

**As estratégias de prevenção em saúde ocular
no âmbito da saúde coletiva e da Atenção Primária à Saúde - APS.**

**Ocular health preventive strategies
in both public health and primary care perspectives.**

Ricardo Augusto Paletta Guedes¹

Resumo

O mundo passa por um período de transição demográfica e epidemiológica. O número de pessoas acima de 65 anos aumentará vertiginosamente nos próximos 15 anos. Com isto, a expectativa é de que o número de deficientes visuais dobre até o ano 2020. Atualmente já se observa uma mudança no perfil epidemiológico da cegueira em níveis globais. A deficiência visual provocada por fatores externos, tais como tracoma, xeroftalmia (deficiência de vitamina A) e oncocercose diminuiu, enquanto que as causas de cegueira relacionadas ao envelhecimento (catarata, glaucoma, degeneração macular relacionada à idade, opacidades corneanas e retinopatia diabética) aumentaram e tendem a aumentar ainda mais nos próximos anos. A perda visual provoca um impacto em diferentes níveis, desde o individual até o coletivo. Os custos econômicos e sociais da cegueira são enormes. As conseqüências da cegueira constituem um problema sério de saúde coletiva. A atenção primária à saúde (APS), através de seus profissionais de diferentes áreas, pode exercer um papel importante na prevenção e no controle da deficiência visual na comunidade, assim como uma relação mais próxima e comunicativa entre a equipe de saúde da família e o oftalmologista pode ser capaz de, em curto prazo, promover resultados efetivos da prevenção da cegueira e da deficiência visual. Sem a ação conjunta e integralizada de todos os níveis, do individual ao coletivo, do público ao privado, da atenção básica à superespecializada, não há como combater este problema, que repercute de forma tão intensa e marcante na nossa sociedade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Cegueira/epidemiologia; Cegueira/etiologia; Cegueira/prevenção e controle; Saúde coletiva.

Abstract

The world is passing through a demographic and epidemiological transition. The number of people over 65 years of age will dramatically increase within the next 15 years. As a reason of that, the number of blind people will double until the year 2020. Nowadays, a significant change in the epidemiological profile of blindness is observed worldwide. As blindness caused by external factors, such as trachoma, xerophthalmia (vitamin A deficiency) and onchocerciasis, diminishes, age-related causes rise in importance (cataract, glaucoma, age-related macular degeneration, corneal opacities and diabetic retinopathy). The impact of visual loss on the personal, economic and social life is profound. The consequences of blindness are becoming an important issue in public health. Primary care professionals play a relevant role in prevention and control of ocular disabilities in their communities. A closer and interchangeable relation between family care practitioners and eye experts is the key to providing better and faster results in preventing blindness. Without a joint and integrated action at all levels, from individual to collective, from public to private, from basic to specialized care, there is no way to fight this problem, which reflects so intensely in our society.

Key words: Blindness/epidemiology; Blindness/etiology; Blindness prevention and control; Primary health care; Public health.

¹ Médico oftalmologista. Especialista em catarata e glaucoma pelo *Centre Hospitalier National d'Ophthalmologie des Quinze-Vingts* (Paris, França). Mestrando em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Juiz de Fora. Endereço: Av Rio Branco 2337 grupo 801/807/808 Centro Juiz de Fora – MG CEP: 36010-905 E-mail: palettaguedes@yahoo.com Telefone: 32 3213-1927

1 Introdução

Atualmente, estima-se que 45 milhões de pessoas são cegas em todo o mundo e um adicional de 135 milhões apresentam algum tipo de baixa visual. A grande maioria dos casos de cegueira está presente nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (WEST; SOMMER, 2001). Previsões atuais estimam que o número de pessoas cegas dobrará até o ano 2020. Isto se deve basicamente ao crescimento populacional mundial e ao aumento do número de pessoas acima dos 65 anos, principalmente nos países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO, 2004).

Com a diminuição da cegueira provocada por fatores externos, tais como tracoma, xeroftalmia (deficiência de vitamina A) e **oncocercose**, as causas de cegueira relacionadas ao envelhecimento vêm aumentando cada vez mais, tendo como principais as seguintes: catarata, glaucoma, degeneração macular relacionada à idade, opacidades corneanas e retinopatia diabética (RESNIKOFF *et al.*, 2004).

O impacto da perda visual na vida de uma pessoa é profundo, tanto no lado pessoal, como no econômico e no social. As conseqüências da cegueira constituem um problema sério de saúde coletiva (WEST; SOMMER, 2001).

Os profissionais que trabalham com APS apresentam um papel relevante na prevenção e no controle da deficiência visual, ao estarem em contato direto e estreito com a comunidade onde estão inseridos (GOLDZWEIG *et al.*, 2004).

O objetivo do presente artigo é expor as principais causas de cegueira e o modo de preveni-las, assim como buscar e discutir as relações entre a oftalmologia e a medicina de família e comunidade, identificando o papel da oftalmologia na APS.

2 Desenvolvimento

2.1 Magnitude da cegueira e da deficiência visual no mundo – prevenção e tendências

As causas mais importantes de cegueira e deficiência visual no mundo atualmente estão intimamente relacionadas com o envelhecimento da população mundial (WEST; SOMMER, 2001). De acordo com dados coletados em diversas partes do mundo, pouco mais de 82% dos casos de cegueira no mundo estão na faixa etária de 50 anos ou mais (RESNIKOFF *et al.*, 2004). Esta proporção pode ainda aumentar nos próximos anos à medida que cresce a expectativa de vida da população, principalmente nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (WHO, 2004). Esta previsão faz parte do programa da Organização Mundial de Saúde (OMS) para eliminação das causas evitáveis de cegueira até o ano 2020, chamado “VISÃO 2020: O direito de ver (ingl. *VISION 2020: the Right to Sight*)” (WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO, 1999).

A deficiência visual não apresenta distribuição uniforme pelo mundo: as regiões menos desenvolvidas são responsáveis pela maior parte. Segundo dados da OMS, a prevalência da cegueira no mundo pode variar de 1% na África a 0,2% na Europa ocidental e nos Estados Unidos. Do mesmo modo, a prevalência de deficiência visual (baixa visual significativa com melhor correção possível, sem levar em consideração, deste modo, os erros refrativos como a miopia, a hipermetropia e o astigmatismo) varia de 3% na África a 1,1% na Europa ocidental. Outra característica interessante da cegueira do mundo é que as mulheres apresentam uma maior tendência à deficiência visual do que os homens (RESNIKOFF *et al.*, 2004).

A extensão da cegueira e da deficiência visual no mundo (avaliada em 2002) foi menor do que a projetada para o mesmo ano em 1990. A projeção feita em 1990 para o ano de 2002 do número de cegos e deficientes visuais era de 52 milhões de pessoas. Este número foi na realidade bem menor: em torno de 37 milhões (WHO, 2004). Esta mudança parece ter sido devido a dois fatores:

- Mais e melhores dados de estudos populacionais nos últimos 15 anos permitindo estimativas mais apuradas;
- Melhorias significativas na prevenção e controle de causas evitáveis de cegueira, seguindo o programa “VISÃO 2020: o direito de ver” da OMS.

O controle das causas evitáveis de cegueira foi possível devido a importantes fatores, tais como:

- Crescente conhecimento e utilização dos serviços de saúde ocular pela população;
- Facilidade de acesso e condições de pagamento dos serviços de saúde ocular;
- Crescente compromisso global de políticas de prevenção de deficiência visual;

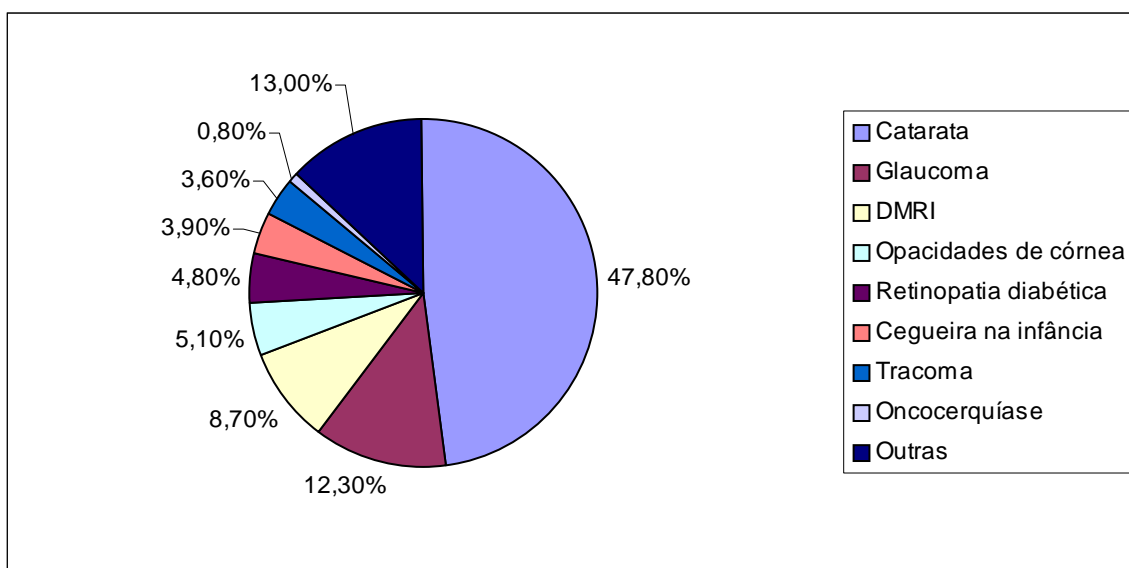
- Crescente compromisso dos profissionais da área para a prevenção de deficiência visual;
- Compromisso e apoio de organizações não governamentais;
- Envolvimento e parceria com o setor corporativo;
- Atividades mais eficazes de APS (como parte de um sistema integral de APS), como educação de saúde ocular, orientação da população e triagem para serviços (de) especializados.

Esta mudança de cenário mundial, baseada em novas informações, exige uma nova agenda no cuidado da saúde ocular da população, incluindo o controle de doenças que estão cada vez mais prevalentes (WHO, 2004). Condições oculares que potencialmente podem levar à cegueira como o glaucoma, a degeneração macular relacionada à idade e a retinopatia diabética têm aumentado e irão continuar aumentando nos próximos anos à medida que há um crescimento da população susceptível. Em virtude de sua cronicidade, princípios de cuidados a longo prazo, como custo e fidelidade ao tratamento, são aplicáveis aqui.

A disparidade e a iniquidade na disponibilidade dos serviços de saúde ocular, associadas ao despreparo de alguns profissionais de saúde, principalmente daqueles responsáveis pela atenção primária no seio da comunidade, levam a situações de falha na prevenção e controle de algumas causas evitáveis de cegueira e deficiência visual.

As principais causas de cegueira no mundo em 2002 estão expostas na figura 1.

Figura 1: Causas globais de cegueira (porcentagem do total de cegueira em 2002).



DMRI: Degeneração macular relacionada à idade

Apesar de ter havido um enorme avanço no tratamento da catarata nos últimos 20 anos, levando a uma diminuição desta causa como determinante de cegueira nos países desenvolvidos, globalmente ela ainda representa a maior causa de cegueira no mundo, responsável por 47,8 % dos casos (RESNIKOFF *et al.*, 2004). Isto se deve basicamente à falta de acesso a cuidados cirúrgicos nas regiões menos desenvolvidas do mundo, como a África, bem como à falta de profissionais habilitados nestas regiões (RESNIKOFF *et al.*, 2004). Ao analisar as diferentes regiões do globo, verifica-se que, enquanto na África a proporção de cegos por catarata varia de 50 a 55% dos casos totais de cegueira, nos Estados Unidos e na Europa ocidental este índice não passa de 5%. No Brasil, estima-se uma proporção de 40% dos casos de cegueira por catarata (RESNIKOFF *et al.*, 2004). A catarata é uma causa reversível de cegueira, pois em qualquer estágio o paciente pode se beneficiar de uma cirurgia (hoje em dia cada vez mais eficiente e segura) levando a uma recuperação da visão quase que imediata. Seu aparecimento está relacionado, na grande maioria das vezes, ao processo normal de envelhecimento do ser humano, estando presente em mais de 75% das pessoas acima dos 60 anos (JOHNS HOPKINS MEDICINE, 2007).

De acordo com estudos da OMS, o glaucoma é a segunda maior causa de cegueira no mundo e na grande maioria das diferentes regiões estudadas (RESNIKOFF *et al.*, 2004). A deficiência visual provocada pelo glaucoma é irreversível e a única maneira de se prevenir a cegueira é através de prevenção secundária, ou seja, diagnóstico precoce e tratamento eficaz. O glaucoma tem fundo genético e hereditário, por isto, evitar seu aparecimento (prevenção primária) só será possível com terapia genética. O seu tratamento pode ser feito precoce ou tardiamente, quando do diagnóstico, através do uso constante de medicação (colírios), aplicação de terapias a laser ou realização de cirurgias antiglaucomatosas, visando sempre o controle da pressão intra-ocular, evitando, assim, a progressão da perda da visão. Quando corretamente estabelecido e seguido pelo indivíduo, o tratamento é eficaz em evitar a cegueira na grande maioria dos casos. Estima-se uma proporção global em torno de 12,3% de cegos por glaucoma. No Brasil, esta proporção está na faixa de 15% (RESNIKOFF *et al.*, 2004).

Como seria de se esperar com o crescente número de pessoas acima dos 70 anos, a degeneração macular relacionada à idade está aumentando em significância como causa de cegueira. Ela já consiste na maior causa de cegueira nos países desenvolvidos como os Estados Unidos e a Europa Ocidental (em torno de 50% dos cegos) e a terceira maior causa globalmente (8,7% dos casos). No Brasil, estima-se que ela seja responsável por 4% dos casos

de cegueira (RESNIKOFF *et al.*, 2004). A degeneração macular relacionada à idade é uma doença multifatorial, cujos principais fatores de risco são história familiar e exposição excessiva à radiação ultravioleta. Sua prevenção pode ser feita com exames periódicos (para detecção precoce), dieta rica em alimentos com vitaminas A, E, zinco e luteína, e óculos escuros com filtro para radiação ultravioleta.

Outras causas de cegueira no mundo incluem: opacidades corneanas (5,1%), retinopatia diabética (4,8%), cegueira na infância (3,9%), tracoma (3,6%), oncocerquíase (0,8%) entre outras (13%) (RESNIKOFF *et al.*, 2004).

Atualmente, o controle da cegueira para as causas relacionadas com o envelhecimento se baseia na restituição da visão (no caso da catarata) e na prevenção de perda visual adicional (glaucoma, retinopatia diabética e degeneração macular relacionada à idade). Maneiras de evitar o aparecimento destas doenças ainda não existem (WEST; SOMMER, 2001).

2.2 Extensão da cegueira e deficiência visual no Brasil

No Brasil, a falta de dados estatísticos e epidemiológicos confiáveis dificulta a avaliação da real da extensão dos problemas visuais da nossa população. Os dados utilizados para esta avaliação vêm da OMS e não são originados de estudos epidemiológicos de base populacional local como no caso do Canadá, da Finlândia, da Índia, etc. Eles são oriundos de estudos de 3 países: Barbados, Brasil e Paraguai. Faz-se, então, uma aproximação dos resultados e se extrapola para toda a América do Sul, exceto o Peru, o qual possui estudos populacionais locais (RESNIKOFF *et al.*, 2004).

Segundo a OMS, a principal causa de cegueira no Brasil é a catarata, com aproximadamente 40% dos casos. Em seguida, aparecem como maiores causas o glaucoma com 15%, a retinopatia diabética com 7% e a cegueira na infância com 6,4%. A degeneração macular relacionada à idade, com 5% dos casos de cegueira, é somente a quinta maior causa de cegueira, diferentemente da proporção mundial onde ela aparece em terceiro lugar (RESNIKOFF *et al.*, 2004). Esta diferença pode ser explicada pela estrutura etária populacional mais jovem no Brasil ou pela falta de estudos populacionais de prevalência mais confiáveis.

A proporção de deficientes visuais por retinopatia diabética no Brasil é acima da proporção mundial. As prováveis causas deste achado são a desinformação e o difícil acesso da população a serviços de saúde, que juntos podem levar a um controle inadequado de doenças sistêmicas como a diabetes, favorecendo o aparecimento de complicações como a

retinopatia. Outro problema pode ser ainda a identificação inadequada dos outros agravos oculares, o que causaria o aumento proporcional da retinopatia diabética.

O Brasil, segundo o Censo do IBGE/2000, apresenta 14,5% de sua população total com alguma deficiência, sendo que, as deficiências visuais representam 48,1%, ou seja, 11,8 milhões de pessoas (BRASIL, 2000).

Baseando-se nestes dados epidemiológicos, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) desenvolve uma série de ações de promoção de saúde ocular e prevenção da cegueira em âmbito nacional. Para isto, o CBO realiza parcerias com o Ministério da Saúde / Sistema Único de Saúde (SUS), Ministério da Educação, secretarias estaduais e municipais e organizações não governamentais (CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA-CBO, 2007). Com estas parcerias, foram possíveis os seguintes programas:

- Campanha de catarata (Mutirão de catarata): esta campanha foi patrocinada pelo Ministério da Saúde/ SUS, com o envolvimento direto das secretarias de saúde estaduais e municipais, e dos serviços credenciados, em todo o território nacional, sendo que, através de ações de triagem isoladas, identificaram-se os portadores de catarata, para posteriormente efetuar os procedimentos cirúrgicos aos casos indicados. Este projeto representou um grande avanço nas condições de saúde ocular da população mais carente e uma melhoria sensível na qualidade de vida de milhares de idosos (CBO, 2007). De 1999 a 2005, cerca de 250 mil cirurgias foram realizadas a cada ano. Infelizmente, este projeto foi interrompido no começo de 2006 pelo governo federal, levando a um grande aumento das filas de cirurgias desde então.

- Campanha de glaucoma: exames de triagem para glaucoma em parceria com Ministério da Saúde / SUS (CBO, 2007). Estas campanhas são pontuais, esporádicas e não são capazes de fornecer um atendimento integral ao indivíduo, que incluiria desde a realização do diagnóstico até a garantia de acesso aos exames complementares, ao tratamento específico e à reabilitação dos deficientes visuais.

- Campanha Nacional de Retinopatia Diabética: O tratamento adequado da diabetes e o diagnóstico precoce da retinopatia são decisivos na prevenção da cegueira. Por indicação do CBO, o Ministério da Saúde criou os Centros Nacionais de Referência em Retinopatia Diabética. Esses centros representam uma ação contínua no acompanhamento da saúde ocular de milhares de pessoas, em sua maioria idosos (CBO, 2007).

- Campanha Olho no Olho: o maior projeto de saúde pública ocular no mundo. Presta assistência oftalmológica (exames oftalmológicos e fornecimento de óculos) a

aproximadamente 3,2 milhões de alunos da primeira série do ensino fundamental das escolas públicas, todos os anos. Esta é uma sólida parceria entre o CBO e o Ministério da Educação (CBO, 2007).

Salienta-se ainda, que nestes programas, no momento das triagens e ou dos procedimentos, são identificadas outras patologias, não atendidas pelo programa, tais como: vícios de refração, visão subnormal, entre outras. No entanto, falta ainda um planejamento específico para promoção de saúde ocular e prevenção de patologias oculares em âmbito nacional e de caráter integral. Faz-se necessário um envolvimento de todas as instâncias (federal, estadual e municipal) e co-participação dos profissionais da atenção básica e dos oftalmologistas, a fim de se estabelecer metas e realizar ações que tenham repercussão na saúde ocular da população brasileira.

Os resultados destas campanhas foram positivos, porém permaneceram como atividades exclusivas dos especialistas (oftalmologistas) em ações não duradouras ou limitadas. A intenção é boa, mas faltam ações que permitam a continuidade ou o aumento da abrangência destes programas. O acesso a estas campanhas era difícil e muitas pessoas ficaram à margem destas ações. Além disto, estas políticas pontuais apoiadas e patrocinadas pelo governo ficam sempre à mercê de influências político-ideológicas. Exemplo disto foi a interrupção, sem explicações plausíveis, do programa da catarata em 2006, que era um mecanismo que estava dando certo e produzindo a cada ano o aumento do número de casos curados (em 1999, foram realizadas 153.000 cirurgias e, em 2003, 316.100 cirurgias de catarata) (CBO, 2007).

A fim de realizar uma verdadeira promoção de saúde ocular e prevenção dos agravos oculares mais freqüentes, é fundamental incluir a participação do médico de família e comunidade em ações mais profundas e mais duradouras. Ele é o profissional que está em íntimo contato com os indivíduos, escutando e atendendo suas necessidades e demandas. Ele tem uma habilidade de perceber com maiores detalhes todos os aspectos da vida do indivíduo, sendo capaz de contribuir e auxiliar para o tratamento e a prevenção de diversas condições oculares. Somente através da colaboração entre o oftalmologista e o médico de família e um envolvimento profundo da sociedade é que ações de prevenção da cegueira e promoção da saúde ocular podem ter efeitos positivos e capazes de mudar a realidade.

2.3 – APS e saúde ocular

Os sistemas de saúde, na sua maioria, possuem uma base de atenção primária onde o paciente tem a unidade básica de saúde como a porta de entrada no sistema. A equipe responsável pela atenção primária tem um papel fundamental e uma oportunidade ímpar na prevenção e controle de condições que possam afetar a saúde ocular de sua comunidade (ROWE *et al.*, 2004).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. No Brasil, a expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2007).

A equipe de saúde da família pode ter um impacto significativo na saúde ocular de seus pacientes através de: triagens de populações de risco para comprometimento visual; controle rigoroso de fatores de risco para perda visual; manutenção da fidelidade e continuidade do tratamento oftalmológico e referência periódica de populações específicas para exames oftalmológicos com especialistas. Usando conhecimentos sobre medicações mais freqüentes de uso ocular, os médicos de família e comunidade podem detectar efeitos adversos. Eles podem assegurar que pacientes sejam referenciados para testes de glaucoma e garantir que pacientes com deficiência visual possam ser avaliados e tratados por um especialista. Identificação e tratamento corretos em tempo adequado permitem reduzir substancialmente a incidência e a prevalência de deficiência visual na população. O controle adequado de doenças sistêmicas tais como diabetes, hipertensão arterial e hiperlipidemia podem diminuir o risco de doenças oculares associadas a estas condições.

2.3.1 Estratégia Saúde da Família e Oftalmologia

Podem-se diferenciar duas condições resultantes da relação entre a saúde da família e a oftalmologia:

- A atenção primária oftalmológica como parte integrante das atividades da equipe de saúde da família;
- O oftalmologista incluindo, na sua prática diária, atividades e técnicas relacionadas à APS.

O termo atenção primária oftalmológica pode ser definido como o fornecimento do primeiro contato na atenção à saúde para todas as condições oculares e o acompanhamento, a prevenção e a reabilitação de algumas condições oculares. Esta prática pode ser gerada em uma variedade de locais (níveis primário, secundário e terciário), inclusive as unidades básicas de saúde, e por uma diferente gama de profissionais.

Atualmente, na grande maioria das vezes, este primeiro contato de atendimento oftalmológico acontece no seio do nível secundário de atenção, ou seja, nos ambulatórios de clínicas especializadas em oftalmologia, pelo próprio oftalmologista. Com a finalidade de mudar esta realidade, devemos fortalecer a seguinte situação: desviar uma parte desta relação para as unidades básicas de saúde, a fim de ser resolvida pela equipe de saúde da família. Com isto haveria uma maior resolutividade em nível primário, evitando que o nível secundário fique sobrecarregado de atendimentos.

Uma série de condições oculares e/ou necessidades de saúde do indivíduo (dúvidas, questionamentos, orientações, etc) poderiam ser solucionadas no nível primário. Casos como traumas oculares leves, conjuntivites, hemorragias subconjuntivais, orientação sobre o uso correto de medicamentos, efeitos colaterais de alguns medicamentos, acuidade visual de crianças, reabilitação social de deficientes visuais, orientação à fidelidade ao tratamento ocular, triagem e encaminhamento de pessoas em grupos de risco para determinadas doenças oculares, são alguns exemplos que podem ser solucionados na atenção básica. Para isto, é necessário um maior envolvimento da equipe multiprofissional, assim como um treinamento específico para lidar com alguns aspectos da saúde ocular.

O profissional da saúde da família deve se inteirar das principais causas de cegueira e deficiência visual do seu meio, assim como os principais fatores de risco para seu desenvolvimento ou agravamento. Ele também deve ainda estar apto a responder de maneira correta e adequada às necessidades de saúde ocular, individuais e coletivas, daquela comunidade onde está inserido.

Faz-se necessário ainda que o médico de família na atenção básica saiba utilizar métodos específicos de triagem para problemas oculares mais frequentes. Do ponto de vista prático, Wang *et al.* (1998) realizaram estudo tentando avaliar qual seriam os melhores métodos de exame de triagem das doenças oculares mais prevalentes, passíveis de serem realizados pela equipe em um ambulatório de atenção primária. Na sua conclusão, um exame de acuidade visual e um exame de fundo de olho (exames que teoricamente qualquer médico de família deveria estar apto a realizar), associados a um questionário simples com 5

perguntas sobre os fatores de risco mais importantes para doenças oculares, obtiveram uma sensibilidade de 83% e especificidade de 76%.

Outro ponto importante, que advém da relação da saúde da família e a oftalmologia, é a inclusão do especialista nas ações da atenção básica, já que na grande maioria das vezes, o primeiro contato se dá entre o usuário com problema ocular e o médico especialista. O oftalmologista, como todo especialista, tem a tendência de afunilar cada vez mais seu campo de atuação, não se interessando, freqüentemente, pelo lado social e epidemiológico de sua especialidade.

O oftalmologista freqüentemente é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, pois ele vem referenciado ao ambulatório da especialidade sem, muitas vezes, ter passado por uma avaliação clínica prévia. Ele deve, portanto, aproveitar esta oportunidade para contribuir para a integralidade das ações, realizando orientações e aconselhamentos, valorizando cada vez mais um atendimento mais amplo. Ele deve sempre considerar o aspecto social da doença. Este lado social do processo saúde-adoecimento pode resultar em diferentes apresentações clínicas e resultados terapêuticos esperados. A educação voltada para prevenção de determinados agravos à saúde, assim como a promoção de uma vida saudável também podem fazer parte de uma consulta com o especialista.

Uma consulta médica, por mais especializada que seja, não pode ignorar outras necessidades do paciente. A intervenção do especialista não pode alcançar sua eficácia plena se não englobar o modo de vida do paciente, inclusive seu vínculo com outra equipe ou profissional, seu grau de autonomia e a interpretação que faz de sua doença (CECÍLIO, 2001).

O oftalmologista deve sempre ter em mente que a sua atuação também pode incluir orientações de prevenção primária, secundária e terciária em relação à saúde da comunidade.

A epidemiologia deveria ser mais utilizada pelos especialistas a fim de proporcionar um diagnóstico correto das condições oculares de determinada comunidade, propiciando ações para minimizar o impacto destas condições na saúde ocular da população.

Poder-se-ia argumentar que é exigir demais que os serviços superespecializados se dediquem a fazer uma escuta mais cuidadosa das necessidades de saúde ampliadas do indivíduo. A integralidade, por esta visão, seria conseguida por uma boa articulação entre os serviços (CECÍLIO, 2001). Uma ação integrada e ajustada entre o nível primário (equipe de saúde da família) e o nível secundário (oftalmologista) será sempre de extremo valor para o usuário e para a sociedade como um todo. Ao unir as forças, evitando o trabalho isolado, buscando sempre a comunicação, pode-se caminhar com mais efetividade no controle das causas preveníveis de deficiência visual.

Outras formas de interação entre os oftalmologistas e os médicos de família e comunidade incluem a referência e a contra-referência, a educação continuada e a interconsulta.

Com relação à primeira, há que se trabalhar para uma verdadeira integralidade de ações e garantia de acesso à população com determinado agravo ocular ao oftalmologista. Isto seria possível através da criação de mecanismos facilitados de referência e contra-referência nos sistemas municipais. Tais mecanismos só seriam possíveis com envolvimento e interesse de ambos os lados, oftalmologistas e médicos de família, assim como um engajamento dos gestores de saúde neste sentido. Atualmente, alguns municípios trabalham bem com este sistema de referência e contra-referência; no entanto, de um modo geral, o nível secundário (oftalmologista) é sobrecarregado pela falta de profissionais, gerando filas e esperas prolongadas, prejudicando o sistema como um todo.

A educação continuada deveria ser entendida como uma via de mão dupla, em que se promoveria o intercâmbio de conhecimentos e práticas entre os oftalmologistas e as equipes de saúde da família. Dentro deste sentido, deveria existir uma maior aproximação entre estas duas partes. Esta troca de experiências favoreceria um atendimento mais integralizado à comunidade e ao indivíduo. Na nossa realidade, esta relação ainda é bastante precária e necessitaria, portanto, de aprofundamentos.

Finalmente, com a interconsulta, onde o acompanhamento de determinados casos é compartilhado entre o especialista e o profissional de saúde da família, haveria uma possibilidade de maior resolutividade e integralidade em nível de atenção básica. Infelizmente, na prática, não se observa com frequência tal envolvimento no cuidado ao indivíduo.

3 Conclusão

A deficiência visual traz profundas desvantagens para o indivíduo, sua família e sociedade. O impacto dos custos globais da cegueira é muito elevado. Alguns autores estimaram em 42 bilhões de dólares para o ano 2000 o custo econômico global da cegueira. Se nenhuma medida fosse tomada, este valor seria 110 bilhões em 2020. No entanto, com as medidas previstas no programa Visão 2020 da OMS, este custo poderia ser reduzido para 57 milhões para aquele mesmo ano (FRICK; FOSTER, 2003). Estudos como este reafirmam a magnitude do retorno social e econômico dos investimentos nas causas evitáveis de cegueira.

O sucesso da implementação da prevenção da deficiência visual não só reduz o sofrimento individual, mas também traz consigo ganhos sociais e econômicos.

Os idosos formam o grupo mais susceptível à deficiência visual e à cegueira. Este fato, associado ao processo de transição demográfica que o mundo e o Brasil estão passando, deve servir de orientação para as políticas públicas locais, nacionais e mundiais para a prevenção da cegueira e promoção da saúde ocular da população. No Brasil, a valorização da saúde da pessoa idosa começa a ganhar espaço, através do Pacto pela Vida, onde a saúde do idoso entra como uma das prioridades (BRASIL, 2006).

As prevenções da cegueira e da deficiência visuais devem estar entre as prioridades de todos: governos, profissionais de saúde e sociedade. Sem a ação conjunta e integralizada de todos os níveis, do individual ao coletivo, do público ao privado, da atenção básica a superespecializada, não há como combater este problema que repercute de forma tão intensa e marcante na nossa sociedade.

4 Referências

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabulacao_avancada/tabela_brasil_1.1.3.shtm> . Acesso em 05 de abril de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Básica e Saúde da Família. 2007. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 05 de abril de 2007.

BRASIL. Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76p.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: MATTOS, R.A.; PINHEIRO, R.P. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. IMS – UERJ – ABRASCO, p. 113-26, 2001.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. Campanhas sociais. 2007. Disponível em: <http://www.cbo.com.br/cbo/campanhas_sociais.htm>. Acesso em 05 de abril de 2007.

FRICK, K.D.; FOSTER, A. The magnitude and cost of global blindness: an increasing problem that can be alleviated. **Am. J. Ophthalmol.**, v. 135, n. 4, p. 471-87, 2003.

GOLDZWEIG, C.L. *et al.* Preventing and managing visual disabilities in primary care: clinical applications. **JAMA**, v. 291, n. 12, p. 1497-502, 2004.

JOHNS HOPKINS MEDICINE. Eye and vision disorders. Cataracts. 2007. Disponível em: <http://www.hopkinshospital.org/health_info/Eyes/Cataracts/What%20is%20it> . Acesso em: 25 de março de 2007.

RESNIKOFF, S. *et al.* Global data on visual impairment in the year 2002. **Bull. World Health Org.**, Genebra, v. 82, n. 11, p. 844-51, 2004.

ROWE, S. *et al.* Preventing visual loss from chronic eye disease in primary care: scientific review. **JAMA**, v. 291, n. 12, p. 1487-95, 2004.

WANG, F. *et al.* Evaluation of screening schemes for eye disease in a primary care setting. **Ophthalmic Epidemiol**, v. 5, n. 2, p. 69-82, 1998.

WEST, S.; SOMMER, A. Prevention of blindness and priorities for the future. **Bull. World Health Org.**, Genebra, v. 79, n. 3, p. 244-48, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global trends in the magnitude of blindness and visual impairment.2004. Disponível em: <<http://www.who.int/blindness/causes/trends/en/print.html>>. Acesso em: 26 de outubro de 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Vision 2020: The right to sight. 1999. Disponível em: <<http://www.v2020.org>> Acesso em: 25 de março de 2007.

Submissão: fevereiro de 2007

Aprovação: maio de 2007