal Constitucional a pertinente declaração ou verificação.

¹⁵Cfr., sobre o debate entre propugnadores e adversários do instituto, JORGE MIRANDA, *Manual* ..., VI, 4ª ed., págs. 288 e segs.

Entre esses deve salientar-se o Provedor de Justiça, órgão independente que pode dirigir aos órgãos competentes as recomendações necessárias para prevenir e reparar injustiças (art. 23º, nº 1) e ao qual conforme o seu estatuto (Lei nº 9/91, de 9 de abril, alterada pela Lei nº 30/96, de 14 de agosto), inclusive compete assinalar as deficiências de legislação, emitindo recomendações para a sua interpretação, alteração ou revogação *ou sugestões para a elaboração de nova legislação* [art. 20º, nº 1, alínea *b*)].

Resumo e conclusões

Resumindo e concluindo:

1º) A Optometria consta da classificação portuguesa de profissões como atividade de cuidados primários de saúde visual, distinta da medicina oftalmológica.

2º) Desde há vinte e cinco anos a formação dos seus profissionais faz-se em cursos superiores ministrados em duas Universidades públicas, donde já saíram até ao ano letivo de 2015-2016 1.563 licenciados.

3º) A profissão está reconhecida, explícita ou implicitamente, por diversos organismos do Estado, entre os quais a Entidade Reguladora da Saúde e a Autoridade Tributária.

4º) No entanto, até agora, o seu exercício não foi objeto de regulamentação legislativa específica, correndo-se o risco de acederem a esse exercício pessoas cujo perfil científico e deontológico não serve os legítimos interesses dos pacientes.

5º) A Assembleia da República em 31 de maio de 2013 pela Resolução nº 92/2013, recomendou ao Governo que procedesse a essa regulamentação no prazo máximo de seis meses, sem que, passados quase quatro anos, o Governo lhe tivesse correspondido.

6º) Esta inércia legislativa envolve uma verdadeira inconstitucionalidade por omissão em face do art. 64º da Constituição, porque se traduz no incumprimento por parte do Estado das incumbências de “promover a melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho” [nº 2, alínea *b*)] e de “garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e cuidados de saúde” [nº 3, alínea *b*)].

7º) A saúde visual, dependente em muitos casos, do saber e da experiência do optometrista, é essencial para a normalidade e a qualidade de vida das pessoas.

8º) O princípio da generalidade não se circunscreve ao serviço nacional de saúde [nº 2, alínea *b*)]; vale para todas as diversas formas de efetivação do direito à proteção da saúde.

9º) A solução mais adequada para o problema passaria pela criação de uma associação pública profissional, a Ordem dos Optometristas, com funções análogas às que desempenham, neste momento já, quinze outras ordens.

10º) Se, no início da vigência da Constituição, houve quem tivesse contestado as ordens profissionais invocando a liberdade de associação (art. 46º), logo a Comissão Constitucional, nos pareceres nºs 1 e 2/78, de 3 e 5 de janeiro de 1978, esclareceu que eram domínios diversos o das associações de Direito privado e o das associações públicas.

11º) Longe de coartarem a liberdade de associação e a liberdade de profissão (art. 47º), as ordens profissionais dão corpo à autonomia dos seus membros na prossecução dos seus interesses em conjugação com a persecução do interesse público patente na atividade que lhes cabe levar à prática.

12º) Tudo está em que, em vez de serem os Ministérios respetivos a dirigir ou a superintender nessa prática, são os próprios profissionais enquadrados nas ordens, que a conformam, no âmbito da Administração autónoma do Estado, sujeita apenas a tutela de legalidade pelo Governo.

13º) A revisão constitucional de 1982 consagraria, em termos claros e de certo modo restritivos, as associações públicas – e, antes do mais, portanto, as ordens profissionais – prescrevendo que elas só podem ser constituídas para a satisfação de necessidades específicas, não podem exercer funções sindicais e devem ter organização interna baseada no respeito dos seus membros e no princípio democrático (art. 267º, nº 4).

14º) A exigência de inscrição nas respetivas ordens de quem exerce uma profissão colegiada justifica-se pela eminente relevância social da profissão, sem colidir com o direito fundamental de liberdade de exercício da profissão, visto que inexistente um poder discricionário de recusar a inscrição e os pressupostos de supervisão e de expulsão se encontram sempre tipificados.

15º) Diante do panorama impressionante das quinze ordens profissionais hoje existentes – algumas das quais com atuação no campo da saúde – a ausência de uma Ordem dos Optometristas deve ser configurada como uma autêntica discriminação contra uma profissão, atentatória do princípio fundamental da igualdade dos cidadãos perante a lei (art. 13º da Constituição).

16º) Por conseguinte, uma inconstitucionalidade por ação, que acresce à inconstitucionalidade por omissão.

17º) Tudo ainda agravado por o nosso ordenamento jurídico conter uma lei geral sobre associações públicas profissionais, a Lei nº 2/2013, de 10 de janeiro, do mesmo ano, pois, da Resolução nº 92/2013, e emanadas uma e outra da Assembleia da República.

18º) A matéria das associações públicas pertence à reserva relativa de competência legislativa da Assembleia [art. 165º, nº 1, alínea s), 1ª parte], o que significa que pode tanto ser ela como o Governo, precedendo autorização legislativa, a instituir a Ordem dos Optometristas.

19º) Não havendo em Portugal recurso de amparo ou queixa constitucional, os optometristas ou a sua Associação não podem diretamente agir sobre o Parlamento; o que podem é exercer direito de petição perante os órgãos com poder de iniciativa de requererem a fiscalização de inconstitucionalidade por ação (art. 281º, nº 2) e de inconstitucionalidade por omissão (art. 283º).

20º) Entre esses órgãos, cabe salientar o Provedor de Justiça, órgão independente com poder de dirigir recomendações para prevenir e reparar injustiças (art.

23º) e ao qual, segundo o seu estatuto (Lei nº 9/91, de 9 de abril, alterada pela Lei nº 30/96, de 14 de agosto), inclusive compete formular sugestões para a elaboração de nova legislação [art. 20º, nº 1, alínea *b*)].

Tal é, salvo melhor, o nosso parecer.

Lisboa, 14 de Fevereiro de 2017.



Associação de Profissionais Licenciados de Optometria

Membro do Conselho Consultivo Externo da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior
Membro Fundador da Academia Europeia de Optometria e Óptica (AEEO)
Membro do Conselho Europeu de Optometria e Óptica (ECOO)
Membro do Conselho Mundial de Optometria (WCO)

Doc. 8

Cuidados de Saúde da Visão

Estudo para a Universalização de Cuidados de
Saúde da Visão em Portugal

Alexandre Lourenço | Pedro Pita Barros

Universidade Nova de Lisboa



Cuidados de

Saúde da Visão

**Estudo para a Universalização de Cuidados de
Saúde da Visão em Portugal**

Estudo realizado por solicitação da
Associação de Profissionais Licenciados de Optometria

Janeiro de 2019

Alexandre Lourenço | Pedro Pita Barros



Cuidados de

Saúde da Visão

*Universalização
de Cuidados de
Saúde da Visão*

1 Estudo sobre o acesso a cuidados de saúde da visão em Portugal, através da análise do percurso do doente na utilização de serviços de saúde.

2 Propostas de melhoria através do desenvolvimento de diferentes cenários. e seu impacto financeiro.



Índice

ÍNDICE	3
ÍNDICE DE FIGURAS.....	4
ÍNDICE DE TABELAS.....	4
LISTA DE ABREVIATURAS	5
SUMÁRIO EXECUTIVO	6
INTRODUÇÃO	7
SAÚDE DA VISÃO EM PORTUGAL	8
ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE DA VISÃO	12
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE.....	14
Estrangulamento 1.....	15
Estrangulamento 2.....	15
Estrangulamento 3.....	17
Estrangulamento 4.....	17
Estrangulamento 5.....	18
O PERCURSO ALTERNATIVO AO SNS.....	21
A ADSE.....	22
Consulta de oftalmologia.....	23
Tratamento oftálmico não cirúrgico/correção.....	24
Tratamento oftálmico cirúrgico.....	26
LIMITAÇÕES DAS PROPOSTAS PARA MELHORIA DO ACESSO	27
A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS.....	31
Médicos oftalmologistas.....	32
Optometristas.....	35
Ortoptistas.....	38
A PROTEÇÃO FINANCEIRA NA AQUISIÇÃO DE LENTES E ARMAÇÕES.....	40
CENÁRIOS DE EVOLUÇÃO	43
CENÁRIO A - STATUS QUO.....	43
CENÁRIO B - REGULAMENTAÇÃO ESPECÍFICA DO OPTOMETRISTA.....	44
CENÁRIO C - REGULAMENTAÇÃO ESPECÍFICA E INTEGRAÇÃO DOS OPTOMETRISTAS NO SNS.....	44
PROTEÇÃO FINANCEIRA À AQUISIÇÃO DE LENTES E ARMAÇÕES.....	46
RECOMENDAÇÕES	47
BIBLIOGRAFIA	50
Anexo I – Número de oftalmologistas a exercer em Países da OCDE, 2010.....	52
Anexo II – Número de oftalmologistas por 100.000 habitantes a exercer em Países da UE e Noruega, 2008-2015.....	52

Índice de figuras

FIGURA 1. PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COM 15 OU MAIS ANOS COM DIFICULDADE EM VER, POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL, 2014.	8
FIGURA 2. DISTÚRBIOS PRIORITÁRIOS DE ACORDO COM A CENSV (2018).	9
FIGURA 3. PREVALÊNCIA DA CEGUEIRA E PERDA DA VISÃO MODERADA E GRAVE NA POPULAÇÃO COM MAIS DE 50 ANOS.	8
FIGURA 4. CUSTOS DEVIDO A PERDAS DE PRODUTIVIDADE POR CEGUEIRA E PERDA DA VISÃO MODERADA E GRAVE NA POPULAÇÃO COM MAIS DE 50 ANOS.	11
FIGURA 5- PERCURSO DO DOENTE NO SNS.	15
FIGURA 6. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE RASTREIOS DE RETINOPATIA DIABÉTICA.	16
FIGURA 7. PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO QUE ENFRENTA DESPESAS CATASTRÓFICAS, OU DE EMPOBRECIMENTOS COM PAGAMENTOS DIRETOS DE ACORDO COM OS QUINTIS DE RENDIMENTO.	18
FIGURA 8. ATIVIDADE CIRÚRGICA NA ESPECIALIDADE DE OFTALMOLOGIA ENTRE 2015 E 2017.	19
FIGURA 9. TEMPO DE ESPERA PARA CIRURGIA OFTALMOLÓGICA ENTRE 2015 E 2017.	19
FIGURA 10. MEDIANA E PERCENTIL 90 DE TEMPO DE ESPERA PARA CIRURGIA OFTALMOLÓGICA: INSTITUIÇÃO COM TEMPO DE ESPERA MAIS REDUZIDO E INSTITUIÇÃO COM TEMPO DE ESPERA MAIS DILATADO, 2016.	20
FIGURA 11. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CIRURGIAS DE CATARATAS EM PORTUGAL, 2008-2015.	20
FIGURA 12. CIRURGIA DAS CATARATAS EM 2016 OU ANO MAIS RECENTE.	21
FIGURA 13. PERCURSO DO DOENTE COMO ALTERNATIVA ÀS BARREIRAS AO ACESSO COLOCADAS NO SNS.	22
FIGURA 14- PERCURSO DO DOENTE NA ADSE.	23
FIGURA 15. CONSULTAS MÉDICAS NO SETOR CONVENCIONADO DA ADSE, DISTRIBUIÇÃO POR ESPECIALIDADES, 2015.	23
FIGURA 16. PRINCIPAIS VALÊNCIAS DA MEDICINA, DESPESA VERSUS NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS - 2015.	24
FIGURA 17. NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE CIRURGIA.	26
FIGURA 18. MODELO DE ORGANIZAÇÃO ESTRATÉGICA PROPOSTO PELA CENSV (2018).	28
FIGURA 19. EQUIPAMENTO NECESSÁRIO PARA OS PABOS.	30
FIGURA 20. SINOPSE DAS PROPOSTAS PARA A ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A SAÚDE DA VISÃO.	31
FIGURA 21. OFTALMOLOGISTAS POR 20 000 HABITANTES EM PAÍSES DA UNIÃO EUROPEIA E NORUEGA EM 2015 OU ÚLTIMO ANO DISPONÍVEL.	34
FIGURA 22. ANÁLISE À NECESSIDADE DE MÉDICOS PARA RESPONDER À LISTA DE ESPERA PARA CONSULTA DE OFTALMOLOGIA EM 2016.	35
FIGURA 25. PERCURSO DO DOENTE COM A INTEGRAÇÃO DE OPTOMETRISTAS.	38
FIGURA 24. PERCURSO DO DOENTE COM INTERVENÇÃO DO OPTOMETRISTA COMO “TRIADOR” DAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA.	38

Índice de tabelas

TABELA 1. INDICADORES DE ATIVIDADE DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIAIS DE OFTALMOLOGIA, 2013 A 2015.	25
TABELA 2. ENCARGOS EM LENTES E ARMAÇÕES, E RESPECTIVOS BENEFICIÁRIOS DA ADSE, 2013 A 2016.	25
TABELA 3. ENCARGOS COM AS INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS DOS OLHOS E ANEXOS OCULARES FINANCEIRAMENTE MAIS REPRESENTATIVAS NO REGIME LIVRE, 2013 A 2016.	26
TABELA 4. NÚMERO DE OFTALMOLOGISTAS REGISTRADOS NA ORDEM DOS MÉDICOS E A EXERCER FUNÇÕES NO SNS EM 2004 E 2017.	32
TABELA 5. NÚMERO DE ORTOPTISTAS A EXERCER EM PAÍSES DA UE E NORUEGA E RATIO POR OFTALMOLOGISTA.	39
TABELA 6. ESTIMATIVAS DE CUSTOS DO ALARGAMENTO DOS MODELOS DE REEMBOLSOS SEGUIDOS PELA ADSE E BAS NA AQUISIÇÃO DE LENTES E ARMAÇÕES.	42
TABELA 7. COMPARATIVO ENTRE A ESTIMATIVA DO IMPACTO FINANCEIRO DA CONTRATAÇÃO PROGRESSIVA DE OPTOMETRISTAS E INSTALAÇÃO DE PABO COMO PREVISTO NA ESTRATÉGIA NACIONAL DE SAÚDE DA VISÃO.	45

Lista de Abreviaturas

ACeS	- Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	- Administração Central do Sistema de Saúde, IP
ADSE	- Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I.P.
APLO	- Associação de Profissionais Licenciados de Optometria
BSA	- Benefícios Adicionais de Saúde
CENSV	- Comissão da Estratégia Nacional para a Saúde da Visão
CSI	- Complemento Solidário do Idoso
DMI	- Degenescência Macular da Idade
ERS	- Entidade Reguladora da Saúde
ETC	- Equivalente tempo complete
IAS	- Indexante de Apoios Sociais
IOC	- <i>International Council for Ophtalmology</i>
LIC	- Lista de inscritos para cirurgia
OCDE	- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
MS	- Ministério da Saúde
OCE	- <i>Orthoptistes de la Communauté Européenne</i>
OM	- Ordem dos Médicos
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OMS-Europa	- Organização Mundial de Saúde – Escritório Regional Europeu
PCPSV	- Plataforma de cuidados primários de saúde visual
PNSV	- Plano Nacional de Saúde da Visão
PRO	- Ponto de Rastreio Oftalmológico
PABO	- Pontos de Avaliação Básica em Oftalmologia
PIU6oGM	- Pontos de Intervenção Única aos 60 anos
RNEHR-O	- Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Oftalmologia
RD	- Retinopatia Diabética
RSI	- Rendimento Social de Inserção
SNS	- Serviço Nacional de Saúde
SPMS	- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
TE	- Tempo de espera
TMRG	- Tempo Máximo de Resposta Garantida
TSDT	- Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
UE	- União Europeia

Sumário Executivo

A visão influencia a maneira como cada um se relaciona e se integra na sociedade, tendo um impacto em muitas outras áreas, como na educação e no emprego. Ao longo do ciclo de vida, a visão afeta o desenvolvimento cognitivo infantil, a saúde mental, percursos profissionais e pessoais e a capacidade funcional em idosos. Estima-se que, anualmente, a perda de produtividade dos portugueses com mais de 50 anos vítimas de cegueira ou perda de visão moderada e grave, tenha um impacto anual entre 203 e 722 milhões de euros.

Em Portugal, o acesso universal a cuidados de saúde da visão está longe de estar assegurado. A falta de cobertura dos programas de rastreio e posterior acesso a consulta de oftalmologia (e.g. em média um doente com diagnóstico positivo de retinopatia diabética espera em média 267 dias por consulta de oftalmologia), os dilatados tempos de espera para consulta de oftalmologia (mediana de tempo de espera de 6 meses para consulta), a deterioração dos tempos para cirurgia (entre 2015 e 2017, a mediana de tempo de espera para cirurgia aumentou em 23,2%) e os pagamentos diretos na aquisição de lentes e armações, obriga as famílias a percursos alternativos ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). Estes percursos podem obrigar a custos acrescidos através da medicina privada ou a óticas comerciais, onde os colaboradores exercem sem regulação profissional específica.

O aumento da prevalência de várias doenças oculares associadas ao envelhecimento da população (e.g. catarata, o glaucoma e a degenerescência macular da idade), a alteração dos estilos de vida, o aumento de sobrevida em doentes com patologias crónicas (e.g. diabetes e retinopatia diabética), necessidade de acompanhamento e tratamentos crónicos, vêm colocar uma pressão crescente sobre o sistema de saúde. O documento “Estratégia Nacional de Saúde da Visão” apesar de procurar responder aos problemas identificados, não apresenta respostas claras para a sua resolução, por não abordar de forma integrada a equipa de saúde visual conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e seguida por uma larga maioria dos países desenvolvidos.

De forma a garantir o acesso universal a cuidados de saúde da visão são apresentadas recomendações concretas: **1. Regulamentar a profissão de optometrista; 2. Implementar projetos piloto de integração de optometristas ao nível dos cuidados de saúde primários do SNS. 3. Aumentar a população coberta pelos modelos de reembolsos à aquisição de lentes e armações.**

Introdução

A visão desempenha um papel crítico na saúde individual, sendo um fator essencial para se alcançar uma boa qualidade de vida. Efetivamente, a visão influencia a maneira como cada um se relaciona e se integra na sociedade, tendo um impacto em muitas outras áreas, como na educação e no emprego. Ao longo do ciclo de vida, a visão afeta o desenvolvimento cognitivo infantil, a saúde mental, percursos profissionais e pessoais e a capacidade funcional em idosos.

O plano de ação global de saúde da visão 2014-19 tem como principal objetivo assegurar a universalidade da saúde da visão através de cinco princípios e abordagens: acesso universal e equidade, direitos humanos, prática baseada na evidência, uma abordagem do ciclo de vida e empoderamento de pessoas com perda de visão (WHO 2013).

O presente relatório oferece uma abordagem geral e imparcial sobre a prestação de cuidados de saúde da visão em Portugal e apresenta uma agenda para a sua evolução, de forma a assegurar o acesso universal a cuidados de saúde da visão em condições compatíveis com os recursos disponíveis. Para tal, iniciamos a análise por uma breve caracterização do impacto epidemiológico e económico dos distúrbios da visão em Portugal. De forma a caracterizar o acesso a cuidados de saúde da visão, aplicamos uma análise sistémica ao percurso do cidadão no sistema de saúde com o objetivo de identificar os estrangulamentos ao acesso no Serviço Nacional de Saúde (SNS), instrumento central para garantia do princípio de acesso universal. A utilização de coberturas complementares está dependente da incapacidade de resposta clínica e não clínica do SNS. Assim, analisamos a atividade do Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I.P. (ADSE) nesta área.

Com o intuito de maximizar a utilidade do presente estudo, analisamos a proposta de Estratégia Nacional para a Saúde da Visão (CENSV 2018) e apresentamos propostas concretas de evolução do modelo proposto.

De forma a complementar esta proposta, são apresentadas alternativas de evolução considerando: A) Manter a situação atual; B) Regulamentação específica do optometrista; e C) Regulamentação específica e integração do optometrista no SNS. A comparação das alternativas é realizada com base nos objetivos do Serviço Nacional de Saúde, e na forma de melhor os alcançar face às restrições, de recursos e legais, existentes.

Saúde da visão em Portugal

O Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico, realizado em 2014, revelou que mais de dois milhões de portugueses são atingidos por dificuldades em ver, sendo as mulheres mais afetadas (27,5%) que os homens (18,3%). A percentagem de pessoas com dificuldades em ver aumenta com a idade: cerca de 9% até aos 34 anos, 14% entre 35 e 44 anos, 30 a 32% entre 45 e 74 anos, e superior a 40% para idades mais avançadas (INSA 2016).

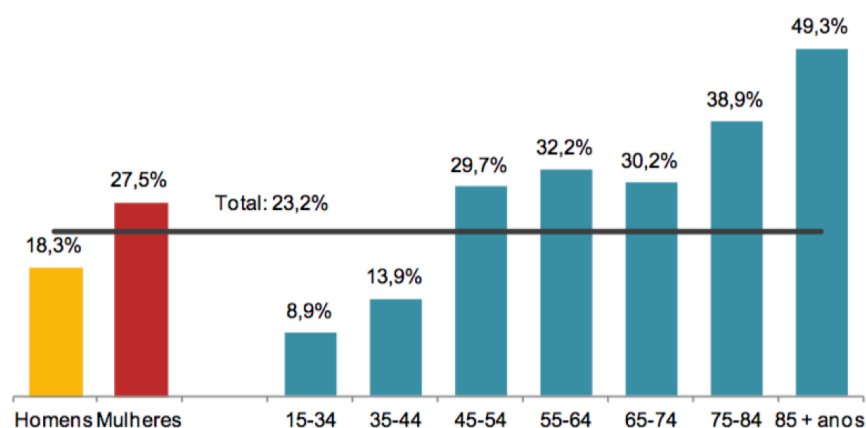


Figura 1. Proporção da população com 15 ou mais anos com dificuldade em ver, por sexo e grupo etário, Portugal, 2014.

Fonte: INSA (2016)

Um estudo, realizado por Bourne et al. (2014), estima que entre os adultos com mais de 50 anos, mais de 260 mil (6,2%) portugueses sofram de perda da visão moderada e grave e cerca de 42 mil (1,0%) sofram de cegueira.

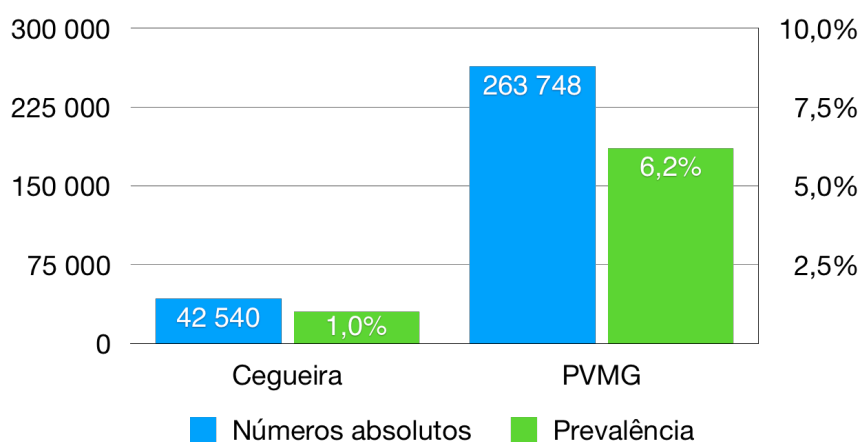


Figura 2. Prevalência da cegueira e perda da visão moderada e grave na população com mais de 50 anos.

Fonte: Elaboração própria baseada em Bourne et al. (2014)

Em termos de distúrbios mais relevantes, a Estratégia Nacional para a Saúde da Visão estabelece os seguintes grupos: 1) Erros refrativos – disfunção visual sem cegueira; 2) Ambliopia; 3) Diabetes Ocular; 4) Catarata; 5) Glaucoma; 6) Degenerescência Macular da Idade (DMI); 7) Disfunção Visual de Causa Neurológica; e 8) Doença visual da prematuridade (CENSV 2018).

Os erros refrativos (e.g. miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia) são a causa mais comum de disfunção visual em todas as idades, estimando-se que mais de 50% de toda a população seja portadora de um erro refrativo (Hashemi et al. 2018). Neste sentido, os erros refrativos são um *importante problema de saúde pública, que terá de ser tido em consideração no desenho de uma estratégia nacional de saúde da visão* (CENSV 2018).

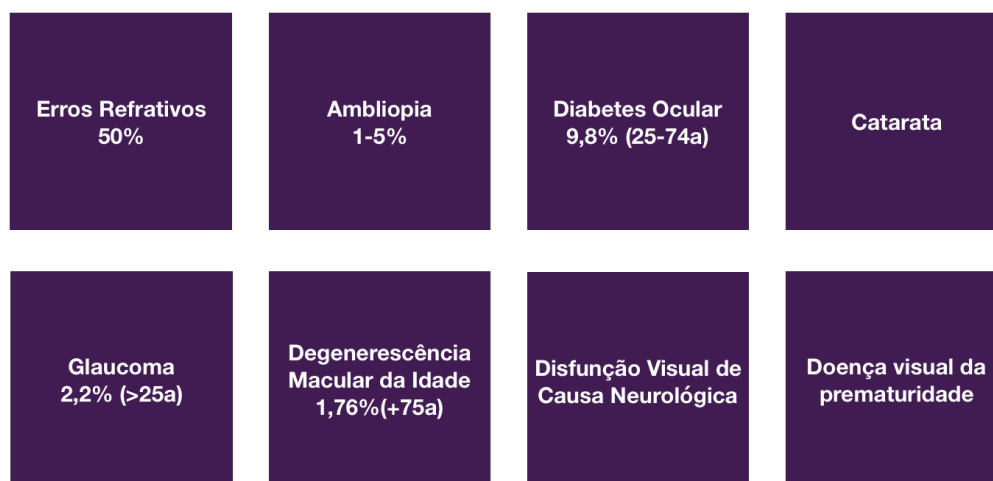


Figura 3. Distúrbios prioritários de acordo com a CENSV (2018).

A **ambliopia** afeta nos países em desenvolvimento entre 1 e 5% da população (Preslan and Novak 1998; Webber and Wood 2005), sendo assim considerada também uma prioridade de saúde pública. Os três grandes grupos de patologias que podem provocar ambliopia são o estrabismo, a anisometropia e a privação de estímulos luminosos.

A **diabetes** atinge 9,8% da população entre os 25 e os 74 anos (DGS 2017), estimando-se que a doença atinja cerca de 760 mil pessoas em Portugal. A **retinopatia diabética** (RD) é uma das principais complicações da diabetes e é uma das principais responsáveis de cegueira evitável nos adultos. Em Portugal, o estudo RETINODIAB que consistiu na avaliação do programa de rastreio da RD na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo aferiu a prevalência nesta população-alvo (52 739 doentes). Globalmente, a RD foi detetada em 8 584 doentes

(16,3%) (Dutra Medeiros et al. 2015). Garantir a cobertura nacional do rastreio da RD tem sido uma prioridade para os Programas Nacionais da Diabetes e da Saúde da Visão.

A **catarata** é uma doença crónica, irreversível, que pode ser definida como a diminuição da acuidade visual provocada pela opacificação do cristalino, sendo uma das principais causas de diminuição da visão e a maior causa de cegueira evitável nos países desenvolvidos. Esta é uma doença multifatorial associada a idade, predisposição genética, sexo feminino, diabetes mellitus, fármacos, tabaco e exposição ambiental aos UV. Os últimos dados disponíveis para Portugal revelam uma prevalência de cataratas de 10,0% na população com idade superior a 25 anos. Neste estudo foram as mulheres (12,0%), os indivíduos mais idosos (45,4%) e os com nível de instrução mais baixo (19,8%) que apresentaram maior percentagem indivíduos a referirem esta patologia (Branco, Gomes, and Nunes 2006). Devido ao crescente aumento do número de cirurgias de cataratas realizadas, a CENSV (2018) define que *é necessário definir uma estratégia para lidar com a pressão crescente sobre os serviços de saúde que esta patologia condiciona.*

O **glaucoma** é a causa mais frequente de cegueira irreversível nos países desenvolvidos. Os dados disponíveis para Portugal revelam uma prevalência de 2,2% de glaucoma acima dos 25 anos (Branco, Gomes, and Nunes 2006). Em linha com outros estudos europeus, um estudo prospetivo de coorte (Gutenberg Health Study) realizado na Alemanha revelou uma prevalência de 1,44% na população entre os 35 e 74 anos de idade (Hohn et al. 2018). A nível global estima-se uma prevalência de 3,54% numa população entre os 40 e os 80 anos (Tham et al. 2014). É consensual que o risco relativo de glaucoma aumenta com a idade (Hennis et al. 2009; Hohn et al. 2018). A CENSV (2018) reconhece que as características da doença não preenchem os critérios necessários para rastreio de base populacional, apostando numa intervenção inovadora de avaliação única aos 60 anos, de todos os cidadãos, para despiste de doença ou fatores de risco para glaucoma. Sendo inovadora, não são conhecidas quaisquer análises de custo-efetividade da implementação desta estratégia.

A **degenerescência macular da idade** (DMI) é a principal causa de cegueira irreversível nos países desenvolvidos entre as pessoas com mais de 50 anos (Kocur and Resnikoff 2002). Em Portugal, a forma precoce da DMI afeta 15,53% da população com mais de 55 anos, e a forma tardia afeta 0,67% (Cachulo Mda et al. 2015). A forma exsudativa ou neovascular representa

0,44% e a forma atrófica 0,27%. A prevalência aumenta com a idade e após os 75 anos verifica-se um aumento da prevalência (1,13% para a DMI exsudativa e 0,63% para a atrófica) (Cachulo Mda et al. 2015). O glaucoma é tratável, essencialmente de forma farmacológica, evitando a perda de visão. A DMI não preenche critérios para rastreio de base populacional. Assim, a proposta da CENSV (2018) passa por uma intervenção única a todos os cidadãos aos 60 anos, com a realização de retinografia ao nível dos cuidados de saúde primários. Não são conhecidas quaisquer análises de custo-efetividade da implementação desta estratégia.

A esta carga epidemiológica associa-se o impacto socioeconómico. Perto de 300 mil portugueses com mais de 50 anos sofrem de cegueira ou perda de visão moderada e grave. Através de diferentes metodologias, estima-se que, em Portugal, a perda de produtividade nesta população tenha um impacto anual entre 203 e 722 milhões de euros. Anualmente, as perdas associadas apenas à cegueira variam entre 74 e 185 milhões de euros. Por sua vez, a redução de produtividade associada à perda moderada e grave da visão varia entre 130 e os 555 milhões de euros (Chakravarthy et al. 2017).

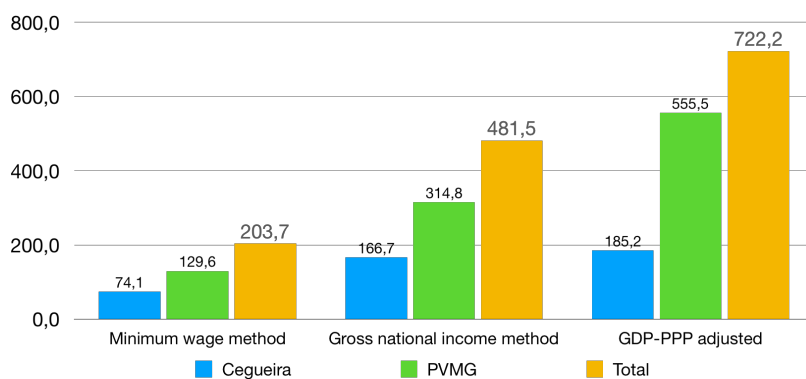


Figura 4. Custos devido a perdas de produtividade por cegueira e perda da visão moderada e grave na população com mais de 50 anos.

Fonte: Elaboração própria baseada em Chakravarthy et al. (2017)

Acesso a cuidados de saúde da visão

Os sistemas de saúde têm-se desenvolvido especificamente para permitir que as pessoas usufruam dos serviços de saúde de acordo com as suas necessidades, protegendo-os contra as consequências financeiras adversas de pagamento de cuidados de saúde dos quais se desconhece, à partida, o momento e montante de necessidade. Esta meta agora é amplamente conhecida como Cobertura Universal de Saúde (UHC, *Universal Health Coverage*). Foi esta a motivação para os sistemas de seguros de saúde sociais, ou os serviços nacionais de saúde, se desenvolverem na Europa e nas recentes reformas nos EUA, agora coloquialmente conhecidas como *Obama Care*.

A cobertura universal de saúde tem como objetivo que todas as pessoas obtenham os cuidados de saúde de que precisam sem correrem riscos financeiros por meio de pagamentos diretos incomportáveis (World Health Organization 2010). Este conceito abarca a cobertura a bons serviços de saúde - da promoção da saúde à prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos - bem como a cobertura com uma forma de proteção contra riscos financeiros. Uma terceira característica é a universalidade - a cobertura deve ser para todos. Embora muitos países estejam longe de alcançar cobertura universal de saúde, todos os países podem tomar medidas nesse sentido (Kutzin 2013; World Health Organization 2010). Melhorar o acesso é um desses passos.

O acesso universal a cuidados de saúde é a oportunidade ou a capacidade das pessoas para receberem os cuidados de saúde de que necessitam, encontrando-se protegidas contra riscos financeiros. Assim, a cobertura universal de saúde não é possível sem acesso universal (Evans, Hsu, and Boerma 2013).

O acesso tem três dimensões (Penchansky and Thomas 1981; Shengelia et al. 2005; Tanahashi 1978):

- **Acessibilidade física.** Disponibilidade de bons serviços de saúde a uma distância razoável daqueles que deles precisam e do horário de funcionamento, sistemas de agendamento e outros aspetos da organização e prestação de serviços que permitem às pessoas obter cuidados quando necessitam.
- **Acessibilidade financeira.** Capacidade das pessoas para pagar os cuidados de saúde sem dificuldades financeiras. Considera não apenas o custo dos cuidados de saúde, mas também os custos indiretos e de oportunidade (por exemplo, os custos de transporte para e a partir

do prestador e de tempo fora do trabalho). A acessibilidade é influenciada pelo sistema de financiamento do sistema saúde e pelo rendimento familiar.

- **Aceitabilidade.** Captura a vontade das pessoas para procurar cuidados de saúde. A aceitabilidade é baixa quando os doentes percebem que os serviços são ineficazes ou quando fatores sociais e culturais, como a linguagem, a idade, o género, a etnia ou a religião do profissional de saúde, os desencorajam a procurar serviços.

É reconhecido que, as deficiências de cobertura dos sistemas de proteção (e.g. SNS, subsistemas públicos e privados, seguros privados) são responsáveis pelo recurso aos pagamentos diretos, limitadores da acessibilidade financeira. Com efeito, as famílias podem ser confrontadas com despesas catastróficas de saúde¹ no acesso aos serviços. Fundamentalmente, a garantia que as pessoas não vão sofrer dificuldades financeiras na sequência da utilização de serviços de saúde é uma componente fundamental para a cobertura universal, reconhecendo-se que os sistemas de saúde não só devem melhorar a saúde, mas também devem garantir que esta melhoria não é prejudicial para os aspetos de vida usual não-saúde. O conceito de proteção financeira, ou, inversamente, a ausência de um risco de dificuldades financeiras, tem sido o foco de interesse para os economistas e investigadores, tal como medir a capacidade de um sistema de saúde para proteger as pessoas contra dificuldades financeiras associadas ao pagamento de serviços de saúde tornou-se uma questão importante.

Neste sentido, a análise sobre o acesso a cuidados de saúde da visão dissecou o modelo de cuidados estabelecido para o SNS de forma a identificar as diferentes barreiras no acesso aos cuidados de saúde. Importa ainda analisar a utilização de cuidados de saúde da visão ao nível das coberturas complementares. Sendo o SNS de acesso universal, a utilização de outras coberturas está diretamente dependente da sua capacidade de resposta clínica e não clínica. Uma maior utilização das coberturas adicionais está intimamente relacionada com as barreiras ao acesso colocadas no SNS. Assim, analisamos a utilização dos cuidados ao nível da ADSE (subsistema público mais representativo).

Em Portugal, o acesso a cuidados de saúde é maioritariamente assegurado pelo SNS. Em 2016, os hospitais públicos asseguraram 64% do total de 19,4 milhões de consultas médicas externas nos

¹ Entende-se por despesas catastróficas em saúde, todas as despesas a partir do ponto em que os pagamentos diretos são de tal forma altos em relação aos recursos disponíveis que a família é obrigada a abandonar o consumo de outros bens e serviços necessários Saksena, P., J. Hsu, and D.B. Evans. 2014. Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS Med* 11: e1001701.

hospitais e 73% do total de cirurgias (INE 2018b). Em relação à especialidade de oftalmologia, 63% das consultas e 72,3% das cirurgias são realizadas no SNS (INE 2018b). O SNS também subcontrata atividade a hospitais privados, incluindo cirurgias oftalmológicas através da emissão de cheques cirurgia sempre que é atingido 75% do tempo máximo de resposta garantida. Em 2016, 27% da receita dos hospitais privados era assegurada pelo SNS e pelos Serviços Regionais de Saúde. Os hospitais privados são ainda financiados pelos subsistemas públicos, sendo a ADSE o subsistema mais representativo. Em 2016, estes subsistemas asseguravam 22% da receita dos hospitais privados. O maior contribuinte dos hospitais privados é utilizador individual dos serviços (36%) através de pagamentos diretos. Os seguros de saúde privados têm um peso bastante mais reduzido (9%).

Serviço Nacional de Saúde

O SNS é constituído como serviço de acesso universal (todos os residentes em Portugal são abrangidos), geral (todos os serviços são cobertos em princípio, e desde que tragam benefício para os cidadãos) e tendencialmente gratuito (o utilizador pode ser chamado a contribuir financeiramente, nomeadamente em cuidados de saúde que resultam da sua iniciativa). O atual SNS adota uma estrutura assente em níveis diferenciados de prestação de cuidados que devem articular-se entre si e que, por isso, na base de uma pirâmide hierarquizada consideraram-se níveis primários, para evoluírem sucessivamente para os níveis secundários ou hospitalares e continuados. Os cuidados de saúde da visão estão concentrados ao nível das unidades hospitalares, através dos serviços de oftalmologia, não existindo uma resposta específica ao nível dos cuidados de saúde primários.

Assim, no SNS, um cidadão com necessidade de cuidados de saúde da visão tem dois percursos de acesso: 1) através do seu médico de família que em caso de necessidade fará a sua referenciação para o serviço de oftalmologia do hospital; ou 2) em caso de necessidade imperativa, através do serviço de urgência hospitalar. Neste último caso, o doente pode aceder a um serviço de urgência polivalente (único com presença de oftalmologista) ou ser referenciado através de outro serviço de urgência para esta tipologia de urgência. Qualquer serviço de urgência pode referenciar o doente para uma consulta externa de oftalmologia.

Existem três resultados comuns após uma consulta de oftalmologia: 1) alta da consulta; 2) prescrição/recomendação para tratamento não cirúrgico/correção; ou 3) recomendação para cirurgia.

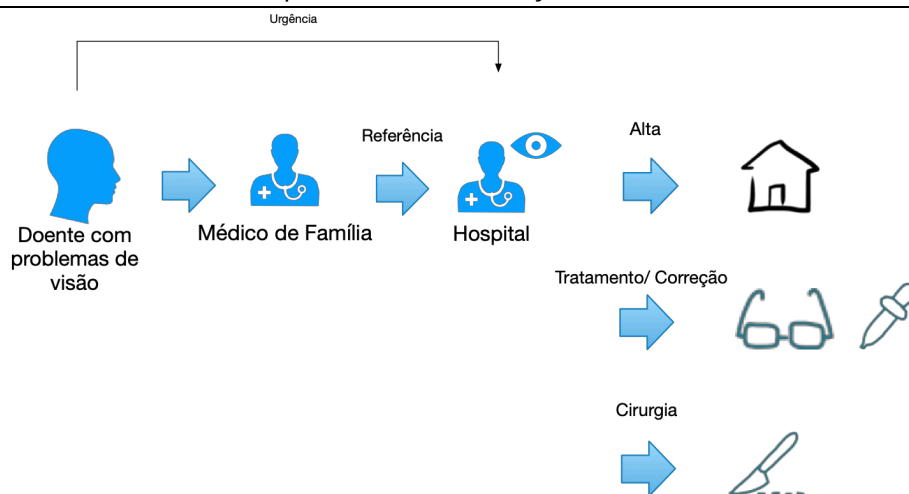


Figura 5- Percurso do doente no SNS.

Apesar deste percurso não estar formalizado, representa um modelo generalizado em todo o SNS. Contudo, ao longo deste percurso existem várias barreiras que limitam, impedindo ou retardando, o acesso do doente a cuidados de saúde da visão.

Estrangulamento 1

Limitada cobertura de médicos de família. O SNS assume que o ponto de acesso primordial é o médico de família. Contudo, pelo menos 711 mil utentes do SNS não têm médico de família atribuído (Ministério da Saúde 2018a), limitando o acesso às prestações de saúde, desde o diagnóstico, referenciação e tratamento.

Estrangulamento 2

A aposta na deteção precoce é insuficiente. Tal como em outras áreas, a aposta na saúde visual passa pela deteção precoce de problemas da visão, através de rastreios oportunistas em idades pediátricas ou em populações mais vulneráveis.

Existem dois programas desenvolvidos a nível nacional: 1) Diagnóstico sistemático e tratamento da Retinopatia Diabética (RD); e 2) Rastreio de Saúde da Visão Infantil (RSVI) para o risco de ambliopia (2 e 4 anos).

O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes (PND) tem apostado na melhoria e no aumento do acesso dos doentes ao rastreio da RD – uma das principais complicações da diabetes e uma das grandes responsáveis de cegueira evitável nos adultos. Em 2017, foi realizado rastreio em 198.400 doentes, o que traduz um crescimento de 25%, face ao ano anterior. Este foi o número mais alto de doentes rastreados para a RD, e em três anos, o número de utentes rastreados mais do que duplicou.

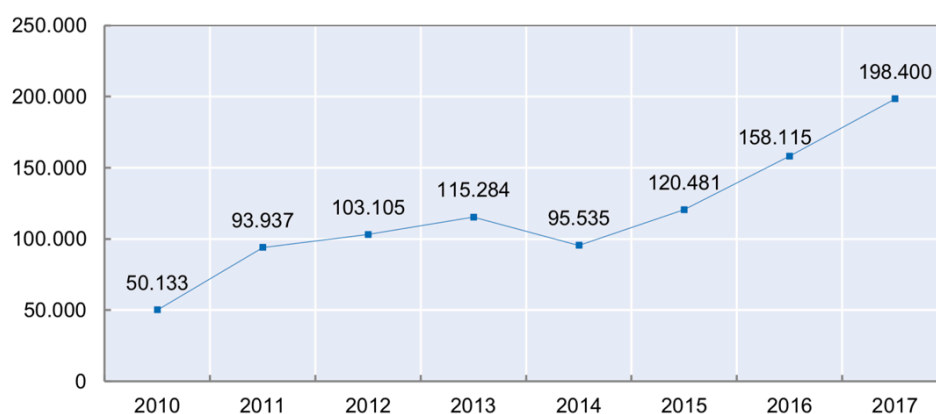


Figura 6. Evolução do número de rastreios de retinopatia diabética.

Fonte: Ministério da Saúde (2018a)

Apesar deste esforço, considerando uma prevalência de 9,8% da diabetes (DGS 2017), entre os 25 e os 74 anos, podemos deduzir que, **apenas cerca de um quarto da população alvo teve acesso ao programa de rastreio**. Ao considerarmos que 5% dos rastreios resultou num resultado positivo, podemos extrapolar para a população não rastreada que **cerca de 28 mil doentes sofrem de retinopatia diabética, mas não estão corretamente diagnosticados**. Igualmente preocupante é o tempo de espera para uma consulta de oftalmologia após um resultado positivo no rastreio: em média, **um doente espera 267 dias por uma consulta de oftalmologia em 2017**. Entre 2016 e 2017, verificou-se a deterioração deste tempo de espera em 29,2% (mais 78 dias de espera). Como reconhece a CENSV (2018) (...) *Estes tempos de resposta são inaceitáveis, tendo em conta os objetivos do rastreio e a importância de uma resposta célere e em tempo útil para a patologia em causa (...)*.

Integrado na atualização do Plano Nacional para a Saúde da Visão (PNSV), através do Despacho n.º 5868-B/2016, de 2 de maio, o Ministério da Saúde determinou a implementação do Rastreio de Saúde da Visão Infantil (RSVI) para o risco de ambliopia (2 e 4 anos) nos cuidados de saúde primários, de forma faseada, através de experiências-piloto. Esta decisão foi baseada no projeto-piloto de rastreio realizado às crianças com 2 anos e repetido aos 4 anos, implementado pela ARS Norte, em estreita colaboração com o Colégio de Oftalmologia da Ordem dos Médicos e com a Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, contando com a participação de 6 hospitais da região. Entretanto, o projeto foi, entretanto, alargado faseadamente a 12 ACES da Região de Saúde Norte. Em 2017, o rastreio abrangeu cerca de 15 mil crianças, tendo tido uma taxa de adesão de 71% e referência hospitalar de 8,8% (Ministério da Saúde 2018a). Infelizmente, não é conhecido tempo de espera para a consulta hospitalar de oftalmologia. Está previsto que este programa seja alargado a todo o Continente durante o ano de 2019. Os resultados são demonstrativos da necessidade de

desenvolver os cuidados de saúde da visão ao nível dos cuidados de saúde primários, demonstrando as dificuldades do atual modelo de prestação de cuidados do SNS.

Apesar de tudo, a abordagem assumida pelo RSVI (2 e 4 anos) não é consensual a nível internacional (Solebo, Cumberland, and Rahi 2015). É mesmo sugerido que o rastreio com idade entre 4 e 5 anos (por exemplo, na entrada na escola) confere mais benefícios e aborda a desigualdade no acesso ao tratamento oportuno. O rastreio em idades mais jovens está associado a um aumento do risco de resultados falso-positivos e a idades mais avançadas com resultados fracos em crianças com ambliopia moderada a grave (Solebo, Cumberland e Rahi 2015).

Estrangulamento 3

Forte restrição do acesso a consulta de especialidade de oftalmologia. Em 2016 verificaram-se 313 941 pedidos de consulta de oftalmologia por partes dos médicos de família, tendo sido realizadas 234 463 consultas hospitalares e ficado 181 824 doentes sem qualquer consulta. Em 2017, verificou-se um crescimento dos pedidos de consulta em 4% para 327 431 pedidos. Apesar deste ligeiro crescimento, verificou-se um forte crescimento dos pedidos por concluir para 233 228 – crescimento de 28%. Assim, **o tempo de espera para consulta de oftalmologia aumentou de 171 dias (5,7 meses), em 2016, para 180 dias (6 meses) em 2017** (Ministério da Saúde 2018a). Este tempo de espera varia entre os diferentes hospitais, podendo um doente esperar 783 dias (2 anos e 2 meses) no Centro Hospitalar do Oeste, 510 dias (1 ano e 5 meses) no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, 460 dias (1 ano e 3 meses) no Hospital de Chaves. **Apenas 53,5% das consultas realizadas respeitam o tempo máximo de resposta garantida (TMRG)**. Esta é mesmo a **segunda especialidade com piores resultados em termos de cumprimento do TMRG**, sendo apenas ultrapassada pela Dermato-Venerologia (48,0% das consultas realizadas dentro do TMRG).

Estrangulamento 4

Falta de capacidade para pagar lentes e armações por parte das populações com menor rendimento. O SNS não cobre as despesas com óculos e lentes de contacto para a generalidade dos cidadãos. Em Portugal, uma grande fatia do financiamento das despesas de saúde são asseguradas pelas famílias – 27,8% (INE 2018a), colocando uma substancial parte da população sujeitas a despesas catastróficas de saúde. Em 2010, perto de um terço do segmento de 20% da população com menor rendimento enfrentava despesas catastróficas, ou de empobrecimento com pagamentos diretos relacionados com cuidados de saúde. Perto de 50% das despesas diretas referiam-se a medicamentos, 15% a prestações de saúde em ambulatório e 9% a dispositivos e

equipamentos médicos (INE 2012). Entre estes dispositivos e equipamentos encontram-se lentes e armações. Apesar de não existirem dados concretos sobre as barreiras financeiras na aquisição de lentes e armações, é altamente provável que os cidadãos com menores rendimentos enfrentem fortes barreiras financeiras na sua aquisição. Alguns estudos têm vindo a recomendar o desenvolvimento de mecanismos que permitam não só reduzir as despesas privadas familiares, mas também evitar expor os grupos especialmente vulneráveis a estes efeitos (nomeadamente, crianças, pessoas com deficiência e pessoas que sofrem de doenças crónicas) (Borges 2013; Kronenberg and Barros 2014).

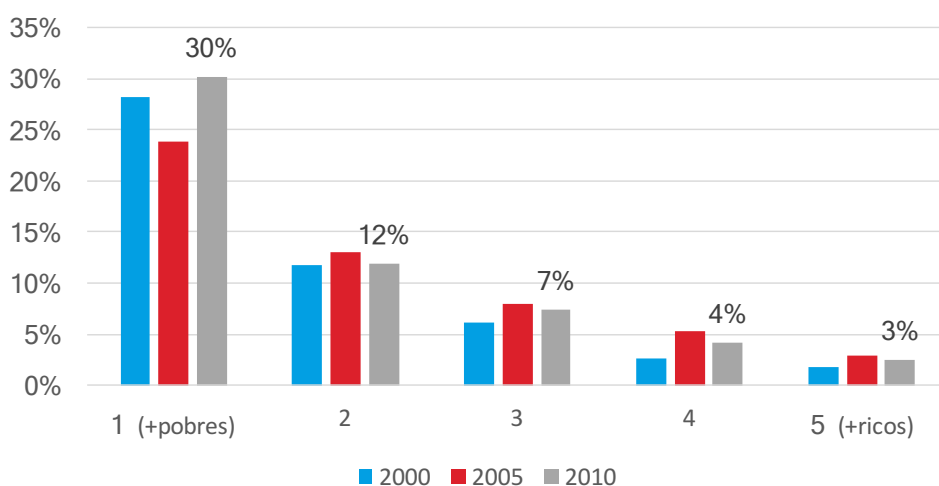


Figura 7. Percentagem da população que enfrenta despesas catastróficas, ou de empobrecimentos com pagamentos diretos de acordo com os quintis de rendimento.

Fonte: INE (2015) – Elaboração Própria

O regime de benefícios adicionais de saúde (BAS) permite, aos beneficiários do complemento solidário para idosos (CSI), a comparticipação de 75% da despesa na aquisição de lentes e armações até ao limite de 100 euros, por cada período de dois anos. O CSI é um apoio em dinheiro pago mensalmente aos idosos de baixos recursos, com idade igual ou superior à idade normal de acesso à pensão de velhice do regime geral de Segurança Social, ou seja, 66 anos e 4 meses e residentes em Portugal. Contudo, em 2017, em 175 306 beneficiários do CSI, apenas 3 053 (1,7%) pediram o reembolso ao nível de despesa com a aquisição de lentes e armações, totalizando 278 075,10€ (Ministério da Saúde 2018a). A falta de informação e o facto deste benefício ser realizado através de reembolso podem explicar esta subutilização.

Estrangulamento 5

Deterioração dos tempos de espera para cirurgia e variabilidade regional. O número de doentes inscritos para cirurgia oftalmológica tem vindo a crescer (crescimento de 20,0% entre 2015 e 2017),

tal como o número de doentes operados (crescimento de 20,6% entre 2015 e 2017). Contudo, o número de doentes a aguardar cirurgia tem vindo a aumentar (crescimento de 34,7% entre 2015 e 2017), tal como os tempos de espera (Figura 8).

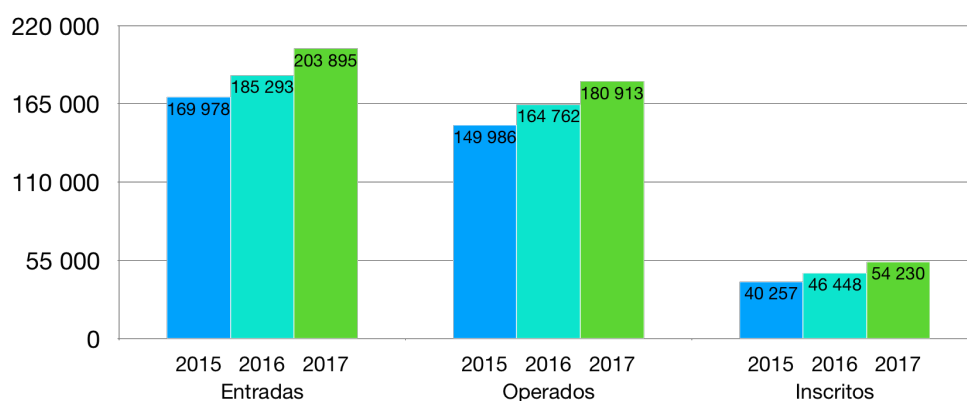


Figura 8. Atividade cirúrgica na especialidade de oftalmologia entre 2015 e 2017.

Fonte: Ministério da Saúde (2018a)

No final de 2017, existiam 54 230 doentes a aguardar cirurgia, sendo que a mediana de tempo de espera era de 2,87 meses. **Entre 2015 e 2017 verificou-se uma deterioração da mediana dos tempos de espera em 23,2%**, e da média de tempo de espera em 10,3% (Figura 9).

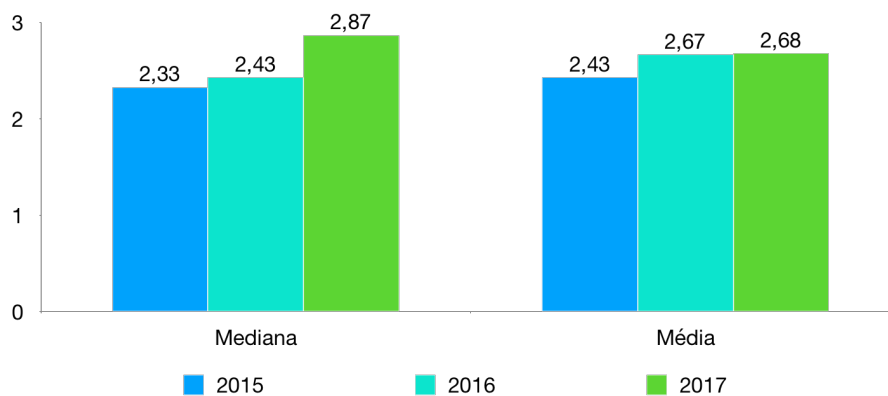


Figura 9. Tempo de espera para cirurgia oftalmológica entre 2015 e 2017.

Fonte: Ministério da Saúde (2018a)

Ao analisarmos dos dados de 2016, verificamos mesmo que 10% dos doentes esperavam perto 7 meses por uma cirurgia. Num dos hospitais do SNS este tempo de espera subiu para 15,7 meses e a mediana de tempo de espera subiu para 5,7 meses, demonstrando desigualdades regionais no acesso à cirurgia oftalmológica (Figura 10).

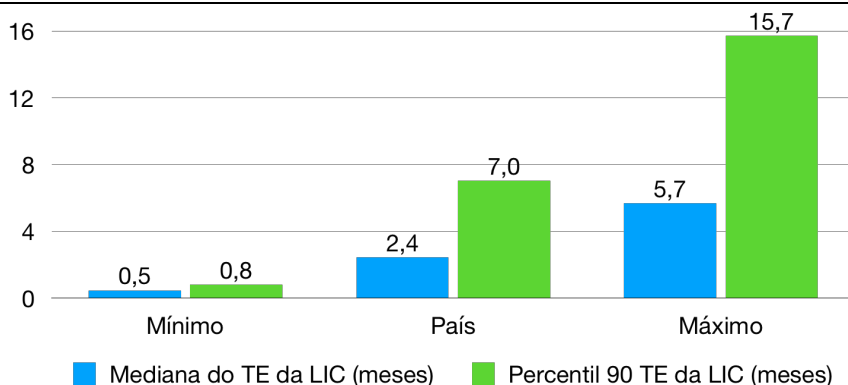


Figura 10. Mediana e percentil 90 de tempo de espera para cirurgia oftalmológica: instituição com tempo de espera mais reduzido e instituição com tempo de espera mais dilatado, 2016.

Fonte: Ministério da Saúde (2018a)

O envelhecimento populacional vai conduzir a uma maior procura na área cirúrgica oftalmológica. O número de cirurgias de catarata aumentou de 14 226 em 1993 para 146 958 em 2015 (último ano com dados disponíveis) (DGS 2016). Como reconhece a DGS (2016), *uma vez que as assimetrias do acesso aos cuidados de saúde oftalmológica no País fazem manter ainda um segmento significativo de doentes por tratar e, como a evolução das indicações, da segurança e dos resultados torna previsível o crescimento continuado das taxas de cirurgia de catarata, o futuro colocará seguramente o desafio de cumprir as expectativas crescentes destes doentes.*

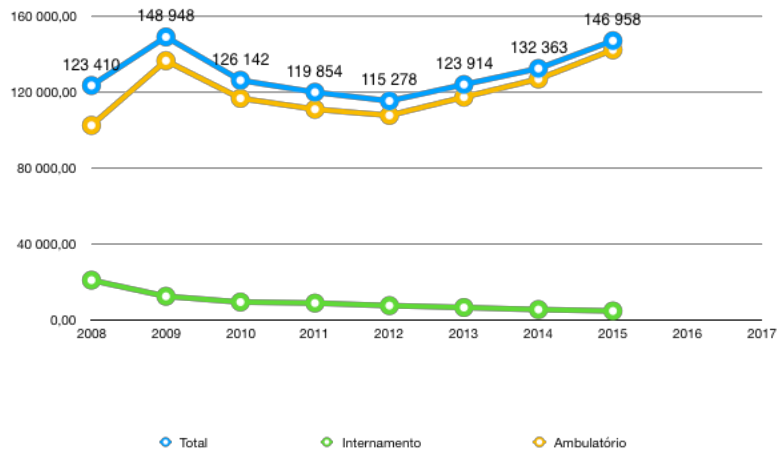


Figura 11. Evolução do número de cirurgias de cataratas em Portugal, 2008-2015.

Fonte: Eurostat (2017) - Elaboração própria

Contudo, entre os países acompanhados pelo Eurostat, Portugal é o país com maior número de cirurgias de cataratas realizadas por 100 000 habitantes pelo menos desde 2008 (ano de início da série) – muito acima da média dos países da UE. Será importante compreender se este nível de atividade é totalmente justificado epidemiologicamente, e mesmo o que poderá justificar tão elevada carga de doença. Será ainda importante verificar a adequabilidade destas intervenções cirúrgicas e, se necessário, rever as indicações para esta cirurgia e os incentivos existentes no

sistema. Como reconhece a OECD (2017), em vários países verificamos uma sobre utilização de cuidados, colocando em causa a segurança do doente, impedindo outros doentes de receber cuidados adequados e desperdiçando recursos do sistema de saúde. Se for este o caso, os recursos utilizados indevidamente podem ser utilizados na redução dos tempos de espera para outros doentes.

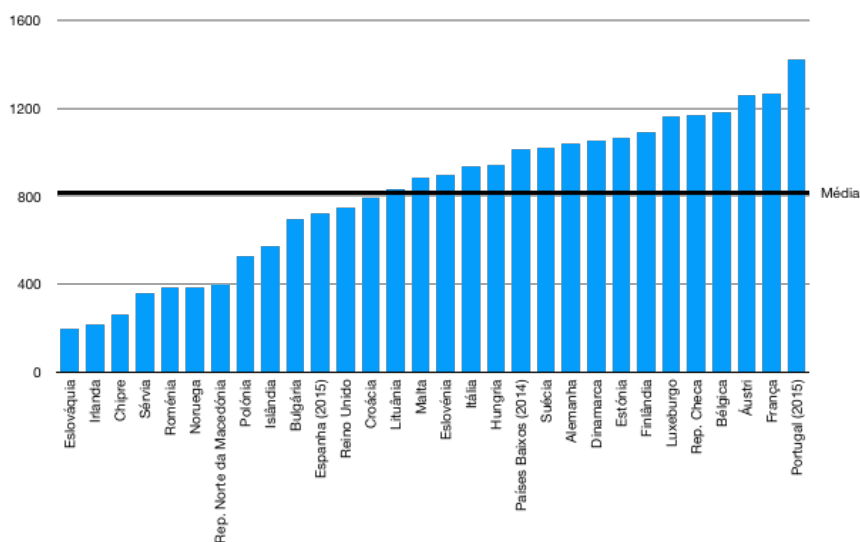


Figura 12. Cirurgia das cataratas em 2016 ou ano mais recente.

Fonte: Eurostat (2017) - Elaboração própria

O percurso alternativo ao SNS

Face às barreiras ao acesso colocadas no SNS, os doentes são muitas vezes obrigados a optar pelo setor privado, incorrendo em pagamentos diretos. com fortes implicações em termos de barreiras económicas ao acesso como descrito anteriormente. Um doente sem coberturas de seguro de saúde adicionais e com necessidades de cuidados de saúde da visão pode assim ser obrigado a recorrer diretamente à medicina privada (i.e. consulta de oftalmologia), onde, se não tiver qualquer cobertura voluntária (e.g. seguro privado de saúde), enfrentará as barreiras financeiras colocadas por pagamentos diretos. Pode ainda recorrer diretamente a uma ótica comercial. Aí poderá ter acesso a serviços de optometria e serviços de contactologia. Os serviços de optometria englobam cuidados em visão e sistema visual, que incluem refração e prescrição, deteção/diagnóstico e acompanhamento/tratamento de doenças oculares e a reabilitação/tratamento de condições do sistema visual. Contudo, a atual ausência de regulamentação específica do acesso e prática clínica da profissão de optometrista permite o acesso ao seu exercício por parte de pessoas cujas qualificações e habilitações podem não ser adequadas a um a prestação de cuidados de saúde com qualidade e segurança. Sem a devida

regulamentação, não é assegurada a qualidade neste serviço disponibilizado pelas óticas comerciais. Por outro lado, a inexistência de regulamentação não impede o conflito de interesses entre o exercício da profissão e o interesse comercial da ótica. Mais uma vez, o cidadão pode estar sujeito a um risco de serviços de saúde inadequados e a encargos financeiros desnecessários, nomeadamente por indução de procura. Ora, este percurso alternativo ao SNS, não assegura o acesso universal a cuidados de saúde de qualidade, conduzindo a despesas em saúde prescindíveis.

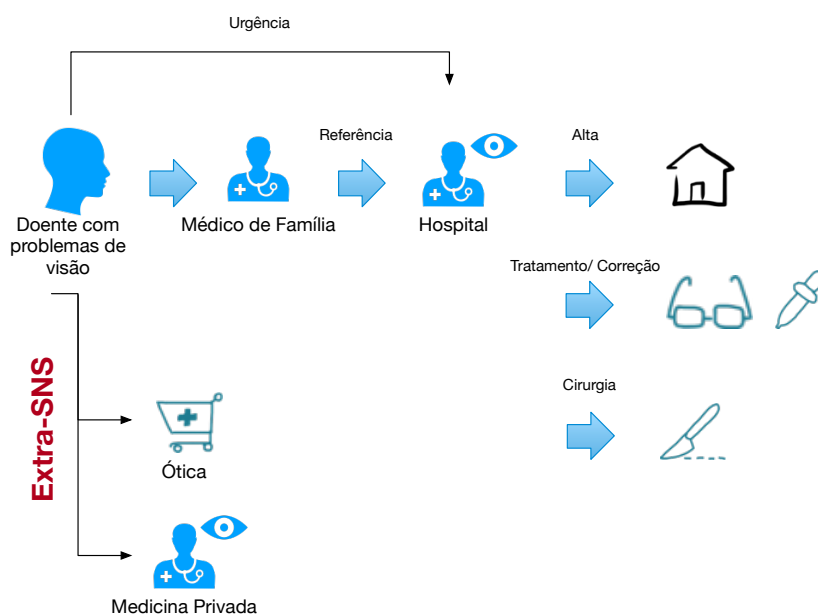
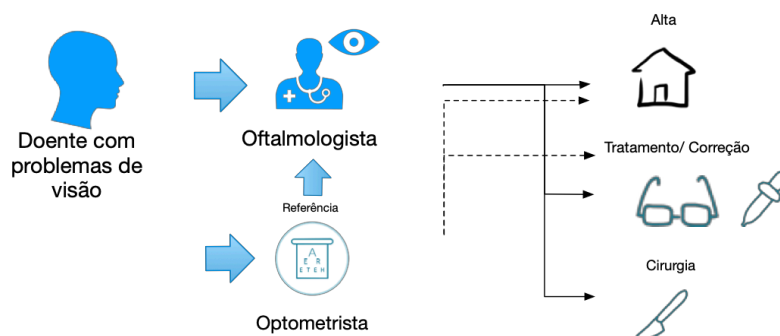


Figura 13. Percurso do doente como alternativa às barreiras ao acesso colocadas no SNS.

A ADSE

A ADSE corresponde a uma cobertura complementar ao SNS e financia os cuidados de saúde utilizados pelos beneficiários com o tratamento, reabilitação e vigilância da saúde. No final de 2016, a ADSE contava com 1 222 809 beneficiários (ADSE 2017). O esquema de benefícios da ADSE encontra-se regulamentado e inclui cuidados de saúde da visão. Os beneficiários podem recorrer a uma rede prestadora convencionada (regime convencionado) ou optam por prestadores independentes (regime livre) através do reembolso das despesas.



Consulta de oftalmologia

Os beneficiários da ADSE com necessidade de cuidados de saúde da visão podem recorrer diretamente a uma consulta no médico especialista em oftalmologia. Em 2015, existiam 208 prestadores convencionados que ofereciam consultas de oftalmologia, sendo esta a segunda especialidade mais procurada logo a seguir à medicina geral e familiar (Figura 15) (ADSE 2016). No âmbito da rede convencionada, o beneficiário assegura um copagamento de 3,99€ e a ADSE remunera o prestador em 14,47€ (ADSE 2018).

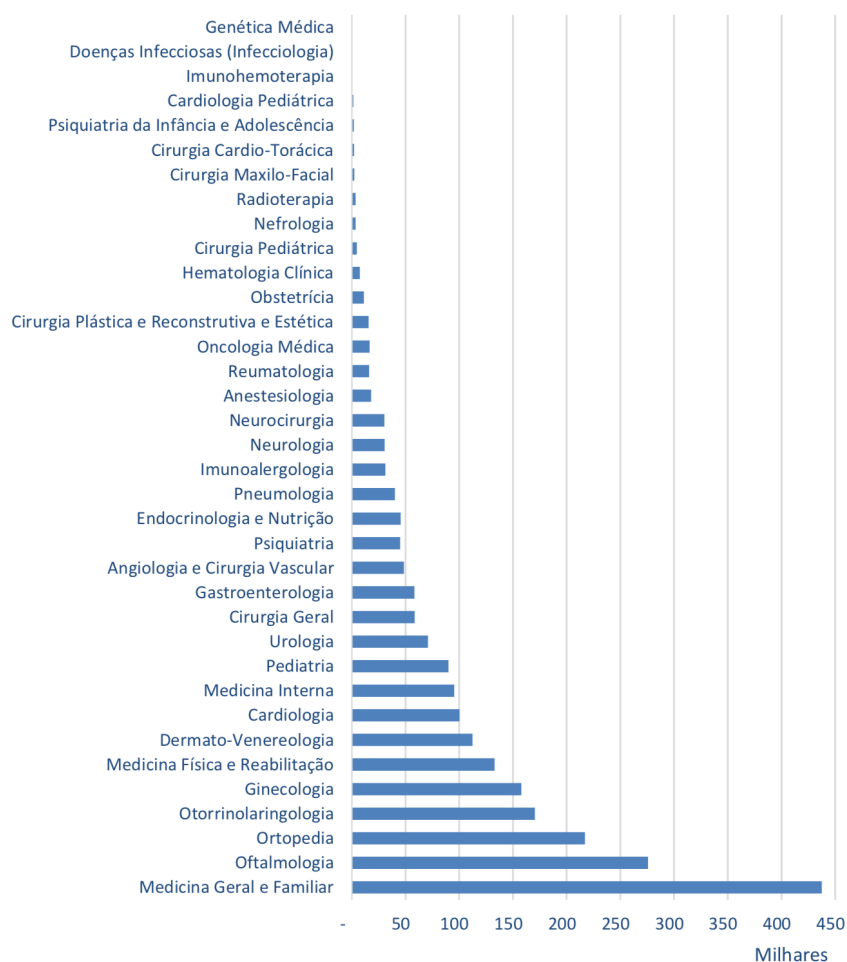


Figura 15. Consultas médicas no setor convencionado da ADSE, distribuição por especialidades, 2015

Fonte: ADSE (2016)

Em termos de procura por número de beneficiários e em termos de despesa, a oftalmologia é também a segunda especialidade mais relevante (Figura 16).

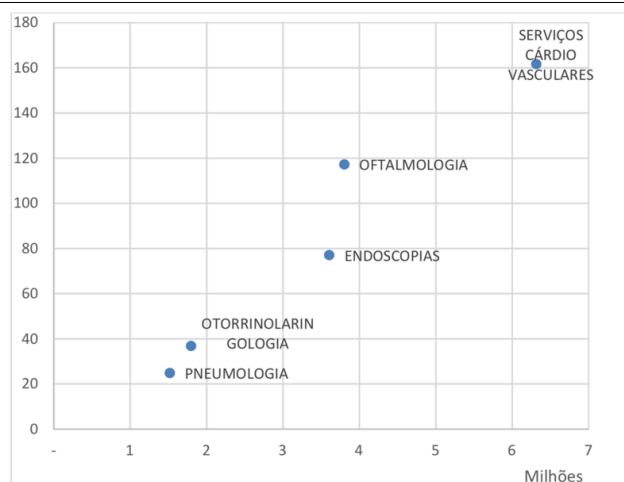


Figura 16. Principais valências da medicina, despesa versus número de beneficiários - 2015

Fonte: ADSE (2016)

Em 2015, a rede convencionada da ADSE tinha prestadores de oftalmologia nos distritos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Vila Real. Os distritos da Guarda e Viseu apenas tinham um prestador. Contudo, o beneficiário pode sempre recorrer a qualquer médico oftalmologista fora da rede, solicitando posteriormente o reembolso da despesa incorrida até um máximo de 20,45€ (ADSE 2004).

Tal como no SNS, existem três resultados comuns após uma consulta de oftalmologia: 1) alta da consulta; 2) prescrição/recomendação para tratamento não cirúrgico/correção; ou 3) recomendação para cirurgia. A nossa análise foca-se nos últimos dois pontos.

Tratamento oftálmico não cirúrgico/correção

Serviços médicos especiais de oftalmologia

Em 2015, existiam 192 prestadores convencionados em serviços médicos especiais de oftalmologia. Recorreram a estes tratamentos perto de 120 000 beneficiários, observando-se um crescimento da procura face aos últimos anos (Tabela 1). A exploração oftalmoscópica direta e indireta, a avaliação da visão binocular e do equilíbrio oculomotor, e o laser oftalmológico estão entre os atos com maior representatividade entre serviços médicos especiais da ADSE, respetivamente 3.º, 5.º, 10.º (ADSE 2017).

Tabela 1. Indicadores de atividade de serviços médicos especiais de oftalmologia, 2013 a 2015.

	2013	2014	2015
Número de Atos	246 590	297 083	315 684
Número de beneficiários	94 128	108 212	117 203
Número de atos por beneficiário	2,62	2,75	2,69
Faturação (€)	€3.516.466,57	€4.091.241,91	€3.804.674,40
Despesa média por beneficiário (€)	€37,36	€37,81	€32,46
Despesa média por ato (€)	€14,26	€13,77	€12,05

Fonte: ADSE (2016) – elaboração própria.

Correção

Ao contrário do SNS, a ADSE financia a todos os seus beneficiários a aquisição de “*meios de correção e compensação*” através de reembolso (parcial) da despesa incorrida. Historicamente, os reembolsos com as aquisições de “*meios de correção e compensação*” representam cerca de 30% do valor dos reembolsos do regime livre. Estes valores justificam-se, maioritariamente, pela aquisição de lentes e armações que sempre representaram o maior encargo financeiro do regime livre e, em 2016, envolveram 174 193 beneficiários.

Tabela 2. Encargos em lentes e armações, e respetivos beneficiários da ADSE, 2013 a 2016.

	2013	2014	2015	2016
Lentes	€21.500.000	€21.200.000	€21.200.000	n.d.
Armações	€7.800.000	€7.800.000	€7.800.000	n.d.
Beneficiários	n.d.	n.d.	169 703	174 193
Custo médio	n.d.	n.d.	€170,89	n.d.

Fonte: ADSE (2016), ADSE (2017)– elaboração própria.

A ADSE reembolsa até 80% do custo aquisição de armações/aros num máximo de 61,55€, limitando as aquisições a um máximo de duas durante 3 anos. No caso de lentes, os beneficiários também são reembolsados até 80%, mas até um máximo de 51,33€, limitando a aquisição a oito durante 3 anos. Também ao contrário do SNS, a ADSE aplica este reembolso caso este seja requisitado por um optometrista legalmente habilitado ou prescrito por um oftalmologista. A ADSE reconhece o papel do optometrista na sua oferta de cuidados de saúde da visão. Assim, o beneficiário da ADSE tem acesso ao reembolso da aquisição de lentes e armações através de consulta com um optometrista, não sendo necessário ter uma consulta de oftalmologia. Ao contrário de outras

estruturas do Ministério da Saúde, a ADSE reconhece o papel do optometrista como parte do modelo de cuidados de saúde da visão.

Tratamento oftálmico cirúrgico

Em 2015 e 2016, a rede convencionada da ADSE assegurou cuidados cirúrgicos a mais de 14 mil e 15 mil beneficiários, respetivamente. Como pode ser verificado pela Figura 17, a cirurgia dos olhos e anexos oculares é a segunda comum, sendo apenas suplantada pela cirurgia geral. A cirurgia oftalmológica é mesmo a área com maior despesa em cuidados cirúrgicos convencionados da ADSE.

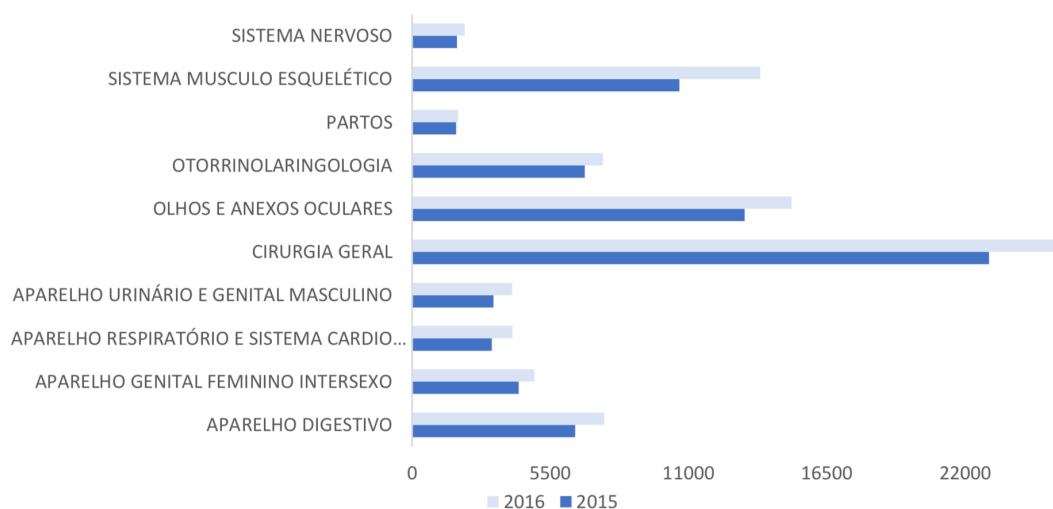


Figura 17. Número de beneficiários por tipo de cirurgia

Fonte: ADSE (2017)

Ao nível do regime livre, a cirurgia oftalmológica mantém a sua preponderância. Os dois atos cirúrgicos do regime livre com maior volume de reembolsos são mesmo desta área. Considerando que, a ADSE tem procurado internalizar o seu regime livre na rede convencionada, a área da oftalmologia tem ainda uma elevada margem para integrar.

Tabela 3. Encargos com as Intervenções cirúrgicas dos olhos e anexos oculares financeiramente mais representativas no regime livre, 2013 a 2016.

Atos da Tabela de Cirurgia	2013	2014	2015	2016
Facoemulsificação do cristalino com implantação de lente intraocular	€696.200	€578.700	€509.400	€485.800
Injeção de substituto de vítreo, via plana (pneumopexia)	€139.100	€200.900	€207.700	€197.300
Laser Yag da retina ou coroideia	€123.100	€119.600	€148.900	€118.800
Topografia Corneana	n.d.	n.d.	€54.300	€50.800

Fonte: ADSE (2016), ADSE (2017)– elaboração própria.

Limitações das propostas para melhoria do acesso

No final do ano de 2016, a DGS (2016) vem apresentar a **Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Oftalmologia** (RNEHR-O), entretanto aprovada pelo Governo. Este documento propõe a organização da rede hospitalar em 3 grupos de unidades hospitalares, estabelecendo as suas características e um número mínimo de médicos para cada grupo (em ETC). Assim, as instituições hospitalares são categorizadas em 3 grupos que se distinguem, entre si, pela complexidade da resposta oferecida à população servida, garantindo proximidade, complementaridade e hierarquização da prestação de cuidados. O documento vem reconhecer o défice de oftalmologistas como o maior problema para assegurar o funcionamento da adequado da rede (DGS 2016).

O Ministério da Saúde, através do Despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde n.º 1696/2018, de 19 de fevereiro, vem criar a Comissão Nacional com o objetivo de elaborar uma **Estratégia Nacional para a Saúde da Visão**. O documento produzido por esta comissão esteve em discussão pública até 26 de julho de 2018. Até ao momento não existe um documento decorrente da fase de discussão pública, pelo que esta análise é realizada ao documento do conhecimento público (CENSV 2018).

A CENSV (2018) vem identificar prioridades, definir objetivos e propor um modelo conceptual, capazes de resolver insuficiências crónicas e introduzir eficiência e qualidade na prestação de cuidados de saúde da visão. Os objetivos passam essencialmente por garantir a efetiva universalidade dos cuidados de saúde visual à população portuguesa (assegurada constitucionalmente mas longe de ser alcançada), melhorando a acessibilidade e garantindo a equidade. Ao nível das insuficiências, o que (...) *fica demonstrado pela análise dos dados disponibilizados pela ACSS é uma evidente deficiência de meios ao nível dos cuidados primários de saúde da visão, capaz de reduzir as dificuldades de acessibilidade às primeiras consultas de Oftalmologia. Trata-se de um constrangimento há muito identificado, e que tende a agravar-se tendo em conta as necessidades crescentes das populações, que resultam de vários fatores. O envelhecimento global da população resultante de melhores cuidados de saúde, aumenta a demografia e a prevalência de várias doenças oculares, como a catarata, o glaucoma e a degenerescência macular da idade (DMI); as mudanças dos hábitos de vida e o aumento de sobrevida em doentes com patologias crónicas como a diabetes aumentam a prevalência da retinopatia diabética; acresce que estes doentes necessitam de*

vigilância e tratamento durante muitos anos e terão de merecer uma estratégia adequada no âmbito de doença crónica. As necessidades decorrentes de hábitos de vida mais urbanizados, com mais informação e uma crescente preocupação com a saúde visual, são outros aspetos que aumentam as necessidades do SNS ao nível dos cuidados de saúde visual (...). É a partir, deste racional que a proposta da Comissão passa por um forte investimento, e por um alargamento estruturado da oferta, ao nível dos cuidados de saúde primários. Assim, (...) o alargamento e a estruturação da base de oferta de cuidados de saúde visual ao nível dos cuidados de saúde primários terão de ser um alicerce de toda a rede oftalmológica nacional (...). Reconhece-se que a proposta deve ser (...) implementada no tempo, de forma faseada, tendo em conta os recursos humanos disponíveis não apenas no presente, mas também aqueles que previsivelmente estarão disponíveis a curto e médio prazo (...).

Este documento propõe três intervenções estruturais na rede de prestação de cuidados através do desenvolvimento da 1) Plataforma de cuidados primários de saúde visual (PCPSV); 2) Plataforma hospitalar de saúde visual (RNEHR-O) e 3) Urgências de oftalmologia.

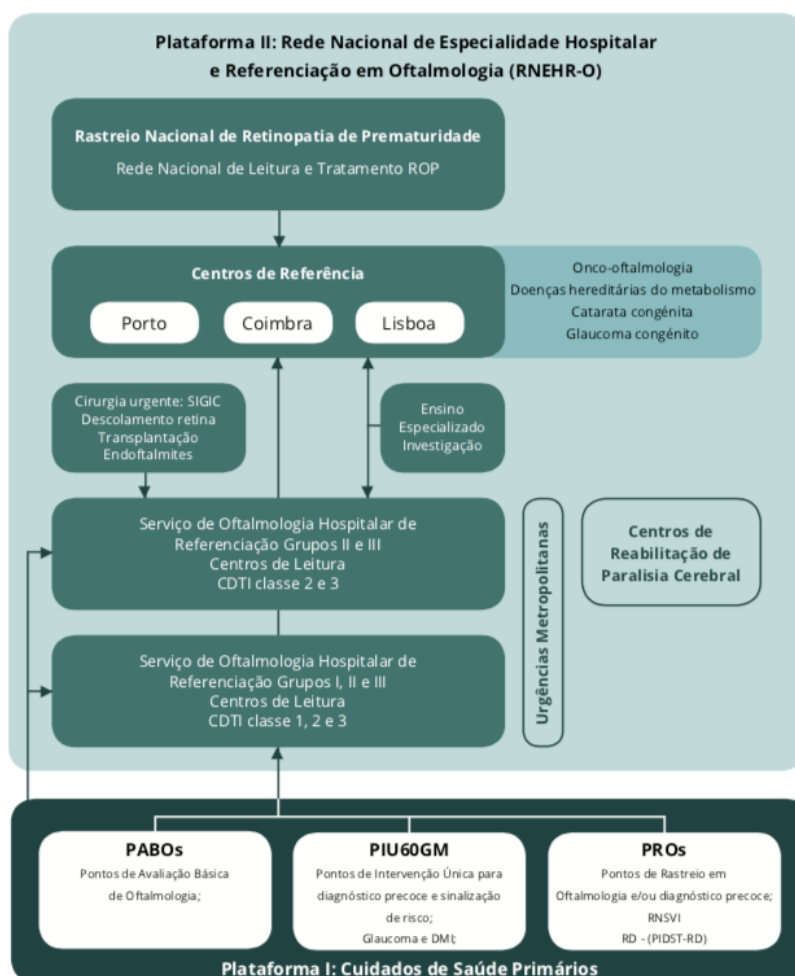


Figura 18. Modelo de organização estratégica proposto pela CENSV (2018).

Fonte: CENSV (2018)

A PCPSV é constituída por:

1. Pontos de Rastreio Oftalmológico (PROs);
2. Pontos de Avaliação Básica em Oftalmologia (PABOs);
3. Pontos de Intervenção Única aos 60 anos (PIU6oGM).

O **PRO** é uma unidade encarregada de garantir o rastreio das duas patologias identificadas, que observam os critérios da OMS para rastreio de base populacional: a ambliopia e a retinopatia diabética. Os recursos humanos destas estruturas, são constituídos exclusivamente por técnicos de diagnóstico e terapêutica (ortoptistas) e/ou enfermeiros; os exames são realizados por estes profissionais e são introduzidos em plataforma informática, que permite a leitura em centros próprios. O objetivo destas unidades é a implementação destes rastreios, com cobertura nacional de pelo menos 80-100% dos ACeS, até ao final de 2020.

O **PABO** corresponde à realização de primeiras consultas de oftalmologia nos cuidados de saúde primários, de forma a aumentar a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados mais básicos de saúde visual, de forma a libertar a estrutura da RNEHR-O para, de forma articulada, poder realizar cuidados mais diferenciados, insuscetíveis de serem realizadas ao nível da estrutura dos cuidados de saúde primários (CENSV 2018). Propõe-se que esta estrutura se inicie em forma de piloto até 2020, e progressivamente se expanda aos 61 ACES, até ao ano de 2025. Como reconhece CENSV (2018), esta não é uma ideia nova. A Rede de Referência em Oftalmologia publicada em 2006 já apresentava esta solução (DGS 2007). Contudo, como é afirmado, nunca houve capacidade para a pôr em prática (CENSV 2018). Com efeito, admite-se que, implica a alocação de novos oftalmologistas e novos técnicos de diagnóstico (80 a 90 ortoptistas) à estrutura do SNS, suprimindo globalmente as carências de recursos humanos especializados.

Em termos de equipamento, estima-se que o custo de instalação de cada PABO atinja os 34 980€. Considerando a instalação de 61 PABOs, o investimento poderá atingir os 2 133 780€, distribuídos até 2025 – data prevista para a cobertura nacional.

Ao nível da proposta de implementação percebe-se que, quer os PRO, quer os PABO, são serviços assegurados pelos serviços hospitalares da área de influência. Dado o défice de oftalmologistas e a incapacidade do SNS para reter estes especialistas, não é explicitada a estratégia que permita assegurar o funcionamento destes novos serviços a todo o território continental.

Equipamento para os PABOs	Quantidade	Preço estimado em €
Equipa de observação oftalmológica com elevação motorizada	1	4 000
Lâmpada de fenda com tonómetro de aplanção	1	7 500
Refratómetro automático e tonómetro de não contacto	1	15 100
Projektor de optotipos	1	2 100
Armário de lentes e armação de prova	1	1 700
Frontofocómetro automático	1	2 380
Equipamento de apoio à consulta	1	2 200
Réguas de esquiascopia		
Escala de visão para perto		
Testes de estereopsia		
Testes de visão cromática		
Lente de 3 espelhos		
Lentes 78 D		
Custo total por unidade		34 980

Figura 19. Equipamento necessário para os PABOs.

Fonte: CENSV (2018)

Segundo a CENSV (2018), O **PIU60-GM** é um ponto de diagnóstico precoce aos 60 anos para o Glaucoma e DMI. Consistindo na realização de uma retinografia e de uma medição da tensão ocular com tonómetro de não contacto, a realizar pelos técnicos de diagnóstico e terapêutica nos ACeS, o PIU60-GM corresponde mais a um “rastreamento” aos 60 anos do que propriamente numa nova estrutura. Propõe-se que, a leitura da retinografia e a sua integração com o valor da tensão ocular seja realizada por oftalmologista do hospital de referência ou dos PABOs. É reconhecido que não existem critérios para rastreio de base populacional ou experiências internacionais que permitam aferir o custo efetividade desta intervenção.

Ao nível da rede hospitalar já organizada através da RNEHR-O, a Estratégia propõe a criação prioritária de uma **Rede Nacional de Rastreio e Tratamento de Retinopatia da Prematuridade**, bem como a **reorganização dos serviços de urgência em oftalmologia**.

A estratégia apresentada será globalmente suportada por um sistema de informação a desenvolver pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

A implementação da estratégia decorre até 2025, terminando com a cobertura nacional dos PABO (Figura 20).

Plano estratégico nacional da saúde da visão		
Propostas		Cronograma
Cuidados de saúde primários		
ACeS	Pontos de Rastreio Oftalmológico: RNSVI PIDST-RD	Implementação nacional 2020 Reformulação 2020
	Pontos de Avaliação Básica de Oftalmologia Primeiras consultas	Piloto 2020 Regional 2022 Nacional 2025
	Pontos de Intervenção Única aos 60 anos: RU60GM (glaucoma e DMI)	Acompanha os PABOs
RNEHR-0: articulações		
Grupo II e III	Rastreios: RNSVI e PIDST-RD	2020
	Centros de reabilitação de paralisia cerebral	2018
	Formação especializada em Oftalmologia	Programa atualizado 2018 Publicitação da qualidade
Grupo III	Transplantação de tecidos oculares	DGS/ACSS 2019
	Glaucoma congénito	Normas DGS/ACSS 2018
	Catarata congénita	Normas DGS/ACSS 2018
	Cirurgia de descolamento de retina e endoftalmite	Alargamento do programa atual 2018
	Investigação em Oftalmologia	2020
Centros de Referência: Rede Nacional de Leitura e Referência de Retinopatia da Prematuridade		2019/2020
Urgência de Oftalmologia		2018/2019
Rede de registo e informação		2020
Modelo de Governação da Saúde da Visão		Acompanha a evolução geral das implementações

Figura 20. Sinopse das propostas para a estratégia nacional para a saúde da visão.

Fonte: CENSV (2018)

Apesar de procurar responder aos problemas de acesso do SNS, a proposta de Estratégia Nacional não apresenta respostas claras quanto às barreiras identificadas no acesso a cuidados de saúde da visão, nomeadamente ao forte estrangulamento no 1) acesso à primeira consulta de oftalmologia, 2) à deterioração dos tempos de espera para cirurgia, 3) às desigualdades regionais de acesso, 4) à falta de capacidade para pagar lentes e armações por parte da população com menores rendimentos.

Sem respostas concretas a estas barreiras, falha-se o objetivo de garantir a universalidade dos cuidados de saúde visual à população portuguesa, melhorando a acessibilidade e garantindo a equidade. As três primeiras barreiras estão intimamente relacionadas com a gestão do SNS sobre os recursos humanos da saúde da visão. A falta de capacidade para pagar lentes e armações por parte da população com menor poder de compra é analisada por forma a aumentar a proteção financeira das Famílias.

A gestão de recursos humanos

A OMS reconhece a existência de três grandes grupos profissionais dentro da saúde da visão: os médicos especialistas em oftalmologia, os optometristas e os técnicos de saúde da visão (WHO 2013). Os oftalmologistas são o principal grupo que presta intervenções médicas e cirúrgicas nos cuidados com os olhos. Num número crescente de países, os optometristas são frequentemente o

primeiro ponto de contato para pessoas com doenças oculares. Dependendo dos países, no grupo dos técnicos da saúde da visão grupo incluem-se óticos, enfermeiros especialistas, ortoptistas, assistentes de oftalmologia e optometria, técnicos de oftalmologia e optometria, terapeutas da visão, técnicos de imagiologia da visão, etc. A OMS reconhece ainda que, é necessário avaliar a disponibilidade da força de trabalho em saúde para formular respostas capazes de fortalecer os sistemas nacionais de saúde (WHO 2013). Analisemos a realidade nacional.

Médicos oftalmologistas

A restrição do número de oftalmologistas tem sido apontada como a justificação para os tempos de espera observados no SNS. Atualmente, o Colégio de Oftalmologia da OM identifica 1070 médicos oftalmologistas, sendo que apenas 471 (44%) **trabalham nos hospitais do SNS** (CENSV 2018). O documento Estratégia Nacional para a Saúde da Visão vem ainda dar ênfase às **diferenças regionais verificadas em hospitais do SNS** na disponibilidade de oftalmologistas: 166 na Região Norte, 78 na Região Centro, 200 na Região de Lisboa e Vale do Tejo, 17 na Região do Alentejo e 10 na Região do Algarve.

A Rede de Referenciação de Oftalmologia de 2006 (DGS 2007) divulga a existência de 1 oftalmologista por cada 15 000 habitantes em 2004 (700 oftalmologistas, dos quais 427 a trabalhar em hospitais do SNS), afirmando ser este o rácio ideal segundo a OMS (não é apresentada referência bibliográfica). No mesmo documento é equacionada a possibilidade de 1 oftalmologista por cada 20 000 habitantes. Para atingir este rácio seriam necessários 494 oftalmologistas no SNS – mais 67 especialistas que os existentes há época.

Entre 2004 e 2017 verificou-se um crescimento de 52,9% no número de oftalmologistas inscritos na OM, mas apenas um crescimento de 10,3% do número de oftalmologistas a exercer no SNS – verificando-se uma menor apetência dos oftalmologistas para exercer no setor público: 61% em 2014 *versus* 44% em 2017 (Tabela 4).

Tabela 4. Número de oftalmologistas registados na Ordem dos Médicos e a exercer funções no SNS em 2004 e 2017.

	2004	2017	Var. %
Oftalmologistas	700	1070	52,9%
Oftalmologistas no SNS	427	471	10,3%
% a exercer no SNS	61%	44%	-27,8%

Fonte: CENSV (2018) e

Mais recentemente, a RNEHR-O (DGS 2016) afirma que, “*o ratio aconselhado pelas Autoridades de Saúde Internacionais*” é de 1 Oftalmologista por 20 000 habitantes – também não é apresentada referência bibliográfica, contudo assume-se que este rácio é fruto de um consenso do grupo com base em indicadores internacionais, nomeadamente do Eurostat. A proposta de Estratégia Nacional da Saúde da Visão reabilita este indicador utilizando o mesmo pressuposto.

Em 2010, o *International Council for Ophthalmology* (IOC) recolheu junto de 193 países o número de oftalmologistas. Apenas 67 países responderam quanto aos oftalmologistas que realizam cirurgias, número de oftalmologistas que entram/saem da prática clínica, oftalmologistas a reformar-se e número de internos. Por outro lado, o IOC reconhece ainda que o levantamento não aborda uma parte importante da equipa de saúde da visão, que inclui optometristas, ortoptistas, enfermeiros e técnicos oftalmológicos e outros profissionais, de acordo com a legislação e as necessidades existentes em cada país (Resnikoff et al. 2012). Mesmo assim, se analisarmos apenas os países desenvolvidos (i.e. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, OCDE), verificamos que, a média dos países em 2010 seria de 83 oftalmologistas por cada milhão de habitantes ou 1,7 por cada 20 000 habitantes (ver dados completos no anexo I). Portugal em 2010 teria 70 por cada milhão de habitantes ou 1,4 por cada 20 000 habitantes – valores acima do observado para países como a Noruega (68/milhão de habitantes), Estados Unidos da América (59/milhão de habitantes), Países baixos (54/milhão de habitantes), Reino Unido (49/milhão de habitantes) ou o Canadá (32/ milhão de habitantes). Considerando os dados a 2017, Portugal tem agora 104 oftalmologistas por cada milhão de habitantes ou 2 por cada 20 000 habitantes, acima da média dos países desenvolvidos, mesmo assim ficando aquém de países como a Grécia (178/ milhão de habitantes), a Letónia (126/ milhão de habitantes) e a Lituânia (119/ milhão de habitantes).

Dados mais recentes recolhidos pelo Eurostat (2018) comparam o número de oftalmologistas em Países da União Europeia (UE). Através destes dados podemos observar que, em média os países da UE possuem 1,9 oftalmologistas por cada 20 000 habitantes, variando entre a Grécia, com 4,5, e a Irlanda, com 0,9 oftalmologistas por cada 20 000 habitantes. Portugal está um pouco acima desta média (Figura 21). Não existe associação relevante entre o número relativo de oftalmologistas, desenvolvimento económico (i.e. PIB per capita) ou despesa em saúde per capita.

Assim, como é reconhecido pelo IOC não é possível realizar comparações rígidas entre países faltando dados referentes às características dos oftalmologistas e à equipa de saúde da visão

(Resnikoff et al. 2012). Mais, sem considerar este tipo de variáveis não é possível determinar um rácio adequado de oftalmologistas na população.

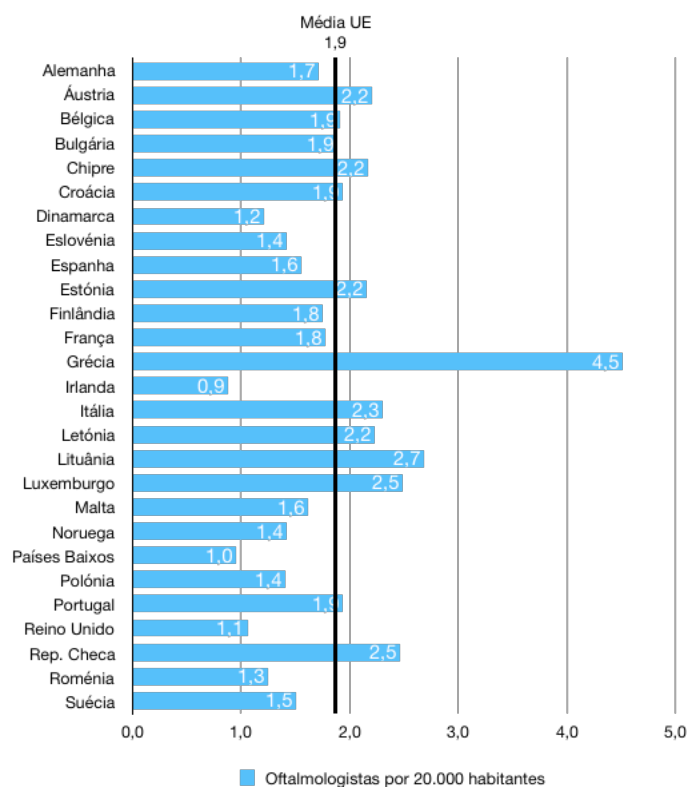


Figura 21. Oftalmologistas por 20 000 habitantes em países da União Europeia e Noruega em 2015 ou último ano disponível.

Fonte: Eurostat (2018) – elaboração própria

Assumindo o rácio 1 oftalmologista para 20 000 habitantes como adequado, a CENSV (2018) estabelece que a rede hospitalar do SNS necessitaria de **502** Oftalmologistas (184 na Região Norte, 90 na Região Centro, 180 na Região de Lisboa e Vale do Tejo, 25 na Região do Alentejo e 23 na Região do Algarve), pelo que atualmente identifica **um défice de cerca de 155 oftalmologistas (40h)** em todo o Continente.

Se por outro lado analisarmos a produtividade dos médicos oftalmologistas na realização de primeiras consultas em 2016, verificamos que em média cada médico realizou 679 primeiras consultas. De forma a dar resposta aos pedidos de consulta não concluídos nesse ano (181 824), mantendo-se a mesma produtividade, seriam necessários mais **268 oftalmologistas (40h)** (Figura 22).

Afigura-se de reduzida probabilidade resolver um défice de 155 ou 268 oftalmologistas no SNS, pelo menos no curto e médio prazo. Dada a atual atratividade do SNS para os oftalmologistas a exercer medicina privada parece pouco provável que estes venham a exercer no setor público. **Por outro lado, o saldo previsível em 2022, entre saídas possíveis (médicos com mais de 60 anos) e**

entradas possíveis (2014-2018), é 48 médicos (CENSV 2018). Muito aquém das necessidades da população e de uma distribuição geográfica equitativa da resposta do SNS – a falta de médicos repercute-se com maior enfoque fora das grandes áreas urbanas.

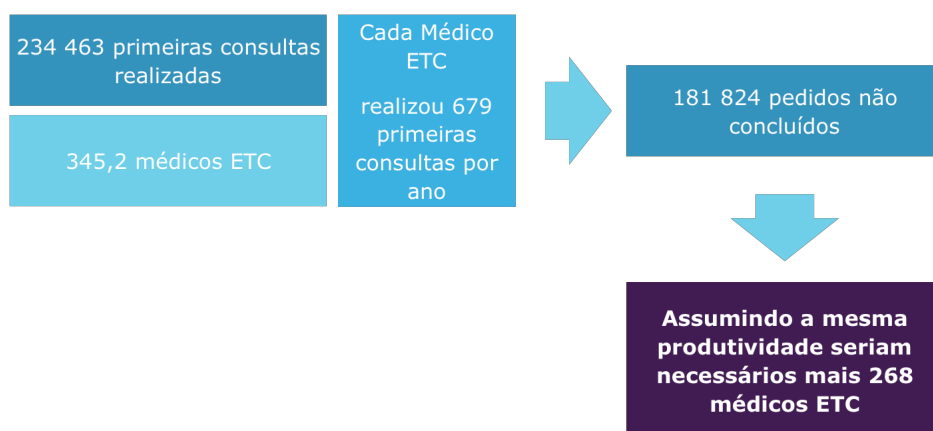


Figura 22. Análise à necessidade de médicos para responder à lista de espera para consulta de oftalmologia em 2016.

Uma hipótese para responder à lista de espera para consulta, poderia passar pela realocação de tempo destes especialistas. A atividade dos oftalmologistas divide-se essencialmente entre atividade de consulta externa, realização de meios complementares de diagnóstico e cirurgia. Como abordado anteriormente, temos observado um aumento dos tempos de espera para cirurgia, pelo que não será desejável realocar tempo dos oftalmologistas para o ambulatório médico, correndo-se o risco de agravar os tempos de espera para cirurgia. Por outro lado, é expectável que, com maior acesso a consulta surjam mais doentes com indicação cirúrgica.

Os PABO pressupõem médicos oftalmologistas a realizar primeiras consultas ao nível dos ACES. Mesmo que até 2022 todos os novos especialistas fossem alocados a esta atividade, seriam insuficientes para cobrir todos os ACES, mesmo assumindo que apenas seriam necessários 1 por ACES.

Optometristas

Num número crescente de países, os optometristas são frequentemente o primeiro ponto de contacto para pessoas com doenças oculares (WHO 2013). Esta profissão é reconhecida em Países como os EUA, Canadá, Países da UE (e.g. Áustria, Chipre, Eslováquia, Espanha, Finlândia, Países Baixos, Hungria, Irlanda, Letónia, Malta, Suécia, República Checa, Reino Unido) e Suíça (European Commission 2015).

Os países com a profissão de optometrista regulada invocam como motivos: 1) proteção da saúde (i.e. Áustria, Bélgica, Chipre, República Checa, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Irlanda,

Itália, Malta, Eslováquia, Espanha, Suécia, Islândia, Liechtenstein, Noruega e Suíça), 2) proteção dos consumidores e utilizadores dos serviços (Áustria, Chipre, Croácia República Checa, Finlândia, Alemanha, Itália, Malta, Espanha, Suécia, Liechtenstein, Noruega e Suíça), 3) segurança na rede viária (i.e. Áustria), 4) assegurar mão de obra qualificada, formação, inovação e capacidade de desempenho (i.e. Alemanha), 5) segurança pública (i.e. Islândia), 6) prevenção da fraude (i.e. Noruega) e 7) segurança do doente (i.e. Suécia) (European Commission 2015).

Em Portugal não existe regulamentação do acesso e prática clínica da profissão de Optometrista. Esta ausência de regulamentação permite o acesso ao seu exercício por parte de pessoas cujas qualificações e habilitações são desadequadas, colocando em causa a saúde pública e a prestação de informação enganosa aos cidadãos. Como reconhece a Ordem dos Médicos (2018), *“o grupo dos optometristas é muito heterogéneo em termos curriculares, tendo, na melhor das hipóteses, três anos de formação no total (...) em todo o caso nenhum desses vários planos curriculares tem qualquer formação em saúde, não existe qualquer entidade que possa certificar a qualidade da formação específica e não têm qualquer plano de estágio em entidades certificadas como idóneas”*.

Apesar da inexistência de regulamentação específica, desde 1993 que, as Universidades da Beira Interior e do Minho formam licenciados em Optometria², tendo formado mais de 1500 profissionais, dos quais aproximadamente 1.000 são licenciados pré-Bolonha, até 2010, e 250 são mestres em Optometria. Reconhecendo a limitação enunciada pela OM, a APLO (2017) sugere a devolução da formação em Optometria ao estado pré-Bolonha, com o mestrado integrado em Optometria e Ciência da Visão de 5 anos, adicionado de um estágio clínico obrigatório de duração semestral, em ambiente hospitalar, coorientado por optometristas e oftalmologistas. A idoneidade dos serviços para a formação deveria ser avaliada com uma comissão constituída pela Direcção-Geral da Saúde, APLO e Colégio da Especialidade de Oftalmologia da OM.

Por sua vez, a Entidade Reguladora da Saúde, a quem compete regular a atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, exige o registo de gabinetes de Optometria bem como dos Optometristas que lá exercem a sua profissão, sem, contudo, verificar ou exigir a demonstração de competências e habilitações para invocar esse título.

² Atuais planos de estudos em Optometria da Universidade da Beira Interior e Universidade do Minho estão acreditados pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior na área da saúde e descritos nos despachos do Ministério da Educação para licenciaturas n.º 9790/2016 e n.º 15393/2009 e para mestrados n.º 9727/2016 e n.º 19883/2008, respetivamente.

Reconhecendo a necessidade de regulamentação desta profissão, a Assembleia da República emitiu duas Resoluções³ neste sentido nos últimos anos.

A definição da estratégia nacional da saúde da visão não considerou a existência de optometristas (CENSV 2018). Genericamente, sendo uma estratégia nacional, devem ser considerados todos aspetos que possam contribuir, positivamente ou negativamente, para os resultados esperados, nomeadamente todos os elementos da força de trabalho. Aliás, como preconizado pela OMS no documento *Universal eye health: a global action plan 2014-2019*, aprovado por Resolução na Assembleia Mundial de Saúde de 2013 (WHO 2013). Especificamente, a desconsideração dos optometristas no desenvolvimento da estratégia nacional da saúde da visão não é razoável por três motivos:

- 1) A falta de regulação da profissão pode colocar em causa a qualidade dos cuidados prestados nesta área, interferindo com os objetivos propostos;
- 2) A incapacidade demonstrada para reduzir os tempos de espera excessivos para primeira consulta de espera hospitalar e melhorar os tempos de espera cirúrgicos, obrigam a considerar intervenção do optometrista, a exemplo de outros países, como possível primeiro ponto de contacto;
- 3) O facto da ADSE (organismo do MS) considerar o reembolso das despesas de aquisição de lentes e armações quando requisitada por um optometrista habilitado, não pode ser ignorado por outros organismos do MS, constituindo um exemplo de contexto institucional que permite satisfação de necessidades de saúde.

O enquadramento do optometrista ao nível dos cuidados de saúde primários poderia contribuir para a resolução das barreiras ao acesso aos cuidados de saúde da visão, tal como sucede em outros países. Efetivamente, a integração do optometrista, enquanto técnico de saúde, do ou em colaboração com o SNS potenciaria o acesso a cuidados de saúde da visão. O seu posicionamento, poderá enquadrar-se como uma prestação de cuidados de saúde primários, permitindo a triagem de situações que requeiram cuidados de saúde diferenciados de oftalmologia, tal como o desenvolvimento dos PRO e PABO. Naturalmente, a sua integração estaria sempre sujeita à coordenação da sua atividade pelos Serviços de Oftalmologia.

³ Resolução n.º 39/2012 e Resolução n.º 92/2013

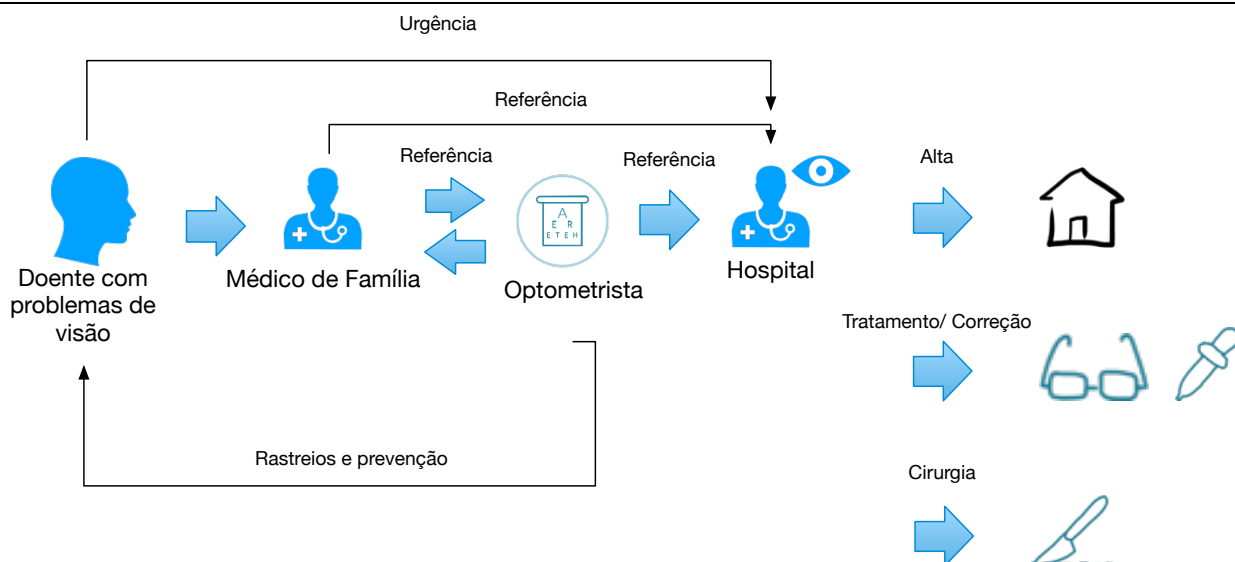


Figura 23. Percurso do doente com a integração de optometristas.

Esta integração pode ser decisiva para a generalização dos programas de rastreio e a redução ou mesmo eliminação dos tempos de espera para consulta de oftalmologia. Se considerarmos que, os optometristas seriam capazes de resolver cerca de 25% dos pedidos e referenciar os 75% restantes para consulta de oftalmologia, estaríamos perante a eliminação dos tempos de espera para consulta de oftalmologia (Figura 24).

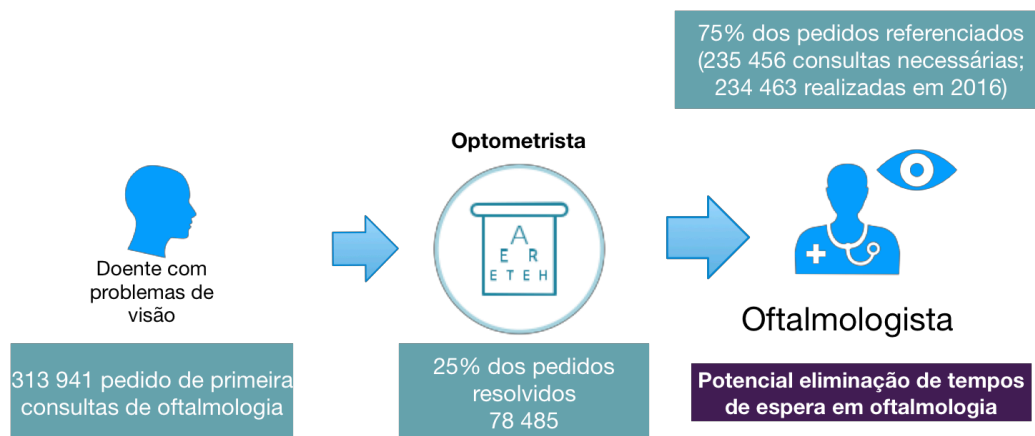


Figura 24. Percurso do doente com intervenção do optometrista como “triador” das consultas de oftalmologia.

NOTA: dados referentes a 2016 considerando uma capacidade de resolução por parte do optometrista em 25%.

Ortoptistas

O Ortoptista é um perito na avaliação da função binocular e do funcionamento visual, da reabilitação dos distúrbios da binocularidade (nomeadamente do estrabismo) e da deficiência visual. Os Ortoptistas pertencem a um grupo de dezoito profissões, designado por Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT). Atualmente, existe apenas uma instituição que ministra o Curso Superior de Ortóptica ao nível do Ensino Superior Politécnico: a Escola Superior

Estudo para a Universalização de Cuidados de Saúde da Visão em Portugal de Tecnologia da Saúde de Lisboa. A formação base é constituída por uma licenciatura de 4 anos (240 ECTS). Todos os profissionais, após a conclusão da sua formação de base, devem requerer a sua Cédula Profissional, junto da ACSS, para que se efetue um reconhecimento oficial das suas habilitações e a profissão possa ser exercida legalmente (D.L. 320/99 de 11 de Agosto).

Segundo a *Orthoptistes de la Communauté Européenne*, existem em Portugal 250 ortoptistas (OCE, 2018). Desses, 207 trabalham no SNS enquadrados na carreira hospitalar de TSDT (CENSV 2018). Existe uma enorme variabilidade no rácio de ortoptistas por oftalmologista e não existem recomendações que definam o rácio de ortoptistas por número de habitantes, demonstrando uma heterogeneidade do exercício e características funcionais nos países onde existem ortoptistas.

Tabela 5. Número de ortoptistas a exercer em Países da UE e Noruega e ratio por oftalmologista.

País	Ortoptistas	Ratio Oftalmologista/Ortoptista
Áustria	225	4,2
Bélgica	80	13,5
Rep. Checa	75	17,3
Dinamarca	14	24,5
França	2309	2,6
Alemanha	2500	2,8
Grécia	3	813,7
Irlanda	20	10,8
Itália	4000	1,8
Luxemburgo	14	5,4
Países Baixos	350	2,3
Noruega	31	11,9
Portugal	250	4,0
Suécia	135	5,4
Suiça	350	2,9
Reino Unido	1385	2,5

Fonte: Eurostat (2018); OCE (2018) – elaboração própria

Em Portugal, a CENSV (2018) reconhece que, atualmente, existe um equilíbrio funcional entre os ortoptistas e os oftalmologistas ao nível dos serviços de oftalmologia hospitalar. Para assegurar o desenvolvimento dos PRO e PABO, sugere-se um rácio de 1 ortoptista por 200 000 habitantes, correspondendo a 80-90 novos ortoptistas; *esse número será suficiente para permitir manter a atividade proposta a esse nível, que consistirá essencialmente em rastreios, e algum apoio residual aos oftalmologistas dos PABO* (CENSV 2018). Ou seja, segundo a CENSV (2018) estes profissionais não poderiam contribuir para a redução dos tempos de espera para consulta uma vez que trabalham em paridade com os médicos oftalmologistas.

A proteção financeira na aquisição de lentes e armações

Conforme descrito anteriormente, o SNS não cobre as despesas com lentes e armações para a generalidade dos cidadãos, mantendo o regime BAS direcionado aos beneficiários do CSI. O BAS permite a comparticipação de 75% da despesa na aquisição de óculos e lentes até ao limite de 100 euros, por cada período de dois anos. O programa mantém uma utilização residual (1,7% em 2017), sendo necessário promover a sua utilização entre os beneficiários do CSI. Em 2017, o custo médio por utilizador do BAS que solicitou reembolso nesta área foi de 91,08€ (Ministério da Saúde 2018a).

Por outro lado, a ADSE reembolsa os seus beneficiários na aquisição de “*meios de correção e compensação*”. A ADSE reembolsa até 80% do custo aquisição de armações/aros até 61,55€, limitando as aquisições a um máximo de duas durante 3 anos. No caso de lentes, os beneficiários também são reembolsados até 80%, mas até um máximo de 51,33€, limitando a aquisição a oito durante 3 anos. Em 2016, a ADSE reembolsou 174 193 beneficiários de um total de 1 222 809 (14,2% dos beneficiários). Em 2016, o custo médio por beneficiário da ADSE que solicitou reembolso nesta área foi de 170,89€ (ADSE 2017).

Em sede IRS, as despesas de saúde com a aquisição de bens e serviços de saúde que sejam isentas de IVA, ou sujeitas à taxa reduzida de 6%, podem ser deduzidas à coleta até um máximo de 15% ou até 1 000€. Contudo, sendo esta dedução aplicada à coleta, o modelo não protege as famílias com menores rendimentos uma vez que estas não pagam IRS. Neste contexto, esta dedução é altamente regressiva e, essencialmente, protege as famílias com maiores rendimentos.

Considerando a proteção financeira na aquisição de lentes e armações, poderá ser equacionado alargamento do modelo da ADSE ou do BAS a populações específicas através das condições de recursos existentes, sem por isso exercerem carga burocrática adicional:

- Utentes do SNS com Insuficiência económica para efeitos de taxas moderadoras

Consideram-se em situação de insuficiência económica, para efeitos de isenção de pagamento de taxas moderadoras e de outros encargos de que dependa o acesso às prestações de saúde, os utentes que integrem um agregado familiar cujo rendimento médio mensal, dividido pelo número de pessoas a quem cabe a direção do agregado familiar (sujeitos passivos ao nível da declaração de IRS) seja igual ou inferior a 1,5 vezes o valor do indexante de apoios sociais (IAS), correspondente. Em 2014, a € 628,83. Em

2017, existiam 2 882 094 utentes identificados nesta categoria (Ministério da Saúde 2018b).

- Beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI)

O RSI é um direito de pessoas ou famílias em situação de carência económica grave. É ainda necessário que cumpram as condições de atribuição e que precisem de apoio para melhorar a sua integração. O valor da prestação depende dos rendimentos médios mensais do agregado. O acesso a esta prestação está, ainda, dependente do valor do património mobiliário do agregado. Em 2017, o número de beneficiários do RSI atingiu o número de 288 065 (MTSS 2018a).

- Bolseiros do ensino superior

A bolsa de estudo é uma prestação pecuniária anual para participação nos encargos com a frequência de um curso ou com a realização de um estágio profissional de carácter obrigatório, atribuída pelo Estado, a fundo perdido, sempre que o agregado familiar em que o estudante se integra não disponha de um nível mínimo adequado de recursos financeiros. A bolsa de estudo é atribuída para um ano letivo completo, salvo as exceções previstas. Para o ano letivo 2017/18 foram deferidos 73 210 pedidos (DGES 2018).

- Titulares com abono de família

O abono de família é uma prestação pecuniária atribuída mensalmente, com o objetivo de compensar os encargos familiares respeitantes ao sustento e educação das crianças e jovens. O rendimento de referência é calculado pela soma do total de rendimentos de cada elemento do agregado familiar a dividir pelo número de crianças e jovens com direito ao abono de família, nesse agregado, acrescido de um. O número de crianças e jovens inclui aqueles que não estejam a receber o abono de família pelo facto do rendimento do agregado familiar ter ultrapassado o limite correspondente ao 4.º escalão (até 15.011,50€ de rendimentos de referência do agregado familiar). Em 2017, existiam 1 211 494 titulares de abono de família (MTSS 2018b).

Para além das condições de recursos, a proteção financeira para a aquisição de lentes e armações pode ser alargada a grupos específicos por escalão etário, considerando o impacto para o desenvolvimento e sucesso escolar das crianças e adolescentes, por exemplo nos escalões: dos aos

4 anos, dos 5 aos 9 anos, 10 aos 14 anos e dos 15 aos 19 anos. A definição exata destas opções deve obedecer a uma análise técnica rigorosa por parte de um grupo de peritos dos Ministérios da Saúde, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, e da Educação.

De forma a formular estas hipóteses, a Tabela 6 apresenta estimativas de custos para a generalização e aplicação aos grupos específicos identificados, assumindo o custo médio dos modelos da ADSE e BAS e uma taxa de utilização de 20% (valor superior às taxas de utilização de qualquer de um dos modelos, constituindo por esse motivo um limite superior à estimativa do efeito). De acordo com as opções seguidas os custos podem variar entre cerca de 334 milhões de euros (cobertura de todos os residentes em Portugal) e 1,3 milhões de euros (apenas cobrindo bolseiros do ensino superior).

Tabela 6. Estimativas de custos do alargamento dos modelos de reembolsos seguidos pela ADSE e BAS na aquisição de lentes e armações.

		Modelo ADSE	Modelo BAS
Custo médio		€170,89	€91,08
Simulação de taxa de utilização	Número de Beneficiários	20,0%	20%
Residentes no continente	9 792 797	€334.698.216	€178.390.632
Rendimento Social de Inserção	288 065	€9.845.486	€5.247.540
Insuficiência económica	2 882 094	€98.504.209	€52.501.708
Titulares com abono de família	1 211 494	€41.406.442	€22.069.199
Bolseiros Ensino superior	73 210	€2.502.171	€1.333.631
0-4 anos	404 837	€13.836.519	€7.374.719
5-9 anos	457 736	€15.644.501	€8.338.355
10-14 anos	487 161	€16.650.189	€8.874.376
15-19 anos	523 962	€17.907.973	€9.544.762

Cenários de Evolução

Os Portugueses para acederem a cuidados de saúde da visão enfrentam fortes barreiras de acessibilidade física e financeira. A OMS-Europa considera para o período 2015-2020 duas prioridades, com vista a fortalecer os sistemas de saúde europeus: 1) transformar os serviços de saúde para enfrentar os desafios da saúde do século XXI; e 2) evoluir para a cobertura universal de saúde para uma Europa livre de empobrecimento pelos pagamentos diretos (WHO-Europe 2015). De forma transversal a estas duas prioridades, a OMS identifica a otimização dos recursos humanos da saúde como uma estratégia chave. Assim, no contexto das tendências demográficas, avanços tecnológicos, padrões epidemiológicos e alterações das necessidades em saúde, os papéis dos profissionais de saúde devem ser reequacionados e a partilha de tarefas otimizada. Estas alterações devem ser acompanhadas por uma progressiva alteração da procura para um modelo de cuidados de saúde centrado nas pessoas e nas suas necessidades.

Considerando os constrangimentos financeiros e limitações de recursos humanos do SNS, é necessário ser cauteloso, mas decidido na abordagem à progressiva cobertura universal dos cuidados de saúde da visão. Com o intuito de ajudar a perceber e a planear as melhores decisões, com vista a aumentar o acesso universal a cuidados de saúde da visão, propõe-se a definição de três cenários:

- A) Cenário A - *Status quo*;
- B) Regulamentação específica do optometrista;
- C) Regulamentação específica e integração dos optometristas no SNS.

Cenário A - *Status quo*

O Cenário A considera a perpetuação das condições e resultados atuais. Mesmo a proposta de Estratégia Nacional para a Saúde da Visão (CENSV 2018) pode ser enquadrada neste cenário. Efetivamente, não são apresentadas soluções concretas para as questões mais críticas do acesso a cuidados da visão: dilatados tempos de espera para consulta de oftalmologia, a deterioração dos tempos para cirurgia e os pagamentos diretos no acesso à medicina privada e aquisição de lentes e armações.

Este é um cenário bastante plausível, dadas a resistência à entrada de novas profissões no setor da saúde e constrangimentos financeiros existentes. Dado o aumento da prevalência de várias doenças oculares associadas ao envelhecimento da população (e.g. catarata, o glaucoma e a degenerescência macular da idade), a alteração dos estilos de vida, o aumento de sobrevida em doentes com patologias crónicas (e.g. diabetes e retinopatia diabética), a à necessidade de acompanhamento e tratamentos crónicos, tendencialmente teremos uma pressão crescente sobre o sistema de saúde e uma deterioração do acesso a cuidados de saúde da visão.

Por outro lado, não seremos capazes de assegurar mão de obra qualificada no acesso a cuidados de saúde da visão ao nível das óticas comerciais, mantendo um risco para a saúde pública de desproteção dos consumidores e utilizadores destes serviços.

Assim, esta não pode ser uma opção racional em termos de política de saúde. A falta de cobertura de cuidados da visão origina diretamente uma menor saúde de parte da população, sendo desproporcionalmente maior nos agregados familiares de menores rendimentos.

Cenário B - Regulamentação específica do optometrista

Tal como em outros países desenvolvidos, a regulamentação específica da profissão do optometrista vem assegurar que os consumidores e utilizadores dos serviços óticos têm acesso a profissionais qualificados vem assegurar o direito à proteção da saúde, aumentar a segurança pública e segurança do doente, e prevenir a fraude. Esta regulamentação deve ser exigente e realizada através da ação conjunta dos Ministérios do Ensino Superior e da Saúde, da Ordem dos Médicos e das Associações Profissionais representativas dos optometristas.

Contudo, tal como no cenário A, este cenário não vem resolver as principais barreiras de acesso aos cuidados de saúde no SNS.

Cenário C - Regulamentação específica e integração dos Optometristas no SNS

O enquadramento do optometrista ao nível dos cuidados de saúde primários pode contribuir para a resolução das barreiras ao acesso aos cuidados de saúde da visão, tal como sucede em outros países. A integração do optometrista, enquanto técnico de saúde, do ou em colaboração com o SNS potenciará o acesso a cuidados de saúde da visão. O seu posicionamento, poderá enquadrar-se como uma prestação de cuidados de saúde primários, permitindo a triagem de situações que

requeriram cuidados de saúde diferenciados de oftalmologia, tal como o desenvolvimento dos PRO e PABO previstos pela proposta de Estratégia Nacional de Cuidados de Saúde da Visão.

Como demonstrado anteriormente, esta integração pode ser decisiva para a generalização dos programas de rastreio e a redução ou mesmo eliminação dos tempos de espera para consulta oftalmologia (Figura 24).

Os custos a contratação de optometristas para o exercício de tarefas previstas nos PABO e PRO dependerá do número de profissionais contratados. Assumindo apenas 1 optometrista por ACeS (número certamente insuficiente para os ACeS com mais população), teremos uma despesa na ordem de 1,342 milhões de euros ano. De forma a realizar a triagem de todas as primeiras consultas de oftalmologia/optometria, conforme previsto anteriormente, cada profissional teria que realizar em média 5 328 consultas ano. Em termos de custo por consulta, o SNS teria custos de 4,10€ por consulta de optometria. A este valor deverá acrescer o custo das consultas hospitalares de oftalmologia resultantes de referênciação – um custo já assumido atualmente pela capacidade instalada a nível hospitalar.

Os custos para a implementação dos PRO/PABO de acordo com a proposta de estratégia para os cuidados da visão são bastante mais elevados. Neste caso, assumindo a contratação de um ortoptista e um médico oftalmologista, os custos ascendem a 3,782 milhões euros – o que implicaria um custo de 11,55€ por cada primeira consulta.

Tabela 7. Comparativo entre a estimativa do impacto financeiro da contratação progressiva de optometristas e instalação de PABO como previsto na Estratégia nacional de saúde da visão.

	PABO (optometrista)	PABO (Oftalmologista+Ortoptista)
1	22 000	62 000
20	440 000	1 240 000
40	880 000	2 480 000
61	1 342 000	3 782 000
80	1 760 000	n.a.
100	2 200 000	n.a.

Proteção financeira à aquisição de lentes e armações

A aquisição de lentes e armações podem representar despesas catastróficas em saúde para os agregados de menores rendimentos. Anteriormente, foram apresentadas hipóteses concretas para o alargamento dos dois modelos atuais de reembolsos à aquisição de lentes e armações (i.e. ADSE, BAS) à totalidade da população ou a grupos de específicos de acordo com condições de recursos existentes ou a grupos específicos por escalão etário. De acordo com as opções seguidas os custos podem variar entre cerca de 334 milhões de euros (se abrangida toda a população) e 1,3 milhões de euros (se considerados unicamente os bolseiros do ensino superior). As opções a seguir devem obedecer a uma análise técnica rigorosa por parte de um grupo de peritos dos Ministérios da Saúde, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, e da Educação, com a consideração de grupos a serem cobertos, faseamento do alargamento da cobertura e valores de limite superior na proteção financeira atribuída à aquisição de lentes e armações.

Recomendações

Em Portugal, o efetivo acesso universal aos cuidados de saúde da visão requer o desenvolvimento de políticas de saúde ativas que permitam reduzir as várias barreiras de acesso a cuidados de qualidade e evitem o empobrecimento por pagamentos diretos na população necessitada. Da análise efetuada, transparecem duas linhas de ação: 1) desenvolvimento de novos serviços no seio do SNS; 2) proteção financeira atribuída à aquisição de lentes e armações para grupos específicos.

As duas primeiras recomendações têm como objetivo assegurar a universalidade de acesso a cuidados de saúde da visão, mantendo o princípio dos cuidados de saúde primários como ponto primordial de contacto do cidadão com o SNS. O objetivo da última e terceira recomendação é assegurar a proteção financeira, evitando, porém, situações de uso excessivo (face à efetiva necessidade) e de indução da procura (por parte de entidades que comercializem lentes e armações).

Recomendação 1. Regulamentar a profissão de optometrista. Como verificado em outros países europeus, a regulamentação específica da profissão do optometrista é um ponto essencial para assegurar o acesso dos doentes a profissionais qualificados, aumentar a segurança pública e segurança do doente, e prevenir a fraude. Esta regulamentação deve ser exigente e realizada através da ação conjunta dos Ministérios do Ensino Superior e da Saúde, da Ordem dos Médicos e das Associações Profissionais representativas dos optometristas.

Recomendação 2. Implementar projetos piloto de integração de optometristas ao nível dos cuidados de saúde primários do SNS. O desenvolvimento de experiências piloto permitirá estabilizar um modelo de prestação de cuidados de saúde da visão ao nível dos cuidados de saúde primários e avaliar o seu impacto. Estes projetos merecem uma comissão científica de acompanhamento liderada pelos serviços de oftalmologia dos hospitais de referência, de forma a garantir a melhor prestação de cuidados de saúde e a necessária articulação entre níveis de cuidados.

Recomendação 3. Aumentar a população coberta pelos modelos de reembolsos à aquisição de lentes e armações. As opções a seguir devem obedecer a uma análise técnica rigorosa por parte de um grupo de peritos dos Ministérios da Saúde, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, e da Educação, com a consideração de grupos a serem cobertos, faseamento do alargamento da

Estudo para a Universalização de Cuidados de Saúde da Visão em Portugal
cobertura e valores de limite superior na proteção financeira atribuída à aquisição de lentes e
armações.

Bibliografia

- ADSE. 2004. *Tabela de Precos e Regras do Regime Livre*. In *Despacho n° 8738/2004*, edited by G.d.S.r.d.E.d. Orçamento. Lisboa: Diário da República.
- ADSE. 2016. *Relatório de Atividades 2015*. Lisboa: Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas.
- ADSE. 2017. *Relatório de Atividades 2016*. Lisboa: Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas.
- ADSE. 2018. *Tabela de preços e regras da ADSE, IP | Rede de Parceiros*. Lisboa.
- APLO. 2017. *Proposta para a Regulamentação e integração do optometrista no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Associação de Profissionais Licenciados de Optometria.
- Borges, A.R. 2013. *Catastrophic health care expenditures in Portugal between 2000-2010: assessing impoverishment, determinants and policy implications*. Lisboa: NOVA School of Business and Economics.
- Bourne, R.R., J.B. Jonas, S.R. Flaxman, J. Keeffe, J. Leasher, K. Naidoo, M.B. Parodi, K. Pesudovs, H. Price, R.A. White, T.Y. Wong, S. Resnikoff, H.R. Taylor, and S. Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease. 2014. Prevalence and causes of vision loss in high-income countries and in Eastern and Central Europe: 1990-2010. *Br J Ophthalmol* 98: 629-38.
- Branco, M.J.o., T. Gomes, and B. Nunes. 2006. *ECOS dos Sentidos: Saúde da Visão, em Portugal Continental*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Cachulo Mda, L., C. Lobo, J. Figueira, L. Ribeiro, I. Lains, A. Vieira, S. Nunes, M. Costa, S. Simao, V. Rodrigues, N. Vilhena, J. Cunha-Vaz, and R. Silva. 2015. Prevalence of Age-Related Macular Degeneration in Portugal: The Coimbra Eye Study - Report 1. *Ophthalmologica* 233: 119-27.
- CENSV. 2018. *Estratégia Nacional para a Saúde da Visão - Discussão Pública*. Lisboa: Comissão da Estratégia Nacional para a Saúde da Visão.
- Chakravarthy, U., E. Biundo, R.O. Saka, C. Fasser, R. Bourne, and J.-A. Little. 2017. The Economic Impact of Blindness in Europe. *Ophthalmic Epidemiology* 24: 239-47.
- DGES. 2018. *Estatísticas Bolsas de Estudo - 2017-2018 - Síntese Geral*. 07-08-2018 ed. Lisboa: Direção Geral do Ensino Superior.
- DGS. 2007. *Rede de Referência de Oftalmologia*.
- DGS. 2016. *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência em Oftalmologia*. Lisboa.
- DGS. 2017. *Programa Nacional para a Diabetes 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Dutra Medeiros, M., E. Mesquita, A.L. Papoila, V. Genro, and J.F. Raposo. 2015. First diabetic retinopathy prevalence study in Portugal: RETINODIAB Study--evaluation of the screening programme for Lisbon and Tagus Valley region. *Br J Ophthalmol* 99: 1328-33.
- European Commission. 2015. *Mutual evaluation of regulated professions - Overview of the regulatory framework in the retail sector by using the example of opticians*. Brussels.
- Eurostat. 2017. *Surgical operations and procedures | Health in the European Union – facts and figures*. Eurostat.
- Eurostat. 2018. *Physicians by medical speciality - Ophthalmology*. edited by Eurostat: Eurostat.
- Evans, D.B., J. Hsu, and T. Boerma. 2013. Universal health coverage and universal access. *Bull World Health Organ* 91: 546-A.
- Hashemi, H., A. Fotouhi, A. Yekta, R. Pakzad, H. Ostadimoghaddam, and M. Khabazkhoob. 2018. Global and regional estimates of prevalence of refractive errors: Systematic review and meta-analysis. *J Curr Ophthalmol* 30: 3-22.
- Hennis, A.J., S.Y. Wu, B. Nemesure, L. Hyman, A.P. Schachat, M.C. Leske, and G. Barbados Eye Studies. 2009. Nine-year incidence of visual impairment in the Barbados Eye Studies. *Ophthalmology* 116: 1461-8.
- Hohn, R., S. Nickels, A.K. Schuster, P.S. Wild, T. Munzel, K.J. Lackner, I. Schmidtman, M. Beutel, and N. Pfeiffer. 2018. Prevalence of glaucoma in Germany: results from the Gutenberg Health Study. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 256: 1695-702.
- INE. 2012. *Inquérito às Despesas das Famílias 2010/2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE. 2015. *Inquérito às despesas das famílias - 2000, 2005, 2010*. edited by Instituto Nacional de Estatística. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE. 2018a. *Conta Satélite da Saúde 2015 - 2017Pe*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

- INE. 2018b. Estatísticas da Saúde 2016.
- INSA. 2016. *Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) - Sumário e Considerações Finais*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde - Doutor Ricardo Jorge.
- International Council for Ophthalmology. 2012. Number of Ophthalmologists in Practice and Training Worldwide 2010. Available at <http://www.icoph.org/ophthalmologists-worldwide.html> (2018).
- Kocur, I., and S. Resnikoff. 2002. Visual impairment and blindness in Europe and their prevention. *Br J Ophthalmol* 86: 716-22.
- Kronenberg, C., and P.P. Barros. 2014. Catastrophic healthcare expenditure – Drivers and protection: The Portuguese case. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 115: 44-51.
- Kutzin, J. 2013. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ* 91: 602-11.
- Ministério da Saúde. 2018a. *Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2017 - Relatório Anual*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. 2018b. *Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde 2017*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- MTSS. 2018a. *Dados anuais de RSI 2004 a 2017*. 20-11-2018 ed. Lisboa: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.
- MTSS. 2018b. *Dados Anuais Prestações Familiares 2005 a 2017*. 1-02-2018 ed. Lisboa: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.
- OCE. 2018. Professional survey. Available at <http://euro-orthoptics.com/site/professional-survey/demography/> (accessed 26-11-2018).
- OECD. 2017. *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris: OECD Publishing.
- Ordem dos Médicos. 2018. Inclusão de optometristas no SNS representa risco grande para a saúde dos doentes. Available at <https://ordemdosmedicos.pt/inclusao-de-optometristas-no-sns-representa-risco-grande-para-a-saude-dos-doentes/> (2018).
- Penchansky, R., and J.W. Thomas. 1981. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 19: 127-40.
- Preslan, M.W., and A. Novak. 1998. Baltimore Vision Screening Project. Phase 2. *Ophthalmology* 105: 150-3.
- Resnikoff, S., W. Felch, T.M. Gauthier, and B. Spivey. 2012. The number of ophthalmologists in practice and training worldwide: a growing gap despite more than 200,000 practitioners. *Br J Ophthalmol* 96: 783-7.
- Saksena, P., J. Hsu, and D.B. Evans. 2014. Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS Med* 11: e1001701.
- Shengelia, B., A. Tandon, O.B. Adams, and C.J. Murray. 2005. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Sci Med* 61: 97-109.
- Solebo, A.L., P.M. Cumberland, and J.S. Rahi. 2015. Whole-population vision screening in children aged 4–5 years to detect amblyopia. *The Lancet* 385: 2308-19.
- Tanahashi, T. 1978. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ* 56: 295-303.
- Tham, Y.C., X. Li, T.Y. Wong, H.A. Quigley, T. Aung, and C.Y. Cheng. 2014. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology* 121: 2081-90.
- Webber, A.L., and J. Wood. 2005. Amblyopia: prevalence, natural history, functional effects and treatment. *Clin Exp Optom* 88: 365-75.
- WHO. 2013. *Universal eye health: a global action plan 2014-2019*. Geneva: World Health Organization.
- WHO-Europe. 2015. *Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015–2020: walking the talk on people centredness*. Copenhagen: World Health Organization - Regional Office for Europe.
- World Health Organization. 2010. *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Anexo I – Número de oftalmologistas a exercer em Países da OCDE, 2010

País	População	Oftalmologistas por milhão	Total de Oftalmologistas	A entrar na prática clínica	A abandonar a prática clínica	% a realizar cirurgias	Número de Internos	Atualização
Canadá	35,949,709	32	1,137	33	19		172	2012-03
Irlanda	4,700,107	36	170					2012-03
México	125,890,949	43	5,459	150	100	90%	435	2014-03
Chile	17,762,681	45	801					2014-03
Turquia	78,271,472	45	3,550	150	50	90%	600	2013-07
Reino Unido	65,397,080	49	3,200	100	70	90%	700	2012-03
Países Baixos	16,938,499	54	916	22	18	40%	134	2012-03
EUA	319,929,162	59	18,805	440		80%	1,417	2012-04
Itália	59,504,212	68	4,074					2012-03
Noruega	5,199,836	68	351	23	15	57%	72	2012-03
Eslováquia	5,439,318	68	370					2012-03
Portugal	10,418,473	70	734					2012-03
Espanha	46,397,664	71	3,305	160	50	80%	500	2012-03
Eslovénia	2,074,788	76	158					2012-03
Suécia	9,763,565	76	740	35	30	40%	130	2012-03
Dinamarca	5,688,695	79	450	22	19	75%	100	2012-03
Alemanha	81,707,789	81	6,638	230	230	70%	1,300	2012-03
Israel	8,064,547	81	650	10	10	90%	60	2012-03
Bélgica	11,287,940	82	926					2012-03
Luxemburgo	566,741	88	50					2012-03
Suiça	8,319,769	91	758	36	35	65%	120	2012-03
Áustria	8,678,657	92	800	50	20	25%	100	2012-03
Estónia	1,315,321	99	130	4	3	20%	12	2012-03
Islândia	330,243	100	33					2012-03
Finlândia	5,481,966	104	571					2012-03
República Checa	10,603,762	108	1,150	40	38	35%	150	2012-03
França	64,457,201	109	7,000					2012-03
Hungria	9,783,925	109	1,064			37%	240	2012-03
Japão	127,974,958	109	13,911	180	150	50%	1,317	2012-03
Polónia	38,265,226	110	4,219	110	230	8%	581	2012-03
Lituânia	2,931,926	119	350				30	2012-03
Letónia	1,992,663	126	252	2	2	25%	6	2012-03
Grécia	11,217,800	178	2,000	50	30	30%	200	2012-03
Média		83						
Mediana		81						
Portugal (2017)	10 291 027	104	1070		2			2017
Portugal (2017-SNS)	10 291 027	46	471					2017

Fonte: Elaboração própria com base em International Council for Ophtalmology (2012)

Anexo II – Número de oftalmologistas por 100.000 habitantes a exercer em Países da UE e Noruega, 2008-2015

País/ ratio	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alemanha	7,84	7,96	8,03	8,13	8,20	8,35	8,49	8,58
Áustria	9,18	9,32	9,49	9,69	10,09	10,66	10,84	11,03
Bélgica	9,01	8,96	8,90	8,97	9,13	9,26	9,35	9,56
Bulgária	8,07	8,37	8,85	9,23	8,79	9,37	9,18	9,42
Chipre	:	:	:	:	:	:	10,32	10,85
Croácia	:	7,88	8,74	8,72	9,18	9,19	9,58	9,67
Dinamarca	5,50	5,45	5,82	5,89	5,88	5,91	6,08	:
Eslovénia	6,48	6,42	6,74	6,92	6,71	6,80	6,94	7,08
Espanha	:	:	7,61	7,68	7,63	7,70	7,76	7,79
Estónia	8,65	9,10	9,25	9,18	9,30	10,70	10,64	10,80
Finlândia	7,13	7,40	8,35	8,37	8,48	8,60	8,75	:
França	8,85	8,84	8,90	8,91	8,94	8,91	8,92	8,90
Grécia	16,63	17,12	17,29	17,60	18,29	18,70	21,91	22,56
Irlanda	4,45	4,84	5,47	6,51	6,19	5,59	4,40	4,38
Itália	:	10,06	:	:	11,51	11,50	11,52	11,54
Letónia	9,97	9,80	9,81	10,35	10,47	10,58	10,83	11,13
Lituânia	10,09	10,36	10,78	12,57	13,22	13,39	13,44	13,43
Luxemburgo	11,46	11,85	12,23	11,58	11,30	11,23	11,86	12,46
Malta	6,07	6,28	6,26	6,24	6,68	7,09	7,96	8,10
Noruega	7,36	7,41	6,95	6,88	7,09	7,17	7,20	7,11
Países Baixos	4,04	4,10	4,16	4,21	4,44	4,50	4,68	4,75
Polónia	6,71	7,75	6,47	6,30	6,70	6,56	6,97	7,06
Portugal	8,00	8,16	8,32	8,55	8,80	9,21	9,41	9,70
Reino Unido	4,77	5,09	5,34	5,37	5,31	5,31	5,27	5,29
Rep. Checa	11,73	11,77	11,96	12,09	12,26	12,34	:	:
Roménia	4,86	4,84	5,16	4,80	5,66	5,86	5,92	6,26
Suécia	7,36	7,53	7,54	7,57	7,61	7,51	7,53	:
Média UE	8,0	8,3	8,3	8,5	8,8	8,9	9,1	9,5

Fonte: Elaboração própria com base em Eurostat (2018); International Council for Ophtalmology (2012)



Associação de Profissionais Licenciados de Optometria

Membro do Conselho Consultivo Externo da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior
Membro Fundador da Academia Europeia de Optometria e Óptica (AEEO)
Membro do Conselho Europeu de Optometria e Óptica (ECOO)
Membro do Conselho Mundial de Optometria (WCO)

Doc. 9

Projeto de Resolução n.º 141/XII/1º

Bloco de Esquerda

PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º/XII/2.ª

RECOMENDA AO GOVERNO A REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO DE OPTOMETRISTA

No final do ano de 2011, o Bloco de Esquerda apresentou o Projeto de Resolução n.º 141/XII/1º, onde se recomendava ao Governo a regulamentação da atividade e o exercício da profissão de optometria. Este Projeto de Resolução foi aprovado com os votos favoráveis do PS, PCP, BE e PEV e a abstenção do PSD e CDS-PP, originando a Resolução da Assembleia da República n.º 39/2012, publicada em Diário da República a 26 de março de 2012 (Diário da República, 1ª série - N.º 61 - 26 de março de 2012).

Mais de um ano após a publicação desta Resolução, a profissão e o exercício da atividade de optometrista continuam por regulamentar. No entanto, os motivos que então originaram esta proposta mantêm-se atuais, pelo que é premente que esta profissão seja alvo de regulamentação.

De facto, anualmente cerca de um milhão de pessoas recorrem aos serviços prestados por optometristas. No entanto, por falta de regulamentação, os utentes estão inteiramente desprotegidos quando lhes é efetuado um rastreio visual numa ótica. Refira-se que o recurso a profissionais não devidamente qualificados pode causar problemas que não existiam anteriormente e até mesmo comprometer a integridade visual.

Por isso e face ao incremento da procura dos serviços prestados pelas óticas e pelos optometristas, torna-se imperativa e urgente a regulamentação da optometria, de modo

a assegurar a qualificação dos profissionais, a definição das respetivas competências, a qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, a proteção da saúde dos cidadãos que recorrem aos serviços destes profissionais.

Assim, ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, o Grupo Parlamentar do Bloco de Esquerda propõe que a Assembleia da República recomende ao Governo a regulamentação da atividade e do exercício da profissão de optometrista, no prazo de 180 dias.

Assembleia da República, 24 de abril de 2013.

As Deputadas e os Deputados do Bloco de Esquerda,



Associação de Profissionais Licenciados de Optometria

Membro do Conselho Consultivo Externo da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior
Membro Fundador da Academia Europeia de Optometria e Óptica (AEOO)
Membro do Conselho Europeu de Optometria e Óptica (ECOO)
Membro do Conselho Mundial de Optometria (WCO)

Doc. 10

Resolução da Assembleia da República

n.º 39/2012

Assembleia da República

Artigo 3.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Aprovada em 24 de fevereiro de 2012.

O Presidente da Assembleia da República, em exercício, *António Filipe*.

Promulgada em 14 de março de 2012.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 15 de março de 2012.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

Resolução da Assembleia da República n.º 38/2012**Recomenda ao Governo que estude uma alternativa que viabilize a requalificação e modernização da linha férrea do Vouga, tendo como pressuposto a sua sustentabilidade**

A Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendar ao Governo que estude e apresente uma alternativa para a viabilização, a requalificação e a modernização da linha do Vale do Vouga, no quadro da racionalização do sector dos transportes ferroviários, mediante soluções equitativas e equilibradas, tendo como pressuposto a sua sustentabilidade, e levando em linha de conta nomeadamente:

a) O número de utilizadores desta linha e o custo efetivo por passageiro e quilómetro atuais;

b) O investimento realizado pela REFER nos últimos três anos, bem como as potenciais externalidades positivas ao nível social, económico e ambiental;

c) A eventual existência de entidades privadas interessadas na exploração da linha.

Aprovada em 10 de fevereiro de 2012.

A Presidente da Assembleia da República, *Maria da Assunção A. Esteves*.

Resolução da Assembleia da República n.º 39/2012**Recomenda ao Governo que regulamente a atividade e o exercício da profissão de optometria**

A Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendar ao Governo que regulamente a atividade e o exercício da profissão de optometria promovendo, para o efeito, um processo de discussão pública que assegure a participação dos profissionais de saúde, em particular daqueles cuja atividade se desenvolve no domínio da saúde da visão.

Aprovada em 10 de fevereiro de 2012.

A Presidente da Assembleia da República, *Maria da Assunção A. Esteves*.

Declaração de Retificação n.º 16/2012

Para os devidos efeitos se declara que a Lei n.º 7/2012, de 13 de fevereiro, que procede à sexta alteração ao Regula-

mento das Custas Processuais, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 34/2008, de 26 de fevereiro, publicada no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 31, de 13 de fevereiro de 2012, saiu com as seguintes incorreções, que assim se retificam:

Nos artigos 3.º, 4.º e 6.º da lei, onde se lê «o Decreto-Lei n.º 52/2011, de 13 de Abril,» deve ler-se «pelo Decreto-Lei n.º 52/2011, de 13 de Abril,».

No corpo do artigo 14.º-A do Regulamento das Custas Processuais, aditado pelo artigo 4.º da lei, e na republicação, onde se lê «taxa de justiça, nos seguintes casos:» deve ler-se «taxa de justiça nos seguintes casos:».

Assembleia da República, 19 de março de 2012. — Pela Secretária-Geral, a Adjunta, *Ana Jordão*.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS**Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012**

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro, que aprova os critérios de determinação do vencimento dos gestores públicos, determina a classificação das empresas públicas por aplicação dos critérios de avaliação que define, cometendo essa responsabilidade aos membros do Governo com a tutela sectorial das respetivas empresas públicas e determinando a aprovação, por despacho dos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e pelas tutelas sectoriais, de uma lista completa com a classificação das empresas públicas.

No respeitante às entidades públicas integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), a Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro, que aprova os critérios de determinação do vencimento dos gestores destas entidades, estabeleceu que a classificação decorria dos termos dos critérios definidos pela citada Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, clarificando a definição do contributo do esforço financeiro público para o resultado operacional em função da realidade específica do sector da saúde.

Considerando que importa conferir uma especial celeridade ao processo de publicitação da classificação de empresas públicas, nos termos da referida resolução, recorre-se a uma resolução de Conselho de Ministros, em vez da prevista forma despacho, garantindo-se ainda a agregação da informação referente ao universo de empresas em causa.

Finalmente, são indicadas as empresas públicas relativamente às quais se verifica a existência de processos de privatização, ou de extinção ou liquidação de empresas, e a opção pela manutenção da atual remuneração dos respetivos gestores, tendo em vista a salvaguarda da estabilidade dos processos.

Assim:

Nos termos do n.º 4 do artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e da alínea d) do artigo 199.º da Constituição, o Conselho de Ministros resolve:

1 — Aprovar as classificações atribuídas nos termos das resoluções do Conselho de Ministros n.ºs 16/2012, de 14 de fevereiro, e 18/2012, de 21 de fevereiro, às empresas públicas que se encontram sob a tutela sectorial de cada ministério, às entidades públicas integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como das empresas que, direta ou indiretamente, se encontrem dependentes daquelas, ou constantes do anexo à presente resolução, da qual faz parte integrante.

2 — Determinar a aplicação do regime remuneratório decorrente do n.º 23 da Resolução do Conselho de



Associação de Profissionais Licenciados de Optometria

Membro do Conselho Consultivo Externo da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior
Membro Fundador da Academia Europeia de Optometria e Óptica (AEEO)
Membro do Conselho Europeu de Optometria e Óptica (ECOO)
Membro do Conselho Mundial de Optometria (WCO)

Doc. 11

Projeto de Resolução

Partido Comunista Português



PARTIDO COMUNISTA PORTUGUÊS
Grupo Parlamentar

Projeto de Resolução n. 693 /XII/2.^a

Recomenda a Regulamentação da Profissão de Optometrista e a Integração no Serviço
Nacional de Saúde

A optometria é, de acordo com a definição fornecida pela Associação de Profissionais Licenciados de Optometria (APLO), “ a disciplina responsável pelos cuidados de saúde primários do olho e do sistema visual”.

Em Portugal, a formação ao nível universitário de optometristas iniciou-se no ano de 1988, sendo assegurada pelo Ensino Superior Universitário Público - Universidade da Beira Interior e Universidade do Minho. Desde o ano de 1992/1993 até ao ano de 2012 foram formados 1086 optometristas. Destes 5% enveredaram pela carreira académica e 95% optaram pelo exercício da profissão. No ano de 2013, a APLO conta com 788 Associados.

O licenciado em optometria é um profissional que desenvolve, atividades de deteção, prevenção, avaliação e compensação das alterações da função visual. Estes profissionais podem desempenhar funções em regime de autonomia profissional ou inseridos em equipas multidisciplinares na área dos cuidados visuais.

Apesar de haver aproximadamente 1030 profissionais Licenciados a exercerem a profissão de optometrista não há, pese embora ter havido uma Petição na Assembleia da República (nº 48/XI/1ª) e uma Recomendação da Assembleia da República (nº39/2012, de 26 de março), regulamentação da profissão, nomeadamente, definição das habilitações, competências e atribuições dos optometristas portugueses.

Tratando-se de uma profissão que versa sobre a prestação de cuidados de saúde, especialmente da saúde visual, a ausência de regulamentação desta atividade profissional pode provocar graves distorções no exercício da profissão, as quais podem afetar irremediavelmente a saúde dos utentes.



PARTIDO COMUNISTA PORTUGUÊS
Grupo Parlamentar

A par da importância da regulamentação da profissão de optometrista, e, tendo em conta a relevância da atuação destes profissionais ao nível da prestação de cuidados de saúde primários do olho e do sistema visual será importante a inclusão desta profissão nas áreas disponibilizadas pelo Serviço Nacional de Saúde.

A integração destes profissionais no SNS permitiria, em articulação com os restantes profissionais existentes no SNS, prestar cuidados mais abrangentes e complementares.

Pelo que atrás foi aduzido, a regulamentação da profissão de optometrista permitirá salvaguardar não só os profissionais como os respetivos utentes.

Assim, tendo em consideração o acima exposto, e ao abrigo da alínea b) do n.º 1 do Artigo 4.º do Regimento, os Deputados abaixo assinados do Grupo Parlamentar do PCP propõem que a Assembleia da República recomende ao Governo, nos termos do n.º 5 do Artigo 166.º da Constituição:

- a) Regulamentação da profissão de Optometrista, definindo as habilitações, competências e atribuições dos optometristas nacionais, protegendo legalmente o título, no prazo de 90 dias.
- b) Integração da profissão de Optometrista no Serviço Nacional de saúde.

Assembleia da República, 24 de abril de 2013

Os Deputados,

CARLA CRUZ; BERNARDINO SOARES; PAULA SANTOS; JOÃO OLIVEIRA; JERÓNIMO DE SOUSA;
JOÃO RAMOS; PAULO SÁ; MIGUEL TIAGO; BRUNO DIAS; JORGE MACHADO; FRANCISCO LOPES;
HONÓRIO NOVO



Associação de Profissionais Licenciados de Optometria

Membro do Conselho Consultivo Externo da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior
Membro Fundador da Academia Europeia de Optometria e Óptica (AEOO)
Membro do Conselho Europeu de Optometria e Óptica (ECOO)
Membro do Conselho Mundial de Optometria (WCO)

Doc. 12

Resolução da Assembleia da República n.º
93/2013

Assembleia da República

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Resolução da Assembleia da República n.º 92/2013

Recomenda ao Governo a regulamentação das profissões de podologista, gerontólogo e optometrista

A Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, considerando que a podologia, a gerontologia e a optometria respondem à promoção de cuidados de saúde, ao envelhecimento ativo e a cuidados primários de saúde visual, recomendar ao Governo que regulamente o exercício das profissões de podologista, gerontólogo e optometrista no prazo de seis meses.

Aprovada em 31 de maio de 2013.

A Presidente da Assembleia da República, *Maria da Assunção A. Esteves*.

Resolução da Assembleia da República n.º 93/2013

Recomenda ao Governo medidas de valorização da «Arte Xávega» e alterações regulamentares de modo a permitir a venda do produto do primeiro lance em que predominem espécimes que não tenham o tamanho mínimo legalmente exigido.

A Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendar ao Governo que:

1 — Promova iniciativas destinadas à salvaguarda dos recursos biológicos, ao melhoramento das competências profissionais e à formação e promoção das organizações deste setor, bem como empreenda programas de avaliação, monitorização e conservação que permitam a exploração sustentável dos recursos piscatórios, da biodiversidade e do ecossistema no que respeita à arte xávega.

2 — Empreenda as medidas e ações necessárias para permitir e promover a venda direta do pescado pela arte xávega, nomeadamente através do «cabaz de peixe», de forma a tornar a atividade da pequena pesca artesanal e da arte xávega, por um lado, mais lucrativa e, por outro, mais moderna, uma vez que poderá dispor de processos inovadores de comercialização e promoção do produto.

3 — Pondere, em estreita articulação com as autarquias locais e no quadro dos trabalhos da Comissão de Acompanhamento da Pesca com Arte Xávega, o alargamento da rede de infraestruturas para a primeira venda de pescado associado às embarcações licenciadas com a arte da xávega, em moldes análogos ao que existe atualmente em Mira, e sempre que se observem dificuldades no transporte do pescado à lota mais próxima.

4 — Equacione a possibilidade de alargar à pesca com arte xávega o regime de exceção aplicado aos apanhadores de animais marinhos e aos armadores titulares de licença de pesca profissional, enquanto decorrem os trabalhos de avaliação da rede de venda do pescado pela referida Comissão criada pela Portaria n.º 4/2013, de 7 de janeiro.

5 — Assegure uma Administração diligente na sua função de fiscalização, mas procure, por todos os meios ao seu alcance, melhorar a ligação e as relações com todos os agentes do setor, quer através da divulgação de informação relativamente aos regulamentos em vigor quer no incentivo à sua participação na construção das soluções mais adequadas à gestão das diferentes pescarias.

6 — Empreenda programas de valorização e promoção do pescado através da arte xávega, em especial das espécies com menos procura.

7 — Proceda às alterações regulamentares de modo que, na arte xávega, o produto do lance que determina a interrupção indicada no artigo 7.º da Portaria n.º 1102-F/2000 de 22 de novembro, sendo único e irrepetível até mudança de maré, possa ser vendido.

8 — Defenda, no âmbito da futura revisão do Regulamento (CE) n.º 850/98, do Conselho, de 30 de março de 1998, relativo à conservação dos recursos da pesca através de determinadas medidas técnicas de proteção dos juvenis de organismos marinhos, a possibilidade de ser enquadrado um regime derogatório para artes de pescas imemoriais, como a arte xávega, no quadro dos regimes aplicáveis às artes de pesca artesanal em outros países da União Europeia, ponderando, assim, as especificidades desta arte ancestral, o seu interesse turístico e a importância das espécies capturadas enquanto elemento iconográfico determinante da cultura gastronómica nacional.

Aprovada em 7 de junho de 2013.

A Presidente da Assembleia da República, *Maria da Assunção A. Esteves*.

Resolução da Assembleia da República n.º 94/2013

Promova o desporto escolar e a prática desportiva pelos jovens

A Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendar ao Governo que:

1 — Reformule o projeto do Desporto Escolar, atualizando a sua missão, visão e estratégia de operacionalização nacional, nomeadamente na sua articulação com outras entidades e agentes, em particular escolas, autarquias locais e o movimento associativo desportivo.

2 — Garanta que a Carta Desportiva Nacional, que está a ser preparada pela tutela do Desporto e Juventude, inclua todas as infraestruturas desportivas públicas, privadas e associativas, possibilitando a rentabilização das mesmas.

3 — Incentive a celebração de protocolos entre as escolas, autarquias, associações, Instituto Português do Desporto e Juventude, e Instituto do Emprego e Formação Profissional, para a utilização e rentabilização dos equipamentos desportivos escolares durante os períodos não-letivos, permitindo assim uma maior abertura da escola à comunidade.

4 — Dê um novo impulso ao desporto universitário através da dinamização de parcerias entre autarquias, movimento associativo desportivo e instituições do ensino superior.

5 — Reforce a articulação entre o Desporto Escolar e federado e o Desporto Universitário, nomeadamente, garantindo que, aquando da candidatura ao ensino superior, seja possível a introdução nos respetivos formulários de campos relativos à prática desportiva dos jovens, de forma a facilitar a sua integração no desporto universitário.

6 — Crie uma comissão interministerial para o acompanhamento do projeto e do seu programa, que seja responsável por estudar, avaliar e atualizar a evolução do mesmo, devendo esta estrutura ser constituída por entidades representantes do Governo, administração pública, universidades, escolas e movimento associativo desportivo.

Aprovada em 14 de junho de 2013.

A Presidente da Assembleia da República, *Maria da Assunção A. Esteves*.