

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO SOCIAL,
EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

ANDRÉ CAMPANHARO PÁDUA

**OPTOMETRISTA: POR QUE NÃO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE
LINHARES?**

**SÃO MATEUS
2016**

ANDRÉ CAMPANHARO PÁDUA

**OPTOMETRISTA: POR QUE NÃO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE
LINHARES?**

Dissertação apresentada à Faculdade Vale do Cricaré, para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.

Área de Concentração: Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lilian Pittol Firme de Oliveira.

SÃO MATEUS
2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional
Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus - ES

P125o

PÁDUA, André Campanharo.

Optometrista: por que não na rede pública de saúde de Linhares? / André Campanharo Pádua – São Mateus - ES, 2016.

96 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2016.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Lilian Pittol Firme de Oliveira.

1. Optometria. 2. Optometrista. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Legislação vigente. I. Título.

CDD: 617.75

ANDRÉ CAMPANHARO PADUA

**OPTOMETRISTA: POR QUE NÃO NA REDE PÚBLICA DE
SAÚDE DE LINHARES?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional, na área de concentração Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.

Aprovado em 16 de setembro de 2016.

COMISSÃO EXAMINADORA



Profa. Dra. Lilian Pittol Firme de Oliveira
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Orientadora



Profa. Me. Luana Frigulha Guisso
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Prof. Dr. Jocitiel Dias da Silva
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Prof. Dr. Isaac Pinheiro dos Santos
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Dedico este trabalho à minha esposa Vanessa, ao meu filho Pedro, aos meus pais Antônio Cesar e Luzia, minha irmã Luciana e, em especial, ao meu Deus.

AGRADECIMENTOS

A Deus, autor e consumidor da minha vida, por me conceder saúde e sabedoria.

À Profa. Dra. Lilian Pittol Firme de Oliveira, pela grande contribuição e paciência na orientação deste trabalho.

Aos professores do curso de Mestrado da Faculdade Vale do Cricaré, com título de mestre em Educação, Gestão Social e Desenvolvimento Regional, que muito contribuíram para a minha formação.

À equipe de apoio pedagógico, na pessoa de Luzinete e Rúbia.

Aos colegas de viagem: Eraldo, Felipe, Francine, Rafael e Nádia, pela grande parceria e pelos bons momentos vividos.

À minha esposa Vanessa, que me incentivou, mesmo quando as coisas ficaram difíceis, me motivando e suportando a minha ausência em todos os sábados de estudos.

Ao meu filho Pedro, benção de Deus para nossa vida.

Aos meus alunos e amigos que me motivaram a ser um profissional melhor.

A todos que de alguma forma contribuíram para a conclusão deste trabalho.

RESUMO

PÁDUA, André Campanharo. **Optometrista: Por que não na rede Pública de Saúde?** 2016. 99 f. Dissertação de Mestrado - Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus-ES, 2016.

Este trabalho teve por finalidade analisar o profissional optometrista e suas atribuições de forma a tratar um tema importante para o desenvolvimento regional, visto que Linhares tem crescido muito em relação a sua população, e também quanto ao número de empresas instaladas no município e a tendência para 2020 é que os índices aumentem mais, por isso buscou-se analisar a questão do desenvolvimento da população como uma força econômica. Justifica-se assim a importância deste estudo quanto a entender o porquê do profissional optometrista não está inserido na rede pública de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista que a profissão optometrista existe desde 1932. Atualmente a formação do profissional optometrista deixou de ser de nível técnico para ser de nível superior - o curso de bacharel pode durar de 3 a 5 anos - sendo aprovado pelo Ministério da Educação. Devido a importância do SUS para sociedade a pesquisa aponta a possibilidade de inclusão desse profissional na rede pública. Ora, implantado, visará maior agilidade nos atendimentos de acuidade visual, sendo este um dos objetivos do SUS quanto a eficácia e eficiência do sistema. Para este estudo desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica com base em conselhos profissionais, artigos acadêmicos, legislação vigente e livros, para um melhor entendimento quanto a discussão do trabalho. Como procedimentos metodológicos foram aplicados questionários a 10 profissionais optometristas formados em nível superior que residem no município de Linhares e um questionário ao representante da Secretária Municipal de Saúde deste mesmo município, para visualizar e trazer clareza para o estudo proposto. Concluiu-se que diante do cenário econômico, e a necessidade da população, a profissão optometrista deve ser analisada pelos governantes e entes federados com o propósito de melhorar a estrutura da saúde, com políticas adequadas que visem o desenvolvimento do país e melhor alocação de recursos na prestação de serviços de saúde, desde que tenha objetividade nas atividades desenvolvidas pelos profissionais desta área, bem como estabelecer relações entre a área médica e os profissionais optometristas.

Palavras-chave: Optometria. Optometrista. Sistema Único de Saúde (SUS). Legislação Vigente.

ABSTRACT

PÁDUA, André Campanharo. **Optometrist: Why not in the Public Health Network?** 2016. 99 f. Masters Dissertation - Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, 2016.

The purpose of this study was to analyze the optometrist's professional and his attributions in order to deal with an important theme for the regional development, since Linhares has grown a lot in relation to its population, as well as the number of companies installed in the municipality and the tendency to 2020 is that indexes increase more, so we sought to analyze the issue of population development as an economic force. Therefore, the importance of this study to understand why the optometrist is not included in the public health system through the Unified Health System (SUS) is justified, since the optometrist profession has existed since 1932. Currently, the professional training Optometrist from technical level to higher level - the bachelor's course can last from 3 to 5 years - being approved by the Ministry of Education. Due to the importance of SUS for society, the research points out the possibility of including this professional in the public network. Now, implemented, it will aim for greater agility in the visual acuity care, being this one of the goals of the SUS regarding the effectiveness and efficiency of the system. For this study a bibliographic research was developed based on professional advice, academic articles, current legislation and books, for a better understanding of the discussion of the work. As methodological procedures, questionnaires were applied to 10 senior professional optometrists residing in the city of Linhares and a questionnaire to the representative of the Municipal Health Secretary of this same municipality, to visualize and bring clarity to the proposed study. It was concluded that in view of the economic scenario, and the need of the population, the optometric profession should be analyzed by the government and federated entities with the purpose of improving health structure, with adequate policies aimed at the development of the country and better allocation of resources In the provision of health services, provided that it has objectivity in the activities developed by professionals in this area, as well as establishing relationships between the medical field and optometrist professionals.

Key words: Optometry. Optician. Unified Health System (SUS). Current legislation.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Idade dos profissionais optometristas.....	45
Gráfico 02 - Motivo na escolha por este curso (optometrista).....	46
Gráfico 03 - Dificuldade em contratar o optometrista na rede pública de saúde.....	47
Gráfico 04 - Você exerce a profissão optometrista?	48
Gráfico 05 - Aceitação do paciente quando é consultado pelo optometrista.....	49
Gráfico 06 - Demanda de consultas na rede pública de saúde de Linhares....	51
Gráfico 07 - Demanda x atendimento - oftalmologista na rede pública de Linhares.....	51

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 A OPTOMETRIA: EVOLUÇÃO.....	15
2.1.1 As profissões: oftalmologista e optometrista	16
2.2 A SAÚDE COMO FONTE DE RECURSO PARA O DESENVOLVIMENTO..	17
2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	21
2.4 DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL.....	23
2.5 COMPETÊNCIAS DO PROFISSIONAL OPTOMETRISTA.....	25
2.6 OPTOMETRIA – ASPECTOS SOCIAIS E JURÍDICOS.....	29
2.6.1 Conceito e base legal dos Direitos Fundamentais	29
2.6.2 Principais características dos Direitos Fundamentais	31
2.6.3 Gerações dos Direitos fundamentais e planos de eficácia	32
2.6.4 Fundamentos Constitucionais da legalidade	33
2.7 RECONHECIMENTO DA PROFISSÃO.....	36
2.7.1 Da Legalidade	38
3 METODOLOGIA	40
3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	40
3.2 POPULAÇÃO.....	41
3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	41
3.4 LOCAL DA PESQUISA.....	41
3.4.1 O município de Linhares	41
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	44
4.1 PROFISSIONAL OPTOMETRISTA.....	44
4.2 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LINHARES.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICES	60
APÊNDICE A - Entrevista feita ao Profissional Optometrista.....	61
APÊNDICE B - Entrevista a(o) Secretária(o) de Saúde da Prefeitura de Linhares.....	62
ANEXOS	63

ANEXO A - Recurso Especial nº 975.322 - RS (2007/0188764-2).....	64
ANEXO B - Mandado de Segurança nº 11.002 - DF (2005/0152242-6).....	66
ANEXO C - Recurso Especial Nº 852.881 - RS (2006/0112805-5).....	68
ANEXO D - Mandado de segurança nº 9.469 - DF (2003/0235523-8).....	70
ANEXO E - Recurso Ord. Em Mandado De Segurança 26.199-8 Distrito Federal, 27/03/2007.....	72
ANEXO F - Pedido de Uniformização de Jurisprudência em Apelação Cível em Mandado de Segurança n. 2006.030031-7/0001.00, de São José.....	73
ANEXO G - Autorização do Responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de Linhares-ES.....	74
ANEXO H - LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde.....	75
ANEXO I - Circular FECOOESO/023/2010.....	95

INTRODUÇÃO

O conceito de Optometria é amplo. A expressão Optometria vem do grego que é composta pelas palavras “Opto” (visão) e “Metria” (medida), então, pode-se entender Optometria em seu conceito mais puro, como Medida da Visão. Sendo assim, Optometria é uma ciência especializada no estudo da visão, especificamente para atuação nos cuidados primários da saúde visual, através de avaliação quantitativa e qualitativa do sentido da visão.

O optometrista é um profissional da área da saúde, especializado no estudo do sistema visual, cabendo a ele: medir acuidade visual, analisar estruturas externas e internas do olho, medir pressão intra-ocular (tonometria), identificar deficiências e anomalias relacionadas às alterações da função visual, encaminhar casos patológicos a médicos, medir refração ocular (refratometria e retinoscopia), determinar compensações e auxílios ópticos, analisar cavidade orbitária, moldar cavidade orbitária, determinar características da prótese (diâmetro de pupila e íris, tamanho, cor, etc.), confeccionar prótese ocular, ajustar prótese ocular, assessorar órgãos públicos na promoção da saúde visual, calibrar equipamentos ópticos e optométricos, orientar na ergonomia da visão e várias outras atividades (OPTOMETRIA..., 2016).

Apesar de aparentemente desconhecida da população em geral, a optometria existe no Brasil de forma direta, desde 1932, quando foi proclamado o Decreto 20.931/32, cujo artigo 3º relata que o optometrista, assim como práticos de farmácia, massagistas e duchistas, podem exercer suas atividades laborais se provarem sua habilitação junto aos órgãos de vigilância sanitária. De acordo com o Ministério do Trabalho, em 2014, das mais de 2 mil profissões desenvolvidas no Brasil, aproximadamente 68 são regulamentadas por lei, dentre elas a Optometria, que é exercida por profissionais que possuem diplomas de nível superior ou técnico, reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC).

O optometrista se ocupa com os cuidados primários da visão, “não utiliza qualquer medicamento ou técnica invasiva (excepto nos EUA, Colômbia e Inglaterra). Todos os equipamentos utilizados são de carácter observacional e direcionados para a avaliação quantitativa e qualitativa da visão. É treinado para reconhecer uma alteração visual de ordem patológica ocular ou sistêmica, encaminhando nesses casos a um profissional da área médica, realizando assim o

seu trabalho de prevenção” (WIKIPÉDIA, 2016). É o optometrista que realiza exames de avaliação e detecta distúrbios e deficiências, sendo habilitado para prescrever exercícios e receitar lentes ou óculos corretivos que compensem os problemas encontrados. Diferente do oftalmologista, que trata doenças e problemas graves dos olhos e da visão.

O interesse pelo tema surgiu diante da expectativa e da necessidade da população quanto ao atendimento médico oftalmologista, com demanda excessiva para a quantidade de profissionais contratados, e que poderia ser compartilhada com a contratação do profissional Optometrista, ao qual caberia o encargo de realizar as consultas preliminares, diagnosticando e encaminhando ao oftalmologista apenas os casos patológicos (cuidados primários da visão).

A especialização das competências do optometrista o difere do médico oftalmologista. A legalidade do exercício da sua atividade, discorrida ao longo do presente trabalho, com a apresentação da legislação de regência e de julgados judiciais sobre o tema, viabiliza a inserção desse profissional no mercado de trabalho e, inclusive, seu aproveitamento, junto com aquele, no Sistema Único de Saúde.

Não há razão legal ou lógica que o exclua do mercado de trabalho e do serviço público de saúde, cuja mão de obra contribuiria significativamente para desafogar a grande demanda recebida pelo Estado nos hospitais e postos de saúde. Não se pode admitir que uma profissão exercida em todo o mundo, não seja plenamente aceita em nosso país, impedindo e desencorajando os habilitados ao seu exercício.

A pesquisa realizada aponta que o primeiro grande obstáculo a ser vencido, iniciando uma mudança desse cenário, é suprir a falta de conhecimento da população acerca da sua existência e das competências do optometrista. O desconhecido provoca a desconfiança, servindo como uma barreira para a aceitação desse profissional pela população, que dele tanto necessita.

Com a demanda de atendimento registrada no município de Linhares, no âmbito da saúde pública, implementar o atendimento pelo optometrista seria uma conquista significativa para a melhorar o atendimento da população e um avanço no índice de desenvolvimento regional. Dados revelam que o Brasil enfrenta uma grave situação na área de saúde visual, segundo o *blogspot*: *optometrianobrasil* – A ciência da visão, 56% de sua população possui dificuldades para enxergar devido a

alterações visuais de causas ópticas (refrativas) e não patológicas. Sendo assim, o profissional óptico optometrista na rede pública de saúde se revelaria uma importante ferramenta para contribuir no atendimento feito à população, tanto na qualidade, como na presteza. Portanto, este estudo teve como problema de investigação a seguinte pergunta: Optometrista: Por que não na rede Pública de Saúde?

Diante da dificuldade no atendimento devido à grande demanda atrelada a falta de oftalmologista contratados na rede pública de saúde, tem-se como objetivo geral:

Demonstrar o exercício legal da profissão enquanto direito fundamental e a necessidade deste profissional no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). E como objetivos específicos:

- analisar os aspectos normativos e jurídicos ao exercício da profissão de optometrista;
- diferenciar a legalidade do exercício da profissão de optometria e oftalmologista, frente ao reconhecimento da atividade pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), editada pela Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego nº 397 de 09 de outubro de 2002;
- identificar a importância do optometrista no atendimento do SUS no município de Linhares-ES.

O presente estudo foi dividido em três partes distintas e complementares entre si, sendo: análise da legalidade do exercício da profissão de óptico e optometrista no Brasil; apresentação dos precedentes judiciais nacionais sobre a legalidade ou não dessa profissão; e, finalmente, destaque do não aproveitamento desse profissional na rede pública de saúde no município de Linhares.

O trabalho foi desenvolvido, primeiramente, com a apresentação do profissional optometrista e do histórico de desenvolvimento dessa profissão, analisando, em seguida, a legislação constitucional e infraconstitucional aplicável à espécie, passando à pesquisa dos precedentes e, finalmente, a apresentação dos dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do Município de Linhares e por alguns dos profissionais optometristas da cidade. Serão também apresentadas decisões judiciais do Superior Tribunal de Justiça e do Supremo Tribunal Federal, reconhecendo a legalidade do trabalho exercido por este profissional.

O trabalho apresenta relevância como um fator de desenvolvimento social, econômico, educacional e regional para o município de Linhares-ES. E foi assim organizado: a primeira parte diz respeito à apresentação do tema, justificativa, objetivos, definição do problema, e estrutura do trabalho. A segunda parte apresenta a revisão de literatura, delineando o quadro teórico a partir da contextualização de conceitos gerais e jurídicos, caracterização e evolução histórica da profissão. A terceira parte descreve o processo metodológico. A quarta parte se atem na análise e na discussão dos dados, seguido das considerações finais, referências, apêndices e anexos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A OPTOMETRIA: EVOLUÇÃO

De acordo com Santos Neto (2005), os profissionais em optometria surgiram no Brasil no século XIX, e vinham dos Estados Unidos e Alemanha. A vinda desses profissionais se deu pela falta de mão de obra qualificada, e que em terras brasileiras conseguiram acumular grande capital, pois a clientela era formada pelos representantes da elite rural, o alto clero, professores, profissionais liberais e inclusive componentes da corte imperial. Aos poucos, a técnica foi sendo disseminada e as pessoas foram se interessando pela profissão de “medir a visão”.

No início, no entanto, por serem aprendizes ou ajudantes dos americanos e europeus que aqui se fixaram, os brasileiros eram conhecidos como “oculistas mecânicos” ou “oculistas científicos”. Portanto, a Optometria cuida da saúde visual, porém não prescreve medicamentos não exerce atividade médica. A optometria é uma alternativa eficaz e menos onerosa que pode tornar a vida de quem precisa do sistema de saúde pública mais fácil e com qualidade.

Lima (2014, p. 13) traz definições mais abrangentes sobre Optometria e Optometrista dizendo o seguinte:

A Optometria é a ciência da área da saúde ligada à física que trata da visão principalmente dos problemas de saúde primários, não patológicos, sobre o ponto de vista físico. O Optometrista não utiliza nenhum procedimento ou conhecimento invasivos, ele só observa e aplica técnicas de avaliação quantitativa e qualitativa do sistema de visão do paciente e é considerado preventivo. Caso o profissional encontre qualquer problema ou alteração ocular de origem patológica, ele está apto a reconhecê-lo e a encaminhar a um especialista. O papel do Optometrista é avaliar e medir a estrutura da visão em aspectos funcionais e comportamentais, além de propor meios ópticos de correção dos defeitos encontrados no globo ocular.

Destaca-se que não existia a especialidade médica conhecida hoje como oftalmologia, mas tão somente a medicina. O médico não se ocupava em prescrever receitas para óculos de grau, essa função era deixada para os técnicos vindos da Europa e Estados Unidos, os Optometristas, e que de acordo com o Conselho Brasileiro de Óptica e Optometria (CBOO), a optometria é uma profissão secular, surgiu nos Estados Unidos em 1870, aproximadamente. É independente,

completamente difundida e respeitada em mais de 160 países, Estados Unidos e outros. Em 1872, o doutor Fernando Pires Ferreira, fundou o primeiro curso de oftalmologia do País, localizado na cidade do Rio de Janeiro, sendo considerado, por isso, “pai da oftalmologia brasileira” (CBOO, 2016).

2.1.1 As profissões: oftalmologista e optometrista

A oftalmologia foi um dos primeiros ramos da medicina a ser tratado como especialidade independente, e era praticada de forma itinerante, por indivíduos com conhecimentos rudimentares sobre o assunto.

O primeiro curso formal de oftalmologia foi ministrado na Universidade de Göttingen, em 1803, dois anos antes de ser aberta a primeira clínica de olhos, com ênfase no ensino. Entre os progressos mais notáveis da moderna oftalmologia estão também os métodos de colocação de lentes acrílicas na córnea e as cirurgias corretivas que utilizam ecografia e raios *laser*.

No Brasil a Santa Casa do Rio de Janeiro ofereceu o curso de oftalmologia. Basicamente o que se lecionava era ainda a fundamentação da prática da cirurgia ocular, não se vislumbrando, naquele momento, as técnicas da refração. Nota-se que nessa época a medicina se voltava apenas para a realização de cirurgias oculares, como cirurgias de catarata e a retirada de “corpos estranhos” dos olhos da população.

A regulamentação legal do exercício da profissão de Optometrista, teve início no Reino Unido em 1895, quando foi criada a Associação Britânica de Óptica, que instituiu o exame de capacidades para habilitar óptico refracionista. No ano de 1896, foi criada nos Estados Unidos, a Associação Americana de Óptica e dois anos depois, em 1898, foi fundada a Associação Americana de Optometristas.

A profissão optometrista expandiu devido a falta de mão de obra na primeira metade do século XX, época em que com a transferência do capital rural para o meio urbano o acesso a escrita expandiu, tornando a leitura acessível a um grupo maior de pessoas e contribuindo efetivamente para a percepção dos problemas relacionados à visão.

Como consequência lógica, a elevada procura por óculos de grau fez surgir as primeiras ópticas no país. Como os médicos eram basicamente cirurgiões

oculares, as ópticas se viram na necessidade de contratar optometristas para atuarem dentro das lojas. Mais tarde, os próprios funcionários das ópticas passaram a se aperfeiçoar com os ensinamentos dos optometristas estrangeiros que por aqui se instalavam (SANTOS NETO, 2005).

Hoje, o Brasil possui vários centros para formação técnica e acadêmica de optometristas, mesmo assim é um trabalho pouco conhecido pela sociedade, e os benefícios que a optometria pode proporcionar são pouco divulgados e assim, pouco aproveitados pelas autoridades de saúde no Brasil, principalmente devido à falta de informação sobre o assunto.

Atualmente, nos moldes da Portaria nº 86 de 28 de junho de 1958, toda óptica é obrigada a manter um profissional óptico em seu quadro de funcionários, sendo ele o responsável pela condução de todo o trabalho técnico exigido nesse tipo de comércio (BRASIL, 1958).

Art. 12 Entende-se por ótico - prático e ótico - prático em lentes de contato, quem for habilitado nos exames procedidos na forma da presente portaria para assumir a responsabilidade pelo funcionamento dos estabelecimentos de ótica.

Art.13 São obrigações do ótico - prático e do ótico - prático em lentes de contato:

- a) Assumir a responsabilidade de todas as atividades de ótica do estabelecimento comercial de ótico - prático ou de ótico - prático em lentes de contato.
- b) Assinar e datar as receitas registradas no livro apropriado;
- c) Tratar de todos os assuntos referentes ao estabelecimento do qual é responsável, com a autoridade sanitária fiscalizadora.

Atualmente a Optometria é reconhecida no mundo inteiro como profissão responsável pelo atendimento primário da saúde visual (OPTOMETRIA, 2016).

2.2 A SAÚDE COMO FONTE DE RECURSO PARA O DESENVOLVIMENTO

Atualmente tem se debatido a respeito do desenvolvimento, como meio de se combater a pobreza, onde se busca reduzir a desigualdade social. Neste contexto toma-se a liberdade de visualizar o investimento na saúde como fonte de recurso para o desenvolvimento de uma região, pois como em cadeia os benefícios acontecem tanto para o governo como para a população.

A economia é parte fundamental para qualquer atividade, pois analisa-se as pessoas com o que elas necessitam e desejam, dessa forma objetivando as Leis da oferta e procura. Vasconcellos e Garcia (2011) afirmam que, a “[...] economia é a ciência social que estuda a circulação, produção e distribuição de bens e serviços, para satisfazer as necessidades humanas”.

Para Marshall (1967), a evolução do desenvolvimento da nação, se dá por meio dos direitos civis, políticos e sociais, dando atenção especialmente a educação, trabalho e saúde. Para que se consiga desenvolver uma sociedade, há necessidade de se analisar a saúde dessa população, com vistas a solucionar as desigualdades sociais.

A saúde é um indicador capaz de medir o desenvolvimento de uma região, mas dificilmente aceitado como um fator primário na promoção do desenvolvimento, situação esta que é levada em conta por diferentes instituições nacionais e internacionais que hoje plantam os enfoques do desenvolvimento local integrado e sustentável (MARSHALL, 1982).

O interesse em citar a saúde como recurso neste trabalho é por ser identificada como fator primário de promoção de desenvolvimento. É importante ressaltar que não se está falando de uma mercadoria, mas sim como gerador de desenvolvimento a toda uma região ou território, por meio dos sistemas e serviços prestados de forma eficaz e eficiente.

Pensando nisso, Porter (1990) explica que o aumento da produtividade e a eficiência na produção através dos *Clusters*¹, também podem ser utilizadas em conjunto com os serviços da saúde, nesse caso os profissionais em optometria que estivessem inseridos no SUS, poderiam agilizar a demanda que existe para o profissional oftalmologista.

A Optometria na década de 1930 atraía vários mercados interessados em seu desenvolvimento como: produtores de insumos ópticos, laboratórios de surfaçagem² e montagem de óculos; produtores de armações; óticas que se dedicam à comercialização dos produtos; os laboratórios químicos e farmacêuticos que produzem lentes de contato e insumos para sua manutenção; o mercado Médico

¹ Cluster – nomenclatura dada a empresas que atuam de forma semelhante.

² Surfaçagem – é o processo de transformação dos blocos oftálmicos em lentes. Nessa etapa são vários os procedimentos adotados para controlar e garantir lentes com alto padrão de qualidade.

Oftalmológico geral e de cirurgia refrativa, pois se tratava de um técnico em optometria.

Sabendo dessa atração e com o objetivo em manter elementos de equidade e inclusão social para o desenvolvimento, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) busca aportes preventivos que apoiem a descentralização da prestação de serviços em saúde, a racionalização do gasto público, e proporciona, por meio de políticas operacionais de projetos, o financiamento de serviços à saúde, em especial aos grupos de baixa renda em favor de desenvolvimento em saúde e do fortalecimento das instituições regionais e territoriais que a promovem.

E é por esse motivo, que o setor saúde tornou-se um excelente elemento de mudança das políticas públicas, uma vez que por meio dele é possível uma construção ampla do processo de modernização de seus sistemas e serviços, principalmente a inserção desse profissional (o optometrista) no Sistema Único de Saúde.

Segundo Akerman (2005), é necessário perguntar como se contribui para que não haja condições precárias de saúde que aniquilem o desenvolvimento, e como influenciar para que o desenvolvimento não mine os serviços obtidos na saúde. De acordo com o explicitado pelo autor, pode-se considerar que realmente existe um elo entre saúde e desenvolvimento social e econômico; e que esse se apresenta de maneira bidirecional, deixando claro que o interesse do estudo que este deve gerar, é identificar suas conexões.

A prática voltada para o desenvolvimento sustentável é uma bandeira da Organização das Nações Unidas que, desde 2002, aplica seus conceitos aos processos de saúde; conceitos esses, que foram adaptados pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Na Declaração do Rio, sobre ambiente e desenvolvimento, encontram-se vinte e sete princípios relacionados com os direitos do homem para manter o desenvolvimento sustentável e o intercâmbio de conhecimentos científicos e tecnológicos.

A Organização Mundial de Saúde e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), ao falar do desenvolvimento local na conferência do Rio, e em seu documento final, ressaltam pontos que servem como marco conceitual para promover ações em saúde, começando pela ampliação da capacidade de articulação da OPAS – internamente, e com outras organizações, para propiciar o desenvolvimento local sustentável (OPAS, 2005).

Pensando em Desenvolvimento, propõe-se o fortalecimento dos pactos sociais pela saúde em áreas urbanas e comunidades rurais, para que assim possam ter municípios e comunidades saudáveis, visualizando uma população com aspectos de produtividade, desenvolvimento econômico e social, com a atenção primária e a promoção da saúde para fomentar o aprimoramento da qualidade de vida.

Segundo Starfield (2002, p.91),

A definição original de saúde da Organização Mundial da Saúde (1948) foi criticada com base no fato de que ela é não apenas inalcançável, mas, também, porque fornece o impulso errado em seu enfoque no completo bem-estar físico, mental e social. [...] _A saúde, portanto, é vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo da vida; é um conceito positivo envolvendo recursos sociais e pessoais, bem como capacidades físicas.

De acordo com o autor a saúde é um ponto positivo, pois a tendo haverá um equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Assim, a saúde não é a ausência de enfermidade ou predisposição para a doença; em vez disso, é a redefinição contínua do potencial para o funcionamento máximo para atender aos desafios da vida da forma mais positiva e produtiva (OMS, 1984).

De forma a atender o que a OSM determinava quanto a saúde como potencial competitivo, Figueiredo (2005) informa que as ações objetivas sobre as políticas de saúde, ficam a cargo da responsabilidade do Estado desde do início do século XX, a partir daí que os governos federais e estaduais resolveram formular e intervir em políticas de saúde pública.

O direito a saúde tem inspiração no valor da igualdade entre a sociedade, e segundo Rojas (1974, p.1):

[...] é muito difícil definir o que é saúde e estabelecer os limites onde começa a enfermidade. Porque saúde e enfermidade são dois estados entre os quais flutua o indivíduo (durante) toda sua vida, duas condições estreitamente ligadas por conexões recíprocas.

Na década de 1970, inicia o movimento pela reforma sanitária, amparado pelas crescentes demandas sociais, pelo aumento de instituições comunitárias e profissionais. A Lei nº. 6.229, de 1975, criou o Sistema Nacional de Saúde, reunindo no plano federal, os ministérios da Saúde, da Previdência e da Assistência Social, da Educação e do Trabalho. Um sistema, por definição, é um conjunto de partes que tem um objetivo comum. E, no caso, seria atingido pelas ações integradas de saúde preventiva e curativa (SENAC, 1999).

Até a década de 1980, os cuidados de saúde eram assegurados apenas aos contribuintes da Previdência Social. Com o agravamento da crise econômica na “década perdida” (SCLIAR, 2002), surgiu a necessidade de amparar toda a população. Em 1982, o governo federal começou a repassar recursos aos estados e aos municípios para o desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (AIS). Em 1986, realiza-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, uma conclamação de ampla participação, que recomendou a intensificação do processo de integração. No ano seguinte, surgiu o Sistema Unificado e Descentralização de Saúde (SUDS).

2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A Constituição da República Federativa do Brasil (CFB) de 1988, a constituinte cidadã, introduziu o Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta apresentada para o SUS procura, ao mesmo tempo, não só unificar todas as instituições e serviços de saúde, como também descentralizar as decisões, as responsabilidades e, ainda, os recursos financeiros em três níveis de comando único, quais sejam: os governos federal, estadual e municipal, através do ministério e das secretarias estaduais e municipais de saúde, respectivamente.

Ainda no que diz respeito ao controle social, a constituição propõe, para seu efetivo funcionamento, a criação dos conselhos de saúde. Além dos usuários em geral, representantes do governo, bem como prestadores de serviço e profissionais da área, deverão participar desses conselhos, a fim de atuar tanto na formulação de estratégias, quanto no controle da execução da política de saúde determinada para o SUS, o que dita a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (SENAC, 1999).

No início da década de 1990, ocorre o avanço das propostas neoliberais e a redução do papel redistributivo do Estado Brasileiro que enfrentava intensa crise política e fiscal, que era o prenúncio do fracasso de sua estratégia desenvolvimentista conforme Fiori³ (1991, *apud* BARATA; MENDES; TANAKA, 2004, p. 49). Esse contexto político e econômico influenciou de forma decisiva na implementação do SUS, que surgiu como uma âncora de gestão em saúde.

³ FIORI, N. A. **Aspectos da evolução do ensino público**. Ensino público e política de assimilação cultural no Estado de Santa Catarina nos períodos imperial e republicano. 2. ed. revisada. Florianópolis: Editora da UFSC, 1991.

À primeira vista, essa regulamentação mostrou-se um processo difícil, já que ao tentar levar, na prática, as políticas propostas, apareceriam inúmeros vazios e choques com o sistema que estava se aplicando. O que se pretendia era por em prática uma política de saúde tão inovadora quanto complexa, como é o SUS. O que custou dois anos para se conseguir grande parte das determinações constitucionais. Até então, coexistiam e se ampliavam as dificuldades para sua implementação.

Estas dificuldades aconteciam na medida em que por um lado havia a intenção de gerar a expansão da universalidade dos direitos, por outro, foi acompanhada de racionamento na oferta e progressiva queda na qualidade dos serviços. Dessa forma, a descentralização como estratégia política de democratização avançou com a aprovação dos preceitos jurídicos legais necessários para a execução, tentando causar o menor desajuste nos serviços disponíveis.

Assim, surge do ponto de vista político, o sucesso do movimento sanitário; e por outra parte uma mudança econômica, na descentralização, que teoricamente favoreceria a manutenção dos mecanismos de inclusão social, ao proporcionar a pulverização das demandas sociais - embora este sistema, ainda incipiente, administrasse uma saúde deficitária, principalmente nos serviços voltados para as classes mais pobres, favorecendo a expansão do mercado de planos privados e seguros de saúde.

Segundo Benedicto (1997, p.76-77),

Toda organização tem responsabilidade social, e é seu dever “pensar no bem-estar da sociedade, e não apenas no lucro”. Para ele, a responsabilidade social é percebida como o dever da organização em auxiliar a sociedade no alcance de seus objetivos. É uma das maneiras de mostrar que não visa apenas explorar recursos econômicos e humanos, mas também contribuir com o desenvolvimento social.

Outra determinação constitucional também complexa é a que diz que o SUS é formado por um conjunto de unidades que prestam serviços de saúde, mantendo ligação entre elas como se fosse uma rede. Essas unidades são subordinadas umas às outras. Isto se explica quando uma pessoa se sente doente ou deseja prevenir doenças ou, ainda, precisa de orientação para uma vida mais saudável. Ela deve procurar primeiramente a chamada unidade básica do SUS, que pode ser o Posto ou o Centro de Saúde mais próximo de sua moradia ou trabalho.

Se o profissional da unidade básica diagnosticar uma determinada doença tratável no Centro de Saúde, a pessoa será imediatamente atendida, mas se a doença se apresenta com elementos que exijam outro nível técnico e tecnológico, que exija atendimento especializado, aquela pessoa imediatamente será encaminhada, pelo próprio Posto ou Centro de Saúde, para outra unidade, que pode ser um ambulatório, um Posto de Atendimento Médico (PAM) ou um hospital geral. Caso venha, ainda, a necessitar de internação, seu encaminhamento se dará, por fim, a um hospital especializado, conforme a prescrição médica apresentada (SENAC, 1999, p.93).

Assim, se pode observar que a assistência a ser prestada às pessoas se fará não somente através de rede de unidade de serviços, mas também de acordo com a complexidade dos problemas diagnosticados, ou seja, do mais simples ao mais grave.

2.4 DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

De acordo com Branco (2004, p. 120) para se entender a palavra desenvolvimento faz-se uma referência a “um botão de uma rosa que se desenvolve quando desdobra suas pétalas e forma a flor”. Para que se possa desenvolver é preciso desembrulhar, libertar, ou seja, deve vir de dentro para fora, não o contrário. Cunha Junior (2014) entende que o desenvolvimento está vinculado a quebra de paradoxos, diz respeito a evolução dos níveis econômico, político, social e cultural.

De acordo com o IBGE (2015), o município de Linhares-ES está entre os municípios do norte do estado do Espírito Santo com maior crescimento e desenvolvimento, tanto populacional quanto econômico, e a figura do profissional optometrista tem aparecido na cidade, não para violar leis e atrapalhar o serviço que é prestado pelos oftalmologistas, mas sim, ajudar no tratamento da saúde visual da população linharenses. Entende-se que este profissional mudou com o passar dos anos deixando de ser somente um técnico, e sim um profissional de ensino superior.

Batalha (2014, p. 672), diz que:

A noção de desenvolvimento econômico tem mudado nas últimas duas décadas em direção a uma visão mais consensual de que conservação ambiental e melhores padrões de vida devem ser

perseguidos simultaneamente. Existem diversas visões teóricas que tentam estabelecer relações entre crescimento econômico, exploração dos recursos naturais, herança das futuras gerações, qualidade de vida, distribuição de renda e pobreza. Entretanto, muitos destes temas continuam ainda sendo negligenciados, ou insuficientemente considerados.

O desenvolvimento sustentável é lembrado sempre em relação ao meio ambiente, mas viu-se a necessidade também em se focar nas questões sociais e políticas, visando a capacidade de fornecimento dessas necessidades de forma sustentável, ou seja, sem desgastes, obedecendo a capacidade e velocidade de renovação ou reciclagem natural, resguardando as principais características do país ou da região.

Portanto, o planejamento do desenvolvimento econômico (produção e consumo), propicia uma gestão racional dos recursos naturais, a fim de assegurar aos pósteros as mesmas condições favoráveis de desenvolver-se e realizar suas potencialidades, vez que o direito de usufruir corresponde ao dever de cuidar.

Sabendo da importância sobre desenvolvimento sustentável, de acordo com Barbieri (2000, p. 31), “[...] desenvolvimento sustentável sugere um legado permanente de uma geração a outra, para que todas possam prover suas necessidades, a sustentabilidade, ou seja, a qualidade daquilo que é sustentável”. Dessa forma há necessidade dos profissionais em optometria buscarem constantemente a capacitação permanente, bem como novos conceitos de necessidades humanas para aliviar as pressões da sociedade sobre eles.

O objetivo principal do desenvolvimento sustentável é satisfazer às necessidades básicas das pessoas, elevando o nível de qualidade de vida, na qual utilizam os recursos naturais de forma consciente (DIAS, 2011).

A Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1991, p. 46), define o desenvolvimento sustentável como “*aquela que atende as necessidades do presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem a suas próprias necessidades*”, bem assim, de “melhorar a qualidade de vida humana dentro dos limites da capacidade de suporte dos ecossistemas”.

Assim, o desenvolvimento sustentável se caracteriza como forma de manutenção de uma economia compatível com as “necessidades de desenvolvimento e de meio ambiente das gerações presentes e futuras”, onde “a

proteção ambiental constituirá parte integrante do processo de desenvolvimento e não pode ser considerada isoladamente deste” (DECLARAÇÃO DO RIO DE JANEIRO, 1992).

Sendo assim, o profissional em optometria, nos últimos anos tem avançado, no cenário econômico, porém assim como em outras profissões, não sendo aceito por entenderem que está ocupando o espaço de outro.

2.5 COMPETÊNCIAS DO PROFISSIONAL OPTOMETRISTA

Tecnicamente, dá-se o nome de refração ao trabalho de “medir a visão”. A refração é desenvolvida com a utilização de uma caixa de prova, aferindo-se o grau necessário ao alcance de uma visão nítida, ou próxima da nitidez. Fixado o grau, são fabricadas as lentes e adaptadas a uma armação, surgindo os óculos. Foi nos Estados Unidos, onde se utilizou pela primeira vez a denominação de óptico e optometrista ao profissional responsável por todo esse processo de fabricação dos óculos (SANTOS NETO, 2005).

O papel do optometrista é a realização da acuidade visual do paciente, realizar testes motores, fazer medidas queratométricas (medidas da córnea), testes para verificação da qualidade e quantidade de lágrima, indicação de meios corretivos da visão através de exames optométricos, adaptação de lentes de contato, dentre outras atividades.

O trabalho do optometrista é iniciado pela realização de uma anamnese, que nada mais é do que uma entrevista com o paciente no intuito de captar o máximo de informação do dia a dia e de seus hábitos. Este exame baseia-se na observação e aplicação de técnicas para avaliação de uma possível alteração ocular, quer seja com compensações ópticas, que significa o uso de lentes corretivas, tanto lentes de contato ou lentes de grau para óculos ou para encaminhamento ao médico oftalmologista, no caso de doenças oculares como pterígio, catarata entre outras.

O optometrista busca avaliar a saúde visual do paciente, e não a saúde ocular. Para um melhor entendimento, leia-se saúde visual como exame e avaliação do aparelho visual do paciente, que se relaciona ao diagnóstico de alguma alteração, podendo ser compensada com lentes corretoras (óculos ou lentes de contato). Saúde ocular, por outro lado, é o diagnóstico das doenças oculares e

sistêmicas que afetam a visão, exigindo tratamento com médico, seja com o ato cirúrgico ou medicamentos.

Ademais disso, cabe ainda ao optometrista a identificação de defeitos refrativos, denominados de ametropias (miopia, astigmatismo e hipermetropia), e disfunções visuais (ambliopia, anisometropia, entre outras) e de acordo com o CEMA (2016), especializado em defeitos refrativos, seguem seus conceitos:

Miopia

É um dos mais frequentes erros de refração que afeta a visão a distância. Essa patologia ocorre porque a imagem visual não é focada diretamente na retina, mas à frente da mesma.

Hipermetropia

É um erro de refração que faz com que a imagem seja focada atrás da retina. Dessa forma, a capacidade refratária é alterada em relação aos olhos com visão normal. A hipermetropia causa dificuldade para enxergar objetos próximos e principalmente para leitura de textos. Enquanto jovem, o paciente com hipermetropia tem boa visão de longe, pois se seu grau não for muito elevado é naturalmente corrigido pelo aumento do poder do cristalino, em um processo chamado de acomodação. Porém, com a idade esta capacidade diminui e o hipermetrope passará a ter dificuldade na visão de perto e posteriormente de longe.

Astigmatismo

É uma doença ocular causada por irregularidade da córnea e o seu efeito é a distorção de imagem, pois os raios de luz não chegam ao mesmo ponto na retina.

Ambliopia

A “ambliopia” consiste na diminuição da acuidade visual de um ou de ambos os olhos. Em termos técnicos, pode-se dizer que um olho é ambliope quando tem uma acuidade visual que é inferior à de um olho considerado normal em pelo menos duas linhas numa escala subjectiva da medição da visão.

Anisometropia

Anisometropia é o termo empregado relacionado à condição em que o erro refrativo é diferente entre os olhos. As anisometropias são um dos campos mais controversos da prática refratométrica. Se houvesse, na definição, um valor limítrofe que identificasse os casos clinicamente significantes poderia dar uma precisão para esse problema ocular. Em crianças, quando não corrigida a tempo, a anisometropia pode inclusive levar à ambliopia no olho que tem um maior erro de refração.

Não é permitida, contudo, a utilização de nenhum tratamento invasivo ou medicamentoso, atos privativos da medicina, cabendo-lhe tão somente a indicação das ações e medidas corretoras adequadas.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), instituída pela Portaria Ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002, em seu item 3223, traz as atribuições do profissional optometrista (BRASIL, 2002):

A - Realizar Exames Optométricos

A.1 - Medir acuidade visual; A.2 - Analisar estruturas externas e internas do olho; A.3 - Medir pressão intra-ocular (tonometria); A.4 - Identificar deficiências e anomalias relacionadas às alterações da função visual, A.5 - Encaminhar casos patológicos, a médicos, A.6 - Medir refração ocular (refratometria e retinoscopia), A.7 - Determinar compensações e auxílios ópticos

B - Adaptar Lentes de Contato

B.1 - Fazer avaliação lacrimal; B.2 - Definir tipo de lente; B.3 - Calcular parâmetros das lentes; B.4 - Selecionar lentes de teste; B.5 - Colocar lentes de teste no olho; B.6 - Combinar uso de lentes (sobre-refração); B.7 - Avaliar adaptação da lente; B.8 - Retocar lentes de contato; B.9 - Recomendar produtos de assepsia; B.10 - Executar revisões de controle da adaptação de lentes de contato; B.11 - Medir córnea (queratometria, topografia).

C - Confeccionar Lentes

C.1 - Interpretar ordem de serviço; C.2 - Fundir materiais orgânicos e minerais; C.3 - Escolher materiais orgânicos e minerais; C.4 - Separar insumos e ferramentas; C.5 - Projetar lentes (curvas, espessura, prismas); C.6 - Bloquear materiais orgânicos e minerais; C.7 - Usinar materiais orgânicos e minerais; C.8 - Dar acabamento às lentes; C.9 - Adicionar tratamentos às lentes (endurecimento, anti-reflexo, coloração, hidratação e filtros); C.10 - Aferir lentes; C.11 - Retificar lentes.

D - Montar Óculos e Auxílios Ópticos

D.1 - Marcar centro óptico e linha de montagem das lentes; D.2 - Elaborar gabaritos ópticos; D.3 - Modelar lentes; D.4 - Lapidar lentes; D.5 - Encaixar lentes na armação; D.6 - Alinhar óculos e outros auxílios ópticos (tele-sistemas, equipamentos de aferição óptica); D.7 - Conferir montagem dos óculos e auxílios ópticos; D.8 - Confeccionar óculos de segurança.

E - Aplicar Próteses Oculares

E.1 - Analisar cavidade orbitária; E.2 - Moldar cavidade orbitária; E.3 - Determinar características da prótese (diâmetro de pupila e íris, tamanho, cor, etc.); E.4 - Confeccionar prótese ocular; E.5 - Ajustar prótese ocular; E.6 - Fotografar rosto do cliente; E.7 - Readaptar prótese.

F - Promover Educação em Saúde Visual

F.1 - Assessorar órgãos públicos na promoção da saúde visual; F.2 - Ministrando palestras e cursos; F.3 - Participar na promoção de campanhas de saúde visual; F.4 - Auxiliar o cliente na reeducação visual; F.5 - Formar grupos multiplicadores de educação em saúde visual.

G - Vender Produtos e Serviços Ópticos e Optométricos

G.1 - Detectar necessidades do cliente; G.2 - Interpretar prescrição; G.3 - Assistir cliente na escolha de armações e óculos solares; G.4 - Indicar tipos de lente; G.5 - Coletar medidas complementares (distância naso-pupilar, altura do centro óptico, distância do vértice, etc.); G.6 - Ajustar óculos em rosto de cliente; G.7 - Consertar auxílios ópticos; G.8 - Calibrar equipamentos ópticos e optométricos.

H - Gerenciar Estabelecimento

H.1 - Organizar local de trabalho; H.2 - Gerir recursos humanos; H.3 - Preparar ordem de serviço; H.4 - Gerenciar compras e vendas; H.5 - Controlar estoque de mercadorias e materiais; H.6 - Controlar qualidade de produtos e serviços; H.7 - Administrar finanças; H.8 - Providenciar manutenção do estabelecimento.

Y - Comunicar-se

Y.1 - Fazer anamnese; Y.2 - Manter registros de cliente; Y.3 - Enviar ordem de serviço a laboratório; Y.4 - Orientar cliente sobre uso e conservação de auxílios ópticos e próteses oculares; Y.5 - Orientar família de cliente; Y.6 - Emitir laudos e pareceres; Y.7 - Orientar na ergonomia da visão; Y.8 - Solicitar exames e pareceres de outros especialistas.

Z - Demonstrar Competências Pessoais

Z.1 - Realizar perícias optométricas e em auxílios ópticos; Z.2 - Demonstrar compreensão psicológica; Z.3 - Atualizar-se profissionalmente; Z.4 - Evidenciar coordenação motora fina; Z.5 - Revelar senso estético; Z.6 - Prestar primeiros socorros oculares; Z.7 - Usar equipamento de proteção individual (EPI).

Recursos de Trabalho

Máquinas para montagem, Tabela de projetor de optótipos, Torno, Tonômetro, Corantes e fluoresceína, Solventes, Polidores e lixas, Máquinas surfaçadoras, Lâmpada de Burton, Filtros e feltro, Lâmpada de fenda (biomicroscópio), Produtos para assepsia, Abrasivos, Retinoscópio, Lensômetro, Refrator, Oftalmoscópio (direto-indireto), Pupilômetro, Topógrafo, Caixas de prova e armação para auxílios ópticos, Calibradores, Alicates, chaves de fenda, Foróptero, Espessímetro, Moldes e modelos, Títmus, Resinas, Queratômetro.

Como se pode perceber, nenhuma das atribuições relacionadas ao profissional optometrista diz respeito aos atos praticados por médico, não havendo que falar em ilegalidade da profissão por suposto exercício ilegal da medicina. Constatação ratificada pelo Deputado Federal Marçal Filho, no Projeto de Lei nº. 369/2011, ao afirmar que:

A prática da optometria não se confunde com a prática médica ou com a do profissional ótico. Assim acontece na maioria dos países do mundo e assim deveria ser também no Brasil, pois a população tem o direito de ter acesso fácil a um atendimento especializado, que pode resolver grande parte dos seus problemas visuais (BRASIL, 2011).

Dizendo ainda:

O Sistema Único de Saúde e a população brasileira precisam da optometria, que poderia, por exemplo, tornar realidade o atendimento primário qualificado da grande massa de alunos da educação básica, identificando problemas visuais e fazendo a triagem dos casos patológicos que necessitem de atendimento especializado. A Organização Mundial da Saúde afirma que o optometrista é o responsável principal pelo atendimento primário da saúde visual. E sabe-se da importância da prevenção como o eixo fundamental de qualquer sistema de saúde que se pretenda eficiente (BRASIL, 2011).

Entendemos que a Optometria lida com a saúde visual, entretanto não exerce nenhuma atividade médica. Medicina é saúde. Saúde não é medicina. A saúde não é privativa de nenhuma profissão. A Optometria é a alternativa mais eficaz e menos onerosa no combate à baixa qualidade visual de um povo.

2.6 OPTOMETRIA - ASPECTOS SOCIAIS E JURÍDICOS

2.6.1 Conceito e base legal dos Direitos fundamentais

Os direitos e garantias fundamentais estão previstos na nossa Constituição Federal, precisamente entre os artigos 5º e 17º e funcionam, ora como limitadores da autonomia do Estado, frente à autonomia do cidadão, e ora como instrumentos para se exigir do ente público uma atuação ativa que promova condições de se efetivarem de direitos das mais diversas naturezas.

Essa segunda forma de atuação, positiva, é fruto de uma interpretação e aplicação mais recente da norma constitucional e funciona simultaneamente com a primeira em prol da concretude de todas as garantias.

Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, e funcionam, ora como limitadores da autonomia do Estado, frente à autonomia do cidadão, e ora como instrumentos para se exigir do ente público uma atuação ativa que promova condições de se efetivarem de direitos das mais diversas naturezas [...] (BRASIL, 1988).

Destaca ainda o Art. 196 da Constituição Federal 1988

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Segundo Bastos (2010, p.151-152), “Os direitos individuais, fundamentais ou liberdades públicas são prerrogativas que tem o indivíduo em face do Estado. É um dos componentes mínimos do Estado constitucional ou do Estado de Direito”. A maioria dos doutrinadores não destoa deste conceito, pois, de fato, os direitos humanos ou as garantias individuais são na verdade um rol de direitos mínimos oponíveis ao Estado.

Contudo, esse conceito já evoluiu, e a partir de então, os direitos individuais não se completam simplesmente com o dever de abstenção do Estado, é que outros direitos ou liberdades individuais foram criados ao longo do tempo, e em vez da omissão do Estado, esses direitos clamam por uma ação efetiva do mesmo. Nascendo, desta forma, um outro dever do Estado, que seria o de proteção e assistência a essas garantias, inclusive contra o particular, uma vez que os direitos individuais, “com caráter meramente negativo, não foram suficientes para garantir a plena liberdade individual” Bastos (2010, p.156).

Assim, não basta conferir um valor superior a certas liberdades inseridas num corpo de uma Constituição, sem que lhes sejam dadas as respectivas garantias, mas também os meios para as exercer. Desta forma, o Estado ora age abstendo-se em relação ao indivíduo, ora intervindo.

Segundo as lições do professor Silva (2005, p. 178),

Direitos fundamentais do homem constitui a expressão mais adequada a este estudo, porque, além de referir-se a princípios que resumem a concepção do mundo e informam a ideologia política de cada um ordenamento jurídico, é reservada para designar “no nível do direito positivo, aquelas prerrogativas e instituições que ele concretiza em garantias de uma convivência digna, livre e igual de todas as pessoas.

Universalmente e tradicionalmente, como afirmado, essas normas surgiram diante da necessidade de se impor limites ao poder do Estado, frente aos abusos praticados contra o homem em sociedade. O marco inicial do surgimento de normas dessa natureza se deu exatamente para combater o poder autoritarista do Estado, que desprezava qualquer tipo de direito do cidadão, em prol do alcance dos seus

exclusivos interesses. Surgem assim, como uma ferramenta de limitação dessa intervenção descontrolada dos governantes.

É exatamente o que explica Moraes (2006, p. 25), ao afirmar que,

O poder delegado pelo povo a seus representantes, porém, não é absoluto, conhecendo várias limitações, inclusive com a previsão de direitos e garantias individuais e coletivas do cidadão relativamente aos demais cidadãos e ao próprio Estado.

Ademais disso, de constituírem um conjunto de normas cujo objetivo é a regulamentação de direitos inerentes à pessoa humana e de fixarem-se ora como limitadores e ora como incrementadores da intervenção governamental, essas normas desempenham a relevante e importantíssima função de influenciarem diretamente na interpretação dos demais textos normativos, sejam constitucionais ou infraconstitucionais.

O texto da Constituição Federal trata dos direitos e garantias fundamentais em seu Título II, composto por cinco capítulos: o primeiro regulamenta os direitos e deveres individuais e coletivos, o segundo os direitos sociais, o terceiro os direitos relativos a nacionalidade, o quarto os direitos políticos e, finalmente, o quinto que regulamenta os partidos políticos.

É oportuno destacar, no entanto, que apesar de existir um título único para a disciplina dos direitos e garantias fundamentais, a doutrina prega entendimento pacífico no sentido de sê-lo meramente exemplificativo (CAVALCANTE FILHO, 2010).

2.6.2 Principais características dos Direitos Fundamentais

Dito isso, e compreendida a base legal desses direitos, cumpre apresentar as suas principais características, dentre as quais podemos destacar: historicidade, universalidade, limitabilidade, concorrência, irrenunciabilidade, inalienabilidade e imprescritibilidade (SILVA, 2005).

A historicidade, como o nome já sugere, implica em afirmar que esses direitos possuem um caráter histórico, ou seja, nascem, modificam-se e desaparecem ao longo do tempo, revelando-se como fruto da evolução do Estado. É imprescindível que tais direitos se moldem às necessidades dos indivíduos em cada momento da

história, possibilitando o desenvolvimento de garantias mínimas frente às intervenções estatais na vida privada.

Entretanto, apesar da suma importância dessas garantias, é imperioso sublinhar que elas não são ilimitadas. Os direitos aqui tratados sofrem limitação quando confrontados com outros direitos de mesma natureza.

Outra característica dos direitos e garantias fundamentais é a irrenunciabilidade, conforme descreve Silva (2005), não se renunciam direitos fundamentais. Alguns deles podem até não ser exercidos, pode-se deixar de exercê-los, mas não se admite sejam renunciados. Mas vale lembrar que essa característica é controversa, pois há casos de renúncia temporária.

2.6.3 Gerações dos Direitos fundamentais e planos de eficácia

Uma das principais características dos direitos fundamentais é o seu poder de evolução e adequação às necessidades sociais contemporâneas vivenciadas em cada momento da realidade social. Originariamente, a doutrina costuma utilizar a expressão “gerações dos direitos fundamentais” para identificar cada fase dessa evolução. No entanto, Lenza (2011, p. 860) diz que:

A preferência da doutrina mais atual sobre a expressão ‘dimensões’ dos direitos fundamentais no sentido de que uma nova ‘dimensão’ não abandonaria as conquistas da ‘dimensão’ anterior e, assim, a expressão se mostra mais adequada nesse sentido de proibição de evolução de evolução reacionária.

A primeira geração de direitos fundamentais simboliza a luta dos indivíduos contra os abusos cometidos pelo Estado por conta da interferência severa na vida de cada um deles em todos os sentidos. Surgem assim, os direitos individuais, simbolizando um núcleo básico de direitos dos cidadãos contra o autoritarismo público. Segundo o professor Alexandre de Moraes “os direitos fundamentais de primeira geração são direitos e garantias individuais e políticos clássicos (liberdades públicas), surgidos institucionalmente a partir da *Magna Carta (assinada pelo rei João sem Terra em 1.215)*”, tendo como objeto as liberdades públicas (MORAES, 2006, p. 26).

Os direitos fundamentais de segunda geração são inspirados na Revolução Industrial da Europa, eclodida no século XIX, e na Primeira Guerra Mundial no início do século XX.

A terceira geração de direitos é marcada pelo surgimento de “novos problemas e preocupações mundiais”, tais como a necessária noção de preservacionismo ambiental e as dificuldades para a proteção dos consumidores, só para lembrar aqui dois candentes temas.

Finalmente, destaca-se que o professor Paulo Bonavides prega a existência da quarta e quinta dimensões dos direitos fundamentais como forma de preservação da espécie humana dado o avanço com as pesquisas genéticas e o direito à paz, respectivamente (LENZA, 2011, p. 862).

Com a evolução das gerações dos direitos fundamentais, conglomerando-se os avanços alcançados em cada momento, há que se destacar também a ocorrência de uma significativa mudança em relação à sua eficácia. Inicialmente vislumbrada somente no plano vertical, ou seja, oponível contra o Estado, os direitos fundamentais passaram também a ser oponíveis contra os próprios pares, num plano de eficácia horizontal, que também é chamada de "eficácia privada" ou de "eficácia em relação a terceiros" analisa a problemática dos direitos fundamentais nas relações entre particulares, bem como a vinculatividade do sujeito privado aos direitos fundamentais.

2.6.4 Fundamentos Constitucionais da legalidade

Como visto, os direitos fundamentais estão previstos na Constituição Federal e refletem garantias mínimas dos cidadãos em prol de uma vida com dignidade. Uma delas, a que se pretende discorrer neste trabalho, diz respeito ao direito ao livre exercício de profissão, esculpido no artigo 5º, XIII/CF (BRASIL, 1988):

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes.

[...]

XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.[...]

Por este inciso, a Constituição Federal vigente garante aos indivíduos o direito à livre escolha pela profissão que melhor prover seus interesses, deixando a cargo do poder público apenas a obrigação de traçar as regulamentações de cada ofício, e fiscalizá-los. O órgão responsável pela descrição e regulamentação das profissões é o Ministério do Trabalho e Emprego, o fazendo por meio de portarias.

Silva (2005, p. 257) assevera que:

O dispositivo confere liberdade de escolha de trabalho, de ofício e de profissão, de acordo com as propensões de cada pessoa e na medida em que a sorte e o esforço próprio possam romper as barreiras que se antepõem à maioria do povo. Confere, igualmente, a liberdade de exercer o que fora escolhido, no sentido apenas de que o Poder Público não pode constranger a escolher e a exercer outro. Quanto a saber se há ou não condições de aquisição de ofício ou de profissão escolhida, não é tema que preocupe o enunciado formal da norma. Como todo direito de liberdade individual, a regra se limita a conferi-lo sem se importar com as condições materiais de sua efetividade. Equivale dizer, como a experiência mostra, que, na prática, a liberdade reconhecida não se verifica em relação à maioria das pessoas, que não têm condições de escolher o trabalho, o ofício ou a profissão, sendo mesmo obrigadas a fazer o que nem sempre lhes apetece, sob pena de não ter o que comer. As épocas de recessão são pródigas em demonstrar o quanto o texto constituição em exame é formal. Não quer isso dizer que seja inútil. É necessário que exista e tem sua função importante, mormente se preenchido o vazio com medidas transformadoras da realidade, econômico-social vigente. O que é realmente necessário é dar conteúdo a esta liberdade, estabelecendo condições materiais e efetivas de acessibilidade ao trabalho, ao ofício e à profissão.

Não obstante, o objetivo nesse momento é demonstrar que mesmo diante de uma inexistência de regulamentação pelo órgão federal, a Constituição Federal garante, por meio de uma gama de princípios fundamentais, o exercício de qualquer profissão, desde que não haja expressa vedação normativa.

Outra não poderia ser a interpretação mais adequada, diante o novel ideal do pós-positivismo, tendo em vista que estamos analisando direitos fundamentais individuais e sociais de extrema relevância ao desenvolvimento saudável e regular da sociedade, que são a valorização do trabalho humano e a liberdade profissional.

Toda e qualquer interpretação acerca de direitos dessa natureza deve beneficiar a liberdade de agir em detrimento de restrições fundadas em meras questões formais, como a ausência de normas infraconstitucionais regulamentadoras. A jurisprudência apresentada no último capítulo deste trabalho revela que é justamente essa a posição adotada pelos tribunais superiores.

Nessa esteia de pensamento, destaca-se a redação do artigo 170, da Constituição Federal, que consagra a valorização do trabalho humano como um dos pilares da ordem econômica do país, e destaca, em seu parágrafo único, a liberdade de exercício das atividades econômicas (BRASIL, 1988).

Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios:

- I - soberania nacional;
- II - propriedade privada;
- III - função social da propriedade;
- IV - livre concorrência;
- V - defesa do consumidor;
- VI - defesa do meio ambiente, inclusive mediante tratamento diferenciado conforme o impacto ambiental dos produtos e serviços e de seus processos de elaboração e prestação; **(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)**
- VII - redução das desigualdades regionais e sociais;
- VIII - busca do pleno emprego;
- IX - tratamento favorecido para as empresas de pequeno porte constituídas sob as leis brasileiras e que tenham sua sede e administração no País. **(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 6, de 1995)**

Parágrafo único. É assegurado a todos o livre exercício de qualquer atividade econômica, independentemente de autorização de órgãos públicos, salvo nos casos previstos em lei.

A relevância desse direito revela-se explícita quando Silva (2005, p. 813-814), relaciona com o princípio da função social da propriedade:

Já estudamos a função social da propriedade, quando examinamos o conteúdo do disposto no artigo 5º, XXIII, segundo o qual a propriedade atenderá a sua função social. Isso aplicado ali à propriedade em geral, significa estender-se a todo e qualquer tipo de propriedade. O artigo 170, III, ao ter a função social da propriedade como um dos princípios da ordem econômica, reforça essa tese, mas a principal importância disso está na sua compreensão como um dos instrumentos destinados à realização da existência digna de todos e da justiça social. Correlacionando essa compreensão com a valorização humana (art. 170, caput), a defesa do consumidor (art. 170, V), a defesa do meio ambiente (art. 170, VI), a redução das desigualdades regionais e sociais (art. 170, VII), e a busca do pleno emprego (art. 170, VIII), tem-se configurada a sua direta implicação com a propriedade dos bens de produção, especialmente imputada à empresa pela qual se realiza e efetiva o poder econômico, o poder de dominação empresarial.

Ademais do artigo 170/CF, revela-se indispensável destacar os princípios da dignidade da pessoa humana e da igualdade, como corolários dos direitos fundamentais, vez que o optometrista, cujo curso de formação tenha sido devidamente reconhecido e autorizado pelo Estado por meio do Ministério da Educação, tem, assim como os demais profissionais, o direito de exercer livremente a sua profissão.

Não existindo nenhuma norma, constitucional ou infraconstitucional, que vede expressamente o exercício dessa atividade, ela deve ser tida como lícita e aceita por toda a sociedade, já que o inciso II do artigo 5º da Carta Magna garante que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude lei” (BRASIL, 1988).

Assim, considerando a supremacia das normas constitucionais, bem como as características, efeitos e eficácia das normas regulamentadoras dos direitos fundamentais, resta evidente a legalidade da profissão de optometrista à luz da Constituição.

2.7 RECONHECIMENTO DA PROFISSÃO

A profissão de óptico e optometrista está prevista no ordenamento jurídico brasileiro de direito desde 1932, por meio do artigo 3º, decreto 20.931/32 (Decreto nº. 20.931/32), segundo o qual, Art. 3º “Os optometristas, práticos de farmácia, massagistas e duchistas estão também sujeitos à fiscalização, só podendo exercer a profissão respectiva se provarem a sua habilitação, a juízo da autoridade sanitária” (BRASIL, 1932). Além dos decretos, existiram dois projetos de lei, o de n. 1.171/2007 e o de nº. 329/2011, regulamentando a profissão, mas ambos foram arquivados. O primeiro foi de autoria dos deputados federais Maria do Rosário (PT/RS), Beto Albuquerque (PSB/RS) e Marco Maia (PT/RS), apresentado em 16/08/2007 e arquivado, sem justificativa, em 21/12/2009. O segundo, de autoria do Deputado Marçal Filho (PMDB/MS), foi apresentado em 10/02/2011 e arquivado, também sem justificativa, em 06/05/2013. Ambos representavam grande avanço no sistema regulatório da profissão de optometrista, conferindo segurança para que os profissionais investissem no curso e no aparelhamento para exercício do ofício, mas, como afirmado, foram arquivados sem qualquer justificativa.

Nesse cenário, apesar da não aprovação dos projetos de lei destacados, cabe indicar que a profissão de óptico e optometrista está prevista em nosso direito desde 1932, no decreto 20.931/32 em seu artigo 3º.

Ademais do artigo 3º, o artigo 38, do mesmo decreto, ao proibir os optometristas de certas práticas, também reconhece, de forma indireta, não apenas a existência da profissão, como também a legitimidade do exercício das demais atividades não incluídas na proibição:

Art. 38 É terminantemente proibido aos enfermeiros, massagistas, optometristas e ortopedistas a instalação de consultórios para atender clientes, devendo o material aí encontrado ser apreendido e remetido para o depósito público, onde será vendido judicialmente a requerimento da Procuradoria dos leitos da Saúde Pública e a quem a autoridade competente oficiará nesse sentido. O produto do leilão judicial será recolhido ao Tesouro, pelo mesmo processo que as multas sanitárias (BRASIL, 1932).

Outro reconhecimento inequívoco a existência da profissão se dá no decreto de número 24.492 de 1934, ao fazer menção expressa ao optometrista, quando prescreve a proibição desse profissional criar vínculo com casa de óptica. Essa é a intenção do seu artigo 13:

É expressamente proibido ao proprietário, sócio gerente, óptico prático e demais empregados do estabelecimento, escolher ou permitir escolher, indicar ou aconselhar o uso de lentes de grau, sob pena de processo por exercício ilegal da medicina, além das outras penalidades previstas em lei (BRASIL, 1934).

No entanto, por conta de as regulamentações normativas serem fundadas apenas em atos do poder executivo e de serem antigas, alguns profissionais acabam enfrentando dificuldades para exercerem livremente a profissão, acabando por serem obrigados a judicializar o seu reconhecimento.

Não obstante, também se revela de extrema importância sublinhar que a jurisprudência já pacificou o entendimento de que não cabe à vigilância sanitária a competência de fiscalizar a legalidade ou não do exercício da optometria, mas sim, e tão somente, a análise acerca da existência de habilitação do profissional da saúde e do respeito à legislação sanitária, de fiscalização estadual e/ou municipal.

2.7.1 Da Legalidade

Em pesquisa ao repositório de jurisprudência do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça, identificou-se vários julgados reconhecendo a legalidade do exercício da profissão de optometrista, dentre os quais, destacamos os adiantes colacionados.

No julgamento do Recurso Especial nº. 975.322, oriundo de um Mandado de Segurança contra o Estado do Rio Grande Sul, a corte reconheceu o direito do impetrante de obter a licença de funcionamento do seu consultório de optometrista. Com arrimo nos princípios constitucionais destacados ao longo desse trabalho, os ministros concluíram pela pertinência do pleito, como se destaca na ementa (ANEXO A).

No julgamento de outro Recurso Especial nº. 11.002– DF, oriundo de um Mandado de Segurança contra o Ministro de Estado da Educação do Distrito Federal, a corte reconheceu o direito do impetrante em obter a licença de funcionamento do curso superior de tecnologia em optometria. Com amparo nos princípios constitucionais destacados ao longo desse trabalho, os ministros concluíram pela pertinência do pleito, como se destaca na ementa (ANEXO B).

Outro Recurso Especial nº. 852.881- RS, oriundo de um Mandado de Segurança contra os Coordenadores de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Município de Bagé - RS, a corte reconheceu o direito do impetrante em obter a licença de alvará sanitário para o desempenho de sua atividade de optometrista. Com amparo nos princípios constitucionais destacados ao longo desse trabalho, os ministros concluíram pela pertinência do pleito, como se destaca na ementa (ANEXO C).

Em outra importante decisão, a corte superior denegou a segurança ao pedido formulado pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia, contra o Ministro da Educação e a Universidade Luterana do Brasil, decidindo pela legalidade do reconhecimento do curso e da profissão, como se destaca na ementa (ANEXO D).

Essa decisão foi mantida pelo Supremo Tribunal Federal, no julgamento do Recurso Ordinário nº. 26.199-8, de relatoria do Ministro Carlos Britto (ANEXO E).

Finalmente, em nível de decisões estaduais, importa destacar o julgamento do pedido de Uniformização de Jurisprudência em Apelação Cível no Mandado de Segurança, decido pelo Tribunal de Justiça de Santa Catarina (ANEXO F).

As decisões apresentadas deixam claro a existência de entendimentos favoráveis à legalidade do exercício da profissão de optometria, reconhecendo-a como direito constitucional e habilitando os interessados ao trabalho, sem com isso afirmar ofensa aos atos praticados pela medicina, como de fato, podemos concluir não o faz.

3 METODOLOGIA

3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O método de abordagem utilizado para a elaboração deste trabalho foi o dedutivo, com a leitura e interpretação de dispositivos legais constantes na Carta Magna, pois, prevê a Carta Maior de 1988: Art. 5º “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...) II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei; (...) XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer; Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios: (...), nas legislações específicas infraconstitucionais e das decisões judiciais acerca da legalidade da profissão de óptico e optometria”.

Foram utilizados dados estatísticos atuais através de entrevista feita com a Secretaria de Saúde Municipal, com o questionário fechado a respeito dos atendimentos nos postos de Saúde do SUS, para comprovar a demanda necessária do profissional Optometrista.

Para a construção deste trabalho, foi feito inicialmente o levantamento bibliográfico para elaboração da fundamentação teórica, foram utilizadas informações como: análise dos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Linhares-ES, acerca do atendimento médico oftalmológico e análise e interpretação da legislação nacional no que diz respeito a legitimidade do exercício da profissão.

Esta pesquisa quanto ao seu objetivo é denominada descritiva onde os fatos são observados, analisados e interpretados, sem interferência do pesquisador (ANDRADE, 2006).

Quanto a forma de abordagem é classificada como qualitativa, pois, está relacionada ao arrolamento de dados sobre os questionamentos de um grupo, porém não tem o intuito de obter números como resultados, que possam determinar um caminho para tomada de decisão sobre uma questão-problema.

Os recursos utilizados são as entrevistas com questionários fechados, fundamental para lapidar as informações recebidas e interpretar da melhor maneira possível.

3.2 POPULAÇÃO

A população a ser utilizada como base do estudo será a do Sistema Único de Saúde de Linhares, e será representado neste trabalho pela Secretaria Municipal de Saúde e os profissionais optometristas de Linhares-ES.

3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Este trabalho compreendeu o período de setembro de 2015 a março de 2016. A prática da pesquisa realizou-se por meio de entrevista estruturada com dois questionários aplicados conforme os Apêndices A e B. No apêndice A, 10 profissionais Optometristas responderam o questionário com um total de 09 perguntas sendo 05 abertas e 04 fechadas, e o Apêndice B foi respondido pelo responsável pela Secretaria de Saúde da Prefeitura de Linhares-ES, contendo o questionário com um total 14 perguntas, sendo 10 abertas e 04 fechadas.

A importância dessa coleta de dados proporcionará uma análise da necessidade de ter esse profissional incluso no SUS, para que assim possa dar atendimento à população do município de Linhares-ES.

3.4 LOCAL DA PESQUISA

3.4.1 O município de Linhares

No estado do Espírito Santo, Linhares é o maior município do estado com 3.506 km² e o que possui o maior litoral, 68 km, sendo também a maior cidade do estado. Linhares integra a Microrregião 2 - Polo Linhares, juntamente com os

municípios de Aracruz, Ibraçu, João Neiva, Rio Bananal e Sooretama, conforme divisão administrativa regional do Estado do Espírito Santo. Limitando-se ao Norte com o Município de São Mateus, a Oeste com os de Sooretama, Rio Bananal, Marilândia e Vila Valério, a Leste, o Oceano Atlântico e, ao Sul, com o Município de Aracruz (IBGE, 2000).

A área urbana corresponde a aproximadamente 1,7% da área total do município (58,38 km²), sendo que a divisão distrital identifica a sede e 08 distritos: Farias, Pontal do Ipiranga, Povoação, Regência, Bebedouro, Rio Quartel, Desengano e São Rafael, conforme a Figura 1.

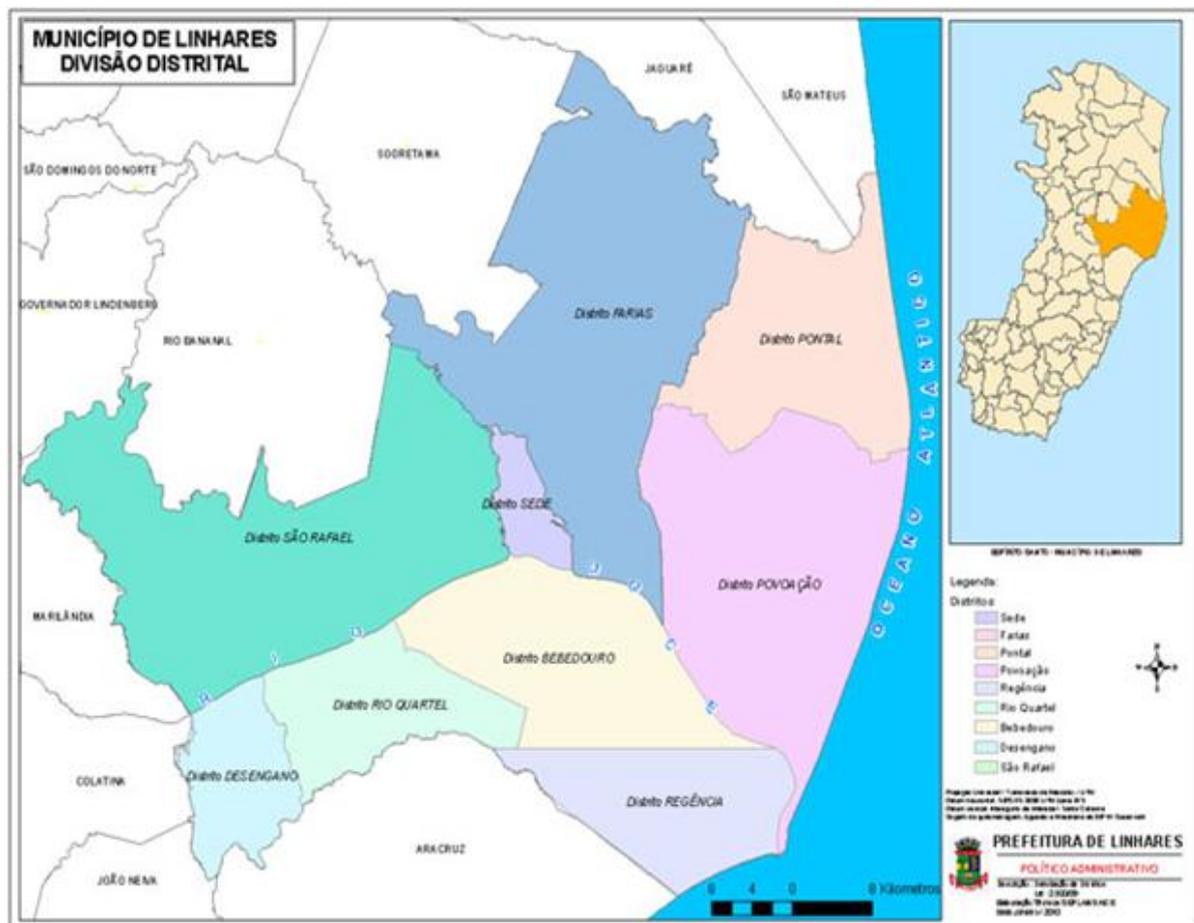


Figura 1 - Mapa com a divisão distrital do município de Linhares-ES.

Linhares tem sua principal rota a BR 101 no sentido Norte-Sul e pelo Rio Doce no sentido Leste Oeste, assim como outros municípios do norte do Espírito Santo e do norte do Estado de Minas Gerais, na qual compõem uma região considerada de transição entre o Sudeste e o Nordeste do Brasil. Nos anos de 1998 a Região Sudeste passou a ter abrangência da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), (AGENDA 21, 2007).

Dos municípios com incentivos da SUDENE, Linhares é o município mais próximo dos grandes centros consumidores nacionais - Rio de Janeiro e São Paulo - além estar próximo a portos e aeroportos do Estado, assim como logisticamente falando tem a BR 101, que o corta de norte a sul, facilitando o acesso do município aos mercados internacionais.

O município de Linhares tem uma população estimada de atualmente de 163 mil habitantes, sendo o 6º Município do Estado em população. Esse contingente populacional maior pressiona a ocupação e demanda maiores investimentos em habitação e serviços públicos e por esta razão, nos últimos anos o município de Linhares tem sido destino de grandes investimentos, impulsionando o crescimento tanto econômico como populacional do município (IBGE, 2015).

Nos anos de 1950 a 1970 Linhares teve um alto crescimento econômico devido a exploração predatória de madeira nativa e expansão das atividades agrícolas. Na década de 80, passou por um paralização da economia, devido à crise na agricultura e, em especial, ao fim do ciclo da madeira, que provocou a transferência para outros Estados ou o fechamento de mais de 200 serrarias que havia no município (IBGE, 2000).

Em 1990 a economia de Linhares volta a crescer economicamente, assim com o Estado do Espírito Santo, passando de um perfil agrícola para industrial, (IBGE, 2000).

Em Linhares esse processo se deu mais fortemente depois que o município passou a fazer parte da área de abrangência da SUDENE, em 1998, com a ampliação do polo moveleiro, de indústrias metal mecânicas e de agroindústrias. A organização político administrativa do município de Linhares, implementada em 2009, a fim de facilitar o controle administrativo dos serviços públicos e a orientação espacial das pessoas, organiza o território em 23 bairros e 03 áreas de interesse específico (Meninos da terra, Aeroporto e Parque municipal), além de 07 regiões administrativas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 PROFISSIONAL OPTOMETRISTA

A pesquisa identificou a função social do profissional especializado em optometria, no que se refere a acuidade visual, devido seus conhecimentos na área de saúde e física no que diz respeito a visão. É uma profissão regulamentada que não infringe nenhuma lei, pois não utiliza nenhum procedimento ou medicamento invasivo, tratando-se da prática de observar e aplicar técnicas de avaliação qualitativa e quantitativa quanto a visão do paciente, considerado preventivo.

Diante do exposto, ressalta-se a importância desse estudo, que visa a inserção do profissional na atenção primária a saúde, sendo vinculado ao Sistema Único de Saúde. O intuito é mostrar essa profissão que vem crescendo no Brasil e no mundo.

O CBOO (2016) ressalta que a formação em optometria é autorizada e chancelada pelo Ministério de Educação. E que no dia 04 de dezembro de 2014 o Ministro da Saúde tornou ainda mais clara a participação da Optometria no SUS, mencionando o profissional como integrante das equipes multidisciplinares que executam “atendimento/acompanhamento em reabilitação visual”.

A exemplo do 1º Mundo, a Optometria no SUS deve atender 80% da fila de espera (atualmente 3 a 6 meses) de pacientes com queixas de ASTENOPIA, cuja principal causa latente está o vício refrativo (miopia, hipermetropia, etc.) responsável pelo baixo desempenho escolar das nossas crianças e fator determinante da produtividade e inclusão social e de acordo com o relatório do Ministro Teori Albino Zavascki, não há dúvida em torno das competências entre a Oftalmologia e Optometria, a OIT e Ministério do Trabalho as define com clareza cada campo de atuação, dando o parecer favorável da Advocacia Geral da União e ANVISA, CONSELHO REGIONAL DE ÓPTICA E OPTOMETRIA (CROOSP, 2016).

Após análise dos dados, observou-se que 56% dos profissionais têm acima de 30 anos de idade (Gráfico 01). Nota-se que a idade dos profissionais que atuam em Linhares/ES, têm relevância para o estudo, pois estes que responderam a pesquisa já trabalhavam como técnicos no mercado comercial, e como forma de atualização de mercado e vantagem competitiva, buscaram diferenciar-se dos demais cursando

o ensino superior em optometria. Este estudo propicia à área acadêmica e sociedade civil a visibilidade e conhecimento do curso em optometria, no município de Linhares e região, proporcionando assim interesse dos mais novos (recém-formados do ensino médio) pelo curso de optometria e buscar meios para inserção deste profissional no SUS.

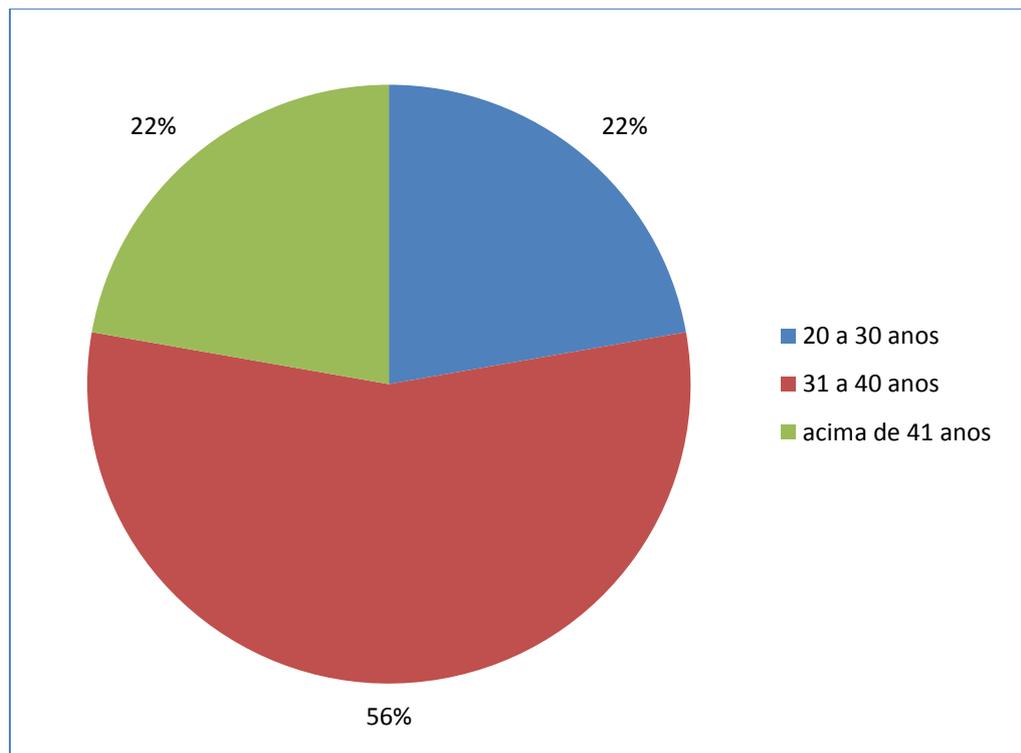


Gráfico 01 – Idade dos profissionais optometristas

Ressalta-se que todos os profissionais pesquisados terminaram o curso em optometria no período de 3 anos e meio, e quando perguntados “o que levou a escolha do curso”, 40% buscaram aprimorar e reconhecer mais o ramo em que atuam, e 60% entenderam que é uma forma de se diferenciar no mercado, de acordo (Gráfico 02).

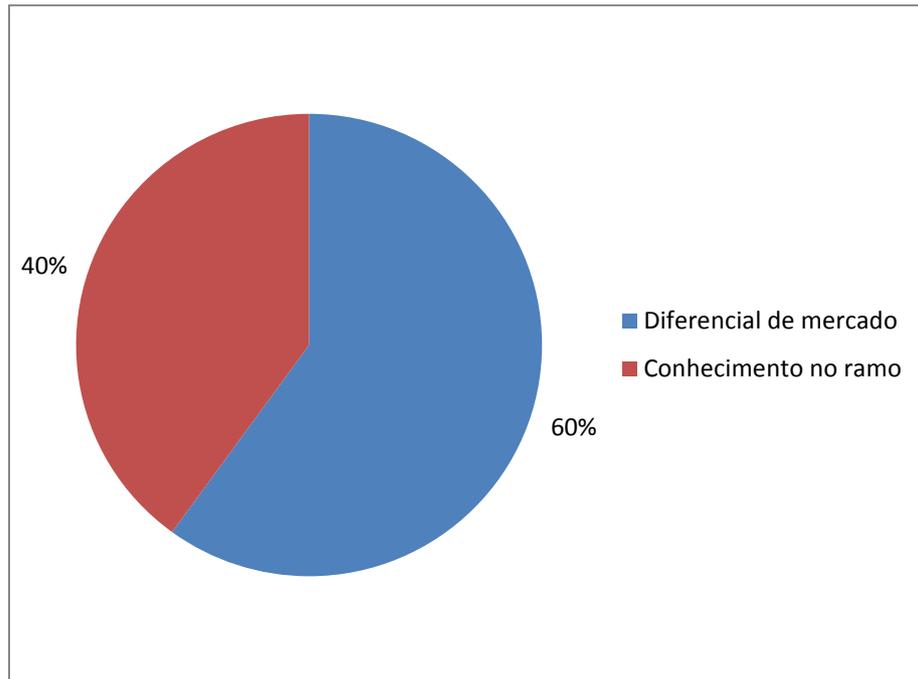


Gráfico 02 – Motivo na escolha por este curso (optometria)

A escolha do curso visa desde a atuação do optometrista nas diversas áreas da saúde ocular como: profissional liberal, em estabelecimentos de óptica e de optometria na qualidade de responsável técnico; no SUS, nos cuidados primários oculares agilizando o atendimento, obedecendo as políticas do sistema; atuar em pesquisa básica e aplicada nas diferentes áreas da Óptica e Optometria; prestar consultorias e perícias, dar pareceres e atuar no sentido de que a legislação relativa a área de óptica e optometria seja cumprida; desenvolver ideias inovadoras e ações estratégicas, capazes de ampliar e aperfeiçoar sua área de atuação num mercado de trabalho em contínua transformação.

A pesquisa identificou que na cidade de Linhares/ES, 78% dos profissionais ora pesquisados não exercem a profissão por medo ou receio de serem perseguidos pela classe médica (Gráfico 3).

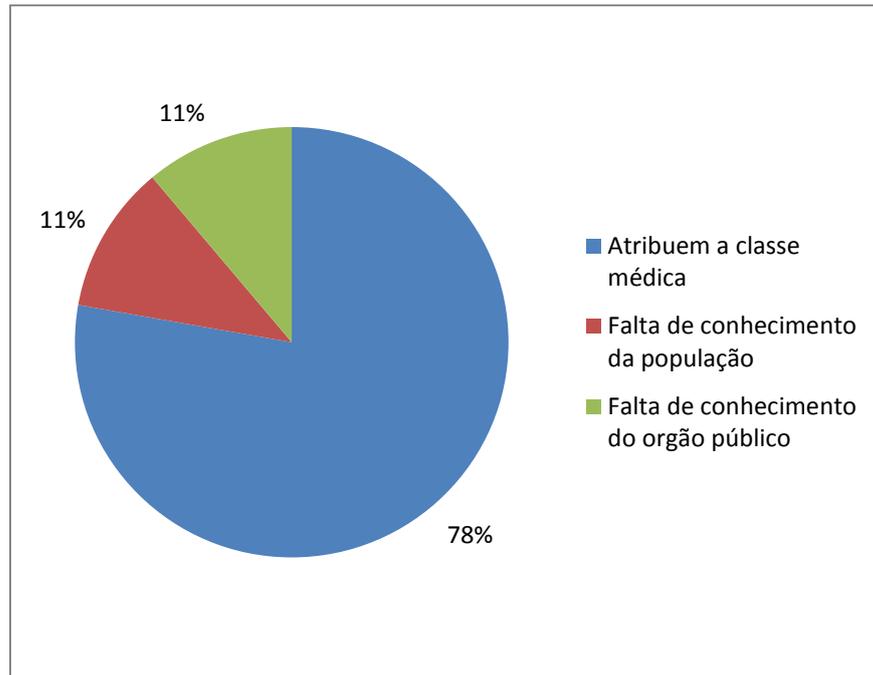


Gráfico 03 – Dificuldade em contratar o Optometrista na Rede pública de Saúde

Vale ressaltar que a profissão não é nova, e que atualmente deixou de ser um curso de nível técnico, para ser também de nível superior, com uma duração de 6 a 10 semestres, e um custo menor no que se refere as parcelas pagas em face a um curso de medicina em uma faculdade particular, porém conforme já foi dito a grande dificuldade que os profissionais atribuem a não contratação dos profissionais optometristas na rede pública de saúde se dá pela força da classe médica, dizendo que somente eles (oftalmologistas) podem fazer o exame, e que 11% se dá pela falta de conhecimento do órgão público e conhecimento da população.

A dificuldade da contratação do profissional optometrista na rede pública se dá por força do decreto 20.931/32 que diz que o profissional técnico em optometria poderá atuar somente em óticas e laboratórios químicos e farmacêuticos, e a classe médica o utiliza como aspecto jurídico, porém nos últimos anos essa profissão sofreu algumas atualizações, deixando de ser somente de nível técnico, passando também ser de nível superior, fato esse que Marçal Filho propôs o projeto de lei 329/2011, que visava a inserção do profissional optometrista no Sistema Único de Saúde com vistas ao atendimento a sociedade, identificando a acuidade visual para posteriormente encaminhamento ao especialista, porém esse projeto foi arquivado.

A atuação do profissional em consultório particular desde que atue de forma correta, ou seja, encontrando alguma irregularidade na visão do paciente, o

encaminha para um especialista, porém a classe médica não concorda com a atuação do profissional optometrista quanto a consultas particulares, mesmo sabendo que o papel do optometrista formado em ensino superior é avaliar e medir a estrutura de visão em aspectos funcionais e comportamentais, além de propor meios ópticos de correção dos defeitos encontrados no globo ocular, no entanto o que os entrevistados relataram são movimentos tentando impedir a prática da profissão.

Um desses movimentos refere-se ao PROJETO DE LEI DO SENADO (PLS), que trata do seguinte: o Senado Federal abriu consulta pública sobre o PLS 350/2014, de autoria da Sen. Lúcia Vânia, o chamado PL do Ato Médico 2, que traz à tona o interesse da medicina em limitar a atuação dos Optometristas, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Enfermeiros, Psicólogos e entre outros profissionais da saúde de acordo com a CBOO (2016), de atenderem em consultório particular e medicarem, por não serem considerados médicos. Dada a importância destes profissionais para a saúde e apelo nas redes sociais, após consulta no dia 01 de agosto de 2016, o Ato Médico 2 foi arquivado.

Devido o impasse existente entre o optometrista e o médico oftalmologista 60% dos profissionais que atuam como optometrista, e 40% não atuam devido a essa situação (Gráfico 04).

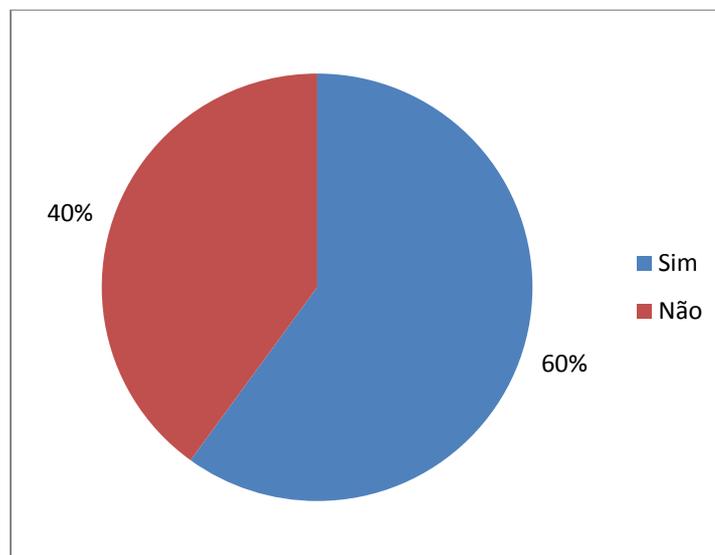


Gráfico 04 – Você exerce a profissão Optometrista?

Os entrevistados que exercem a profissão como optometristas com atendimento privado (consultórios) dizem que a demanda por consulta ao médico

oftalmologista não diminuiria se as consultas preliminares fossem assumidas por optometristas, principalmente na rede pública onde a demanda é grande. No município há profissional que atua em conjunto com o oftalmologista, com a proposta de agilizar o processo de atendimento, dando maior credibilidade no exame.

Para Silva (2005) a liberdade de escolha da profissão visa sua utilidade, principalmente em relação as mudanças da realidade no contexto econômico-social.

A aceitação dos pacientes no começo é de estranhar a situação, porém depois de passar pelo optometrista e posteriormente pelo atendimento com o oftalmologista, 57% dos pacientes acham positiva, e que possivelmente indicariam para outros pacientes (Gráfico 05).

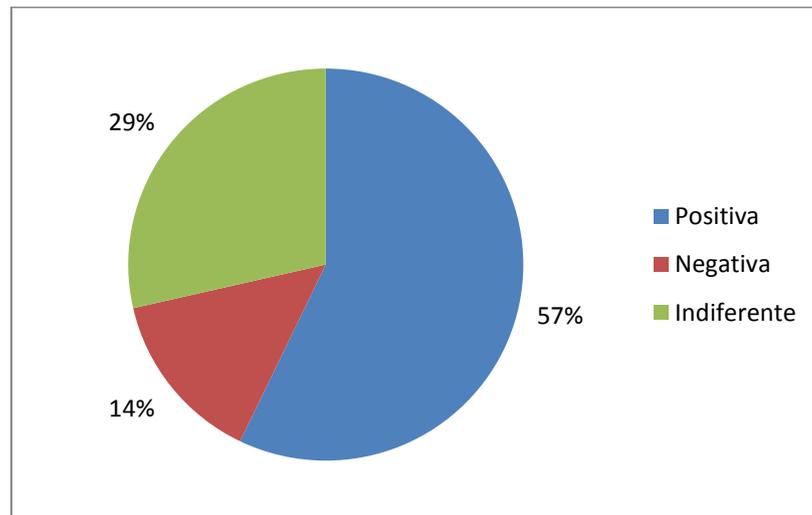


Gráfico 05 – Aceitação do paciente quando é consultado pelo Optometrista

Em relação a aceitação da sociedade em principalmente identificar a legalidade da atuação do optometrista, Escobar (2012) pesquisou os elementos sociais e políticos que visam a capacidade de desenvolvimento que a Optometria como ciência da saúde pode ofertar ao território ao qual pertence Canoinhas-SC, com vista que a profissão possa ser admitida como uma ferramenta para o desenvolvimento regional e provavelmente sirva como um catalizador de novas políticas de saúde pública municipal, estadual e federal, atendendo a normalização estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde e as Nações Unidas, considerando uma profissão atuante de forma global.

O estudo mostrou que a população ainda não entende as funções do oftalmologista e do optometrista, pois sem mais informações levam a presumir a atuação desta profissão seja ilegal. Entende-se que precisa-se de uma legislação moderna que concorde com o desenvolvimento local e global ao mesmo tempo que permite visualizar uma luta pelo controle de mercados na qual as autarquias representantes das profissões se veem envolvidas através das regras propostas por elas mesmas e aceitas pelo Estado (ESCOBAR, 2012).

Os profissionais acreditam que não há receio e nem preconceito por parte dos pacientes, mas sim por parte da classe médica. A preocupação dos profissionais optometristas se refere aos investimentos que são feitos, e pela falta de uma legislação atual que permita a execução da atividade sem maior preocupação. Em atenção a esse fato, a Federação da Cooperativa Estadual de Serviços Administrativos em Oftalmologia (FECOOESO) (2016) emitiu uma Circular 023/2010, referente a apreensão de aparelhos de optometria e prisão de optometrista, ressaltando vitória da saúde pública e da oftalmologia capixaba na batalha contra a optometria, o que prova os relatos dos entrevistados sobre o medo de atuar e a perseguição da classe médica (oftalmológica).

4.2 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LINHARES

Analisando o atendimento dispensado à acuidade visual daqueles que procuram o atendimento no serviço público em Linhares, foi elaborado um questionário, semiestruturado, contendo 14 questões, que foi respondido, após muita insistência e persistência, pela servidora Renata Marchiori Piona, da secretaria de saúde de Linhares.

Pelas respostas, apurou-se que a demanda por oftalmologista representa 14,83% das consultas agendadas pela central de especialidades, sendo que todas são eletivas⁴ e que não existe atendimento no interior do município (Gráfico 06).

⁴ Atendimento eletivo: termo usado para designar os atendimentos médicos que são programados, ou seja, não são considerados de urgência e emergência.

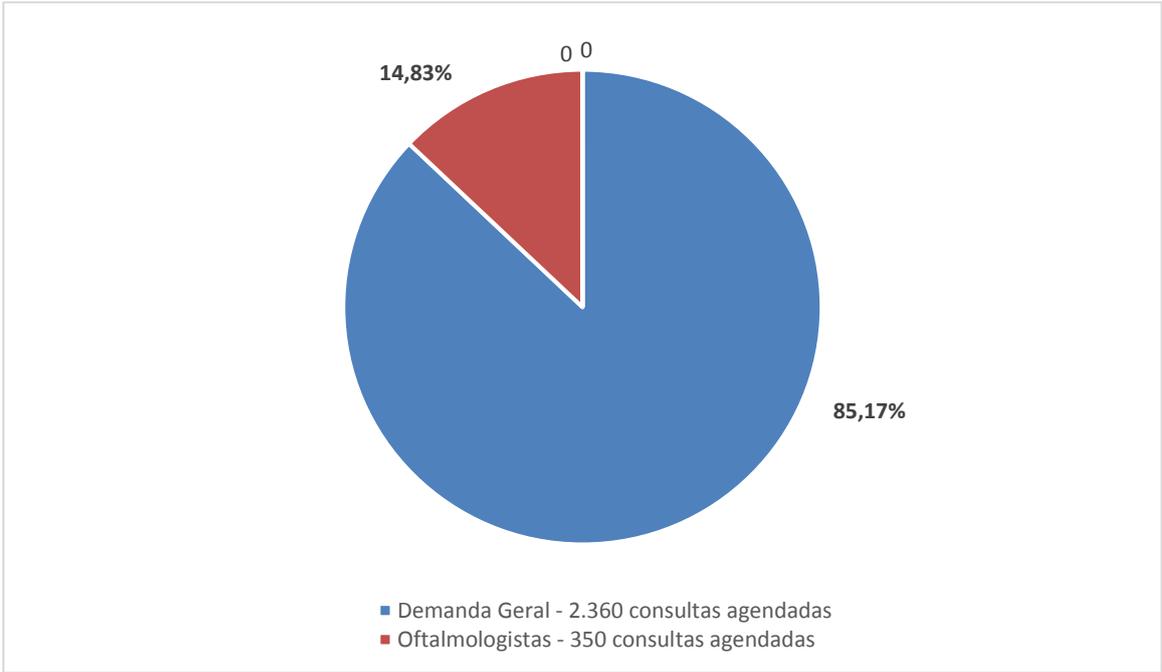


Gráfico 06 - Demanda de consultas na rede pública de saúde de Linhares

Das pessoas que procuram atendimento com o oftalmologista, apenas 14,28% conseguem ser atendidas, já que o município disponibiliza apenas 02 médicos para atender a população e os atendimentos são realizados nos consultórios particulares dos profissionais (Gráfico 07).

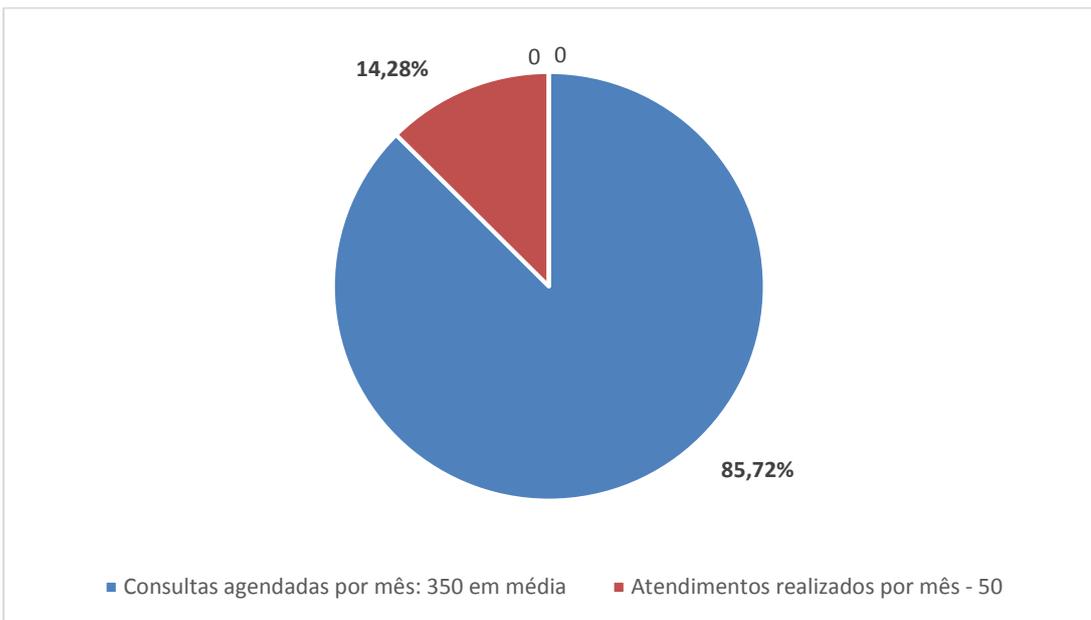


Gráfico 07 - Demanda x atendimento - oftalmologista na rede pública de Linhares

Não há dados sobre o número de pessoas atendidas que apresentaram patologia, impossibilitando a identificação de quantas delas poderiam ter sido atendidas pelo optometristas e quantas seriam encaminhadas ao oftalmologista.

Ao ser questionada sobre a viabilidade da contratação de profissional optometrista para rede pública de saúde de Linhares, afirmou entender ser uma excelente ferramenta para a vazão da demanda reprimida, ressaltando, porém, o receio de conflito pela provável falta de informação dos pacientes sobre essa profissão, que, na sua opinião, não saberiam diferenciar o oftalmologista do optometrista.

A maioria das pessoas que utiliza o SUS é de classe social baixa e média, não havendo procura por parte da classe social alta, que prefere fazer sua consulta na rede particular buscando um atendimento rápido, evitando assim o agendamento que é longo.

Dessa forma fica esclarecido que há sim a possibilidade da entrada do profissional em optometria na rede pública desde que haja políticas públicas que considerem esse profissional não mais como técnico, e sim um profissional diferenciado no mercado que terá como finalidade o atendimento primário a saúde no que se refere a acuidade visual.

Buscou-se com esse trabalho entender e tornar notório a existência da profissão, assim como reforçar a necessidade em se estudar mais sobre o assunto, procurando desvendar acerca dos atos jurídicos vigentes, mostrados neste trabalho nos anexos (A, B, C, D, E e F), que tratam de pareceres de doutrinadores que reconhecem a legalidade da profissão com vista aos limites da mesma, para que não haja lacunas sobre a legalidade da profissão optometrista, para atuarem tanto no ambiente privado como no público sem receio no exercício da profissão.

A pesquisa mostrou que muitos optometristas não exercem a profissão por se sentirem coagidos, conforme foi abordado no referencial teórico, mas mesmo assim muitos profissionais trabalham cuidando da acuidade visual em seus consultórios de forma privada, sem medicar, pois sabem que essa função é do oftalmologista, porém muitos são denunciados pela classe médica por estarem atendendo, fica claro que o CBO deverá atualizar o reconhecimento da profissão pois a última se deu no ano de 2002, e no ano de 2007 o Ministério da Educação autorizou o curso de optometria de nível superior.

Sabendo da qualificação do profissional optometrista e sua limitação, este trabalho discorreu sobre a dinâmica do funcionamento do Sistema Único de Saúde, para que esse profissional possa atuar na rede pública, torná-lo conhecido perante a sociedade, haja vista que na pesquisa notou-se que os pacientes não tem receio em serem atendidos pelos optometristas.

A optometria tem evoluído com o passar dos anos, assim como as demais áreas da saúde. A grande questão envolvendo esta profissão está vinculada na área médica. Para entender melhor a optometria, procurou-se estudar a profissão de oftalmologista como ramificação da medicina, e a optometria teve seu crescimento e reconhecimento da sociedade muitos anos depois devido a falta de mão de obra para acuidade visual.

O cenário econômico para todas as profissões tem-se mostrado muito competitivo, e não é diferente na área de saúde. O interesse por especialização dos profissionais de saúde tende a ter maior conhecimento nas ações preventivas, melhorando assim os diagnósticos tornando assim um atendimento eficiente e eficaz.

Com essa visão o Governo Federal, por meio da Constituição Federal, introduziu o Sistema Único de Saúde, com intuito de agilizar as tomadas de decisões. É sabido que o sistema se for gerenciado de forma correta trará benefício a sociedade.

Visualizando a necessidade da população, Marçal Filho diante do projeto de Lei 369/2011, diz que a inserção do profissional optometrista no SUS tornaria o atendimento primário a saúde no que se refere a acuidade visual mais eficiente. Muitos doutrinadores não destoam do Art. 196 da CF/1988, que se refere aos direitos institucionais face ao estado.

Devido à autorização do Ministério da Educação, a abertura dos cursos de optometria tem crescido e algumas Faculdades tem oferecido o curso, por entenderem que há espaço para este profissional.

Considerando os dados expostos até o momento a presente pesquisa apresenta relevância como um fator de desenvolvimento social, econômico, educacional e regional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A legislação de regência apresentada é suficiente para concluir que a profissão de optometrista está devidamente regulamentada em nosso ordenamento jurídico, existindo de fato e de direito.

As decisões judiciais listadas, proferidas pelas cortes superiores da justiça nacional, confirmam a adequada interpretação que se deve ser utilizada na aplicação das normas que preveem a existência e a regulamentação da profissão de optometrista, extirpando-se eventuais dúvidas ou receios acerca da liberdade de trabalho desses profissionais.

Não há dúvidas, portanto, sobre a legalidade no exercício desse ofício, diferenciando-o do trabalho desenvolvido pelos oftalmologistas, cujas habilidades e competências são diversas das previstas na portaria nº. 397/2002, da Classificação Brasileira de Ocupações, aplicada aos optometristas.

Além de se demonstrar a legalidade no exercício da profissão, a pesquisa desenvolvida revelou, também, a necessidade de inserção desse profissional na rede pública de saúde da cidade de Linhares, já que pelos números apresentados e pelo reconhecimento da própria gestora pública, se daria vazão à demanda reprimida de atendimento.

Restou evidenciado que a falta de conhecimento da população, em geral, sobre a existência dessa profissão seja, talvez, o maior entrave à sua efetiva inserção no mercado de trabalho, seja na rede pública, seja na rede particular.

As pessoas não conhecem essa profissão e, geralmente, ficam surpresas ao terem o primeiro contato com a informação da sua existência. É claro que o desconhecimento gera desconfiança, mas, conforme relatado pela própria gestora pública entrevistada, uma campanha de divulgação e valorização desse profissional poderia gerar efeitos proveitosos e reverter esse quadro.

A desconfiança e o receio são tamanhos que quase impediram a conclusão desse trabalho. Os próprios profissionais entrevistados resistiram, e muito, à entrevista, confessando ao final o receio de poderem ser “descobertos” e perseguidos. Somente com a apresentação da documentação timbrada da instituição de ensino é que se conseguiu abrir uma frente de confiança e desmistificar a possibilidade de a entrevista ser conduzida a pedido de médicos ou do próprio conselho de medicina.

O grau de dificuldade foi o mesmo em relação à gestora pública entrevistada. As perguntas foram propostas num período pré-eleitoral e existia, a todo momento, o receio de que os dados fornecidos poderiam ser utilizados na campanha política que se aproximava. Novamente, somente com a apresentação da documentação timbrada da faculdade, é que se conseguiu obter algumas respostas.

No entanto, em que pese todas as dificuldades enfrentadas, a pesquisa foi realizada com sucesso, apresentando-se os números e a possibilidade de inserção desse profissional da saúde, ainda desconhecido, na rede pública do município de Linhares.

O objetivo, agora, é apresentar esse trabalho e seus resultados ao novo gestor público do município, esperando-se ser utilizado como uma ferramenta para a abertura de uma discussão e de uma política de inserção desse profissional no mercado de trabalho.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de **Introdução à metodologia de trabalho científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; MENDES José Dínio Vaz; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.13, n. 1 [15 - 24] – jan./mar. 2004.

BARBIERI, José Carlos. **Desenvolvimento e meio ambiente**: as estratégias de mudanças da Agenda 21. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

BASTOS, Ribeiro Celso. **Curso de direito constitucional**. 22. ed. São Paulo. Malheiros, 2010.

BATALHA, Mário Otávio. **Gestão agroindustrial**: grupo de estudos e pesquisas agroindustriais. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

BENEDICTO, Luz e Silva. **Responsabilidade social e cidadania empresarial**: administração do terceiro setor. São Paulo: Saraiva, 1997.

BRANCO, Samuel Murgel. **O meio ambiente em debate**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Moderna, 2004.

BRASIL. **Decreto Federal nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932**. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impresao.php?id=3064>. Acesso em: 26 ago. 2016.

_____. **Decreto nº 24.492, de 28 de junho de 1934**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24492-28-junho-1934-515812-norma-pe.html>>. Acesso em: 26 ago. 2016.

_____. **Portaria nº 86 de 28 de junho de 1958.** Disponível em:
<<http://www.sindiopticarj.com.br/portaria-no-86-de-28-06-1958/>>. Acesso em: 26 ago. 2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988. Disponível em:
<<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/constfed.nsf/fc6218b1b94b8701032568f50066f926/54a5143aa246be25032565610056c224?OpenDocument>>. Acesso em: 09 fev. 2016.

_____. **Portaria Ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002.** Disponível em:
<http://sindioptica-sp.com.br/documentos/Portaria_397_2002.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2016.

_____. **Projeto de Lei n.º 369-a, de 2011.** Disponível em:
<<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/854304.pdf>>. Acesso em: 20 fev 2016.

CENTRO DE MEDICINA AVANÇADA (CEMA). **Defeitos refrativos.** Disponível em:
<<http://www.cemahospital.com.br/ametropia-miopia-hipermetropia-astigmatismo/>>.
Acesso em: 03 ago. 2016.

CONSELHO BRASILEIRO DE ÓPTICA E OPTOMETRIA (CBOO). **Revista Opto3.**
Disponível em: <<http://www.cboo.org.br/optometristas/wp-content/uploads/2016/03/Revista-Opto3.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ÓPTICA E OPTOMETRIA (CROOSP). **Optometria no SUS.** Disponível em: <<http://www.opticanet.com.br/secao/saude/6021/optometria-no-sus.aspx>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

DECLARAÇÃO DO RIO DE JANEIRO. 1992. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ea/v6n15/v6n15a13.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2016.

DIAS, Reinaldo. **Gestão ambiental:** responsabilidade social e sustentabilidade. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

ESCOBAR, Jose Luis Muñoz. **Trajetória e contribuição do curso de optometria da UNC na evidencição da saúde visual e ocular brasileira**. 2012. 143 fl.

Dissertação, Universidade do Contestado – UnC. Canoinhas, 2012.

LENZA, Pedro. **Direito constitucional**: esquematizado: 13. ed. São Paulo, Saraiva. 2011.

LIMA, Francisco Xavier de. **Optometria Legal no Brasil**. Disponível em:
<<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/76090292/djrn-judicial-04-09-2014-pg-820>>.
Acesso em: 02 ago. 2016.

MARSHALL, Alfred. **Princípios de economia**. São Paulo: Abril Cultural, 1982. (Os economistas).

MARSHALL, Thomas Humphrey. Cidadania e classe social. In: **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

OPTOMETRIA Brasil. **A visão ao alcance de todos**. Disponível em:
<<https://optometriabrasil.wordpress.com/2008/05/01/o-que-e-optometria/>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

PORTER, Michael E. **Vantagem competitiva**: criando e sustentando um desempenho superior. Rio de Janeiro: Campus, 1990.

SANTOS NETO, José Morais dos. **História da óptica no Brasil**. São Paulo: Grupo Technol, 2005.

SILVA, José Afonso. **Curso de direito constitucional positivo**. 24. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

VASCONCELLOS, Marco Antônio S.; GARCIA, Manuel E. **Economia**. São Paulo: Saraiva, 2011.

WIKIPÉDIA. **Optometria**. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Optometria>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Entrevista feita ao Profissional Optometrista**01 - Qual a sua idade?**

- 20 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- acima de 41 anos

02 - Há quantos anos concluiu o curso de Optometria?

- 01 a 5 anos
- 06 a 10 anos
- acima de 10 anos

03 - Quanto tempo durou o curso Optometria?

- 03 anos e meio
- 05 anos

04 - A que você atribui a dificuldade em contratar este profissional na Rede pública de Saúde?

- Atribuem a classe médica
- Falta de conhecimento da população
- Falta de conhecimento do órgão público

05 - O que motivou na escolha por este curso?

- Diferencial de mercado
- Conhecimento no ramo

06 - Na sua opinião a demanda por consulta ao médico oftalmologista diminuiria se o Optometrista assumisse as consultas preliminares?

- Sim
- Não

07 - Você exerce a profissão de Optometrista?

- Sim
- Não

08 - Como é a aceitação do cliente quando é consultado por você?

- Positiva
- Negativa
- Indiferente

09 - Você sente algum tipo de preconceito ou receio por parte do cliente?

- Sim
- Não

APÊNDICE B - Entrevista a(o) Secretária(o) de Saúde da Prefeitura de Linhares

01) Quantas pessoas são atendidas por mês pelo Sistema Único de Saúde?

R: _____.

02) Quantos Oftalmologistas existem em Linhares?

R: _____.

03) Quantos Oftalmologistas atuam na Rede Pública de Linhares?

R: _____.

04) Quantos Oftalmologistas atuam na Rede Pública no interior de Linhares?

R: _____.

05) Quantos pacientes um Oftalmologista atende por dia na Rede Pública de Saúde?

R: _____.

06) Quanto tempo dura em média uma consulta com o médico Oftalmologista?

R: _____.

07) Qual é a demanda mensal para o Oftalmologista?

R: _____.

08) Quantas pessoas foram atendidas em 1 ano, por um Oftalmologista na Rede Pública de Saúde?

R: _____.

09) Destes acima, quantos foram diagnosticados com alguma patologia?

R: _____.

10) Quantos médicos Optometristas trabalham na Rede Pública de Saúde em Linhares?

R: _____.

11) Você acha viável a contratação deste profissional (Optometrista) para atender a Rede Pública de Saúde?

SIM NÃO

12) Você acha que haveria conflito oftalmologista/optometrista? Ou seja, as profissões seriam confundidas pelos pacientes?

SIM NÃO

13) Caso o Optometrista seja contratado, você acha que haveria algum tipo de preconceito ou receio por parte dos pacientes?

SIM NÃO

14) A que classe social pertence a maioria das pessoas que utilizam o SUS?

Baixa Média Alta

ANEXOS

ANEXO A - Recurso Especial nº 975.322 - RS (2007/0188764-2)**Recurso Especial nº 975.322 - RS (2007/0188764-2)****Relator: Ministro Luiz Fux****Recorrente:** Jefferson Schneider de Barros**Advogado:** Diogo Durigon e Outro(s)**Recorrido:** Estado do Rio Grande do Sul**Advogado:** Helena Maria Silva Coelho e Outro(s)**EMENTA**

Processo Civil. Administrativo. Mandado de Segurança. Profissional da optometria. Reconhecimento pelo Ministério da Educação. Precedente/STJ. Legitimidade do ato. Expedição de alvará. Direito garantido se preenchidos os requisitos sanitários estipulados na legislação específica. Valorização do trabalho humano e a liberdade profissional. Princípios constitucionais.

1. A valorização do trabalho humano e a liberdade profissional são princípios constitucionais que, por si sós, à míngua de regulação complementar, e à luz da exegese pós-positivista admitem o exercício de qualquer atividade laborativa lícita.

2. O Brasil é um Estado Democrático de Direito fundado, dentre outros valores, na dignidade e na valorização do trabalho humanos. Esses princípios, consoante os pós-positivistas, influem na exegese da legislação infraconstitucional, porquanto em torno deles gravita todo o ordenamento jurídico, composto por normas inferiores que provêm destas normas qualificadas como soem ser as regras principiológicas.

3. A constitucionalização da valorização do trabalho humano importa que sejam tomadas medidas adequadas a fim de que metas como busca do pleno emprego (explicitamente consagrada no art. 170, VIII), distribuição equitativa e justa da renda e ampliação do acesso a bens e serviços sejam alcançadas. Além disso, valorizar o trabalho humano, conforme o preceito constitucional, significa defender condições humanas de trabalho, além de se preconizar por justa remuneração e defender o trabalho de abusos que o capital possa dessa razoadamente proporcionar. (*Leonardo Raupp Bocorny, In "A Valorização do Trabalho Humano no Estado Democrático de Direito, Editora Sergio Antonio Fabris Editor, Porto Alegre/2003, páginas 72/73*).

4. Consectariamente, nas questões inerentes à inscrição nos Conselhos Profissionais, esses cânones devem informar a atuação dos aplicadores do Direito, máxime porque dessa legitimação profissional exsurge a possibilidade do trabalho, valorizado constitucionalmente.

5. O conteúdo das atividades do optometrista está descrito na Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, editada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (Portaria n. 397, de 09.10.2002).

6. O art. 3º do Decreto nº 20.931, de 11.1.1932, que regula a profissão de optometrista, está em vigor porquanto o ato normativo superveniente que os revogou (art. 4º do Decreto n. 99.678/90) foi suspenso pelo STF na ADIn 533-2/MC, por vício de inconstitucionalidade formal.

7. *Reconhecida a existência da profissão e não havendo dúvida quando à legitimidade do seu exercício (pelo menos em certo campo de atividades), nada impede a existência de um curso próprio de formação profissional de optometrista.* (MS 9469/DF, Rel. Ministro TEORI ALBINO ZAVASCKI, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 10.08.2005, DJ 05.09.2005)

8. A competência da vigilância sanitária limita-se apenas à análise acerca da existência de habilitação e/ou capacidade legal do profissional da saúde e do respeito à legislação sanitária, objeto, *in casu*, de fiscalização estadual e/ou municipal.

9. O optometrista, todavia, não resta habilitado para os misteres médicos, como são as atividades de diagnosticar e tratar doenças relativas ao globo ocular, sob qualquer forma.

10. O curso universitário que está dimensionado, em sua duração e forma, para o exercício da oftalmologia, é a medicina, nos termos da legislação em vigor (Celso Ribeiro Bastos, In artigo "Da Criação e Regulamentação de Profissões e Cursos Superiores: o Caso dos Oftalmologistas, Optomestristas e Ópticos Práticos", Estudos e Pareceres, Revista de Direito Constitucional e Internacional, nº 34, ano 9 - janeiro-março de 2001, RT, pág. 257).

11. Inexiste ofensa ao art. 535 do CPC, quando o Tribunal de origem, embora sucintamente, pronuncia-se de forma clara e suficiente sobre a questão posta nos autos. Ademais, o magistrado não está obrigado a rebater, um a um, os argumentos trazidos pela parte, desde que os fundamentos utilizados tenham sido suficientes para embasar a decisão.

12. Recurso Especial provido, para o fim de expedição do alvará sanitário admitindo o ofício da optometria.

ANEXO B - Mandado de Segurança nº 11.002 - DF (2005/0152242-6)

Mandado de Segurança nº 11.002 - DF (2005/0152242-6)

Relator: Ministro Teori Albino Zavascki

Impetrante: Conselho Brasileiro de Oftalmologia - CBO

Advogado: Hélio Gil Gracindo Filho e Outros

Impetrado: Ministro de Estado da Educação

Assistente: Conselho Brasileiro de Óptica e Optometria - CBOO

Advogado: Fábio Luiz da Cunha e Outro

EMENTA

Administrativo. Mandado de Segurança. Ensino Superior. Curso Superior de Tecnologia em Optometria. Reconhecimento pelo Ministério da Educação. Legitimidade do ato.

1. A manifestação prévia do Conselho Nacional de Saúde é exigida apenas para os casos de criação de cursos de graduação em medicina, em odontologia e em psicologia (art. 27 do Decreto n. 3.860/2001), não estando prevista para outros cursos superiores, ainda que da área de saúde.

2. Em nosso sistema, de Constituição rígida e de supremacia das normas constitucionais, a inconstitucionalidade de um preceito normativo acarreta a sua nulidade desde a origem. Assim, a suspensão ou a anulação, por vício de inconstitucionalidade, da norma revogadora, importa o reconhecimento da vigência, *extunc*, da norma anterior tida por revogada (RE 259.339, Min.

Sepúlveda Pertence, DJ de 16.06.2000 e na ADIn 652/MA, Min. Celso de Mello, RTJ 146:461; art. 11, § 2º da Lei 9.868/99). Estão em vigor, portanto, os Decretos 20.931, de 11.1.1932 e 24.492, de 28 de junho de 1934, que regulam a fiscalização e o exercício da medicina, já que o ato normativo superveniente que os revogou (art. 4º do Decreto n. 99.678/90) foi suspenso pelo STF na ADIn 533-2/MC, por vício de inconstitucionalidade formal.

3. A profissão de optometrista está prevista em nosso direito desde 1932 (art. 3º do Decreto 20.931/32). O conteúdo de suas atividades está descrito na Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, editada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (Portaria n. 397, de 09.10.2002).

4. Ainda que se possa questionar a legitimidade do exercício, pelos optometristas, de algumas daquelas atividades, por pertencerem ao domínio próprio da medicina, não há dúvida quanto à legitimidade do exercício da maioria delas, algumas das quais se confundem com as de ótico, já previstas no art. 9º do Decreto 24.492/34.

5. Reconhecida a existência da profissão e não havendo dúvida quanto à legitimidade do seu exercício (pelo menos em certo campo de atividades), nada impede a existência de um curso próprio de formação profissional de optometrista.

6. O ato atacado (Portaria n. 2.948, de 21.10.03) nada dispôs sobre as atividades do optometrista, limitando-se a reconhecer o Curso Superior de Tecnologia em Optometria, criado por entidade de ensino superior. Assim, a alegação de

ilegitimidade do exercício, por optometristas, de certas atividades previstas na Classificação Brasileira de Ocupações é matéria estranha ao referido ato e, ainda que fosse procedente, não constituiria causa suficiente para comprometer a sua validade. Precedente da 1ª Seção: MS 9.469/DF, Min. Teori Albino Zavascki, DJ de 05/09/2005.

7. Ordem denegada.

ANEXO C - Recurso Especial Nº 852.881 - RS (2006/0112805-5)

Recurso Especial Nº 852.881 - RS (2006/0112805-5)

EMENTA

Processo Civil. Administrativo. Mandado de Segurança. Profissional da Optometria. Reconhecimento pelo Ministério da Educação. Precedente/STJ. Legitimidade do Ato. Expedição de Alvará. Direito Garantido se Preenchidos os Requisitos Sanitários Estipulados na Legislação Específica. Valorização do Trabalho Humano e a Liberdade Profissional. Princípios Constitucionais.

1. A valorização do trabalho humano e a liberdade profissional são princípios constitucionais que, por si sós, à míngua de regulação complementar, e à luz da exegese pós-positivista admitem o exercício de qualquer atividade laborativa lícita.

2. O Brasil é um Estado Democrático de Direito fundado, dentre outros valores, na dignidade e na valorização do trabalho humanos. Esses princípios, consoante os pós-positivistas, influem na exegese da legislação infraconstitucional, porquanto em torno deles gravita todo o ordenamento jurídico, composto por normas inferiores que provêm destas normas qualificadas como soem ser as regras principiológicas.

3. A constitucionalização da valorização do trabalho humano importa que sejam tomadas medidas adequadas a fim de que metas como busca do pleno emprego (explicitamente consagrada no art. 170, VIII), distribuição equitativa e justa da renda e ampliação do acesso a bens e serviços sejam alcançadas. Além disso, valorizar o trabalho humano, conforme o preceito constitucional, significa defender condições humanas de trabalho, além de se preconizar por justa remuneração e defender o trabalho de abusos que o capital possa dessarazoadamente proporcionar. (*Leonardo Raupp Bocorny, In "A Valorização do Trabalho Humano no Estado Democrático de Direito, Editora Sergio Antonio Fabris Editor, Porto Alegre/2003, páginas 72/73*).

4. Consectariamente, nas questões inerentes à inscrição nos Conselhos Profissionais, esses cânones devem informar a atuação dos aplicadores do Direito, máxime porque dessa legitimação profissional exsurge a possibilidade do trabalho, valorizado constitucionalmente.

5. O conteúdo das atividades do optometrista está descrito na Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, editada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (Portaria n. 397, de 09.10.2002).

6. O art. 3º do Decreto nº 20.931, de 11.1.1932, que regula a profissão de optometrista, está em vigor porquanto o ato normativo superveniente que os revogou (art. 4º do Decreto n. 99.678/90) foi suspenso pelo STF na ADIn 533-2/MC, por vício de inconstitucionalidade formal.

7. *Reconhecida a existência da profissão e não havendo dúvida quanto à legitimidade do seu exercício (pelo menos em certo campo de atividades), nada impede a existência de um curso próprio de formação profissional de optometrista. (MS 9469/DF, Rel. Ministro TEORI ALBINO ZAVASCKI, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 10.08.2005, DJ 05.09.2005)*

- 8.** A competência da vigilância sanitária limita-se apenas à análise acerca da existência de habilitação e/ou capacidade legal do profissional da saúde e do respeito à legislação sanitária, objeto, *in casu*, de fiscalização estadual e/ou municipal.
- 9.** O optometrista, todavia, não resta habilitado para os misteres médicos, como são as atividades de diagnosticar e tratar doenças relativas ao globo ocular, sob qualquer forma.
- 10.** O curso universitário que está dimensionado, em sua duração e forma, para o exercício da oftalmologia, é a medicina, nos termos da legislação em vigor (Celso Ribeiro Bastos, In artigo "Da Criação e Regulamentação de Profissões e Cursos Superiores: o Caso dos Oftalmologistas, Optometristas e Ópticos Práticos", Estudos e Pareceres, Revista de Direito Constitucional e Internacional, nº 34, ano 9 - janeiro-março de 2001, RT, pág. 257).
- 11.** Inexiste ofensa ao art. 535 do CPC, quando o Tribunal de origem, embora sucintamente, pronuncia-se de forma clara e suficiente sobre a questão posta nos autos. Ademais, o magistrado não está obrigado a rebater, um a um, os argumentos trazidos pela parte, desde que os fundamentos utilizados tenham sido suficientes para embasar a decisão.
- 12.** Recurso Especial provido, para o fim de expedição do alvará sanitário admitindo o ofício da optometria.

ANEXO D - Mandado de segurança nº 9.469 - DF (2003/0235523-8)

Mandado de segurança nº 9.469 - DF (2003/0235523-8)

Relator : Ministro Teori Albino Zavascki

Impetrante: Conselho Federal De Medicina

Advogado: Giselle CrosaraLettieriGracindo e Outros

Impetrante: Conselho Brasileiro De Oftalmologia - CBO

Advogado: Flávio De Castro Winkler e Outros

Impetrado: Ministro de Estado da Educação

Litis. Pas: Universidade Luterana do Brasil - Ulbra

Advogado: RudineiClenio Carvalho e Outros

Assistente: Conselho Brasileiro de Óptica e Optometria - CBOO

Advogado: Luiz Carlos Rodrigues Teixeira

Assistente: Patrícia Mara Trebien

Advogado: TorbiAbichRech

EMENTA

Administrativo. Mandado de Segurança. Ensino superior. Curso superior de tecnologia em optometria. Reconhecimento pelo Ministério da Educação. Legitimidade do ato.

1. A manifestação prévia do Conselho Nacional de Saúde é exigida apenas para os casos de criação de cursos de graduação em medicina, em odontologia e em psicologia (art. 27 do Decreto n. 3.860/2001), não estando prevista para outros cursos superiores, ainda que da área de saúde.

2. Em nosso sistema, de Constituição rígida e de supremacia das normas constitucionais, a inconstitucionalidade de um preceito normativo acarreta a sua nulidade desde a origem. Assim, a suspensão ou a anulação, por vício de inconstitucionalidade, da norma revogadora, importa o reconhecimento da vigência, *extunc*, da norma anterior tida por revogada (RE 259.339, Min. Sepúlveda Pertence, DJ de 16.06.2000 e na ADIn 652/MA, Min. Celso de Mello, RTJ 146:461; art. 11, § 2º da Lei 9.868/99). Estão em vigor, portanto, os Decretos 20.931, de 11.1.1932 e 24.492, de 28 de junho de 1934, que regulam a fiscalização e o exercício da medicina, já que o ato normativo superveniente que os revogou (art. 4º do Decreto n. 99.678/90) foi suspenso pelo STF na ADIn 533-2/MC, por vício de inconstitucionalidade formal.

3. A profissão de optometrista está prevista em nosso direito desde 1932 (art. 3º do Decreto 20.931/32). O conteúdo de suas atividades está descrito na Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, editada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (Portaria n. 397, de 09.10.2002).

4. Ainda que se possa questionar a legitimidade do exercício, pelos optometristas, de algumas daquelas atividades, por pertencerem ao domínio próprio da medicina, não há dúvida quanto à legitimidade do exercício da maioria delas, algumas das quais se confundem com as de ótico, já previstas no art. 9º do Decreto 24.492/34.

5. Reconhecida a existência da profissão e não havendo dúvida quanto à legitimidade do seu exercício (pelo menos em certo campo de atividades), nada impede a existência de um curso próprio de formação profissional de optometrista.

6. O ato atacado (Portaria n. 2.948, de 21.10.03) nada dispôs sobre as atividades do optometrista, limitando-se a reconhecer o Curso Superior de Tecnologia em Optometria, criado por entidade de ensino superior. Assim, a alegação de ilegitimidade do exercício, por optometristas, de certas atividades previstas na Classificação Brasileira de Ocupações é matéria estranha ao referido ato e, ainda que fosse procedente, não constituiria causa suficiente para comprometer a sua validade.

7. Ordem denegada.

**ANEXO E - Recurso Ord. Em Mandado De Segurança 26.199-8 Distrito Federal,
27/03/2007**

**Recurso Ord. Em Mandado De Segurança 26.199-8 Distrito Federal, 27/03/2007
Primeira Turma, Relator : Min. Carlos Britto**

Recorrente(s): Conselho Federal De Medicina - CFM

Advogado(a/s): Francisco Antônio De Camargo Rodrigues de Souza e Outro(a/s)

Recorrido(a/s): União

Advogado(a/s): Advogado-Geral Da União

Interessado(a/s): Conselho Brasileiro De Oftalmologia - CBO

Advogado(a/s): Flávio De Castro Winkler e Outro(a/s)

Litisconsorte(s) Passivo(a/s): Universidade Luterana Do Brasil -Ulbra

Advogado(a/s): RudineiClênio Carvalho E Outro(a/s)

Assistente(s): Conselho Brasileiro De Óptica e Optometria - CBOO

Advogado(a/s): Fábio Luiz Da Cunha e Outro(a/s)

Assistente(s): Patricia Mara Trebien

Advogado(a/s): Fábio Luiz Da Cunha e Outro(a/s)

EMENTA

Recurso Ordinário Em Mandado De Segurança. Autonomia Didático-Científico Das Universidades. Art. 207 Da Constituição Federal. Curso Superior De Tecnologia Em Optometria. Atividades Que Seriam Privativas Do Exercício Da Medicina E Da Oftalmologia. Dilação Probatória.

1. De acordo com o art. 53 da Lei nº 9.394/96, as universidades têm a prerrogativa de criar, organizar e extinguir, em sua sede, cursos e programas de educação superior. Por outro lado, a manifestação do Conselho Nacional de Saúde somente era exigível para a criação de cursos de graduação em medicina, em odontologia e em psicologia (art. 27 do Decreto nº 3.860/2001).

2. No caso, a alegada “*invasão nas atribuições da profissão médica*” depende de comprovação dilatatória, inadmissível na via estreita do mandado de segurança.

3. Mantém-se a decisão denegatória do Superior Tribunal de Justiça, tal como proferida.

ANEXO F - Pedido de Uniformização de Jurisprudência em Apelação Cível em Mandado de Segurança n. 2006.030031-7/0001.00, de São José

Pedido de Uniformização de Jurisprudência em Apelação Cível em Mandado de Segurança n. 2006.030031-7/0001.00, de São José
Relator Designado: Des. Luiz César Medeiros

EMENTA

Administrativo – Optometria – Restrição do Exercício Profissional – Ilegalidade

1. Afronta o princípio da razoabilidade a restrição ao exercício da optometria com embasamento nos ultrapassados Decretos ns. 20.931/32 e 24.492/34, já que, a toda evidência, a *ratio legis* desses diplomas não mais se afeiçoa à realidade da vida moderna.

2. Se existe curso superior reconhecido pelo Ministério da Educação que habilita profissionais para o exercício das atividades de optometria, não tem sentido impedir que aqueles que colam grau providenciam o registro no respectivo órgão fiscalizador exerçam em toda a sua plenitude a profissão que escolheram. O exercício profissional da optometria, no entanto, deverá se restringir àquelas atividades facultadas pelas normas de regência, sendo vedado, em absoluto, as práticas privativas do médico oftalmologista.

ANEXO G - Autorização do Responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de Linhares-ES.



**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTAO SOCIAL, EDUCAÇÃO E
DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

Reconhecido pela Portaria MEC/CNE nº 1.324 de 08/11/2012 publicada no D.O.U. de 09/11/2012

Dissertação de Curso

CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL

E

COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO IDENTIFICAÇÃO DO DEPOENTE

Pelo presente documento, eu, Renata Marchionni Piona,
RG nº. 3.026.782, residente e domiciliado(a) nesta cidade de
Linhares/ES, **declaro ceder ao pesquisador: André Campanharo Pádua, brasileiro, casado, advogado,**
domiciliado na Avenida Tupinambás, 405, Bairro Lagoa do Meio, Linhares/ES, portador do CPF nº.
084.928.607-74, **sem quaisquer restrições quanto aos seus efeitos patrimoniais e financeiros, a plena**
propriedade e os direitos autorais do depoimento de caráter histórico e documental que prestei ao
pesquisador aqui referido, na data de 27 de abril de 2016, como subsídio à construção de sua dissertação
de Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional da Faculdade Vale do
Cricaré. O pesquisador acima citado fica conseqüentemente autorizado a utilizar, divulgar e publicar, para
fins acadêmicos e culturais, o mencionado depoimento, no todo ou em parte, com a ressalva de garantia,
por parte dos referidos terceiros, da integridade do seu conteúdo.

Linhares/ES, 27 de abril de 2016


Renata Marchionni Piona
Diretora - Central de Regulação

ENTREVISTADO(A)

ANEXO H - LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Mensagem de veto

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Regulamento

Regulamento

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **Congresso Nacional** decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

~~Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.~~

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitadas os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II

Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
- b) de rede de laboratórios de saúde pública;
- c) de vigilância epidemiológica; e
- d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no **caput** deste artigo. (Incluído pela Lei nº 12.895, de 2013)

Art. 19-L. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

CAPÍTULO VIII

(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE”

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - (VETADO); (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 2º (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-S. (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.”

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

TÍTULO III

DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

~~Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.~~

~~§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.~~

~~§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.~~

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: (Redação dada pela Lei nº 13.097, de 2015)

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

b) ações e pesquisas de planejamento familiar; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

IV - demais casos previstos em legislação específica. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento

da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

~~§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. (Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012) (Vide Lei nº 8.142, de 1990)~~

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação

ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

Este texto não substitui o publicado no DOU de 20.9.1990

ANEXO I - Circular FECOOESO/023/2010**CIRCULAR FECOOESO/023/2010**

Rio, 10/06/2010

A TODOS OS OFTALMOLOGISTAS E SERVIÇOS OFTALMOLÓGICOS DO BRASIL

Ref.: Prisão de optometrista na Serra-ES.

Caros Colegas,

Após ação muito bem conduzida pelo Ministério Público Estadual está sendo realizada neste momento no Município da Serra – Espírito Santo, a prisão de optometristas e apreensão de aparelhos oftalmológicos.

Vitória da saúde pública e da oftalmologia capixaba na batalha contra a optometria.

Obs.: A imprensa já foi chamada ao local.

Atenciosamente,

Nilo Filippe Filho
Presidente da COOESO – ES

A CLINICA DE OLHOS BARCELONA foi interditada, com autuação em flagrante de sua proprietária Andressa Figueira. Ocorreu o confisco dos aparelhos para posterior leilão. Existiam grandes oticas em parceria com a referida clínica que estão sendo investigadas no momento. Ressalto que o êxito em coibir a prática foi possível graças a denuncia encaminhada pelo CRM-ES ao Ministério público estadual do ES. Vitória da oftalmologia.

NILO FILIPPE FILHO

Segundo o Delegado do Consumidor, Dr. José Darcy Arruda, houve violação ao artigo 282 do Código Penal e da Lei 8.137/90, tendo sido arbitrada fiança no valor de R\$2.000,00 (dois mil reais).

09/06/2010 - 13h29 - Atualizado em 09/06/2010 - 13h29

Falsa médica é presa em clínica da Serra
Gazeta online

O optometrista é o profissional especializado em optometria. A optometria é a ciência da área da saúde ligada à física que trata da visão, principalmente dos problemas de saúde primários, ou seja, é o estudo dos problemas de visão não patológicos sobre o ponto de vista físico.

Fonte: Redação Brasil Profissões
ALMIR NETO

A optometrista Andressa Figueira, foi presa na manhã desta quarta-feira (09) por agentes da Delegacia de Defesa do Consumidor (Decon), na Clínica dos Olhos, localizada na avenida Petrópolis, no bairro Barcelona, Serra. Ela é acusada de crimes contra as relações de consumo e saúde pública.

Segundo o delegado José Arruda, a clínica vinha sendo investigada há dois meses, desde que o Conselho Regional de Medicina protocolou uma denúncia de que havia profissionais exercendo ilegalmente a profissão de oftalmologista, na região da Grande Vitória.

O delegado informou que após a conclusão das investigações, foi montada uma operação conjunta da Decon, Procon, Vigilância Sanitária e Ministério Público Estadual (MPE). Na clínica foram apreendidos livros de registro de diagnóstico, receitas e pedidos de exames, todos com o carimbo da acusada. José Arruda disse que só em consultas Andressa faturava entre 7 e 9 mil reais, mensalmente, dividindo, igualmente com a clínica o valor cobrado pelas consultas. Esse, de acordo com Arruda, era um dos trunfos utilizados pela clínica, que cobrava um valor menor que a média do mercado regional.

Pelo levantamento feito durante as investigações, o delegado acredita que a acusada atuava no mercado há pelo menos dois anos. "Se levarmos em conta o número de fichas de clientes, encontradas em um armário da clínica, havia já um bom tempo, com certeza dois anos ou mais, que ela atuava ali no bairro", revelou.

Andressa Figueira é acusada de exercer ilegalmente a profissão de oftalmologista

De acordo com o delegado a acusada seria ouvida e indiciada nos dois crimes - contra as relações de consumo de 1 a 5 anos de reclusão; saúde pública (exercício ilegal da profissão) de 6 meses a 2 anos de reclusão - podendo, se condenada, ficar presa por até sete anos, total das penas acumuladas para ambos os crimes.

Inocente

O advogado da acusada, Luís Felipe Imenes de Mendonça, disse que todas as acusações contra Andressa não têm fundamento. Isso porque, segundo ele, já existe uma ação em curso na Justiça, onde a acusada discute a questão do exercício profissional. Ele informou que Andressa tem formação de Optometria, em nível superior, pela Universidade Luterana do Brasil (Ulbra), no Rio Grande do Sul. Quanto à acusação de crime contra as relações de consumo, ele afirmou que é um absurdo, pois a sua cliente só atua na área para a qual tem formação, e isto será comprovado durante a instrução do processo.