



Natália Carvalho de Lima

Seguindo os atores: o campo da Oftalmologia no Brasil e a construção de políticas públicas

Rio de Janeiro

2021

Natália Carvalho de Lima

Seguindo os atores: o campo da Oftalmologia no Brasil e a construção de políticas públicas

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de Concentração: Política, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra Tatiana Vargas de Faria Baptista.

Coorientadora: Prof^ª. Dra Eliane Portes Vargas.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Following the actors: The field of ophthalmology in Brazil and the construction of public policies.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

L732s Lima, Natália Carvalho de.
Seguindo os atores: o campo da Oftalmologia no Brasil e a construção de políticas públicas / Natália Carvalho de Lima. — 2021.
160 f. : il. color.

Orientadora: Tatiana Vargas de Faria Baptista.
Coorientadora: Eliane Portes Vargas.

Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Atenção à Saúde. 2. Política Pública. 3. Oftalmologia. 4. Saúde Ocular 5. Parcerias Público-Privadas. I. Título.

CDD – 23.ed. – 617.7

Natália Carvalho de Lima

Seguindo os atores: O campo da Oftalmologia no Brasil e a construção de políticas públicas

Tese ou Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em 2021, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde Pública

Aprovada em: 16 de novembro de 2021.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Francisco Romão Ferreira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dr^ª Marly Marques Cruz
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof^ª. Dr^ª Eliane Portes Vargas (Coorientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Oswaldo Cruz

Prof^ª. Dr^ª. Tatiana Wargas de Faria Baptista (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira

Rio de Janeiro

2021

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Jorgina e Genecé, pelos incentivos ao estudo e por estarem presentes nessa trajetória, sem vocês não seria possível chegar a esta conquista!

A minha irmã, Thalita, pela atenção aos últimos detalhes e, por compartilhar seu espaço de criação tornando os momentos de escrita menos solitários.

Ao meu amor, Bruno, pela companhia e apoio nos dias difíceis.

A minha família e amigos pelo reconhecimento, abraços e felicitações nesses dias finais.

As minhas queridas orientadoras, Tati e Eliane, pela inspiração diária e parceria em mais uma caminhada com leveza.

RESUMO

Este estudo apresenta o campo da Oftalmologia no Brasil para compreender o processo de construção de políticas públicas para a saúde ocular no país. Para isso, buscamos identificar e analisar, nas interações entre atores, instituições e governo, as conexões entre os setores público e privado. Considerando haver uma carência de estudos em geral na área da saúde ocular, com ausência de discussões em políticas públicas nesse âmbito, esta pesquisa tem por objetivo analisar as interações e ações entre atores do campo da oftalmologia e suas repercussões na produção de demandas para a gestão pública e seus alcances na agenda governamental. O delineamento da pesquisa caracteriza-se por dois momentos interconectados: o primeiro, pelas proposições teóricas assumidas na análise inspiradas nos conceitos de Campo e de Ator-rede, propostos pelos autores Pierre Bourdieu e Bruno Latour, respectivamente; o outro, pelas definições e estratégias metodológicas adotadas, incluindo o pré-campo da pesquisa, visando conhecer os diferentes contextos que abrangem o âmbito da oftalmologia. Antecederam o trabalho de campo, a realização de levantamento documental e bibliográfico permitindo traçar um percurso histórico da oftalmologia como especialidade médica, bem como os principais pontos característicos da trajetória deste campo. Foram entrevistados quatorze atores atuantes no campo da oftalmologia e gestores federais. Os resultados apontam pautas a partir de dois eixos: a atenção básica e a atenção especializada no Sistema Único de Saúde (SUS), articuladas à Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO), com vistas à construção de um modelo de atenção em oftalmologia. Na atenção especializada observaram-se aspectos organizacionais para a reorganização da assistência a partir de criação de uma rede de atenção em oftalmologia, baseada na parceria público-privada, com conflitos e disputas associados aos mecanismos de financiamento do sistema de saúde. Destaca-se também o modelo de mutirões de catarata como iniciativa precursora do campo da oftalmologia para lidar com as demandas por assistência. Na atenção básica, as pautas reforçam a atuação do oftalmologista nesse nível de atenção e conflitos entre os atores do campo quanto à inserção de outros profissionais para compartilhar este cuidado. Por fim, a telemedicina desponta como aposta atual do campo da oftalmologia para reconfigurar esse modelo de atenção com intuito de ampliar o acesso à assistência oftalmológica.

Palavras-chave: Assistência à saúde. Política Pública. Oftalmologia. Saúde Ocular

ABSTRACT

This study presents the field of Ophthalmology in Brazil to understand the process of building public policies for eye health in the country. For this, we seek to identify and analyze, in the interactions between actors, institutions and government, the connections between the public and private sectors. Considering that there is a lack of studies in the field of eye health, with an absence of discussions on public policies in this area, this research aims to analyze the interactions and actions between actors in the field of ophthalmology and their repercussions on the production of demands for management and its reach on the governmental agenda. The research design is characterized by two interconnected moments: the first, by the theoretical propositions assumed in the analysis, inspired by the concepts of Field and Actor-network, proposed by the authors Pierre Bourdieu and Bruno Latour, respectively; the other, by the definitions and methodological strategies adopted, including the pre-field of research, aiming to recognize the different contexts that encompass the scope of ophthalmology. The field work was preceded by the carrying out of a documentary and bibliographic survey allowing to trace a historical course of ophthalmology as a medical specialty, as well as the main characteristic points of the trajectory of this field. Fourteen actors working in the field of ophthalmology and federal managers were interviewed. The results point to the construction of guidelines based on two axes: primary care and specialized care in the Health System (SUS), linked to the National Policy on Care in Ophthalmology (PNAO) for the construction of a model care in ophthalmology. In specialized care, organizational aspects were observed for the reorganization of care from the creation of a care network in ophthalmology, based on a public-private partnership, thus directing conflicts and disputes associated with the financing mechanisms of the health system. Still, the cataract task force model is also highlighted as a pioneering initiative in the field of ophthalmology to deal with the demands for assistance. In primary care, perspectives point to the role of the ophthalmologist at this level of care, in addition to conflicts between actors in the field regarding the insertion of other professionals to share this care. Finally, telemedicine emerges as a current bet in the field of ophthalmology to reconfigure this model of care in order to expand access to ophthalmological care.

Key Words: Access to Health Care. Public Policy. Ophthalmology. Services Eye Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: A oftalmologia como subcampo da saúde.....	38
Quadro 1 - Atores Participantes do Processo de Formulação da PNAO.....	43
Quadro 2 - Atores em interação no Campo da Oftalmologia.....	50
Quadro 3 - Informantes do Estudo.....	60
Quadro 4 - Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (2008).....	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO - Arquivo Brasileiro de Oftalmologia
AMB - Associação Médica Brasileira
ANT – Teoria Ator-Rede
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CBO – Conselho Brasileiro de Oftalmologia
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
COSEMS- Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CFM – Conselho Federal de Medicina
CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica
DAB – Departamento de Atenção Básica
DAE – Departamento de Atenção Especializada
DAPE – Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
DMRI - Degeneração Macular Relacionada à Idade
FACO – Facoemulsificação
FAEC- Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAV - Fundação Altino Ventura
GTPO - Grupo de Trabalho Permanente em Oftalmologia
HMV - Hospital Moinhos de Vento
IAPB - Agência Internacional para Prevenção da Cegueira
IBC – Instituto Benjamin Constant
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICO - International Council of Ophthalmology
IOC/Fiocruz - Instituto Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz
IPEPO - Instituto da Visão
LIO – Lente Intraocular
MEC – Ministério da Educação
MS - Ministério da Saúde
NUTT - Núcleo de Telemedicina e Telessaúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não-Governamental
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PAAO - Associação Pan-Americana de Oftalmologia

PBL - Programme for the Prevention of Blindness
PNAO – Política Nacional de Assistência Oftalmológica
PROADI-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento do SUS
PSP/ENSP - Programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública
RAS - Rede de Atenção à Saúde
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SAES- Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SBO – Sociedade Brasileira de Oftalmologia
SES/RS - Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SP- São Paulo
SUS – Sistema Único de Saúde
UNICAMP - Universidade Federal de Campinas
UNIRIO - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
VLEG - Vision Loss Expert Group
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	SITUANDO O PROBLEMA: LOCALIZANDO A SAÚDE OCULAR NA HISTÓRIA, NO BRASIL E NO MUNDO	17
2.1	A SAÚDE OCULAR COMO UM PROBLEMA PÚBLICO	18
2.2	RECONHECENDO A TRAJETÓRIA DA OFTALMOLOGIA NO BRASIL	21
2.3	A SAÚDE OCULAR COMO ESTRATÉGIA GLOBAL NO CUIDADO OFTALMOLÓGICO.....	24
2.4	A SAÚDE OCULAR NO CONTEXTO BRASILEIRO.....	27
2.5	A SAÚDE OCULAR COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE.....	31
3	CAMINHOS DA PESQUISA	36
3.1	BOURDIEU E LATOUR REFERÊNCIAS NORTEADORAS PARA SUBSIDIAR A ANÁLISE DA POLÍTICA	37
3.2	DEFINIÇÕES E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	41
3.2.1	O Pré - Campo	41
3.2.2	Seguindo os atores como uma estratégia de pesquisa.....	57
4	A OFTALMOLOGIA COMO CAMPO E SUA REDE DE ATORES.....	66
4.1	O CAMPO DA OFTALMOLOGIA, INSTITUIÇÕES MEDIADORAS E AGENTES EM TRÂNSITO	66
4.2	SEGUINDO OS ATORES: COMO E PORQUE FAZEM.....	79
4.3	O LUGAR DA TECNOLOGIA.....	86
5	TEMAS E PAUTAS PARA A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO EM OFTALMOLOGIA (PNAO).....	95
5.1	LOCALIZANDO A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA EM OFTALMOLOGIA	95
5.2	OLHARES E PAUTAS PARA A POLÍTICA.....	104
5.2.1	Os Mutirões e a pauta da assistência oftalmológica	115
5.3	PAUTAS PARA A OFTALMOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA (AB).....	121
5.3.1	Telemedicina	133
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	142

REFERÊNCIAS	148
APÊNDICE A- Roteiros de Entrevista.....	157
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	1584
ANEXO - Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO).....	161

1 INTRODUÇÃO

Esta tese focaliza a constituição do campo da Oftalmologia no Brasil visando compreender por meio das interações entre atores, instituições e governo, que estabelecem entre si conexão com os setores público e privado, o processo de construção de políticas públicas para a saúde ocular no Brasil.

No ano de 2011 iniciei como farmacêutica no Instituto Benjamin Constant (IBC), uma instituição vinculada ao Ministério da Educação¹ que se constitui numa referência nacional para questões relativas à deficiência visual. O contato diário com os pacientes atendidos no IBC, que chegavam ao serviço de Farmácia, revelava situações de angústias ou alegrias diante das dificuldades em adquirir medicamentos para o tratamento de doenças oculares crônicas, como também a fila de espera para a realização de procedimentos cirúrgicos diversos. Este contexto me provocou inúmeras inquietações, onde questões surgiram em especial sobre a organização da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) e as políticas públicas direcionadas a esse campo.

Do ponto de vista de quem atuava num Instituto de referência nacional, o que se apresentava era uma situação ainda muito precária de organização desta área assistencial, pois chegavam à instituição muitas pessoas que não conseguiam acessar consultas e medicamentos para o acompanhamento e controle de doenças de fácil tratamento, como o glaucoma, ou para realização da cirurgia de catarata, algo comum e com possibilidade de tratamento, exigindo apenas o especialista e a garantia da lente. Em geral, as pessoas que chegavam ao Instituto haviam esbarrado em barreiras importantes de acesso no SUS e conseguiam o atendimento no IBC após muito insistirem ou por indicações mais específicas. Além disso, ainda que o atendimento no IBC seja de qualidade, em muitas situações, a existência do copagamento para procedimentos cirúrgicos configurava-se em mais uma barreira de acesso para pessoas em condições financeiras precárias.

Do lugar de trabalhadora deste Instituto e imersa na rotina da assistência oftalmológica, pude conhecer a importância da saúde ocular no universo de questões da saúde, com dados alarmantes no mundo e Brasil. As informações mais recentes do World Report on Disability 2010 e do Vision 2020, revelam que a cada 5 segundos, 1 pessoa se torna cega no mundo e que do total de casos de cegueira, 90% ocorrem nos países nomeados

¹ O IBC está localizado no bairro da Urca no município do Rio de Janeiro e desempenha suas principais atividades na área de deficiência visual, em especial a educação escolar e profissionalização de deficientes visuais. A oferta de atendimento oftalmológico, a alunos e a comunidade, faz parte da trajetória da instituição na formação especializada de médicos oftalmologistas, desde 1975, através de convênios com Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) e a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). No ano 2000, é instituído o programa de residência médica em oftalmologia do IBC após receber bolsas de estudos ofertadas pelo Ministério da Educação.

emergentes e subdesenvolvidos. A estimativa apresentada apontou que, até 2020, o número de pessoas com deficiência visual poderia dobrar no mundo, tendo como principais causas os erros de refração, catarata, glaucoma e doenças da retina. (WHO, 2011) No Brasil, os resultados do Censo Demográfico de 2010 apontaram para mais de 6,5 milhões de pessoas com alguma deficiência visual (em torno de 3,5% da população), sendo aproximadamente 528 mil pessoas incapazes de enxergar (cegos) e um pouco mais de 6 milhões com baixa visão ou visão subnormal, que indica grande e permanente dificuldade de enxergar. O Censo apontou também que outros 29 milhões de pessoas declararam alguma dificuldade permanente de enxergar, necessitando de óculos ou lentes. (IBGE, 2012) Infelizmente, a não realização do Censo em 2020 dificulta um diagnóstico mais próximo da realidade que nos encontramos hoje, o que traz implicações para o desenvolvimento de políticas públicas condizente com as situações de saúde e social.

A partir da vivência no IBC reconheci nesse contexto de inquietações, a possibilidade de buscar na formação acadêmica um caminho para compreender as questões do cotidiano. Ao ingressar para o mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ, num primeiro momento, havia uma intenção maior em aprofundar na análise da organização da assistência oftalmológica no SUS e compreender as portas de entrada e fluxos, mas essa questão se mostrou de difícil operacionalização pelo caminho de pesquisa junto à gestão e o serviço de saúde. Deste modo, a proposta que se desenhou foi de se buscar identificar questões relacionadas à organização da rede de atenção em oftalmologia no SUS a partir do itinerário dos pacientes atendidos no IBC.

A dissertação intitulada “Ensaio sobre Cegueiras: o itinerário terapêutico de pacientes assistidos no Instituto Benjamin Constant” buscou identificar os obstáculos presentes no acesso à assistência oftalmológica no âmbito do SUS, a partir dos itinerários percorridos pelos pacientes do IBC que ali chegavam. O estudo de mestrado possibilitou algumas compreensões e deixou pistas para estudos futuros, assim, observamos na relação entre o IBC e o SUS um modo de atuação diferenciado, tanto na organização da rede de atenção como no modelo de formação especializada.

Ao longo da pesquisa percebemos não haver uma integração entre o IBC e as redes de atenção no SUS, contribuindo para uma assistência independente de qualquer serviço de assistência oftalmológica no sistema de saúde. Os obstáculos para o acesso e continuidade ao tratamento especializado estão associados a aspectos estruturais de funcionamento da rede pública de saúde estadual do Rio de Janeiro, mas, também, da rede privada, por meio da precarização dos planos de saúde, com evidente sobrecarga do apoio familiar em termos

financeiros. Ainda as barreiras presentes, tanto no serviço público quanto no privado, revelaram as fragilidades presentes na saúde ocular enquanto política pública, representando um desafio para os avanços na área, em termos de acesso e integralidade do cuidado como previsto/defendido na construção do SUS. (Lima, Baptista e Vargas, 2017)

Diante das dificuldades no acesso, as óticas se apresentaram no estudo como um caminho viável adotado pelos entrevistados para resolver seus problemas oculares, especialmente, quando nestes estabelecimentos compreendem-se o acesso ao atendimento básico, com exame de acuidade visual e prescrição de óculos, uma solução rápida para os incômodos do dia a dia. Nesta perspectiva, observou-se também o desconhecimento sobre as doenças oculares e seus riscos, retardando assim a busca por cuidado especializado. Desse modo, a consulta oftalmológica é priorizada diante da impossibilidade de resolução com recursos ópticos. Situações de insegurança e vulnerabilidade fizeram parte de todos os itinerários investigados, deste modo, os aspectos simbólicos que tangem as doenças oculares combinam-se ao risco iminente da cegueira, impulsionando os pacientes a realizar sacrifícios financeiros para acessar diagnóstico e/ou tratamento.

Considerando que o IBC está inserido no programa de residência médica em oftalmologia, credenciada pelo Ministério da Educação (MEC) e o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), alguns elementos sobre a formação especializada destacaram-se no estudo como a centralização do ensino na perspectiva biomédica, com a priorização no desenvolvimento de habilidades técnicas, desarticulada de uma assistência especializada integral. Este aspecto sinalizava o protagonismo dos interesses e da lógica privada, onde a forma e organização do acesso impunham barreiras financeiras na assistência ofertada pela instituição, especialmente associadas à cirurgias de catarata.

Nesta perspectiva, reconhecemos uma dinâmica própria onde o âmbito público, representado pelo IBC, direcionava a formação de oftalmologistas, majoritariamente, para atuação no setor privado, reforçando assim um trânsito horizontal com benefício para os interesses da categoria. Tal circunstância indica uma classe médica que conserva o poder das decisões voltadas a uma lógica de manutenção de privilégio, logo o clientelismo na assistência médica, proporcionando a inserção profissional diferenciada a jovens médicos promissores, a presença do capital social a partir das heranças familiares de pai para filho, tende a expressar na área da oftalmologia uma prática social sustentada pelo Estado Brasileiro.

Por outro lado, o estudo também deixou muitas questões em aberto e aguçou ainda mais a curiosidade e vontade de saber sobre os processos políticos e decisórios relativos a essa

área no SUS. Foi com a intenção de compreender a configuração das políticas de assistência oftalmológica no SUS que me aventurei no doutorado. Algumas inquietações se apresentavam: Por que a política de assistência oftalmológica não é tratada como uma ação prioritária de saúde pública? Por que a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO) somente foi definida em 2008? O que ainda dificultava o desenvolvimento dessa Política no cotidiano do SUS? Quem foram os atores que participaram da formulação dessa Política e como sustentaram seu desenvolvimento? O que esse cenário reflete da atuação de atores que participam desta área assistencial?

Desse modo, a localização da PNAO se tornou um ponto de partida para a construção da proposta de estudo de doutorado apontando para o desenvolvimento de uma pesquisa que avançasse na análise política deste campo da atenção à saúde. Tendo como base os aprendizados do estudo de mestrado, em especial no reconhecimento de que há uma dinâmica própria de organização da área de oftalmologia como especialidade médica definimos um caminho de pesquisa que buscaria conhecer as formas de organização da oftalmologia como um campo (subcampo da medicina).

Nesta perspectiva, buscamos nas discussões empreendidas por Pierre Bourdieu (1989, 1996, 2004) inspiração para a reflexão e construção do estudo. Com isso, identificamos o conceito de campo como *“um universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem e difundem a arte, a literatura ou a ciência.”* pág. 20, (Bourdieu, 2004) Assim, buscamos aprofundar esta leitura em Bourdieu para encontrar elementos que mostrasse a dinâmica da oftalmologia no Brasil. Ou seja, conhecer o capital social, econômico, político e cultural que este campo mobiliza.

O caminho proposto para análise definia como prioridade olhar a política a partir da dinâmica de organização de um campo e não necessariamente pelas regras institucionais e processos decisórios que envolveram a formulação da PNAO e seus desdobramentos. No percurso de mapeamento do campo, chegamos aos atores e vislumbramos na proposta teórica da Teoria Ator-Rede de Latour (2012) um convite à aproximação das conexões e disputas deste campo, a partir da movimentação desses atores humanos, mas também dos atores não-humanos que estão presentes de forma constitutiva nessa área assistencial, visto que a oftalmologia é mediada por múltiplos e cada vez mais sofisticados equipamentos e insumos.

Foi, portanto, numa associação entre esses dois referenciais – campo com Bourdieu e ator-rede com Latour – que chegamos à proposta deste estudo apostando que ao seguirmos os atores deste campo seria possível estudar conexões, formas de inserção, modos de atuar e pontos de interação e tensão no desenvolvimento da política pública de oftalmologia no

Brasil. Não se trata, portanto, de um estudo sobre a formulação da PNAO ou um estudo do processo decisório e institucional. Trata-se de um estudo que assume uma perspectiva sociológica na análise da política buscando conhecer as dinâmicas, os modos de se organizar e as ofertas de política que se apresentam no diálogo entre os atores do campo da oftalmologia com o campo burocrático da saúde (Ministério da Saúde).

Ao adentrarmos no entendimento da oftalmologia como um subcampo da medicina, conseguimos conhecer as especificidades desta especialidade na discussão de saúde, sua forma de organização/dinâmica na interação com diferentes áreas. Ainda, ao olharmos para as redes sociotécnicas, seguindo os atores, mobilizamos uma compreensão sobre as formas de interação e conexão (ou relações estabelecidas) entre os atores humanos e não humanos que ocupam este espaço e guiam iniciativas que impactam a atenção oftalmológica no SUS, ou seja, produzindo efeitos na construção de políticas públicas.

As perguntas que perseguimos no estudo remetem ao entendimento da dinâmica desse campo e suas interações com a política: Quem são os atores humanos e não humanos participantes do debate do campo da oftalmologia no Brasil? Como se organizam e interagem? Como as tecnologias de atenção nessa área são vistas e incorporadas no debate da área? De que modo a interação dos atores do campo define ações e prioridades para a política pública de oftalmologia no Brasil?

O **objetivo geral** do estudo volta-se, assim, para uma análise sobre as interações entre atores do campo da oftalmologia e o que eles, a partir dessa interação, produzem de demanda para a gestão pública, identificando o que de suas demandas alcança espaço na agenda governamental.

Nossa aposta e oferta é que o estudo mobilize reflexões sobre as prioridades e ações da política pública nessa área. Há uma carência de estudos na área da saúde ocular sob a perspectiva epidemiológica e da saúde pública, e mais ainda, uma ausência de estudos sobre as políticas públicas nesta área. A escassez de estudos epidemiológicos foi relatada pela Revista Brasileira de Oftalmologia, numa revisão (Portes, 2012) que constatou que entre 2010 e 2012 dos 144 artigos publicados a maioria estudou, predominantemente, testes diagnósticos e procedimentos cirúrgicos. Dez por cento dos estudos abordaram epidemiologia de doenças oculares. Destes 10%, aproximadamente 85% foram realizados em instituições como hospitais e clínicas oftalmológicas e apenas 15% concluíram estudos epidemiológicos considerando dados de comunidades ou em âmbito populacional. Segundo o autor, este pode ser um problema importante para compreensão do problema na população, pois estudos epidemiológicos que buscam estimar estatisticamente as doenças oculares não devem ser

realizados em hospitais ou clínicas especializadas, porque podem sofrer viés, nesses centros tende-se a concentrar os doentes mais graves afastando-se da realidade presente na comunidade. (Portes, 2012)

Desta forma, mostra-se oportuno pesquisar a área de saúde ocular do ponto de vista epidemiológico e construir o diálogo com estudos de política pública, para compreender os processos políticos responsáveis pelos avanços e obstáculos presentes no seu fortalecimento/desenvolvimento e ampliação da assistência oftalmológica no SUS. Destaco que este estudo se apresenta como uma contribuição ao debate sobre o papel da saúde ocular no sistema público de saúde.

A tese está estruturada em 04 capítulos. No primeiro, apresentamos o cenário onde se insere a discussão da Oftalmologia no mundo e no Brasil e a construção da ideia de saúde ocular. Aborda informações sobre a magnitude das doenças oculares e as diretrizes gerais existentes para orientação de políticas públicas nesta área visando promover e prevenir doenças, mas também garantir o acesso a ações de reabilitação e tratamento eficazes. O capítulo parte da referência internacional e em seguida apresenta a situação brasileira.

O segundo capítulo descreve os caminhos da pesquisa onde são apresentados os referenciais teóricos que nortearam a construção do estudo e como foram definidas as estratégias teóricas e metodológicas adotadas. Assim, trazemos as contribuições do referencial de Bourdieu sobre campo e as redes sociotécnicas de Latour. Em seguida, apresentamos os bastidores da pesquisa, desde a realização do pré-campo, o mapa dos atores, a realização das entrevistas e as estratégias para seguimento dos atores. O intuito é assinalar como os dados e informações reunidas falam sobre o objeto e apoiam a interpretação dos resultados quanto à constituição do campo, os atores/redes e a política delineada.

Os capítulos três e quatro referem-se aos resultados do estudo. Assim o capítulo três apresenta a análise da Oftalmologia como um campo retomando aspectos históricos no desenvolvimento desse campo no Brasil, as suas instituições basilares, os atores humanos envolvidos e suas formas de inserção e trajetórias de formação, e, por fim, os atores não-humanos.

O capítulo quatro localiza os temas e pautas para a Política Nacional de Assistência Oftalmológica a partir do diálogo entre os atores do campo da oftalmologia e os gestores do campo burocrático. Assim, destacamos a trajetória das políticas de assistência oftalmológica, as percepções dos diferentes atores da oftalmologia sobre a política nacional e por fim, as ações nessa área para atenção especializada e atenção básica no SUS, discutindo em cada âmbito pontos de tensão e temas manifestados entre os atores e gestores da saúde.

2 SITUANDO O PROBLEMA: LOCALIZANDO A SAÚDE OCULAR NA HISTÓRIA, NO BRASIL E NO MUNDO

Até o momento, utilizei as expressões oftalmologia, assistência oftalmológica e saúde ocular para apresentar meu tema e objeto de estudo sem fazer muitas distinções, mas é importante esclarecer algumas diferenças entre essas terminologias para uma melhor compreensão da discussão que será desenvolvida.

Oftalmologia é uma especialidade médica que se dedica ao estudo e tratamento de doenças relacionadas ao sistema visual – olhos, nervos e as estruturas acessórias: pálpebras, supercílios, músculos e aparelho lacrimal. O oftalmologista é o médico especialista na saúde ocular, capacitado para diagnosticar e tratar doenças da visão e anexos além de identificar erros de refração². As subespecialidades da oftalmologia se dividem conforme a região dos olhos, e indica especialistas em uma área específica do sistema visual ou cirúrgico do olho, nesse caso, geralmente há um ou dois anos de treinamento adicional aprofundado em áreas como: glaucoma, retina, córnea, catarata, oftalmopediatria, plástica ocular, oncologia ocular, visão subnormal, entre outras. (Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2017)

A assistência oftalmológica remete à prática médica deste especialista, que é orientada por protocolos e diretrizes clínicas estabelecidos pela comunidade médica (Sociedades Médicas e Conselhos de Especialistas) em interação com órgãos reguladores da profissão (Conselho Federal de Medicina, Anvisa, Ministério da Saúde) e em consonância com órgãos internacionais (Organização Mundial da Saúde). As ações assistenciais voltam-se tanto à promoção da saúde ocular e prevenção das doenças oculares como ao tratamento e a reabilitação.

Saúde Ocular é a terminologia utilizada na apresentação de políticas públicas nesta área assistencial compreendendo um conjunto de ações articuladas, entre os diferentes níveis e práticas assistenciais na saúde e com outros setores (escola, assistência social, etc), visando promover uma atenção integral à saúde. Esta terminologia consiste num enunciado que remete às condições para o bem-estar e que favorecem a saúde ocular de indivíduos e grupos populacionais, estando associadas às condições de vida e fatores condicionantes (hereditariedade, exposição a risco, acesso a diagnóstico e tratamento, entre outros).

Considerando que a proposta deste estudo é conhecer a partir da interação e relação dos atores (humanos e não humanos) do campo da oftalmologia o que é produzido de ações e desdobramentos para as políticas públicas de saúde em oftalmologia, tornou-se importante

² Os erros refrativos são: miopia, astigmatismo, hipermetropia e presbiopia.

manter as três nomenclaturas no estudo conforme o contexto e aplicação. Veremos que entre gestores públicos e na discussão do tema pelo campo burocrático da saúde (Ministério da Saúde) prevalece a nomenclatura saúde ocular, enquanto entre médicos especialistas é mais frequente a utilização da terminologia assistência oftalmológica.

2.1 A SAÚDE OCULAR COMO UM PROBLEMA PÚBLICO

A visão³ é um dos sentidos reponsáveis por captar as percepções do meio interno e externo, amplificando as informações em harmonia com os outros sentidos, onde, através de uma grande variedade de sensações, permite ao indivíduo um modo de estar no mundo. A cegueira impacta diretamente no bem-estar individual, e produz imensas consequências na rotina cotidiana e laboral dos indivíduos. Os custos de perda de produtividade, e reabilitação e educação dos cegos, constituem um entrave socioeconômico, especialmente em países em desenvolvimento, onde há infraestrutura ainda precária para atender as necessidades desse grupo. Diante do cenário global de progressivo adoecimento, as iniciativas de promoção da saúde ocular e prevenção de doenças oculares são alternativas a fim de reduzir a prevalência de casos de deficiência visual e cegueira nas próximas décadas.

A primeira estimativa global⁴ sobre a magnitude e as causas da deficiência visual foi baseada nos dados da população mundial de 1990 indicando 38 milhões de cegos e 110 milhões com deficiência visual. Através desses dados as estimativas futuras poderiam ser extrapoladas, a fim de mensurar a extensão do ônus global para as décadas seguintes. Gradativamente a população mundial mudou, assim como as estimativas anteriormente utilizadas como parâmetro, e, hoje, não devem ser usadas como único critério de comparação dos dados. Sabe-se que fatores relacionados às condições de vida também atribuem peso a situações de adoecimento. Com o aumento populacional, especialmente em países em desenvolvimento, e o crescimento da população de 50 anos ou mais, amplia-se os riscos a novos casos de deficiência visual nos próximos anos. (WHO, 2018a)

Recentemente as estimativas sobre deficiência visual foram atualizadas para os próximos anos, com base no extenso trabalho de pesquisa do Vision Loss Expert Group

³ Os graus de visão abrangem um amplo espectro de possibilidades: desde a cegueira total, até a visão perfeita. A expressão 'deficiência visual' se refere ao espectro que vai da cegueira até a visão subnormal ou baixa visão.

⁴ "Global DataBase on Blindness and Visual Impairment" é um banco de dados criado em 1978 pelo Programa de Prevenção da Cegueira da OMS para planejar, monitorar e avaliar atividades. Produziu a primeira estimativa confiável de carga de doenças relacionadas à cegueira e deficiência visual, usado também como parâmetro para World Bank's - World development report em 1993.

(VLEG)⁵⁶. Em estudo resultante de revisão sistemática da literatura e dados não publicados disponíveis de estudos de base populacional, sobre prevalência de cegueira e deficiência visual de 1980 a 2015, pode-se identificar as variações existentes em escala global. Observou-se que embora tenha ocorrido uma diminuição na prevalência de cegueira padronizada por idade e deficiência visual de moderada a grave entre 1990 e 2015, a prevalência bruta de pessoas com deficiência visual foi pouco alterada, alertando para o crescimento e envelhecimento populacional como fatores responsáveis por esse cenário. (Flaxman *et al.*, 2017)

Seguindo os resultados da referida pesquisa, o estudo publicado por Bourne et al (2017) traz dados correspondentes ao ano de 2015 que estimavam 36 milhões de pessoas cegas, 217 milhões com deficiência visual moderada ou severa, e 188 milhões tinham comprometimento leve da visão. Já os dados provenientes do Global Vision Database, utilizado pelo VLEG, permitem estimar aproximadamente 9 bilhões de pessoas com 35 anos ou mais afetadas por comprometimento da visão de perto devido à presbiopia⁷ não corrigida. Embora tenha ocorrido uma melhora na redução da prevalência de deficiência visual, diretamente associadas à qualidade de vida e fatores socioeconômicos, o crescimento e mudança na estrutura etária da população mundial estão causando um aumento substancial no número de pessoas com cegueira e deficiência visual, esta constatação destaca a necessidade de ampliar esforços atuais a nível global, regional e nacional. (Bourne *et al.*, 2017)

A deficiência visual acomete pessoas em todas as idades, onde as principais causas estão associadas a erros de refração e a catarata, esta ocupa o primeiro lugar de casos de cegueira chegando a 51%. (Pascolini e Mariotti, 2012) Outras doenças como a retinopatia diabética⁸, a degeneração macular relacionada à idade (DMRI)⁹, o glaucoma¹⁰, a opacidade da córnea¹¹ e o tracoma¹² também aparecem prevalentes em todo mundo.

⁵ É um grupo internacional formado por oftalmologistas e optometristas com experiência em epidemiologia oftalmológica. Embora fosse externo à Organização Mundial de Saúde, a formação do grupo busca contribuir em estudos sobre Carga Global de Doenças com o objetivo de fornecer liderança técnica global no desenvolvimento e aprimoramento de estimativas epidemiológicas para cegueira e deficiência visual. Atualmente este grupo é financiado pelo Brien Holden Vision Institute, Fondation Théa, Gates Foundation, Lions Clubs International Foundation, Sightsavers International, The Fred Hollows Foundation e University of Heidelberg.

⁶ Como parte do processo de mapeamento de atores, identificamos três pesquisadores e/ou médicos oftalmologistas da USP vinculados ao grupo de pesquisa da Johns Hopkins School of Public Health, que integra os estudos no VLEG.

⁷ Presbiopia: é uma condição ocular associada ao envelhecimento do olho humano caracterizada por diminuição progressiva da capacidade de focar nitidamente objetos a curta distância, popularmente conhecida como “vista cansada”.

⁸ Doença que afeta os pequenos vasos da retina relacionada à diabetes e ao descontrole da glicemia.

⁹ Doença que afeta a mácula, uma parte da retina, e leva a perda progressiva da visão central.

¹⁰ Doença causada pela elevação da pressão intraocular provocando lesões no nervo óptico, levando a perda progressiva do campo visual.

¹¹ Caracterizado pela perda de transparência da córnea pode ocorrer como sequelas de infecções, ceratites bacterianas e fúngicas, ou após traumas e cirurgias refrativas.

Existem variações nas causas que estão associadas à deficiência visual entre os países. Em países de baixa e média renda a proporção de deficiência visual atribuível à catarata é maior do que em países de alta renda. Já em países de alta renda, doenças como retinopatia diabética, glaucoma e degeneração macular relacionada à idade são mais comuns. Entre as crianças, as causas da deficiência visual variam consideravelmente entre os países. Por exemplo, em países de baixa renda, a catarata congênita é uma das principais causas, ao passo que nos países de alta renda é mais provável que seja a retinopatia da prematuridade.(WHO, 2018a)

A condição de pobreza está subjacente não apenas às causas, mas também à perpetuação de problemas de saúde, incluindo a saúde dos olhos. Portanto, a cegueira continua a ser uma barreira fundamental para o desenvolvimento. Um número cada vez maior de pessoas está em risco de deficiência visual à medida que as populações crescem e as mudanças demográficas avançam em direção à predominância de grupos etários mais velhos. A disparidade global e a desigualdade na disponibilidade de serviços de saúde ocular ainda não conseguem prevenir e controlar a maioria dos casos de cegueira evitável nas partes mais pobres e populosas do mundo. (WHO, 2018b)

Estimativas globais apontam que aproximadamente 80% do comprometimento da visão é considerado evitável. As intervenções disponíveis são eficazes para prevenir e tratar doenças oculares, como, por exemplo, o erro de refração não corrigido pode ser corrigido com óculos, enquanto a cirurgia de catarata pode restaurar a visão, assim como a reabilitação da visão também é eficaz para o tratamento de pessoas com deficiência visual irreversível.(WHO, 2018a) Embora haja uma diversidade de terapias farmacológicas, técnicas cirúrgicas e recursos óticos que ajudam a restaurar a visão, o elevado acometimento de pessoas com deficiência visual em todo mundo indica que há um descompasso nos serviços de saúde em prover cuidados, especialmente nos países em desenvolvimento.

Inúmeras iniciativas são realizadas para evitar os casos de cegueira e prover assistência oftalmológica, a OMS desponta no início da década de 1950 com os primeiros esforços na prevenção da cegueira através de programas dedicados à prevenção e erradicação do tracoma. (WHO, 1973)Esses esforços envolviam não só a prestação de assistência aos estados membros, para avaliar a magnitude do problema e instituir atividades de controle, mas também incentivos em pesquisas voltadas a opções de tratamento. Países do Mediterrâneo oriental, sudeste da Ásia e regiões do Pacífico Ocidental foram contemplados com o

¹² Conhecida como conjuntivite granulomatosa é uma doença inflamatória ocular crônica e recidivante, causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis* e que afeta pálpebras, conjuntiva e córnea.

Programa Nacional de Controle do Tracoma, e embora tenha contribuído na redução da endemia e prevenção da cegueira, tal iniciativa não se mostrava sustentável tornando-se uma agenda inacabada. (Resnikoff e Pararajasegaram, 2001; Thylefors, 1985).

2.2 RECONHECENDO A TRAJETÓRIA DA OFTALMOLOGIA NO BRASIL

As transformações na medicina, no início do século XIX, foram marcadas por mudanças significativas na educação, saúde e ciência. A partir da década de 1880 a especialização começou a ser percebida como essencial à ciência médica, onde seu processo de desenvolvimento esteve vinculado a determinadas pré-condições que auxiliaram a reconfigurar a prática médica. (Bruce, 2005; Weisz, 1994)

As profundas transformações nos fundamentos práticos e teóricos da medicina acadêmica europeia contribuíram para o incentivo às pesquisas e observações, e o desenvolvimento de novas tecnologias. Nesse contexto, a medicina dos olhos também passou por importantes alterações, principalmente após a criação do oftalmoscópio¹³ em 1851, possibilitando aos oculistas¹⁴ uma maior compreensão dos órgãos visuais. Apesar da oftalmologia permanecer uma atividade predominantemente cirúrgica, a criação desse novo instrumento representou um marco no processo de emergência dessa disciplina como especialidade médica, determinando mudanças significativas no saber e na prática desses profissionais (Bruce, 2005), configurando também uma especialidade cada vez mais dependente do uso de equipamento para o exercício de sua prática. Ou seja, um ator não-humano numa relação horizontal com o ator humano.

No Brasil, a emergência da Oftalmologia como especialidade médica também deve ser compreendida como parte deste processo mais amplo de especialização da medicina europeia do século XIX. Esse processo perpassa por caminhos que irão configurar o prestígio e poder sobre a nova especialidade pela elite médica, delimitando assim o campo de atuação perante a sociedade e seus pares. Nesse contexto, os jornais médicos¹⁵ foram instrumentos determinantes no processo de legitimação e institucionalização das disciplinas emergentes

¹³ Instrumento que permite a observação do fundo ocular, e contribuiu para o estudo ocular, o exame e diagnóstico de vários problemas internos, entre eles o deslocamento da retina, sendo indispensável para a compreensão da anatomia e fisiologia dos órgãos da visão.

¹⁴ A partir da década de 1850, os termos oftalmologia e oftalmologista começaram a ser utilizados regularmente para designar o médico especialista nas doenças oculares.

¹⁵ Outra via de construção para o processo de legitimação, além de jornais médicos, foram as publicações de livros e manuais especializados, além da participação de médicos especializados em doenças oculares no 1º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia em 1888.

pela sociedade letrada, além de colocar os médicos em contato com os mais recentes trabalhos científicos produzidos no Velho Continente e América do Norte. (Bruce, 2005)

A Revista Brasileira de Ophthalmologia é a primeira publicação científica de uma especialidade médica criada no Brasil, e teve grande relevância no processo de legitimação da nova disciplina pela elite médica. Apesar da curta duração, três números entre janeiro e junho de 1888, demonstram a força do movimento corporativo a fim de garantir a autoridade médica na resolução dos problemas relacionados à nosologia e terapêutica das doenças oculares. (Bruce, 2005)

Cabe destacar a importância deste periódico especializado para a construção do processo de institucionalização do novo ensino oficial da oftalmologia, na Faculdade de Medicina no Rio de Janeiro, por médicos especialistas impulsionados pelas mudanças na medicina europeia¹⁶. A tentativa de institucionalizar as medidas¹⁷ previstas pelos médicos da Corte, através da criação de um estatuto para a Faculdade na década de 1850, foi neutralizada pela política centralizadora e hierárquica do Estado Imperial. Apesar de deter o controle sobre a formação médica, o governo Imperial não reservava uma atenção especial à qualidade do ensino da profissão. (Bruce, 2005; Edler e Dantes, 1992)

Diante disso, buscando garantir sua autoridade profissional e o monopólio do conhecimento médico oficial, essa elite médica¹⁸ iniciou um movimento reformador que tinha dentre algumas propostas: a defesa da criação de uma imprensa médica independente, a fim de reforçar a união da categoria contra os praticantes leigos, reformas nas instituições médicas seguindo o modelo europeu, além de propagar a crença de que as reformas implementadas nas instituições de pesquisa e ensino, dos grandes centros científicos da Europa e Estados Unidos, foram determinantes para o desenvolvimento e a competência da medicina nesses países. (Edler e Dantes, 1992)

As mudanças desencadeadas contribuíram também para a criação de várias casas de saúde¹⁹ a partir das décadas de 1860-1870 na Corte. Alguns desses estabelecimentos ofereciam cursos livres das especialidades médicas, que eram ministrados em consultórios especializados, destaca-se o Instituto Oftalmológico do Brasil na Santa Casa de Misericórdia

¹⁶ Na ausência do ensino prático e experimental das disciplinas específicas nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, os médicos interessados nas doenças oculares frequentaram as clínicas especializadas dos grandes mestres europeus, especialmente a clínica oftalmológica de Louis De Wecker em Paris.

¹⁷ Projeto de reforma do ensino médico inspirado nos fundamentos práticos e teóricos da medicina acadêmica europeia.

¹⁸ Representada pelos práticos (oculistas) concentrava diferentes tipos de poder como: cargos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, na Academia Imperial de Medicina e/ou na esfera política.

¹⁹ Ofereciam serviços especializados nas moléstias dos olhos as Casa de Saúde: 1868-Convalescência do Dr. Eiras, 1870-Bom Jesus do Calvário, 1871-Allo-Homeopática Nª Sra da Glória, 1872-Santa Thereza, 1873- Nª Sra. D'Ajuda e 1875- São Sebastião.

do Rio de Janeiro. Criado pelo médico Carron Du Villards²⁰ em 1858 era considerado o primeiro serviço gratuito no país de assistência aos doentes dos olhos, e determinante no processo de institucionalização da Oftalmologia na cidade do Rio de Janeiro. Mais tarde outro serviço importante desponta na especialização dos alunos de medicina, o Instituto Oftalmológico na Policlínica Geral do Rio de Janeiro criado por Moura Brazil em 1881²¹, também fazendo parte do processo de inserção de médicos brasileiros na comunidade internacional, estimulando e contribuindo para o desenvolvimento científico. (Abreu Fialho, 1982; Edler e Dantes, 1992; Santos Filho, 1991)

O desenvolvimento acadêmico e científico no ensino da oftalmologia, aliado à criação dos primeiros serviços de saúde oftalmológicos, foi essencial para legitimar a especialidade no país, a despeito de adversidades do governo imperial. Ainda observa-se nestes registros iniciais, o pioneirismo na construção de espaços dedicados à formação especializada na área, inspirados nas transformações da época. Essas características indicam, preliminarmente, a autonomia da oftalmologia em preservar/liderar questões de interesse para seu campo de atuação, acompanhados do prestígio e autoridade presentes na classe médica.

O século XX será de grandes transformações no campo médico, em especial após Segunda guerra mundial, com o processo de reconfiguração do ensino médico para atender as demandas da população. Nessa trajetória, a Residência Médica surge como um novo momento para a formação profissional especializada, assumindo trajetórias particulares nos diferentes países. Atualmente se apresenta como modalidade de ensino e espaço de formação da categoria médica²² fundamental para adquirir conhecimento, habilidade e experiência (Lima, 2008; Ministério da Educação, [s.d.]

Na oftalmologia, o programa de residência médica é um dos caminhos para a formação especializada presente nas instituições de saúde credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Já os cursos de especialização em oftalmologia são credenciados pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) e representam outra opção para aprofundar os conhecimentos na área. Em ambos os casos, a obtenção do título de especialista está condicionada a aprovação na Prova Nacional de Oftalmologia elaborada e aplicada pelo CBO.

²⁰ Médico italiano naturalizado francês aportou, na cidade do Rio de Janeiro em 1857, como oculista ambulante; prática conhecida por visitar cidades e regiões remotas, onde não existiam oculistas e cirurgiões dentistas em busca de clientela lucrativa.

²¹ Nesse mesmo ano ocorre a introdução da Cadeira de Oftalmologia na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

²² Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977.

2.3 A SAÚDE OCULAR COMO ESTRATÉGIA GLOBAL NO CUIDADO OFTALMOLÓGICO

Com um perfil de liderança, a OMS se estabelece como um importante órgão de organização e coordenação de programas e iniciativas estratégicas para lidar com cenário da cegueira e deficiência visual. Em 1978, o Programme for the Prevention of Blindness (PBL)²³ indica uma mudança no escopo da organização ao ampliar as medidas de prevenção para os casos mais prevalentes de doenças oculares, além do tracoma, a oncocercose, xeroftalmia e catarata, identificadas como as principais causas de cegueira evitável. A repercussão desse cenário contribui para que a PBL estabeleça como estratégias²⁴: a criação do conceito de "cuidados primários para os olhos" e a inserção da oftalmologia como parte integrante dos cuidados primários de saúde. Tais medidas seguem em vigor na atualidade. (Resnikoff e Pararajasegaram, 2001; WHO, 1997)

Em meados dos anos 1980, mais de 50 programas nacionais, comitês, ou pontos focais haviam sido estabelecidos, e em 1998 esse número havia aumentado para mais de 110. O objetivo consiste no estabelecimento de programas nacionais de prevenção à cegueira em países membros, onde a cegueira e deficiência visual são problemas de saúde pública. A capilaridade dessas ações promove uma estreita colaboração com ONGs internacionais através do intercâmbio de informações e atividades, que anos depois contribuiria para o projeto único e precursor Vision 2020: The Right to Sight. (Resnikoff e Pararajasegaram, 2001)

A OMS através do Programa para Prevenção da Cegueira (PBL), com o apoio de organizações não governamentais e governamentais, grupos e instituições, lançou em 1999 o projeto Vision 2020: The Right to Sight, com o objetivo de eliminar os casos de cegueira evitáveis até o ano de 2020, onde destaca as principais doenças a serem controladas sendo elas: catarata, glaucoma, oncocercose, deficiência de vitamina A e outras causas oculares associadas a crianças como erros de refração, retinopatia diabética e tracoma.(Foster e Resnikoff, 2005)

²³ O PBL é integrado a OMS e instituído, em 1978, com objetivo de mapear os casos de cegueira e deficiência visual a nível global. Tal programa proporcionou inúmeras iniciativas e parcerias a fim de implementar medidas para redução de doenças oculares.

²⁴ O mandato da PBL era ajudar os Estados-Membros a organizar programas e atividades voltadas para a prevenção e controle de estas quatro principais causas de cegueira e deficiência visual. Tal iniciativa apresentava-se como uma oportunidade para afirmar a saúde ocular na atenção primária, alinhada com a declaração da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde realizada em 1978.

O projeto Vision 2020 surgiu como uma oportunidade única para revitalizar e fortalecer programas/comitês, além de criar novos núcleos onde se fazia ausente. Atualmente ainda existe a necessidade de traduzir as estratégias globais e regionais em políticas nacionais, através da definição de planos nacionais de ação, concentrando-se preferencialmente a nível periférico ou, talvez a nível distrital, tais planos de ação devem se adequar a situação em que as atividades seriam implementadas. Assim, aspectos epidemiológicos, recursos humanos, infraestrutura, entre outros são itens apontados para cuidadosa avaliação. (Resnikoff, 2000)

A partir deste projeto a OMS, a Agência Internacional para Prevenção da Cegueira (IAPB)²⁵ e seus constituintes, buscaram estabelecer parcerias e apoiar os países-membros no desenvolvimento e implementação de planos nacionais para monitoramento e avaliação, a fim de subsidiar as iniciativas do projeto Vision 2020. A orientação era que esses planos deveriam ser descentralizados e refletir o nível real de implementação das diferentes atividades. Outro aspecto apresentado como essencial era a capacitação das comunidades locais para a cooperação conjunta. (Resnikoff, 2000)

Seguindo essa estratégia de ação, em 2013, o conselho diretor da Organização Pan-Americana de Saúde, durante a 66ª Assembleia Mundial da Saúde, aprovou o “Plano de ação para prevenção da cegueira e deficiência visual 2014-2019”, com objetivo de priorizar a saúde ocular no contexto da redução das incapacidades passíveis de prevenção, o acesso aos serviços de reabilitação e a promoção da saúde e das condições de vida. Ao intensificar os esforços dos Estados Membros, da Repartição Sanitária Panamericana e dos parceiros internacionais, o plano propõe melhorar as condições de saúde ocular e prevenir a cegueira e os impedimentos visuais evitáveis. (OPAS, 2014)

Desta forma, o plano para saúde ocular é construído usando a abordagem do sistema de saúde, o que engloba a integração dos cuidados oculares em programas para todos os níveis de atenção. Mas, como aponta o documento, a redução dos casos de deficiência visual evitável depende também do progresso de outras agendas de saúde e desenvolvimento, como sistemas de saúde, recursos humanos, melhorias na área de saúde materna, infantil e reprodutiva, além de infraestrutura como fornecimento de água potável e saneamento básico. (OPAS, 2014; WHO, 2013)

O que o Plano pressupõe é que a saúde ocular deva ser considerada como parte das metas para o desenvolvimento sustentável, especialmente quando essa temática tem

²⁵ IAPB: foi criada em 1975 como uma organização coordenadora para liderar os esforços internacionais em atividades de prevenção da cegueira. Sua primeira grande conquista foi promover o estabelecimento do Programme for the Prevention of Blindness (PBL) junto a OMS em 1978, com o qual permaneceu fortemente vinculado, e que agora está incorporado na iniciativa global, VISION 2020: The Right to Sight.

conduzido a tomada de decisão em políticas e a mudanças demográficas na atualidade. Nesse aspecto, a visão apresenta-se relevante ao proporcionar saúde e bem-estar, com foco na cobertura universal de saúde²⁶ na garantia de acesso a serviços. Ainda outras questões norteadoras para saúde e desenvolvimento sustentável se apresentam como a educação, equidade de gênero, trabalho e economia. (Kocur *et al.*, 2018)

Na avaliação de Kocur *et al.*(2018) e WHO (2017), as iniciativas apresentadas no “Plano de ação para prevenção da cegueira e deficiência visual 2014-2019” tem proporcionado êxito, como a disponibilidade de intervenções para causas comuns de deficiência visual, os indicadores para a prevalência e causas da deficiência, além de monitoramento de serviços oftalmológicos. Tais ações recentes têm direcionado esforços no desenvolvimento e apoio de profissionais de saúde através da oftalmologia, optometria e profissões oftalmológicas aliadas, criando bases para o fortalecimento de serviços destinados a esse cuidado.

As dificuldades no acesso a serviços de saúde oftalmológicos constituem um dos principais entraves para o cuidado em países de baixa e média renda. Devido à escassez de serviços primários oftalmológicos a assistência encontra-se concentrada nos níveis secundário e terciário do sistema de saúde. Tal organização acaba produzindo desigualdades no acesso, gastos elevados aos pacientes e ausência de medidas efetivas para a prevenção (Woo e Woo, 2013). Em lugares onde os sistemas de saúde não são capazes de fornecer atendimento oftalmológico acessível e de qualidade, cabe aos indivíduos encontrar meios para solucionar sua situação de saúde, criando efeitos deletérios, como o caso da automedicação e/ou consulta em clínicas privadas, que acarretam em gastos elevados e renúncia de bens. (Goldschmidt e Einterz, 2014)

A integração da saúde ocular nos serviços de atenção primária é um dos caminhos apontados para prover e ampliar o acesso a serviços de saúde. Porém, tal aspecto ainda é discutível nos debates recentes, principalmente quando não há, no momento, evidências suficientes para orientar formuladores de políticas e governantes sobre como fortalecer e melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, ou ainda medir o impacto na saúde para mostrar que a prestação de serviços, ou a condição de saúde melhora com esse tipo de

²⁶ A OMS define cobertura universal de saúde-(universal health coverage (UHC)) como: “*garantir que todas as pessoas tenham acesso a serviços de saúde necessários, preventivos, curativos e de reabilitação, de qualidade suficiente para serem eficazes, além de garantir que as pessoas não sofram dificuldades financeiras ao pagar por esses serviços*”. A Cobertura de cirurgia de Catarata, por exemplo, foi reconhecida no relatório de monitoramento da WHO/World Bank UHC como um indicador importante para o acesso das pessoas idosas aos cuidados de saúde, o que pode apoiar argumentos para incluir a Catarata em pacotes essenciais. (Gray, [s.d.]). No Brasil, a proposta de Cobertura Universal foi criticada por aqueles que defendem Sistemas Universais, quanto ao risco de trazer focalização, provocando uma forte reação na área da saúde coletiva.(Barros, Delduque e Santos, 2016; Giovanella *et al.*, 2018)

integração. (Blanchet, Gilbert e Savigny, de, 2014; Toit, du *et al.*, 2013) Por outro lado, há evidências de que a integração do cuidado ocular na atenção primária pode ser eficaz através de uma supervisão reforçada e o treinamento de profissionais atuantes neste nível de atenção. (Okwen, Lewallen e Courtright, 2014; Ramke *et al.*, 2012)

Apesar de inúmeras publicações sobre barreiras ao acesso a serviços, como as cirurgias de catarata e triquíase²⁷ (Finger, 2009; Goldschmidt e Einterz, 2014; Rajak *et al.*, 2012), há pouca pesquisa sobre como os sistemas de saúde podem responder de forma eficaz e sustentável. Em artigo de revisão sistemática sobre cobertura universal de cirurgias de catarata, publicado por Blanchet et al (2014), sinaliza os principais fatores que facilitam o acesso a serviços em países em desenvolvimento como: deslocamento de profissionais para áreas rurais, integração de serviços, aumento de planos de saúde, entre outros. Porém, revela que ainda existem lacunas significativas de estudos em cuidado oftalmológico, reiterando a necessidade de mais pesquisas primárias sobre aspectos relacionados aos sistemas de saúde, para entender como a oferta de serviços oftalmológicos e as capacidades dos sistemas de saúde estão inter-relacionadas. (Blanchet *et al.*, 2012)

Deste modo, tanto a pesquisa primária quanto os estudos de revisão sistemática foram essenciais para identificar as relações entre a saúde ocular nos sistemas de saúde e a eficácia de intervenções no cuidado oftalmológico. O lento progresso da saúde ocular na difusão de pensamento inovador do sistema pode refletir bem a desconexão entre a comunidade oftalmológica com o resto do setor saúde, ainda que haja a possibilidade de aprendizado entre profissionais da saúde ocular e outras áreas da saúde, respondendo assim a anseios pertinentes à saúde pública através de pesquisas sobre sistemas de saúde e a integração de serviços primários oftalmológicos. (Blanchet, Gilbert e Savigny, de, 2014)

2.4 A SAÚDE OCULAR NO CONTEXTO BRASILEIRO

Um dos desafios para países periféricos como o Brasil e outros países da América Latina, é a falta de estudos epidemiológicos de base populacional dificultando a avaliação e identificação de problemas oculares na população. Em estudo publicado pela OMS, buscando identificar a prevalência de doenças oculares no mundo, descrevia-se como uma grande limitação a ausência de dados estatísticos e epidemiológicos em países da América do Sul,

²⁷ É uma doença que se manifesta quando os cílios crescem com desvio para dentro do globo ocular, essa condição pode ser congênita ou adquirida na fase adulta. Tem por consequência a irritação permanente da conjuntiva bulbar e da córnea, podendo ocorrer uma ceratite ou conjuntivite.

sendo, portanto, necessário extrapolar os poucos dados epidemiológicos encontrados em alguns países, e utilizá-los como estimativas para todo o continente. Mas cabe destacar que ao trabalhar com estimativas não se está contribuindo para produção de dados mais fidedignos. (Resnikoff et al., 2004)

Em 2015, as estimativas para América Latina e Caribe, sobre a prevalência e causas da cegueira e deficiência visual, indicava a perda de algum grau da visão entre uma a cada cinco pessoas. Alguns dados revelam que a prevalência padronizada por idade para casos de cegueira foi de 0,38% em todas as idades e 1,56% naqueles com mais de 50 anos; para a deficiência visual moderada e grave as estimativas apontam de 2,06% em todas as idades e 7,86% naqueles com mais de 50 anos. Já a deficiência visual leve atinge 1,89% em todas as idades e 6,93% em pessoas com mais de 50 anos. Por fim, a deficiência visual parcial acomete 39,59% em todas as idades e 45,27% naqueles com mais de 50 anos. A catarata ainda é identificada como a causa mais comum de cegueira, e os erros de refração não corrigidos é a causa mais comum de deficiência visual. (Leasher et al., 2018)

Embora a carência de estudos populacionais mais amplos seja um impasse para identificar a escala da deficiência visual no país, há diversas publicações que já apontam os dilemas na saúde ocular na população brasileira. Em estudo realizado por Kara Jose e Arieta (2000), as principais causas de deficiência visual em adultos incluem os erros de refração, glaucoma, catarata e doenças da retina. Para crianças, as causas mais prevalentes são: catarata congênita, erros de refração e retinopatia prematura, com aproximadamente 50% dos casos conhecidos de catarata congênita no país ocorridos devido a infecções e rubéola. A catarata ainda é responsável por 40% a 50% dos casos de cegueira no Brasil. (Kara Jose e Arieta, 2000)

A tendência para catarata e doenças da retina entre as causas prevalentes, também se confirma em estudo de revisão sobre dados recentes de cegueira e baixa visão na América Latina. A catarata foi a principal causa de toda a cegueira (entre 47% a 87%), em oito dos nove levantamentos realizados nos países selecionados da América Latina (Paraguai, Peru, Argentina, Cuba, Venezuela, Guatemala, México e Chile). No Brasil, a pesquisa teve como campo a região de Campinas (SP), onde a catarata causou 41% de toda a cegueira, e as doenças do segmento posterior causaram 47% (retina e vítreo). Destaca-se ainda que em todas as nove pesquisas houve melhoria da visão (10-20%), quando utilizado recursos para correção visual, indicando que os serviços ópticos pós-operatórios de boa qualidade poderiam melhorar consideravelmente os resultados da cirurgia. (Limburg, Silva e Foster, 2009)

Em estudo publicado por Salomão et al (2018), foi possível observar a condição visual em populações distintas, a partir de dados de dois estudos de base populacional, realizados na última década, onde duas áreas sociodemográficas completamente diferentes foram analisadas. Dessa forma temos: uma área de baixa renda da cidade de São Paulo (SPES), a cidade mais industrializada do país, juntamente com áreas urbanas e rurais da cidade de Parintins (BARES), na região central da Amazônia brasileira. Os resultados permitiram comparações que refletem as disparidades regionais e socioeconômicas no país, onde a prevalência de cegueira grave no olho que melhor enxerga foi de 0,77% no SPES e 2,81% no BARES, diminuindo para 0,55% com melhor correção no SPES e para 2,67% no BARES. O fato de 2,67% permanecerem cegos apesar da melhor correção óptica está provavelmente relacionado com um número substancial de pessoas com cegueira irreversível ou com catarata severa. Assim, as desigualdades de acesso aos serviços oftalmológicos são substanciais em pessoas que vivem em áreas que apresentam uma prevalência cinco vezes maior de cegueira grave do que aquelas que vivem em áreas de baixa renda de cidades desenvolvidas. (Salomão *et al.*, 2018)

É importante pontuar que no Brasil há escassez de estudos que contemplem diferentes perspectivas da saúde ocular, como, por exemplo, pesquisas epidemiológicas de âmbito populacional abrangente, ou aquelas dedicadas a serviços de saúde com foco na prática do cuidado, ou ainda aspectos sobre planejamento e gestão dos serviços. Tal limitação também foi relatada anteriormente, em estudos sobre saúde ocular na comunidade internacional, indicando que a desconexão entre a oftalmologia e outras áreas da saúde também se faz presente no Brasil, dificultando os incentivos e/ou construção de políticas públicas que possam contribuir para uma assistência oftalmológica adequada a realidade da população brasileira.

Em estudo de revisão sistemática sobre a frequência de tipos de desenho de estudo, os métodos estatísticos e a aprovação em Comitê de Ética Médica, empregados em artigos científicos publicados pelo Arquivo Brasileiro de Oftalmologia (ABO)²⁸ (Crosta *et al.*, 2005), identificou-se que entre o desenho de estudos adotados destaca-se o grande número de casos observacionais, como série e descrição de casos, que juntos somam 39,86% do total. Os estudos experimentais somaram apenas 8,55% do total, sugerindo serem os estudos clínicos os mais prevalentes na realidade científica oftalmológica brasileira.

²⁸ É um órgão oficial do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) com publicação bimestral e ininterrupta desde 1938. Seguindo os principais critérios de submissão editorial sugeridos pelo “International Committee of Medical Journal Editors”, representa o veículo de maior impacto para a atividade científica da comunidade oftalmológica brasileira.

Seguindo a tendência, outro estudo de revisão (Ventura, Ventura e Santos, 2008), constatou que os assuntos mais abordados, encontrados em 60,5% do total de temas, nessa ordem, foram: córnea e doenças externas, retina e vítreo, glaucoma, uveíte e catarata, e lentes intraoculares. Tal produção indica que por serem áreas que oferecem maior número de vagas em cursos de especialização, acaba resultando em grupos de estudos mais amplos, além de serem áreas que têm apresentado maior evolução, tanto clínica, quanto cirúrgica.

Diante da carência de produção científica que retrate a dimensão das condições da saúde ocular na população brasileira, os dados estatísticos do IBGE têm demonstrado resultados importantes através de indicadores sociais relacionados a pessoas com deficiência, e que podem dar suporte a análises nessa temática. O Censo Demográfico de 2010²⁹ apontou para 45 milhões de pessoas, aproximadamente, que declararam viver com pelo menos uma das deficiências investigadas (visual, auditiva e motora), correspondendo a 23,9% da população brasileira. As perguntas formuladas buscaram identificar as deficiências visual, auditiva e motora, com seus graus de severidade, através da percepção da população sobre sua dificuldade em enxergar, ouvir e locomover-se, mesmo com o uso de facilitadores como óculos ou lentes de contato, aparelho auditivo ou bengala, e a deficiência mental ou intelectual. (IBGE, 2012)

Nos resultados do IBGE de 2012 pode-se confirmar a tendência mundial apresentada, onde a partir da análise de grupos foi possível identificar que, no caso da deficiência visual, para a população de 0 a 14 anos de idade, a população feminina apresentou um maior percentual de deficiência (5,9%) em comparação com a população masculina (4,8%). Já no grupo de 15 a 64 anos de idade, o percentual de população feminina (23,1%) também superou o percentual de população masculina (17,1%). Tal dado reflete o processo de envelhecimento no país, além de a mortalidade masculina ser superior à feminina, especialmente nas idades avançadas, a população de 65 anos ou mais de idade com pelo menos uma deficiência teve maior peso entre as mulheres do que entre os homens. (IBGE, 2012)

Ainda que os resultados estatísticos do Censo de 2010 indiquem um perfil de adoecimento na população, não há problematização desses dados por parte da comunidade oftalmológica. Nota-se que a produção acadêmica brasileira permanece destacando as dimensões do adoecimento a partir da abordagem epidemiológica centralizada na doença,

²⁹ A investigação do tema pessoa com deficiência no Censo 2010 foi construída a partir de estudos conjuntos entre o IBGE e institutos de estatística de outros países do Mercosul. Deste modo, foram elaboradas perguntas voltadas para identificar graus de dificuldade em domínios funcionais centrais para a participação do indivíduo na vida em sociedade. Na construção dos indicadores sobre pessoa com deficiência – pela primeira vez com essa denominação – foram identificadas como pessoas com deficiência todas as que responderam ter pelo menos “alguma dificuldade”. (Simões *et al.*, 2018)

onde se destacam estudos que trazem novidades tecnológicas como medicamentos, técnicas cirúrgicas, instrumentos ópticos. Além de uso recorrente de metodologias com enfoque na incidência e prevalência de doenças em determinada região do país, ambulatórios hospitalares e clínicas. Embora os resultados apontem obstáculos no sistema de saúde, como as dificuldades no acesso, não há questionamento desses achados na perspectiva da gestão e organização de serviços ou políticas públicas. Tal restrição no universo de publicações sinaliza uma limitação do próprio campo de pesquisa da oftalmologia impedindo que a discussão avance para além do olhar da clínica médica.

2.5 A SAÚDE OCULAR COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Neste momento observamos a trajetória de iniciativas para a promoção da saúde ocular e prevenção à cegueira no país. Tais estratégias são parte de um processo de construção de políticas públicas para área, que unem a oftalmologia e a esfera governamental para atuar nos cenários de adoecimento por doenças oculares, especialmente, num momento de expansão econômica do país.

Uma das primeiras medidas governamentais para combater as doenças oculares no Brasil, pode ser reconhecida através de decreto publicado no estado de São Paulo³⁰, em 1904, onde se proibia o desembarque de indivíduos contaminados com tracoma no porto de Santos. Ainda que tal doença não seja totalmente desconhecida no território, a intensificação da imigração europeia durante a segunda metade do século XIX, associada à economia cafeeira, foi responsável pela sua eclosão e expansão em São Paulo e Rio Grande do Sul. Acredita-se que somente a partir da primeira metade do século XX, a doença tornou-se foco de investigações e ações por parte do Estado. (Bruce, 2005; Santos Filho, 1991)

As décadas 1920 e 1930 foram importantes para a prevenção da cegueira no Brasil, onde se destaca o estado de São Paulo como pioneiro nas primeiras iniciativas. O tracoma pode ser considerado uma das primeiras doenças oftalmológicas a suscitar o combate por parte dos agentes do Estado brasileiro.

Foi durante a epidemia de tracoma, nos anos 1930, que surgem trabalhos científicos destacando a origem e situação da doença na região de Campinas (SP), sinalizando a necessidade de prevenção da cegueira a fim de evitar sequelas irreversíveis. A demanda por cidadãos aptos para o trabalho, em virtude do processo de urbanização e industrialização bem como a importância da agricultura para a economia do país, acaba contribuindo para a

³⁰ Em 1906 é criado o Serviço de Profilaxia e Tratamento do Tracoma.

fundação, em 1931, do Comitê Nacional de Prevenção da Cegueira em São Paulo. Anos depois, em 1939, é criado o Departamento de Saúde do Estado de São Paulo, juntamente com o Serviço e Instituto do Tracoma. (Noronha, 1996)

Ainda que a epidemia de tracoma esteja relacionada a condições precárias de saneamento e ausência de informações, nessa época prevalecia a lógica de combater os agravos da doença, e não a prevenção através da melhoria das condições de vida da população (Noronha, 1996). É a partir dos anos 50, com as inovações técnicas na prática da medicina, que notamos mudanças na estratégia de prevenção com a utilização da escola como um espaço para a prevenção das doenças oculares, através da abordagem em sala de aula e nos cursos normais. (Farias, 1980; Noronha, 1996)

A prevenção da cegueira é destacada no estudo de Noronha (1996) sobre o conteúdo das publicações científicas na Revista Brasileira de Oftalmologia desde a sua primeira publicação até o ano de 1990. O autor descreve que dentre os diversos entraves a efetiva prevenção da cegueira, sem focalizar a questão central das políticas de saúde que até a década de 1960 eram favoráveis a campanhas, observa-se a restrição interna da oftalmologia brasileira em si mesma, com o auxílio do governo no controle da cegueira no país. Embora fosse do conhecimento da comunidade oftalmológica a insuficiência de profissionais para atender as demandas da população, não havia investimentos na formação de profissionais médicos visando à prevenção e nem a abertura de cursos a outras áreas e à população. Observa-se que ainda permanecia o discurso que a prevenção da cegueira só se efetivaria através do policiamento e fiscalização de órgãos credenciados pela Oftalmologia, e a prevenção deveria ficar a cargo exclusivamente da classe médica. (Farias, 1969; Noronha, 1996; Osório, 1969)

O crescimento gradativo do atendimento médico individualizado, concentrado em hospitais e zonas urbanas, além do detrimento das práticas sanitárias e de ações em saúde pública, acaba impedindo o acesso a grande parte da população aos cuidados oftalmológicos. Com a atenção médica cada vez mais especializada, a prevenção da cegueira no Brasil, avaliada por Farias (1969), indica uma ação direta da classe médica e indireta por parte das autoridades sanitárias, ou seja, o saber e a ação ficam centrados nas mãos dos médicos oftalmologistas e autoridades do Estado, excluindo a participação de outros segmentos da sociedade e profissionais da saúde e outras áreas. (Farias, 1969; Noronha, 1996)

As mudanças no discurso de prevenção da cegueira acontecem apenas em 1976, durante o II Congresso Brasileiro de Oftalmologia, onde se dissemina a necessidade de colaboração entre autoridades sanitárias, educacionais, entidades particulares ou oficiais, além

de meios de comunicação e população. Neste mesmo período destaca-se a produção científica sobre prevenção da cegueira com enfoque em evitar o adoecimento. A oftalmologia preventiva ganha espaço sendo extensamente divulgada até o início dos anos 1990, colecionando estudos clássicos e reunindo diversos pesquisadores no tema. Destaca-se neste período o pesquisador Newton Kara-José³¹ considerado referência nacional em estudos oftalmológicos direcionados à saúde pública, e posteriormente responsável pela criação do Núcleo de Prevenção à Cegueira, oficializado em 1986 na UNICAMP, que visava à melhoria das condições oculares na população através da sistematização de Programas de Prevenção a Cegueira. (Kara Jose e et al., 1986; Mais, 1977; Noronha, 1996)

As ações propostas de saúde ocular foram sendo desenvolvidas nos estados brasileiros lentamente a partir do Programa Nacional de Saúde Ocular de 1984, onde São Paulo foi o estado-piloto para o seu desenvolvimento. Em 1988, o Ministério da Saúde cria o Programa Nacional de Saúde Ocular e Prevenção à Cegueira, que previa a distribuição das ações de saúde ocular de acordo com o nível de complexidade da unidade de saúde. (Ministério da Saúde, 1988; SES- SP, 1984; Sperandio, 1999) Embora tais ações proporcionem a organização da assistência oftalmológica a nível estadual, poucas mudanças foram observadas. De acordo com Sperandio (1994), em estudo sobre os principais aspectos da saúde ocular no Estado de São Paulo e em Campinas, verificou-se que até 1993 não havia sistematização de ações programáticas de saúde ocular, promocionais e preventivas no âmbito da saúde e da educação nos serviços públicos em Campinas.

Ainda, o despreparo na formação em saúde reflete também o descompasso entre as demandas da população e a atuação profissional apta para lidar com as questões da saúde ocular em diferentes níveis de atenção. Nesse ponto, Sperandio (1999) destaca a ausência de medidas de promoção da saúde ocular e prevenção precoce de problemas visuais para crianças, na rotina dos pediatras e enfermeiros dos centros de saúde em Campinas - SP, no entanto, quando as ações eram realizadas, apresentava-se com pouco conhecimento e reduzida à experiência prática.

Os impactos na formação profissional foram observados a partir de estudos, com abordagens e períodos distintos, sinalizando os obstáculos que ainda perduram na inserção da saúde ocular como parte dos cuidados no sistema de saúde. Deste modo, a fragilidade quanto

³¹ Médico oftalmologista, professor titular e chefe do Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas-UNICAMP (1977-2001), e professor titular da disciplina de oftalmologia da FMUSP (1998-2008). Coordenador e responsável pela criação do Projeto Catarata - Mutirões de Catarata no país, a partir da Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas em 1999 e Projeto Olho no Olho em 2001 – atendimento a escolares de baixa renda. Idealizador do Centro de Referência em Oftalmologia do Hospital das Clínicas, também participou da formulação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, instituída em 2008.

aos conhecimentos oftalmológicos básicos no exercício de profissionais de saúde no âmbito da atenção básica indica também o obstáculo enfrentado pela saúde ocular em se tornar presente nas estratégias de promoção da saúde. (Cintra *et al.*, 1989; Fontenele, Sousa e Rasche, 2016; Schellini e Sousa, 2012)

Esse desconhecimento generalizado tende a impactar a própria trajetória do paciente no sistema de saúde, onde as contradições na referência de pacientes para os demais níveis de atenção são ressaltadas em estudo recente sobre a análise dos encaminhamentos para primeira consulta em oftalmologia geral, a partir de dados do Sistema de Regulação no município do Rio de Janeiro (Gonçalves, 2019). Assim, evidenciou-se, dentre diversas dificuldades, a baixa qualificação de profissionais na APS, quanto aos conhecimentos em oftalmologia, provocando classificações de risco equivocadas, erros de fluxo e encaminhamentos injustificados de situações de urgência para a regulação em 10% dos casos, sendo recomendado o treinamento específico para identificação de doenças oculares. (Gonçalves, 2019)

No sistema de saúde, idealmente, a organização/oferta da assistência correspondente aos três níveis de atenção com a respectiva integração do cuidado, assim, para atender as demandas presentes no agravo da saúde, que não podem ser tratados no nível primário, constituem-se os serviços de média e alta complexidade, onde se encontram profissionais especializados e recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento, permitindo assim à população acesso a serviços qualificados. Deste modo, algumas ferramentas estratégicas para o cuidado oftalmológico podem ser desenvolvidas no âmbito da atenção básica e devem englobar a educação em saúde ocular, observação do olho, medida da acuidade visual, identificação precoce de problemas oculares com o encaminhamento para o tratamento nos demais níveis de atenção. (CONASS, 2007; Medina e Muñoz, 2011)

O fortalecimento da saúde ocular no âmbito do SUS é um ponto chave para lidar com cenário de adoecimento por doenças oculares, que chegam à atenção básica em busca de assistência necessária para diagnóstico e tratamento. (Medina e Muñoz, 2011) Mudanças neste cenário perpassam por uma (re) organização do sistema de saúde a fim de atender as demandas da área, como a disponibilidade de serviços oftalmológicos visando facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento. Nesse sentido, desde 2008, com a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO), a atenção básica³² assume institucionalmente o lugar de

³² Art 3º- I: Atenção Básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos e recuperação, bem como ações clínicas para o controle das doenças que levam a alterações oftalmológicas e às próprias doenças oftalmológicas, que possam ser realizadas neste nível, ações essas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde. (Ministério da Saúde, 2008a)

promoção da saúde ocular e prevenção das doenças oculares, e conseqüente redução de casos de deficiência visual evitável.

Apesar deste arranjo, a oftalmologia apresenta algumas disparidades que a impedem de se organizar de modo a prover a assistência integral, esses entraves estão associados tanto a aspectos estruturais, como a precária rede de atenção à saúde, comprometendo a oferta de serviços disponíveis, quanto à insuficiência/ausência de cuidados oftalmológicos na atenção básica, condição essa relacionada na escassez de iniciativas com foco na promoção e prevenção da saúde ocular, aliada ao desconhecimento de profissionais de saúde para atuar na identificação precoce de doenças oculares na população.(Lima, Baptista e Vargas, 2017)

3 CAMINHOS DA PESQUISA

A caracterização do campo da pesquisa consistiu em conhecer os diferentes contextos que compreendem o âmbito da oftalmologia. Para isso, a realização do levantamento de um conjunto de bibliografias teóricas e documentais que antecedem ao trabalho de campo permitiu traçar, além de um percurso histórico da oftalmologia como especialidade médica, os principais pontos característicos desta trajetória do campo, seus temas de relevância, a identificação da deficiência visual como problema de saúde, a evolução tecnológica e a relevância de dados epidemiológicos, que contribuíram para revelar a dimensão da oftalmologia na sociedade brasileira e no mundo como base para a compreensão da inserção dos atores atuantes neste campo, de suas relações e das conexões entre os mesmos.

Fizeram parte deste conjunto, documentos de domínio público, referentes a programas e ações do executivo e legislativo, além de materiais produzidos por entidades e instituições da área oftalmológica. Adotou-se a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO 2008) como marco político para organização da assistência oftalmológica no SUS. Foram analisados documentos-chave que de algum modo subsidiaram o debate e a construção de uma proposta política para a área, tais como: documentos oficiais do legislativo e executivo, e publicações da oftalmologia (revistas especializadas, edições do fórum nacional de saúde ocular e iniciativas do Conselho Brasileiro de Oftalmologia).

Esta etapa que antecedeu a pesquisa propriamente dita permitiu também identificar como as particularidades deste campo se encontram no âmbito das políticas públicas, com as primeiras medidas governamentais adotadas no início do século XX visando à prevenção da cegueira no país. Optamos apreender as políticas estabelecidas entre 1999 a 2008 para o aprofundamento das questões da pesquisa e através desta janela temporal buscamos identificar os impactos na consolidação da assistência oftalmológica no SUS.

Neste capítulo, traremos os caminhos percorridos pela pesquisa a partir de dois momentos interconectados e separados apenas para fins de apresentação: (1) a indicação das proposições teóricas adotadas como possibilidades analíticas inspiradas nos conceitos de Campo e de Ator-rede propostos pelos autores Pierre Bourdieu e Bruno Latour, respectivamente; e (2) as definições e estratégias metodológicas adotadas incluindo os bastidores da pesquisa, desde a realização do pré-campo. O mapa dos atores, a realização das entrevistas e as estratégias para seguimento dos atores serão apresentados no capítulo 3.

3.1 BOURDIEU E LATOUR REFERÊNCIAS NORTEADORAS PARA SUBSIDIAR A ANÁLISE DA POLÍTICA

Para a construção do estudo, dois conceitos e autores foram importantes no percurso metodológico e nas discussões dos dados empíricos, assim tem-se: Bourdieu, com o conceito de Campo, e Latour, com o conceito de Ator-Rede, sendo fundamentais para compor o caminho do estudo e aprofundar as questões que mobilizam o interesse de pesquisa. Ainda que tais autores estejam ancorados em tradições teóricas distintas (Lorenzi e Andrade, 2011) buscamos nesses referenciais alguns balizamentos para a leitura e análise da política, conciliando-os a partir do que seus conceitos ofertam.

Este modo de fazer ciência, que aposta em diferentes contribuições teóricas no delineamento de pesquisas sobre a Política em Saúde, nem sempre convergentes, mas que podem ser compatibilizados a partir das questões que mobilizam o estudo (Mattos, 2015), tem sido discutido e valorizado pelo grupo ‘Caminhos de Análise de Políticas Públicas de Saúde’³³, do qual integro juntamente com minhas orientadoras. Desse modo, ao aproximarmos a noção de campo de Bourdieu e de ator-rede em Latour visamos indicar diferentes formas de se conceber as disputas científicas, ao passo que o campo retoma a verticalidade e hierarquia das oportunidades de apropriação dos recursos de pesquisa, as redes indicariam uma relação horizontal e complementar entre os agentes científicos.

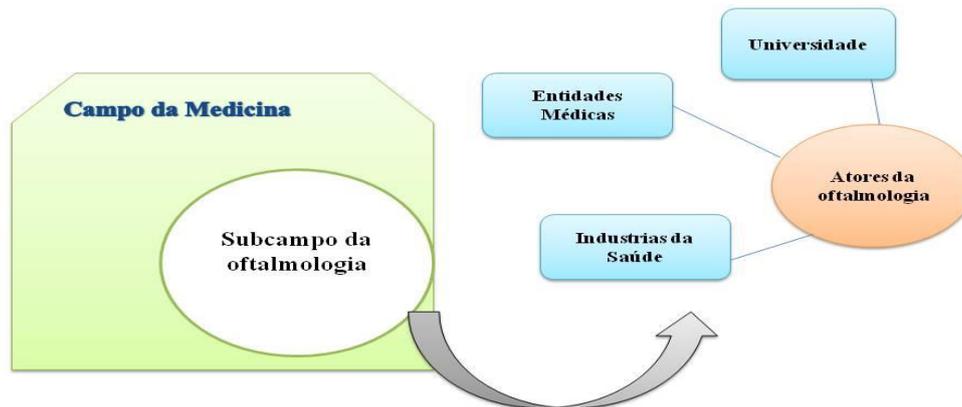
O conceito de Campo nos permitiu delimitar o espaço de atuação da oftalmologia no contexto da saúde, onde assumimos esta especialidade como um campo científico (subcampo da saúde) que (re) produz disputas de acordo com a disposição dos seus agentes, sustentando assim temas/agendas de interesse do próprio campo.

Analizamos este espaço social estruturado a partir das relações entre agentes e/ou instituições em que se inserem, localizando como tendem a (re) produzir ou difundir um determinado saber aliado à sua lógica de organização, de modo assim a influenciar as práticas e representação dos seus agentes. Nesse lugar definido pela cumplicidade e concorrência simultânea, observam-se os agentes ou atores do campo da oftalmologia, conforme sintetizado na figura 1, a fim de caracterizar os modos de atuação, os diferentes espaços de inserção e/ou

³³ O grupo Caminhos para Análise de Políticas de Saúde foi criado no ano de 2009 sob a coordenação de Ruben Araújo de Mattos e Tatiana Vargas de Faria Baptista. Tem como propósito central discutir modos e abordagens para análise de políticas de saúde constituindo-se num espaço de troca e compartilhamento de estudos, ideias, reflexões entre seus integrantes. Em 2015, o grupo publicou um livro pela Rede Unida que reúne capítulos sobre a discussão sobre ciência, política, abordagens e métodos de pesquisa na análise de políticas de saúde. (Rede Unida, 2015)

conexão, as contradições e possíveis singularidades que atribuem uma identidade única a este campo. (Bourdieu, 2004; Moreira, 2017)

Figura 1: A oftalmologia como subcampo da saúde



Nesta figura, buscamos demonstrar o arcabouço do estudo ao expor a oftalmologia como um subcampo da Medicina. A conexão dos atores da oftalmologia ressaltam os vínculos estabelecidos entre a universidade, as entidades médicas da área e indústrias da saúde sendo capazes então de manifestar os conflitos e disputas presente nesse espaço social.

A partir desta reflexão, as propriedades de capital encaixam-se, conceitualmente, nas ações praticadas por esses agentes, conduzindo o social a uma dinâmica de conversão ou subversão, porém sujeita também a pressões/influências externas (macrocosmo). Ao considerar o campo como um lugar de constituição de uma forma específica de capital, observa-se o capital científico como uma espécie particular do capital simbólico, atrelado a atos de conhecimento e reconhecimento (ou crédito), atribuído entre os pares no interior do campo científico. (Bourdieu, 2004) A escolha deste conceito mostra-se oportuno para discutir esta especialidade médica do ponto de vista acadêmico, nesse caso, o campo científico e o capital acumulado pelos agentes demonstram a estrutura deste espaço bem como a movimentação pelos diferentes campos.

Para o autor, cada campo e, dentro desse, cada subcampo e respectivas instituições, requer um conjunto de disposições estruturadas (*habitus*) capaz de operar como uma matriz estruturante das ações ou práticas desses agentes. Nesse sentido, a relação entre o capital adquirido e o *habitus* tende a influenciar a conduta no campo, e pode sinalizar uma

conservação ou transformação da estrutura, porém no limiar da sua posição. Esse contexto tende a esboçar a relação do campo com as tecnologias sendo, portanto, um aspecto que constitui a identidade dos agentes direcionada a reprodução de técnicas e o manuseio de equipamentos diversos para o desempenho do cuidado.

Por outro lado, encontramos na intersecção de diferentes subcampos como as influências externas tangenciam o campo da oftalmologia. Com isso, a compreensão deste espaço também perpassa pelos aspectos do campo econômico e político, não sendo possível dissociar da prática/condução adotada pelos agentes. Nesta pesquisa, o processo de construção de políticas públicas para a saúde ocular exibe uma arena de disputas no campo burocrático (esfera governamental) revelando-se como um importante espaço de disputa e conflito, onde a atuação de agentes do Ministério da Saúde (MS) e da oftalmologia se faz presente nas iniciativas políticas em saúde ocular que atingem a população.

Já a Teoria ator-rede (ANT) nos possibilitou pensar e acompanhar o movimento dos atores no campo, humanos e não humanos (ou rede sociotécnicas), e a composição de uma agenda política direcionada à oftalmologia no país, nos permitindo elaborar uma narrativa sobre a oftalmologia com olhar ampliado da teia de conexões.

A ANT representa uma abordagem sociológica em redefinir a “ciência do social” como uma “busca por associações”. Ainda que, a maioria dos cientistas sociais prefira chamar “social” a uma coisa homogênea, na sociologia das associações, o vocábulo “social” designa uma série de associações entre elementos heterogêneos, um tipo de conexão entre coisas que não são em si mesma social. Na ANT não devemos assumir o social como algo dado, mas sim uma construção onde as interações entre diferentes atores (humanos e não humanos), configuram um padrão de rede pronta para serem analisadas. (Latour, 2012)

Nesta perspectiva, não há divisão entre o “mundo social” e o “mundo material”, o social é uma construção de um mundo prático que consiste em ligar entidades a outras entidades a fim de traçar uma rede. Logo, cada vez que dizemos que um elemento está associado a outro é o próprio social que está sendo gerado, não existindo assim a causalidade³⁴ comumente utilizada pelas ciências sociais. O social deve ser explicado, em vez de fornecer a explicação, para isso o ator (associação de atores) é um fator para a compreensão, e não uma causa seguida por uma série de intermediários. (Latour, 2012)

³⁴ Atribuir ao fenômeno social como uma relação de causa e efeito.

Seguindo a oferta teórica de Latour, assumimos o campo da oftalmologia como um produto social, onde os atores inseridos apresentam um papel central na sua construção, sendo possível indicar as características e afinidades do seu próprio campo. Assim, destaca-se que *“os atores sabem o que fazem e nós temos que aprender com eles não apenas o que fazem, mas como e por que fazem determinadas coisas”*(Latour, 1999; página 19). Esse caminho propõe compreender as práticas e processos estabelecidos por eles, que podem indicar as conexões entre o público e privado, na construção de políticas públicas na oftalmologia para o SUS. Pressupõe também reconhecer tanto a nós, como os atores da política, como participantes deste processo de construção social. Desse modo, buscamos rastrear conexões entre as próprias controvérsias presentes no debate da política e não tentar decidir como resolvê-las.

Ao compreender o social a partir de uma construção de associações promovidas por atores humanos e não humanos, há também a manifestação de uma ação ou movimento de atores conectados na rede. Tal conexão sinaliza que ao desdobrar os possíveis vínculos implica-se em deparar com transformações impulsionadas pelos próprios atores, nesse sentido, declara-se que o ator não deve ser considerado como um mero intermediário transportando uma causa, e sim, um fator capaz de provocar mudanças por si só. Nesse caso delimita-se a coexistência de mediadores que induz a uma modificação na estrutura do social, sendo possível então gerar associações rastreáveis. (Cardoso, 2015; Latour, 2012)

Assim, Latour nos adverte que a tarefa de ordenar o social deve ser dada aos próprios atores e não a nós como analistas. Isso não quer dizer que abrimos mão do rigor e padrão de pesquisa, mas o reposicionamos um passo à frente, sob a forma de abstração, para que os atores possam desdobrar seu próprio universo. (Latour, 2012) Em vista disso, nos competiu conhecer também as incertezas que acompanham o social devido a sua característica mutável, com associações momentâneas capaz de se transformar em novas formas a partir de grupos, ações e fatos ali estabelecidos. Latour nos alerta que devemos encarar com irrelevância o ponto de partida escolhido para análise e rastreamento das informações, justamente porque não há nessa concepção um grupo ou ator definido com poder de compor agregados sociais.

Deste modo, a teoria do ator-rede (ANT) acomodou-se nas reflexões que buscávamos realizar, ao definir e ordenar o social como um movimento/registro dos atores ali inseridos, sendo possível rastrear as relações e padrões que se sustentam naquele espaço, sem a pretensão de estabilizá-los, apenas registrar os vínculos neste instante de (re) agregação/associação para um determinado fim.

3.2 DEFINIÇÕES E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Duas etapas importantes foram realizadas no desenvolvimento da pesquisa: o pré-campo, que antecedeu a entrada no trabalho de campo propriamente dito e consistiu no mapeamento dos atores, normativas, debate acadêmico e localização das questões atinentes à oftalmologia; e o trabalho de campo, que teve duração de quatro meses e consistiu na realização de entrevistas com atores vinculados à oftalmologia.

3.2.1 O Pré - Campo

Um primeiro passo na condução da pesquisa foi a realização de um pré-campo para identificação ou localização de eventos, marcadores e documentos importantes no campo da oftalmologia no Brasil visando mapear atores, ações e definições estabelecidas para a assistência oftalmológica no SUS. Um importante marco, como já sinalizado, foi a instituição da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO), no ano de 2008, precedida de ações pontuais para prestação de serviços como os mutirões para cirurgia eletiva da catarata e controle da retinopatia diabética, no ano de 1999. Assim, o documento da PNAO e as ações que precederam seu processo de formulação possibilitaram a identificação dos atores envolvidos na construção da política, configurando um primeiro elemento de mapeamento dos atores do campo e suas filiações.

A PNAO foi um momento político que reuniu um grupo de especialistas em oftalmologia para sua formulação mobilizando diversos atores, grupos, coletivos, o que não pode ser analisado numa perspectiva única e homogênea, ao contrário, tornou-se oportuno considerar a complexidade de reflexões e interações no desenho desta política pública. Ainda assim, embora tenhamos adotado esse grupo de especialista (formuladores da PNAO) para iniciar a busca por conexões, reconhecemos que este não pode ser considerado como um único ponto de partida, pois as discussões sobre a oftalmologia no Brasil já se apresentavam em diferentes momentos da história da saúde no país, o que também foi considerado.

De todo modo, a PNAO serviu como uma primeira referência norteadora para o estudo, por possibilitar localizar os formuladores da política (atores) como um guia para delimitar as características do campo da oftalmologia. Tal conduta nos permitiu conduzir-se por esse campo a partir da trajetória profissional dos seus atores e dos modos de interação,

conexões e vínculos estabelecidos entre atores atuantes em diferentes espaços, na gestão pública, nas universidades, na assistência pública e privada.

O mapeamento dos atores que participaram do processo de formulação da PNAO foi realizado a partir da análise do Comitê técnico assessor³⁵ do Ministério da Saúde (MS), criado no ano de 2003. Assim, o Quadro 1 destaca os primeiros atores a serem investigados, e, posteriormente, a serem selecionados para participar do estudo.

³⁵ Portaria MS nº313 de 17 de outubro de 2003: Art. 1º - Instituir, no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, Grupo de Trabalho Permanente em Oftalmologia - GTPO, para assessorar na operacionalização e execução das diretrizes e ações estabelecidas na política de saúde ocular. (Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2003)

Quadro 1- Atores Participantes do Processo de Formulação da PNAO

Nome	Ensino	Gestão	Assistência Pública	Assistência Filantrópica	Assistência Privada
Adalmir Morterá Dantas	Professor Titular aposentado das Universidades Federais Fluminense(UFF) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro(UFRJ)	Presidente CBO 1995-1997	Chefe do Departamento de Otorrino-Oftalmologia da Faculdade de Medicina e do Serviço de Oftalmologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho na UFRJ	-	-
Carlos Alexandre Amorim Garcia	Professor adjunto IV da Universidade Federal do Rio Grande do Norte(UFRN)	-	Coordenador da Residência Médica em Oftalmologia na UFRN	-	Prontoclínica de Olhos Ltda
Elisabeto Ribeiro Gonçalves	Anos 70 (1970-1979) Professor da Clínica Oftalmológica na UFMG(curso de Doutorado); Coordenador da especialização em oftalmologia do Hospital das Forças Armadas Anos 80- Fundação Hilton Rocha Preceptor do curso de especialização em oftalmologia Vice-coordenador da Comissão Organizadora do Programa de Residência Oftalmológica	Presidente do CBO 2003-2005	Anos 70(1970-1979) Cargos de Chefia: Clínica Oftalmológica no Hospital das Forças Armadas em Brasília; Serviço de Propedêutica Oftalmológica(UFMG) e na Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina (UFMG)	Anos 80- Instituto Hilton Rocha-MG, uma entidade filantrópica nacional referencia em oftalmologia criada em 1979, e hoje vinculada a Associação Educativa do Brasil prestando atendimento ao SUS.	-

Nome	Ensino	Gestão	Assistência Pública	Assistência Filantrópica	Assistência Privada
Epaminondas Castelo Branco Neto	Professor adjunto IV na UFBA no Departamento de Oftalmologia- Cirurgia (1985-2005)	Tesoureiro CBO 1971-1973	Ano 2000 Atuou no Ministério da Saúde como Coordenador da Campanha Nacional de Prevenção a Cegueira e Reabilitação Visual no estado da Bahia	-	Um dos fundadores do Centro de Oftalmologia da Bahia
Francisco Waldo Pessoa de Almeida	-	-	Anos 70 Foi o fundador do 1º Banco de Olhos no Ceará; Idealizou e implantou o Programa de Prevenção à Cegueira nas Escolas sob o apelo “Professor Teste a Visão de Seus Alunos” que visa inserir a Escala de Snellen como material didático	Diretor de Saúde na Sociedade de Assistência aos Cegos em Fortaleza nos anos 80, 90 e 2000, atuou especialmente no treinamento de professores, para rede pública e privada, e também no programa de residência médica da entidade	
Hamilton Moreira	Professor Adjunto III da Universidade Federal do Paraná-UFPR (desde 2008) Professor Adjunto na Faculdade Evangélica do Paraná (desde 1996)	CBO: Membro da Comissão Científica; Presidente na gestão 2007-2009	-	-	Diretor Clínico do Hospital de Olhos do Paraná

Nome	Ensino	Gestão	Assistência Pública	Assistência Filantrópica	Assistência Privada
Henderson C. de Almeida	Professor Titular aposentado do departamento de oftalmologia na UFMG; Professor Voluntário no curso de pós-graduação em oftalmologia - nível doutorado da faculdade de medicina/UFMG	Colaborador do CBO 1999 a 2006	-	-	-
Jacó Lavinsky	Professor Titular aposentado do Depto. de Otorrino-Oftalmologia na UFRS	Presidente do CBO 1993-1995	Anos 90 Assessor técnico no Ministério da Saúde durante as campanhas nacionais de catarata e retinopatia diabética.	-	Chefe do Serviço de Oftalmologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (1981-1993); Fundador e Diretor do Instituto de Oftalmologia Lavinsky (desde 1975)
João Orlando Ribeiro Gonçalves	Professor Titular aposentado da Universidade Federal do Piauí (UFPI)	Presidente CBO 1991-1993	Chefe da Clínica Oftalmológica na Faculdade de Medicina de UFPI; Ex-secretário de Saúde de Teresina; Participou de mutirões de Catarata e Olho diabético no final dos anos 90	-	-

Nome	Ensino	Gestão	Assistência Pública	Assistência Filantrópica	Assistência Privada
Marcelo Ventura	Professor dos cursos de pós-graduações lato sensu, oferecidos pela Fundação Altino Ventura em Pernambuco. É também Coordenador dos Cursos de especialização em Oftalmologia e Coordenador do Acadêmico do Curso de Fellow em Oftalmologia	CBO Membro Diretoria 2008	-	Vice-presidente da Fundação Altino Ventura , instituição filantrópica, fundada em 1986, com assistência clínica, cirúrgica e de emergência oftalmológica oferecida aos pacientes da população de baixa renda através do SUS.	Diretor do Hospital de Olhos de Pernambuco
Marcos Pereira Ávila	Professor Titular do Setor de Oftalmologia pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG); Professor Orientador da Universidade de Brasília (UnB)	Presidente do CBO 1999-2001; Nesse cargo idealizou o primeiro Fórum Nacional de Saúde Ocular	Fundador e Diretor do Centro de Referência em Oftalmologia (CEROF) da UFG - instituição universitária de grande destaque nacional da assistência, ensino, pesquisa e extensão. No CEROF/UFG, coordenou campanhas de Saúde Pública, levando atendimento oftalmológico gratuito no centro oeste nos últimos 16 anos	-	Presidente do Centro Brasileiro da Visão (CBV), em Brasília e do Centro Brasileiro de Cirurgia de Olhos (CBCO), além do Instituto de Cirurgia a Laser (ICL), na cidade de Goiânia, classificados entre os maiores hospitais oftalmológicos da América Latina.

Nome	Ensino	Gestão	Assistência Pública	Assistência Filantrópica	Assistência Privada
Newton Kara José	Professor titular aposentado do Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas-UNICAMP (1977-2001), e da disciplina de oftalmologia da Faculdade de Medicina da USP (1998-2008).	Presidente CBO 1985-1987 Presidente do Conselho de Diretrizes e Gestão CBO 2017-2019	Chefe do Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas- UNICAMP (1977-2001); Coordenador e responsável pela criação do Projeto Catarata - Mutirões de Catarata no país a partir da Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas em 1999 e Projeto Olho no Olho em 2001; Idealizador do Centro de Referencia em Oftalmologia do Hospital das Clínicas- USP	-	Kara José Oftalmologia (clínica)

Nome	Ensino	Gestão	Assistência Pública	Assistência Filantrópica	Assistência Privada
Rubens Belford Junior	Professor Titular de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina-UNIFESP	<p>CBO: Presidente da Comissão de Ensino 2011-atual Vice Presidente 1993-1995; Membro da diretoria 1985-1989 Ex-Presidente do Conselho Administrativo da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)</p>	-	<p>Presidente do IPEPO Instituto da Visão (Instituto Paulista de Ensino e Pesquisa em Oftalmologia) 2017-2021 É uma entidade sem fins lucrativos, de caráter filantrópico, fundada em 1990 por docentes do Depto de Oftalmologia da UNIFESP.</p>	Clínica Belfort-Referência em saúde ocular desde 1933
Suel Abujmara	Professor associado aposentado da Faculdade de Medicina da USP (1987-2003)	<p>CBO: Presidente 2001-2003</p>	Ex- Assessor da Diretoria do Grupo de Trabalho Permanente em Oftalmologia da Secretária de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde, entre 2009 e 2013	Fundador e Presidente Instituto Suel Abujamra 2001-atual Instituição filantrópica fundada em 1968, atua no tratamento oftalmológico de media e alta complexidade	-

No percurso investigativo reunimos informações sobre cada ator identificado (na expectativa de serem posteriormente acionados como informantes-chave para o estudo) a partir de buscas em sites e/ou blogs da área da saúde (CFM, CBO³⁶, SBO e outros), revistas online especializadas, eventos públicos, debates e entrevistas disponibilizados em plataforma de vídeos, e principalmente o currículo apresentado na Plataforma Lattes, iniciando a estratégia de “seguir” os atores para identificar trajetórias profissionais, espaços de atuação, pautas/assuntos vocalizados/disseminados, afinidades e proximidades entre atores participantes do debate da política de assistência oftalmológica.

Deste modo, foi possível observar também temas/assuntos de interesse compartilhados pela comunidade oftalmológica, bem como novos atores, até então não identificados, mas que poderiam contribuir para o estudo conforme apresentação no Quadro 2 – Atores em interação no campo da oftalmologia. Com isso, destaca-se também a centralidade dos atores do campo da oftalmologia ao observá-los a partir da perspectiva de Latour. Revelamos assim as diversas conexões/vínculos que expõem a formação de uma rede sociotécnica.

Há nesse caminho investigativo descobertas inesperadas que permitem visualizar as transmutações do social e revelar as redes e associações existentes. Ainda nessa lógica, a noção de “ator” deve ser vista como elementos, e não informantes, em movimento a estabelecer novos vínculos, condição fundamental para compreender os diversos olhares que atravessam o campo da oftalmologia.

Essa estratégia inicial nos permitiu identificar outros atores reproduzindo o efeito de redes, um nó concebido entre infinitas conexões e articulações, com outros nós, contribuindo para aprofundar as questões do estudo. Sob a luz da ANT, as redes atribuem-se ao ato de (re) agregação na presença de grupos que emitem traços inesperados nas conexões mantidas, onde através de conflitos/controvérsias presentes espera-se identificar e relatar as expressões e atitudes esboçadas pelos atores.

³⁶ O Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) é uma importante instituição do campo da oftalmologia e será devidamente apresentado na caracterização do campo, capítulo 3.

Quadro 2: Atores em interação no campo da oftalmologia

Atores do Campo da Oftalmologia	Ensino	Assistência	Gestão	Filiações
Alexandre Chater Taleb	Professor Adjunto da Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Goiás (UFG)	Coordenador do setor de neuro-oftalmologia do Centro Brasileiro de Cirurgia de Olhos (CBCO)- Goiás; Diretor técnico do Hospital de Olhos de Aparecida de Goiânia/GO; Consultório em Núcleo de Medicina Ocular (clínica) Chefe do serviço de neuro-oftalmologia Hospital das Clínicas UFG;	Consultor do Ministério da Saúde 2006 - 2011;	CBO; Sociedade Brasileira de Administração em Oftalmologia; American Academy of Ophthalmology; Pan-American Association of Ophthalmology
Andrea Araújo Zin	Pesquisadora IFF- FIOCRUZ	Instituto de Catarata Infantil ; Consultório no IBOL - Instituto Brasileiro de Oftalmologia	Colaboradora na Secretária Estadual e Municipal de Saúde do RJ	CBO; Pan-American Association of Ophthalmology

Atores do Campo da Oftalmologia	Ensino	Assistência	Gestão	Filiações
Claudio Luiz Lottenberg	-	Membro do Corpo Clínico-Clínicas LottenEyes	Presidente do UnitedHealth Group Brasil, Presidente do Conselho da Sociedade Israelita Brasileira Albert Einstein Presidente do Instituto Coalização Saúde.	CBO; Sociedade Brasileira de Laser e Cirurgia em Oftalmologia
Hamilton Moreira	Professor Adjunto da Universidade Federal do Paraná e da Faculdade Evangélica do Paraná.	Diretor Executivo Hospital de Olhos do Paraná	-	CBO; American Society of Cataract and Refractive Surgery; Sociedade Brasileira de Lentes de Contato, Córnea e Refratometria; Sociedade Brasileira de Catarata e Implantes Intraoculares
Homero Gusmão Almeida	Professor Adjunto Faculdade de Medicina - UFMG Coordenador do Curso de Oftalmologia (Graduação) - UFMG	Diretor Instituto de Olhos de Belo Horizonte	-	CBO; Sociedade Brasileira de Catarata e Implantes Intraoculares
José Augusto Alves Ottaiano	Professor titular da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA	-	Chefia Departamento de Oftalmologia- FAMEMA	CBO

Atores do Campo da Oftalmologia	Ensino	Assistência	Gestão	Filiações
José Beniz	Preceptor da Residência Médica em Oftalmologia da Universidade Federal de Goiás	Chefe dos serviços de Córnea e Uveítes do Centro Brasileiro de Cirurgia de Olhos Goiânia - GO	-	CBO; Associação Brasileira de Catarata e Cirurgia Refrativa; European Society of Cataract and Refractive Surgeons; Asociación Latinoam.Cirujanos Catarata, Segm.Ant. y Refractiva
Keila Miriam Monteiro de Carvalho	Professor Titular pela Faculdade de Ciências Médicas- UNICAMP ; Coordenadora da área de Concentração em Oftalmologia no Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP;	KM Oftalmo (consultorio privado)	-	CBO; American Academy of Ophthalmology
Marcelo Carvalho Ventura	Professor e coordenador no curso de Pós graduação em Oftalmologia na Fundação Altino Ventura	Diretor do Hospital de Olhos em Pernambuco	Presidente do Conselho Diretor- Fundação Altino Ventura (PE)	Associação Brasileira de Catarata e Cirurgia Refrativa; Sociedade Brasileira de Oftalmologia; Pan-American Association of Ophthalmology

Atores do Campo da Oftalmologia	Ensino	Assistência	Gestão	Filiações
Marcos Pereira de Ávila	Professor Titular na Faculdade de Medicina -UFG ; Professor Orientador - Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde -UnB	Departamento de retina e vítreo - Centro Brasileiro de Cirurgia de Olhos	Presidente do Centro Brasileiro da Visão (CBV) - Brasília, Centro Brasileiro de Cirurgia de Olhos (CBCO) em Goiânia	CBO; Sociedade Brasileira de Retina e Vítreo; American Society of Retina Specialists
Mario Luiz Ribeiro Monteiro	Professor Associado de Oftalmologia da Faculdade de Medicina - USP; Coordenador do programa de pós graduação em Oftalmologia - USP	Clínica Mario Monteiro	-	CBO; North American Neuro-Ophthalmology Society; Pan-American Association of Ophthalmology
Mauro Nishi	Professor orientador da Pós Graduação em Oftalmologia - UNIFESP (1994 -2013); Presidente do Centro de Estudos em Oftalmologia UNIFESP (2008-2013);	Diretor Médico Assistencial Centro Brasileiro da Visão CBV-Brasília	Sócio Gerente Centro Paulista de Oftalmologia Especializada	CBO; Pan-American Association of Ophthalmology; Associação Panamericana de Banco de Olhos

Atores do Campo da Oftalmologia	Ensino	Assistência	Gestão	Filiações
Mauro Silveira de Queiroz Campos	Professor Adjunto Faculdade de Medicina - UNIFESP Chefe do Departamento de Oftalmologia e Ciências Visuais da EPM-UNIFESP; Professor orientador do Curso de Pós-Graduação em Oftalmologia -UNIFESP ;	Médico do Corpo Clínico Hospital Israelita Albert Einstein Colaborador Hospital Alemão Oswaldo Cruz Consultório na Clínica Oftalmológica Dr. Mauro Goldchmit;	-	CBO; American Academy of Ophthalmology; Pan-American Council of University Professors in Ophthalmology
Milton Ruiz	Professor Associado da Faculdade de Medicina - USP (Orientador do programa de pós graduação em Oftalmologia)	Consultório particular	Membro da Câmara Técnica Transplante de Cornea - SES-SP	CBO
Newton Kara José	Professor Emérito da Faculdade de Medicina -USP	Clínica Newton Kara	-	CBO
Newton Kara José Junior	Professor Colaborador da Faculdade de Medicina da USP	Médico Assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP; Kara José Clínica Oftalmológica	Membro da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da USP	CBO; Sociedade Brasileira de Catarata e Implantes Intraoculares

Atores do Campo da Oftalmologia	Ensino	Assistência	Gestão	Filiações
Norma Helen Medina	-	Médica I Oftalmologista do Serviço de Oftalmologia Sanitária - Instituto de Saúde (Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados SES/SP (1984 - 1997);	Diretora de Divisão Centro de Oftalmologia Sanitária - Centro de Vigilância Epidemiológica SES-SP " Prof. Alexandre Vranjac" - 2006-atual;	-
Olimpio José Nogueira Viana Bittar	Professor Visitante Faculdade de Saude Publica - USP (1993 - 2001)	-	Assessoria para acompanhamento dos Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo- SES/SP; Consultor voluntário da Fundação Adib Jatene na área de gestão, pesquisa, ensino e operações	-
Paulo Augusto de Arruda Melo	Professor Titular Escola Paulista de Medicina UNIFESP); Prof. Orientador do Curso de Pós-graduação do Departamento de Oftalmologia UNIFESP;	Clínica de Olhos Arruda Mello		CBO; Sociedade Panamericana de Glaucoma; Sociedade Brasileira de Cirurgia Refrativa

Atores do Campo da Oftalmologia	Ensino	Assistência	Gestão	Filiações
Paulo Schor	Professor Adjunto da Faculdade de Medicina UNIFESP Professor dos Cursos de Pós-Graduação UNIFESP: Informática em Saúde e Oftalmologia	Consultório Particular	Conselheiro Vice Presidente IPEPO- Instituto da Visão;	-
Rubens Belfort Mattos Junior	Professor Titular Faculdade de Medicina UNIFESP Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Oftalmologia - UNIFESP Membro do Conselho Universitário UNIFESP	Clínica Belfort	Ex- Presidente do Conselho Administrativo da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) Presidente do IPEPO - Instituto da Visão;	CBO; Association for Research in Vision and Ophthalmology; Sociedade Brasileira de Laser em Medicina e Cirurgia
Solange Rios Salomão	Professora titular Faculdade de Medicina- UNIFESP; Professora orientadora do Programa de Pós-Graduação em Oftalmologia e Ciências Visuais da UNIFESP	-	-	Brazilian Research Association for Vision and Ophthalmology (BRAVO)

Ademais as interações, ou novas associações, não devem ser resumidas a habilidades sociais ou laços humanos, os objetos identificados como não humanos, também participam da formação social, ao associarem-se uns aos outros e aos laços humanos. Este aspecto instigou a busca por elementos que transpassam a relação apenas entre os indivíduos, encontrando nas tecnologias oftalmológicas o elemento não humano que compõe esse social. Assim, essa relação tem habilidade de transformar a condição mediadora dos objetos a intermediários, distinguindo-se a durabilidade do social e sua capacidade de expansão, sendo possível aplicar uma visão ampliada dos vínculos presentes. (Latour, 2012)

Ao seguir os atores do campo da oftalmologia tem-se como e onde esses indivíduos transitam, indicando assim os diferentes espaços, seja na esfera política, profissional e/ou acadêmica. O processo de formulação da PNAO conduz ao movimento de reassociação na formação do grupo de especialistas, permitindo assim identificar os vínculos e captar as particularidades existentes. Ainda, ao aprofundar a teia de relações observam-se também outros atores humanos que não participaram do processo de formulação da política, mas destacam-se em discussões relevantes para o campo. Num segundo momento, a localização destes indivíduos contribuiu para incluí-los no estudo, de modo a expandir o cenário de conexões, e acrescentar outras perspectivas na etapa de entrevistas.

Algumas observações iniciais sobre os atores identificados nesse primeiro mapeamento mostravam a importante participação de profissionais do campo da oftalmologia, com protagonismo em discussões sobre a oftalmologia no Brasil, por meio da produção científica e na participação de iniciativas adotadas no âmbito do SUS, indicando assim uma afinidade com os principais dilemas e/ou inovações da área, seja no setor público quanto no privado.

3.2.2 Seguindo os atores como uma estratégia de pesquisa

Uma segunda etapa da pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/ENSP/Fiocruz) e consistiu na realização de entrevistas com alguns dos atores identificados. O objetivo central das entrevistas foi identificar as conexões que permeiam o processo de construção de políticas públicas de saúde para oftalmologia.

O caminho metodológico contribuiu na identificação dos agentes do campo da oftalmologia ao conhecer, através deles, as interações estabelecidas com o campo burocrático (esfera governamental). Como potenciais informantes para o estudo, a organização dos

entrevistados foi definida em dois grupos, o primeiro composto por médicos oftalmologistas e outros profissionais de saúde especialistas na área da oftalmologia e o segundo grupo, ainda considerando a trajetória da saúde ocular enquanto política pública para o SUS, reunindo representantes do âmbito federal como gestores e outros profissionais com trajetória profissional no Ministério da Saúde (MS).

A seleção dos entrevistados do campo da oftalmologia foi baseada no perfil acadêmico e/ou profissional. Nas trajetórias investigadas consideramos a participação em processos políticos para a área da oftalmologia no sistema de saúde, como a formulação e implementação de políticas públicas. Outras atividades com foco na especialidade também foram consideradas, como o envolvimento em discussões públicas (Congressos, Fóruns, Entrevistas) sobre a oftalmologia na perspectiva do SUS, além de atuação em iniciativas na assistência oftalmológica que atenda as demandas na atenção básica (AB) e/ou na atenção especializada do SUS.

Para o segundo grupo, os critérios de inclusão foram associados à atuação profissional, no âmbito federal, nesse caso consideram-se as atividades com impacto na assistência oftalmológica no SUS. Essas iniciativas podem estar relacionadas à construção de políticas públicas para área, ações estratégicas de (re) organização da assistência, como as Redes de Atenção de Saúde, além de financiamento e remuneração de procedimentos. Destacam-se aqui os profissionais ligados à coordenação de áreas estratégicas como Atenção Básica e Média e Alta Complexidade no Ministério da Saúde.

A divisão por grupos visou compreender as questões do estudo a partir de diferentes perspectivas, conduzindo as entrevistas conforme as expertises de cada informante. Para realizar a entrevista, um roteiro com questões abertas foi elaborado de acordo com as características de cada grupo (apêndice 1). No conjunto de perguntas foram adicionados dois marcadores a fim de compreender momentos específicos da trajetória da política de oftalmologia no Brasil, assim, têm-se: os mutirões de catarata associados à Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas e a Telemedicina. Os mutirões de catarata foram instituídos em 1999 a partir de iniciativa política que contribuiu para a visibilidade de questões relativas à saúde ocular, especialmente relacionada às demandas reprimidas por cirurgia e o acometimento da visão pelo acesso tardio ao tratamento. Já a inclusão da telemedicina indica uma estratégia, veiculada no campo da oftalmologia, para ampliar o acesso à assistência oftalmológica no SUS, mediante a utilização deste recurso tecnológico.

Cabe ressaltar que a escolha destes marcadores relaciona-se, primeiramente, ao percurso de investigação do campo da oftalmologia durante o pré-campo de pesquisa, onde identificamos discussões sobre os mutirões de catarata e a telemedicina tanto no âmbito da comunidade oftalmológica quanto na veiculação de notícias através de imprensa/mídia. Nesse caso nota-se a relevância desses marcadores em estratégias para a saúde ocular da população, sendo, portanto oportuno incluir tais pautas como objeto de análise.

A indicação de novos informantes esteve associada também, à perspectiva do entrevistado, sobre as contribuições que podem fornecer ao estudo, nesse caso foi possível então acessar informações que ampliaram o conhecimento através de experiências únicas marcadas pelas trajetórias. No decorrer da realização das entrevistas utilizamos a técnica de “bola de neve” que consiste em solicitar aos informantes que indiquem dois novos contatos com perfil adequado para a pesquisa. Essa técnica permitiu acessar outros contatos até então não identificados, ampliando assim a rede de informações para o estudo. (Vinuto, 2014) Dito isso, foi necessário retomar o percurso investigativo para conhecer cada novo informante, essa apropriação de informações contribuiu em preparar um ambiente de entrevista, a fim de exaltar as expertises de cada um e guiar o entrevistado no desdobramento das questões do roteiro.

Após definir os primeiros informantes para o estudo, buscamos localizar informações para contato de modo a organizar uma agenda de entrevistas, que considerasse a localização geográfica dos indivíduos bem como o período consentido para participação da pesquisa a partir de datas disponibilizadas pelo pesquisador. Para isso acessamos as informações disponíveis no currículo Lattes para resgatar o endereço eletrônico profissional, sendo o principal meio estabelecido para o primeiro contato e posteriores negociações para o agendamento da entrevista. Com os dados de contato em mãos, enviamos um email para cada informante convidando-o a participar da pesquisa, onde informações sobre o pesquisador, tema e objetivo do estudo foram apresentadas de modo a descrever brevemente o convite para a entrevista.

Ainda, em alguns casos, recorreremos ao contato por telefone referente ao local de trabalho, a fim de acessar informantes que porventura não retornaram contato via email. Essa condição refere-se, principalmente, aos informantes do campo da oftalmologia, nesse caso as informações de contato por telefone estão associadas a outros vínculos profissionais mantidos por esses indivíduos. Para esse grupo, as informações para contato levaram a abranger múltiplos espaços de atuação, sendo necessário, portanto, em alguns casos, acessar tanto o endereço profissional associado a instituições públicas, como também clínicas, consultórios

e/ou hospitais particulares. Tal diferenciação já oferece indícios da própria organização desse campo, através da perspectiva de seus atores, de certa forma sustentada por vínculos no âmbito público e privado.

Ao todo vinte e sete convites foram enviados aos potenciais informantes, atores envolvidos na agenda da saúde ocular na população brasileira como: médicos oftalmologistas, pesquisadores da área e gestores com trajetória no Ministério da Saúde. Deste conjunto, dezoito informantes aceitaram participar do estudo, mas apenas quatorzes foram entrevistados, sendo: nove entrevistas com atores do campo da oftalmologia (primeiro grupo), e cinco entrevistas com atores associados à gestão federal (segundo grupo), distribuídos em quatro localidades: Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília e Goiânia. O quadro 03: Informantes do estudo apresenta cada entrevistado a partir da sua qualificação profissional e espaço de atuação na arena pública, cabe destacar que as informações foram selecionadas/organizadas de modo a preservar o anonimato. Para os entrevistados confirmados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice 2) foi enviado a fim de comunicar as condições éticas para realização do estudo, sendo o mesmo entregue assinado no dia da entrevista.

Quadro 3: Informantes do estudo

Entrevistado	Qualificação Profissional	Participações na arena pública
A	Médico, professor universitário, atuação clínica público privado	Consultor Ministério da Saúde Articulação na construção da PNAO Comissão Educação Continuada- CBO
B	Médico, professor universitário, atuação clínica público privado	Colaborador Secretária Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde Comissão de Saúde Ocular - CBO
L	Médico, Gestor Ministério da Saúde	Secretária de Atenção Primária à Saúde SAPS/MS
P	Fonoaudiólogo, Gestor Ministério da Saúde	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle da Secretaria de Atenção à Saúde/ MS COSEMS-SP

M	Psicólogo, Gestor Ministério da Saúde	Secretária de Atenção Primária à Saúde SAPS/MS Consultor OPAS – SMS/SP
C	Médico, professor universitário, atuação clínica público privado	Grupo de Trabalho Permanente em Oftalmologia CBO e MS Câmara Técnica de Oftalmologia do CFM
N	Médico, Gestor Ministério da Saúde	Secretaria de Atenção Especializada em Saúde SAES/MS
E	Médico, atuação clínica no setor privado	Gestão CBO (tesoureiro) Articulação junto ao MS sobre atenção primária em oftalmologia no SUS
D	Médico, professor universitário, atuação clínica público privado	Consultor da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) Comissão de Ensino: Curso de Especialização em Oftalmologia CBO
F	Médico, atuação clínica público privado	Secretaria Estadual de Saúde - SES/SP Filiação ao CBO
G	Médico, professor universitário, atuação clínica público privado	Articulação em políticas públicas para a saúde ocular - Gestão CBO
Q	Psicólogo, Gestor Ministério da Saúde	Secretaria de Atenção Especializada em Saúde - SAES/ MS
H	Médico, professor universitário, atuação clínica público privado	Articulação para formulação da PNAO Assessoria CBO (representação junto a ANVISA)
J	Ortoptista, professor universitário com atuação no setor público	Pesquisador em Oftalmologia e Ciências Visuais

A organização da agenda de entrevista estava condicionada ao cronograma de viagens, estabelecido após negociações prévias com os entrevistados de cada localidade. Os dias e horários disponíveis seguia, principalmente, a disponibilidade do entrevistado de modo que eu pudesse definir a viagem de acordo com a confirmação da entrevista. Ainda, considerando a possibilidade de incluir novos informantes conforme indicações, que pudessem residir na mesma cidade, foi oportuno reservar um ou dois dias livres para negociação de outras entrevistas antes do retorno a localidade de origem. Apesar desta preparação inicial, a sistematização das entrevistas combinadas à disponibilidade dos entrevistados representou um dos desafios do trabalho de campo³⁷.

A otimização do tempo foi necessária para o melhor aproveitamento das viagens, para isso coube, sempre que possível, incluir entrevistas no mesmo dia e/ou na semana a fim de limitar as despesas com deslocamento e hospedagem. Uma estratégia adotada para viabilizar as intenções do estudo e atrair a participação dos atores, foi justificar o convite para pesquisa a partir das contribuições profissionais desses informantes para o campo em estudo. Ao passo que novos informantes eram identificados e indicados pelos entrevistados, coube reforçar a indicação no corpo de email de modo a personalizar a relevância daquele informante para o estudo.

A pesquisa teve adesão da maioria dos contatados contribuindo assim na diversificação do conteúdo das informações, contemplados por informantes de áreas e experiências distintas. Essa percepção inicial atribui às entrevistas como uma forma de situar as diferentes perspectivas sobre a oftalmologia no país, momento que refletiu a condição dos entrevistados em compartilhar o que se entende como relevante, de modo a (re)afirmar os espaços de atuação e as contradições que tange esse campo.

Obstáculos também estiveram presentes no decorrer do trabalho de campo, algumas entrevistas não foram realizadas, embora os informantes tenham aceitado em participar do estudo. Os motivos relacionam-se a compromissos profissionais impedindo a disponibilidade de tempo oportuno. Ainda o contexto alarmante desencadeado pela pandemia de Covid-19 em março de 2020 interrompeu as atividades de campo com a suspensão da agenda de entrevistas. A entrevista na modalidade online foi sugerida aos informantes remanescentes, porém não houve o aceite esperado, sendo prudente então não estabelecer mais o contato.

Nos casos em que houve recusa, a mesma foi manifestada sob alguns aspectos, como as dificuldades em acessar um potencial informante, especialmente quando o contato era

³⁷ Esta atividade teve apoio financeiro pelo PROEX-CAPES através do Programa de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ) e Instituto Oswaldo Cruz (IOC- FIOCRUZ)

mediado por outros profissionais, como secretária e assistente pessoal, impedindo assim uma comunicação direta. Esse intermédio também fez parte do agendamento das entrevistas, onde em alguns casos o contato com o informante aconteceu apenas no momento da entrevista. Cabe destacar que essa mediação foi habitual aos atores do campo da oftalmologia, e se deve, especialmente, pela presença de outros vínculos profissionais, como em clínicas e consultórios privados, exigindo assim a administração do tempo e dedicação em diferentes espaços.

As ausências no contato por email, por parte dos informantes, conduziu a busca por comunicação por telefone, quando possível, sendo, portanto, um recurso utilizado para garantir a participação necessária. Esta forma de contato reforçou as intenções do estudo e aproximação com entrevistado, como também permitiu expressar a recusa em conceder entrevista. Assim, num caso particular, a negativa esteve associada à decisão do informante em não participar de estudos científicos, tal afirmação comunicada pela assistente pessoal expõe uma orientação em descartar qualquer possibilidade de contribuição a pesquisas de diferente natureza.

Singularmente, essa exclusão foi manifestada por informante reconhecido como docente de universidade pública, assim cabe refletir sobre a atribuição do cargo público em instituições de pesquisa e na universidade. Ainda que o consentimento voluntário em participar de estudos seja parte das condições éticas, há também por outro lado uma responsabilidade/compromisso em compartilhar o conhecimento apropriado nestes espaços. Assim, ao determinar, categoricamente, a não participação em estudos afirma-se uma decisão pessoal dissociada das funções ocupadas.

Outro aspecto observado está associado ao desinteresse em participar de um estudo (de saúde pública) que não está inserido no mesmo campo de pesquisa do informante, ou seja, a área da oftalmologia. Tal percepção é confirmada quando o informante sugere outra pessoa para contribuir no estudo, sendo esta próxima ao campo de estudo da pesquisa - Saúde Pública. Essa conduta aponta algumas pistas sobre as concepções da oftalmologia e seu campo científico, aonde as raízes no conhecimento biomédico conduz a estudos voltados a epidemiologia das doenças oculares e inovações tecnológicas que atenda às necessidades clínicas do campo.

Essa situação também apresenta os conhecimentos do campo da Saúde Pública apartado dos saberes que movem o campo da oftalmologia, de modo que, a contribuição de seus atores, para estudos desta natureza, possa ser compreendida por eles como algo dispensável. Esta percepção é retomada no decorrer das entrevistas com atores da

oftalmologia, onde então percebemos a apropriação de discursos do campo da saúde pública para impulsionar as mudanças requisitadas por este campo, que atingem/impactam a assistência oftalmológica no SUS.

Essas reflexões iniciais, suscitadas a partir da elaboração da agenda de entrevistas, acompanharam as atividades de campo, de forma a ponderar as conversas mantidas conduzindo assim ao olhar apurado dos relatos. Esse caminho também compreende o encontro com o entrevistado, como um momento para observar os espaços de atuação a fim de extrair significados particulares à identidade profissional de cada um. Todavia, a condução das entrevistas também trouxe descobertas que atravessam e configuram o campo da oftalmologia, sendo, portanto, compartilhados entre o conjunto de entrevistados.

Nesse sentido, o roteiro de pesquisa contribuiu em posicionar o informante numa determinada historicidade associado à sua própria trajetória, sendo possível então observar os caminhos de reflexão/construção adotados, nas diversas narrativas, para expor o campo da oftalmologia sob suas perspectivas. Ao completar a realização das entrevistas, coube encaminhar o material empírico para um serviço especializado³⁸ em transcrição de áudio, onde os arquivos foram transcritos na modalidade básica³⁹, este estilo indica a opção escolhida pelo pesquisador de modo a facilitar a leitura e a interpretação das informações necessárias. Com o material em mãos, iniciamos a etapa definida como “análise preliminar dos dados”, a fim de identificar e organizar os principais aspectos pertinentes ao estudo, mencionados pelos entrevistados. Todas estas reflexões relativas ao contexto de realização das entrevistas e dos dados construídos a partir das mesmas falam de certa forma, da constituição do objeto da pesquisa.

Para isso, inicialmente, foi criada uma planilha no Excel com abas correspondentes nominais para cada entrevistado da pesquisa. Este recurso permitiu elaborar uma ficha individual que reuniu informações relacionadas à trajetória profissional, nesse caso, referem-se às contribuições dos participantes, nas entrevistas, como também ao processo investigativo do pesquisador. Para os atores do campo da oftalmologia a elaboração destacou-se a partir dos seguintes tópicos: formação acadêmica, atividades no CBO, inserção profissional no setor público e/ou privado, filiações a sociedades, associações e outras entidades médicas a nível nacional e internacional, legado familiar (membros da família com formação médica) e conexões internacionais na pesquisa.

³⁸ Ressalta-se que este serviço também contou com apoio financeiro disponibilizado para o trabalho de campo.

³⁹ Dada à natureza do estudo, essa modalidade retira do documento os erros, vícios e repetições desnecessárias oriundas da fala informal, permitindo uma transcrição mais limpa que o áudio originalmente falado.

A organização e adição dessas informações representam também parte dos caminhos adotados no pré-campo de pesquisa, onde foi possível identificar, de início, os aspectos que compõe esse campo. Com material transcrito, a leitura individual buscou os principais argumentos defendidos pelos entrevistados, assim, cada trecho selecionado foi inserido na planilha correspondente ao entrevistado. Cabe lembrar que este método também foi realizado para os participantes do campo burocrático (Ministério da Saúde).

Num segundo momento, os trechos selecionados foram catalogados, em abas específicas, a partir de temas centrais, identificados no decorrer da pesquisa e mencionados nas entrevistas. Para isso, criamos uma planilha no Excel intitulada “Informações aglutinadas”, onde se reuniram os argumentos correspondentes a cada entrevistado, a fim de auxiliar no processo de análise e escolha dos temas a serem abordados na tese. Assim, esta organização segue os tópicos: Saúde Ocular, Atenção Básica, Redes de Atenção e Acesso, Catarata e Outras Patologias, Campo da Oftalmologia, Pesquisa e Experiências Internacionais, Eventos Marcantes para a Oftalmologia, Entidades Médicas, Formação Médica e Especialização, Refração e Óticas, Optometrista, Programa Mais Especialidades, Atenção Especializada, Políticas Públicas e Iniciativas em Oftalmologia, Prestadores de Serviço Público e Privado, Telemedicina e Inovações tecnológicas.

O trabalho de campo permitiu, nesta direção, conhecer vários aspectos que constituem as marcas identitárias deste grupo de especialistas, bem como as disparidades que atravessam o âmbito público e privado. São estas questões que vamos agora aprofundar nos próximos capítulos, sem a menor pretensão de esgotar o conjunto de temas e questões trazidas, mas buscando de algum modo identificar as principais pautas que mobilizam este campo e as estratégias vislumbradas para ação.

4 A OFTALMOLOGIA COMO CAMPO E SUA REDE DE ATORES

Nesse capítulo, apresentaremos o que reunimos de informações e indícios sobre a dinâmica e organização do campo da Oftalmologia no Brasil, retomando aspectos históricos no desenvolvimento da oftalmologia enquanto especialidade médica no país, reconhecendo as instituições que sustentam as relações do campo, os atores humanos envolvidos e suas formas de inserção e trajetórias de formação, e a relação com os atores não-humanos.

O mapeamento das relações permitiu conhecer as arenas, os atores e o governo como peças que, em dado momento político, são reunidos em torno do debate sobre uma assistência oftalmológica para o SUS. É nesta perspectiva que adotamos, inicialmente, como ferramenta de análise o conceito de ator-rede (ANT), proposto por Bruno Latour, para refletir sobre o movimento dos atores, humanos e não humanos (ou rede sociotécnicas), e a composição de uma agenda política direcionada à oftalmologia no país.

Para mapear ou “seguir os atores” iniciamos pelos formuladores da PNAO, a partir de suas trajetórias profissionais, esse foi o recurso exploratório do campo de pesquisa com intuito de compreender o social como uma teia construída a partir de vínculos, que se associam e reagregam em torno de um interesse comum. Esta perspectiva também expõe o papel das instituições no campo da oftalmologia, sendo, de certo modo, identificadas como mediadores na rede conexões, revelando assim a habilidade em induzir/ promover transformações que impactam a construção desse social.

4.1 O CAMPO DA OFTALMOLOGIA, INSTITUIÇÕES MEDIADORAS E AGENTES EM TRÂNSITO

Partindo da concepção de Campo de Bourdieu iremos analisar esta especialidade como um subcampo da saúde, onde os aspectos que compõe este espaço social indica uma organização capaz de promover conexões entre o setor público e privado. Como já é possível perceber pela trajetória desta especialidade, algumas instituições surgem como importantes mediadoras do campo da oftalmologia no Brasil, sendo oportuno conhecer seus papeis e atuação.

Como arena central para esses agentes, a universidade pública assume um lugar de representação e, também, reconhecimento, ao reforçar sua atuação na prestação de serviço no setor público e/ou privado, na relação com a pesquisa e conexões internacionais bem como o acesso a outros âmbitos, como a esfera governamental (o campo burocrático). De certa forma,

ao observar esta instituição, como um espaço que conserva um capital simbólico, associado à produção de conhecimento da área (capital acadêmico), particularmente, indica-se este elemento como essencial para tencionar e/ou amparar as disputas que emergem nesse campo, de modo a favorecer ou não determinadas agendas, a depender dos interesses em jogo.

Essa concepção também apresenta uma relação histórica com processo de institucionalização da especialidade em meados do séc. XIX, especialmente, quando alguns indícios desta trajetória podem ser vistos como marcadores de uma classe médica que busca afirmar prestígio e legitimidade a partir do conhecimento científico. É num cenário de influência da medicina acadêmica europeia e de transformações políticas e econômicas no Brasil, que observamos a emergência da oftalmologia impulsionada pela realização de pesquisas e observações nos consultórios especializados dos estabelecimentos de saúde públicos e privados. Esse processo perpassa por caminhos que irão configurar o prestígio e poder sobre a nova especialidade pela elite médica, delimitando assim o campo de atuação perante a sociedade e seus pares. (Bruce, 2005)

Ao retomar a perspectiva contemporânea, observamos a manifestação dos atributos da especialidade a partir do seu desempenho pela universidade. Esta percepção dos agentes sobre o campo da oftalmologia está associada, especialmente, à produção científica, a internacionalização do ensino na pós-graduação, as novas tecnologias, além de formação especializada através das residências médicas. Com isso, observa-se este campo pela dedicação ao desenvolvimento técnico científico com o aperfeiçoamento da clínica médica oftalmológica através da inovação das técnicas cirúrgicas, insumos, medicamentos e aparatos tecnológicos.

Esse arcabouço técnico científico desenvolvido no âmbito público apresenta-se como um elemento que proporciona o prestígio e legitimidade para a comunidade oftalmológica, de certo modo favorecendo os agentes inseridos nesta estrutura. Com isso, cabe afirmar a universidade como um polo de excelência para a especialidade, ainda que restrita a alguns nichos regionais. Tal fato não inviabiliza o desempenho de outras instituições, apenas sinaliza as distinções do campo, que no momento não são objeto de investigação no estudo. Porém, há que se considerar o percurso histórico no Brasil, e na oftalmologia, que determina o estado de São Paulo como centro de investimento e iniciativas governamentais pioneiras na área.

As tendências na produção científica refletem esta perspectiva, principalmente, ao abordar temas/objetos de estudo pela vertente biomédica como: a clínica, a epidemiologia, o uso de medicamentos e tecnologias diversas no diagnóstico e tratamento, nesse sentido, pontua-se a matriz de conhecimento hegemônica no campo da saúde. Essa característica não é

restrita a comunidade oftalmológica brasileira, quando se considera as conexões com diferentes comunidades científicas globais, refletindo assim as influências do mundo globalizado. Tal circunstância apenas indica que as disputas do campo científico também são atingidas por aspectos externos, tencionando assim as tomadas de decisão no campo.

Por outro lado, essas tendências indicam aspectos que perpassam a formação do oftalmologista, reservada aos cursos de especialização e residências médicas. Nesse caso, Ventura, Ventura e Santos (2008) já questionavam os assuntos mais abordados em estudos científicos associados ao contexto da especialização, como oferta de vagas e as inovações clínica e cirúrgica da área, indicando que o ensino na pós-graduação tende a refletir as afinidades científicas compartilhadas nesse campo. No entanto, considera que esta aproximação representa também a disposição incorporada (*habitus*) dos atores, diante de um processo de formação que ressalta o aprofundamento e/ou manejo de técnicas e recursos inerentes às concepções do campo.

Nesse sentido, convém mencionar aspectos históricos sobre a especialização médica, a fim de pontuar elementos que hoje configuram o campo da medicina no Brasil, e repercute no subcampo da oftalmologia. As residências médicas inauguram um novo momento para esta formação profissional nos anos 1960/70, com a crescente demanda por serviços de saúde e a necessidade de ampliação no número de médicos. O crescimento das escolas médicas se dá pelo predomínio de escolas privadas e isoladas, não pertencentes à universidade. Como a lógica para a abertura era a do mercado, houve um processo de concentração das novas escolas nas regiões mais ricas, em especial o sudeste, desconsiderando as realidades e necessidades regionais. (Feuerwerker, 1997)

As reformas educacionais no ensino superior em 1968, marcadas pela expansão empresarial das escolas, são acompanhadas de redução na qualidade da formação profissional, e ampliação da oferta de residências médicas a fim de atender as exigências do mercado. Analisando num contexto mais amplo, verifica-se que se acelera o processo de capitalização da medicina, com a modernização das instituições e da organização dos serviços, em que a necessidade de adestramento específico para o desempenho de certas atividades começa a ser um requisito importante. Essa reorganização do trabalho médico encontra no parcelamento, por meio da especialização, o seu sentido principal. (Cordeiro, 1984; Lima, 2008)

Em contrapartida, ao observar este contexto de transformações no campo da medicina nota-se que este modelo de qualificação, historicamente, já se apresentava no subcampo da oftalmologia, assim essa reorganização do trabalho médico com a especialização tende a

reafirmar neste campo uma conduta, de certa forma, familiarizada entre seus pares. Este aspecto também se associa as particularidades da especialidade, onde se exige o conhecimento das especificidades técnicas, além de uso de tecnologias para o desempenho e evolução do cuidado, dificultando a atuação de outros profissionais da saúde, especialmente por médicos generalistas. Com isso, notamos a qualificação do especialista nas diversas subespecialidades que permitem o aprimoramento técnico de acordo com área escolhida.

"Então, hoje você tem formações um pouco mais frouxas, deixando com que os estudantes se super especializem, depois, em uma dessas vertentes. E aí, tem gente que quer fazer só a medicina humanizada e aí faz oftalmologia clínica, tem gente que quer fazer tecnologizada, aí só opera catarata, uma atrás da outra, tem gente que quer ser gestor, aí tem um monte de gestor importante do meio oftalmológico que foi para outros meios médicos..."
(Entrevistado G, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Assim, é a partir das narrativas dos atores que reconhecemos o processo de formação do especialista como um aspecto identitário do campo da oftalmologia. A fragmentação da especialização, em diferentes subespecialidades, indica o entendimento sobre as demandas em saúde ocular, pela manifestação das doenças oculares, elemento característico ao modelo biomédico, a qual este campo encontra-se enraizado. Contudo, essa diversidade apresenta/aponta os nichos de inserção profissional, ainda no processo de formação, como também o valor simbólico e financeiro que acompanha algumas subespecialidades, exercendo certa influência no caminho escolhido e nas aptidões a serem desenvolvidas.

Com a expressão “tecnologizada” compreende-se, num primeiro momento, a habilidade adquirida pelos especialistas para manusear uma determinada tecnologia, seja durante o processo de formação ou na posterior subespecialização. Esta narrativa se refere às cirurgias de catarata, percebidas pelo campo, na aptidão individual e seletiva, construída a partir do treinamento para sua aplicação. No entanto, o viés/aspecto tecnológico é essencial à formação e atuação do especialista, não sendo possível dissociar esta prática clínica da utilização dos recursos tecnológicos para o cuidado.

Nesse ponto localizamos as tecnologias como um ator não humano, presente nos diversos nichos da especialidade, e atuando do diagnóstico ao tratamento oftalmológico. Entretanto, a habilidade adquirida para manusear determinados recursos tecnológicos pode ser

vista como uma distinção entre os atores deste campo, nesse caso, a inserção nas subespecialidades e a reprodução das técnicas cirúrgicas não se definem apenas na apropriação do conhecimento clínico, mas principalmente na relação entre o especialista e a tecnologia daquele âmbito. Assim, destaca-se um modelo de formação com enfoque nas doenças oculares, segmentando assim o aprendizado.

"Dar uma boa base para o médico oftalmologista e o terceiro ano, "você vai operar catarata? Ok. Eu vou te botar para operar cem cataratas por dia. Ah, você vai fazer glaucoma? Ok. Eu vou te ensinar resolver o problema de glaucoma". E, de novo, é o modelo mais operacional. Os caras ficam meios assustados, mas é o modelo operacional, baseado na experiência cubana, na experiência mesma inglesa, em alguns países, versus o modelo clássico ocidental do século dezanove e vinte, século vinte, século vinte, entendeu? E é isso." (Entrevistado H, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Esse aspecto também exhibe as relações entre o capital científico e uma disposição que favorece a inserção profissional em determinados âmbitos. O enfoque dado a habilidades técnicas para intervir em doenças oculares relevantes, do ponto de vista epidemiológico, relega ao especialista a reprodução da técnica cirúrgica, em escala. Esta conduta reflete o modelo de assistência oftalmológica nos serviços de saúde público e privado, como também representa o viés adotado na construção de iniciativas políticas para área. Ainda assim revela-se nessa estrutura de formação o valor simbólico e econômico presente em algumas áreas de atuação, em especial no caso das cirurgias de catarata como uma expertise almejada na formação.

Ao compreender o adoecimento e as doenças oculares como objeto de intervenção clínica, nota-se uma restrição epistemológica no campo em construir o cuidado pela leitura dos aspectos sociais e econômicos que incidem na população. O uso da expressão humanizado/humanitário é um artifício para definir/diferenciar uma atuação próxima ao coletivo com caráter social, por outro lado, este aspecto pode relacionar um outro espaço de inserção associados ao nível primário de atenção no SUS.

Deste modo, notamos que questões relativas à saúde ocular caracterizam o lugar atribuído ao oftalmologista geral, não subespecializado, como profissional dedicado aos

cuidados primários da visão. Conceitualmente, a promoção da saúde ocular e a prevenção de doenças oculares localiza-se nas estratégias desenvolvidas neste âmbito. Contudo, contradições quanto ao termo “saúde ocular”, identificado no decorrer das entrevistas, reforça a perspectiva do campo a partir de um viés tecnológico, de certa forma impactando na assistência exercida pelo especialista. Assim, observa-se que há um distanciamento em refletir sobre a saúde ocular como uma prática de cuidado que perpassa também outras esferas de conhecimento no campo da saúde.

"[...] se o cara não trabalha com saúde pública, ele não consegue ter uma visão do todo, então ele fala: “Não, tem que operar, tem que aumentar o número de consultórios, o SUS tem que pagar melhor a consulta, tem que pagar a tonometria.”, a questão toda é essa, não é questão dos óculos, tal. Não para pensar que saúde ocular tem a ver com higiene, tem a ver com vacinação, que tem a ver com o pré-natal, que tem a ver com prevenção de DST, entendeu?" (Entrevistado F, Médico, atuação clínica público privado)

Para o campo, o termo “saúde ocular” é reconhecido por seus atores a partir de iniciativas e ações governamentais, no âmbito de políticas públicas em saúde e sob a responsabilidade do Estado, onde, compreendem-se como ações em saúde pública, geralmente restrita a atenção básica. Nota-se também nas discussões do campo o questionamento sobre as medidas institucionalizadas para lidar com o acesso a assistência oftalmológica no SUS, e não, necessariamente, ao papel desempenhado pelo especialista neste cuidado.

Logo, observamos que os aspectos relativos à prevenção de doenças oculares e promoção da saúde ocular são reconhecidos de maneira diferente pelos atores, que apresentam nas suas trajetórias afinidades com o campo da saúde pública. Definida a partir do cuidado primário dos olhos, onde o oftalmologista é parte integrante, a saúde ocular assume a atuação do especialista como uma prática médica restrita à aplicação da tecnologia e à intervenção clínica-cirúrgica, nesse caso, não há espaço para reflexão do cuidado integrado a outras esferas da saúde e a vivência dos indivíduos.

"[...]Assim, o residente não é treinado para fazer, falar de prevenção, essas coisas, ou de prevenção de saúde ocular, não. termos de oftalmologia, oftalmologista ele é um cirurgião, não é?" (Entrevistado F, Médico, atuação clínica público privado)

Este contexto é refletido pelos atores do campo como uma inconsistência no processo de formação do especialista. No entanto, essas tensões sobre a atuação do especialista na atenção básica não são percebidas como aspectos da identidade do campo, sendo associadas ao perfil do médico, a partir de escolhas individuais, ora pelos caminhos da subespecialização, ora pelo desinteresse em atuar numa rotina clínica menos valorizada pelo campo. Logo, não há, necessariamente, uma reflexão sobre as concepções do campo e suas afinidades, de modo a assim impactar no desempenho da assistência, maior ou menor intensidade, a depender das trajetórias e espaços de inserção/atuação profissional.

Com isso, notamos que as inovações tecnológicas tendem a despertar o contínuo interesse no aparato tecnológico que refina o cuidado, assim caracterizando essa área como uma das mais avançadas atualmente na medicina. Lembrando Donnangelo (1975), o desenvolvimento científico e tecnológico é um fator que contribuiu na fragmentação do conhecimento na graduação e a introdução das especialidades no currículo, especialmente quando não estava claro o conteúdo que deveria ser ofertado. Ainda, a introdução de mecanismos de acumulação de capital no setor saúde favorece a adoção do modelo de atenção baseado na utilização intensiva (e progressiva) de tecnologia e na especialização do médico.

Assim, para Ginguerra *et al.* (1998) e Pachá (2005) a oftalmologia se mostrou pouco participativa nas discussões a respeito das mudanças na profissão médica e sua influência sobre a educação, nos anos 1990, especialmente quanto ao ensino na graduação. De um modo geral, o ensino da oftalmologia no Brasil seguiu uma sistemática que reflete tendências e experiências pessoais de especialistas mais que o resultado concreto de avaliações de objetivos e do produto final de ensino. Ainda que o ensino da oftalmologia não seja objeto de discussão neste estudo, este tema é apresentado pelos atores ao reconhecerem como um aspecto importante para a formação médica e, de certo modo, exerce influência no percurso da especialização.

Com isso, observamos que o ensino da oftalmologia na graduação médica traz questionamentos quanto ao currículo disciplinar, por vezes atrelada a orientação acadêmica de cada departamento especializado nas universidades, refletindo assim numa diferenciação do conteúdo ofertado. Esta distinção associa-se à inaptidão dos profissionais em lidar com os agravos oculares, principalmente pela inconsistência do conhecimento ofertado. Entretanto, há também um relativo consenso, entre os atores, sobre uma formação médica despreparada para atender as necessidades da população, onde, a residência médica assume um caráter obrigatório para a qualificação profissional, de modo a suprir a precariedade dos cursos de graduação.

A tradição do ensino da oftalmologia, segundo Pachá (2005) está presente ainda hoje nos currículos da medicina, praticamente desde os primeiros cursos médicos fundados no país. No entanto, para autora, esta inserção já representava uma tendência à especialização demonstrando assim que talvez por herança das transformações ocorridas no ensino e na medicina ao longo do século XX, ocorre o isolamento progressivo da especialidade. Ainda, nesse contexto, a valorização da oftalmologia enquanto disciplina⁴⁰, remete-nos ao modelo biomédico e à formação especializada, muito presente em nossas escolas médicas. Soma-se a isso, o modelo flexneriano que norteou o ensino até recentemente, e ainda encontra adeptos que assumem a necessidade da disciplina como um “espaço de poder” dentro da instituição de ensino.

A tendência à especialização neste campo é sustentada no distanciamento do oftalmologista como parte integrante na formação do médico generalista de modo a relativizar o acesso ao conhecimento especializado através da residência médica. Esta percepção tende a reafirmar este profissional para atuação exclusiva nesta área. Ainda que essa centralização não seja compartilhada por todos os atores entrevistados, observa-se uma tensão no campo quanto ao reconhecimento do generalista para atuar na identificação precoce de doenças oculares, que não se associa somente a qualificação técnica do profissional, mas a delimitação do nicho de atuação reservado ao especialista.

Independente de questões estruturais na formação em saúde, como elaboração e disponibilidade de cursos de formação em saúde ocular, além de treinamento e acompanhamento dos profissionais atuantes na atenção básica, há que se ponderar o conflito existente sobre a habilitação de certas atividades da clínica oftalmológica, que podem ser exercidas por outros profissionais de saúde, e a atuação exclusiva do oftalmologista nesse âmbito. Esse contexto pode expor certa conveniência em abordar/prover essa assistência dependente do médico oftalmologista, mesmo que tal conduta esteja condicionada também a aspectos sociais e simbólicos, que atravessam o campo da oftalmologia e a área da saúde, onde as características do modelo hegemônico, centralizado no médico, ainda apoia a forma de pensar a prática num modo curativo e individual.

Considera ainda as limitações desse campo em convergir/abarcas outras áreas de conhecimento que possam contribuir também no debate da área. Essa desconexão é retratada na atuação isolada da especialidade tanto no debate sobre a saúde ocular quanto na produção

⁴⁰ Com carga horária reduzida na graduação cabe a especialização, através das residências médicas, para médicos formados terem acesso ao conteúdo de forma abrangente.

científica na área, indicando a elevada autonomia deste espaço em absorver e retraduzir as demandas externas, de acordo com os interesses. No entanto, esta restrição em si não deve ser analisada como uma inaptidão do campo da oftalmologia, justamente ao ponderar as afinidades que movimentam este espaço refletindo assim um fluxo de tendências compreendidas como relevantes pelos seus atores.

Embora esta independência possa, em parte, ser associada ao processo de construção da especialidade e na liderança histórica em vocalizar e impulsionar pautas, até então persiste um descompasso na disseminação/aproximação deste conhecimento na formação em saúde, produzindo efeitos na atuação multidisciplinar no SUS. Além disso, cabe questionar também os impactos deste contexto no âmbito da saúde coletiva, ao resgatar o debate em torno da promoção da saúde ocular e prevenção de doenças oculares. Nota-se a invisibilidade sobre o tema no campo da saúde pública, indicando as contradições da área que se dispõe a pensar a saúde da população em sua integralidade.

Todavia, ao resgatarmos as mudanças na prática médica no Brasil a partir da década de 1960 encontramos elementos que nos ajudam a compreender o contexto onde esta prática se insere e o que a sustenta. Cordeiro (1984) destaca as transformações na medicina e a transição da prática autônoma em trabalho médico assalariado, reconfigurando o modelo de atenção saúde numa gradativa privatização da prática médica e desenvolvimento do complexo médico industrial (CIS). Este contexto também contribui nas influências (pressões) exercidas pelo campo econômico na formação e atuação do médico no campo da saúde. Assim, nota-se no campo da oftalmologia a universidade pública como instituição relevante para a formação, porém a atuação no setor privado segue como tendência para inserção do especialista no mercado de trabalho.

Deste modo, convém destacar alguns atores mediadores do campo econômico, identificados na rede de conexões como as indústrias de insumos da saúde, medicamentos e tecnologias. Articuladas a diferentes nichos na saúde, observou-se a inserção no campo da oftalmologia através de pesquisas acadêmicas, indicando uma relação para além da clínica médica e a aplicação destes recursos no cuidado. Com outra lógica de organização e regras, o acolhimento das demandas externas associa-se à rentabilidade de um novo produto no mercado, de modo, a impulsionar tendências que oscilam entre a oferta de diagnóstico e/ou tratamentos inovadores tal como o lucro iminente para este campo.

Esta característica tende a delimitar práticas mercadológicas presentes no campo da medicina. Embora este vínculo não seja objeto estudo, ainda assim é possível reconhecê-las como ator que estabelece conexão com os atores do campo da oftalmologia. Diante disso

evidenciamos parcerias entre a indústria farmacêutica e instituições filantrópicas dedicadas ao ensino médico, como financiadoras de ações de saúde e aperfeiçoamento da prática médica oftalmológica; especialmente relacionadas a cirurgias. Além de uma inserção mais institucional, ao serem considerados “patronos” das atividades promovidas pelas entidades e sociedades médicas da área, como destacado na página eletrônica do CBO, além de atuação nos diversos congressos científicos da categoria. (Alcon, 2018a; b; Allergan, 2015; Cristália, 2018, Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2020)

A constante inovação e incorporação de tecnologias é um indicativo das transformações disseminadas na área médica. A partir de uma lógica capitalista há uma valorização de determinados nichos de atuação, onde algumas subespecialidades oftalmológicas indicam uma diferenciação entre os especialistas desta área. Contudo, esta perspectiva não deve analisar os caminhos da formação como ato intencional para fins rentáveis, ao considerar o *habitus* adquirido que conduz a origem da ação com as habilidades desenvolvidas para o desempenho da profissão.

Em tempo, as transformações capitalistas da medicina contribuíram gradativamente para a privatização da prática médica e o desenvolvimento do complexo médico industrial (CMI), direcionando a um novo modelo de prover saúde. Assim, encontramos uma naturalização da parceria entre o privado e o público sob dois aspectos: a conexão entre ensino da medicina e indústrias médicas, e a inserção profissional que assume protagonismos no setor público e privado, demonstrando uma sintomática transição entre esses setores (campos). Esses dois elementos apontam a relação entre a qualificação e atuação profissional dentro da lógica vigente no CMI, que fundamenta suas bases ainda no momento de inexistência do SUS.

Outra característica do campo médico é a criação de instituições representativas dos interesses das especialidades como as Sociedades Médicas. Além delas, também será comum observar a criação de Conselhos por especialidades. Ambas surgem como mediadoras e reguladoras das práticas profissionais, mas atuando de forma autônoma em relação ao Estado. Na década de 1950, será constituído o Conselho Federal de Medicina com a competência do registro profissional e a aplicação de sanções do Código de Ética Médica. Com o tempo, o CFM adquiriu funções que atuam em prol da saúde da população e dos interesses da classe médica. (Conselho Federal de Medicina, 1999)

Atualmente, a oftalmologia reúne duas entidades representativas da categoria: a Sociedade Brasileira de Oftalmologia⁴¹ (SBO) e o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO). Embora tais entidades apresentem atribuições distintas na área, ambas contribuem na defesa, regulamentação e fiscalização do exercício da especialidade, além de zelar pela ética profissional. Campanhas educativas ao público, eventos diversos e canais de divulgação⁴², para classe médica e população, também fazem parte dessa trajetória, e a produção científica pode ser encontrada na Revista Brasileira de Oftalmologia⁴³ e nos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia⁴⁴.

Presente por meio de uma representação estadual em cada estado brasileiro, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) é entidade encarregada não só de operacionalizar suas medidas em sua respectiva área de atuação, como também de levar ao Conselho questões regionais e locais, além de desenvolver atividades que promovam a educação continuada dos oftalmologistas brasileiros. Para acompanhar a formação dos oftalmologistas⁴⁵, a Comissão de Ensino⁴⁶, instituída no Conselho e integrada por um corpo docente de cursos de especialização credenciados pela entidade, desenvolve uma série de ações em defesa do aprimoramento técnico-científico e ético dos médicos oftalmologistas e na defesa de suas prerrogativas profissionais. (Ottaiano *et al.*, 2019)

Filiado à Associação Médica Brasileira (AMB), à Associação Pan-Americana de Oftalmologia (PAAO) e ao *International Council of Ophthalmology* (ICO), o CBO é reconhecido mundialmente pelo número expressivo de brasileiros nas programações científicas de congressos internacionais, como também pela escolha do Brasil como sede das edições dos maiores eventos científicos da especialidade (2006) e o Congresso Pan-Americano de Oftalmologia (2013). Na formação profissional, também atua no credenciamento de Cursos de Especialização em Oftalmologia⁴⁷, condição obtida após o cumprimento de várias exigências em termos de titulação dos professores, carga horária e condições de ensino. Em todos eles são estimulados a pesquisa científica, a interface com a

⁴¹ Fundada em 1922 e considerada a primeira entidade da especialidade no Brasil.

⁴² Jornal Brasileiro de Oftalmologia; Revista JotaZero; Revista VejaBem; Revista Eletrônica E-Oftalmo.

⁴³ Publicada desde 1942 pela Sociedade Brasileira de Oftalmologia.

⁴⁴ Publicado desde 1938 pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

⁴⁵ O programa de residência médica é um dos caminhos para a formação especializada, presente nas instituições de saúde credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Já os cursos de especialização em oftalmologia, credenciados pelo CBO representam outra opção para aprofundar os conhecimentos na área. Em ambos os casos, a obtenção do título de especialista esta condicionada a aprovação na Prova Nacional de Oftalmologia elaborada e aplicada por esta entidade.

⁴⁶ A comissão deve elaborar e atualizar normas para o credenciamento de cursos de especialização, determinar o acervo essencial de suas bibliotecas e programa mínimo para os cursos de especialização; realizar vistorias de inspeção no referidos cursos e apresentar à diretoria pareceres sobre punições, descredenciamentos; ser responsável pela aprovação do número de vagas nos cursos credenciados e a pela aprovação de novos cursos.

⁴⁷ Atualmente 101 cursos são credenciados, entre residência médica e curso de especialização em oftalmologia.

comunidade e o engajamento em campanhas sociais, que muitas vezes significam levar serviços oftalmológicos a comunidades mais distantes e carentes. (Ottaiano *et al.*, 2019)

A partir desta apresentação, é possível conhecer/discutir as atribuições do CBO pela perspectiva que Bourdieu propõe compondo assim outro espaço social que mobiliza agentes e capitais distintos. No entanto, não cabe a este estudo analisar a organização da entidade, apenas refletir sobre as interações estabelecidas no subcampo da oftalmologia. Com isso, alguns aspectos que caracterizam a oftalmologia são percebidos através da atuação desta entidade, onde a autonomia frente a questões relativas ao especialista indica também a habilidade deste subcampo em disputar e pautar agendas de interesses para a categoria.

Com a narrativa dos atores do campo, a relevância do CBO sobressaiu através de aspectos relacionados à formação e atuação do especialista, a despeito das prerrogativas adotadas pelo Ministério da Educação (MEC) e/ou Ministério da Saúde (MS) para especializações médicas. Nota-se que as instâncias públicas são percebidas como um espaço de conflito/disputa para a categoria, onde se atribui a entidade o papel de articulação no campo burocrático a fim de mediar/participar de iniciativas políticas que tencionam ou conciliam as agendas construídas neste campo.

"No conselho brasileiro eu dediquei todo meu esforço na formatação de uma nova maneira de contato dos oftalmologistas com o Congresso Nacional, com o Ministério da Saúde e com os gestores municipais e os secretários municipais e com os gestores estaduais e os secretários estaduais de saúde."
(Entrevistado C, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Com as reflexões de Latour, o CBO pode ser observado com um novo ator na teia de conexões, de modo à reagregar e manter vínculos com atores da esfera política, que possam acolher as agendas do campo. Este desempenho é manifestado na narrativa dos atores pelo reconhecimento da entidade em conquistar para o campo, através da visibilidade das condições da saúde ocular na população, a definição de políticas públicas de saúde que permitiram reconfigurar o modelo de assistência oftalmológica, sendo elas: as Campanhas Nacionais de Cirurgias Eletivas – Mutirões de Catarata e a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO).

Tais aspectos também se apresentaram nas reflexões de Campos, Chakour e Santos (1997) sobre as entidades médicas, quando notam a autonomia como parte da formação destas

entidades, onde persiste a livre iniciativa de médicos para abertura de novas sociedades de especialistas, como também a ausência de critérios políticos, sociais e econômicos que definam o planejamento do número de profissionais ou do tipo de especialistas a serem formados. Nesse caso, observa-se uma tendência da maioria das sociedades em definir de modo rígido a área de competência das especialidades, conseqüentemente, negando aos demais médicos a capacidade para realizar procedimentos incluídos na área de competência regulamentada por cada especialidade.

Em recente estudo sobre a Demografia Médica no Brasil, afirma-se que o número de especialistas vem crescendo no Brasil, embora em ritmo menor que o aumento da oferta de médicos em geral, reflexo da expansão de cursos e vagas de graduação. No entanto, ainda é desigual a distribuição de médicos especialistas e generalistas entre as grandes regiões e entre as unidades da Federação. Em termos de concentração de títulos, apenas dez especialidades médicas reúnem 63,6% dos títulos de especialistas do país e a Oftalmologia encontra-se nesse grupo com 3,8% dos títulos. (Scheffer *et al.*, 2020)

Desde os anos 2000, o CBO busca acompanhar a distribuição geográfica dos médicos que atuam na especialidade pelo território brasileiro por meio da realização de censos. Atualmente há 20.454 oftalmologistas distribuídos em 1.633 cidades, 29% dos 5.570 municípios do país, porém essa distribuição aponta 57% do total deste especialista concentrado na região sudeste. (Ottaiano *et al.*, 2019) Nota-se que a concentração do especialista no eixo sul-sudeste ainda reforça as desigualdades regionais na disponibilidade desse profissional, no entanto a maior oferta desta mão de obra nas capitais não pode ser associada à garantia no acesso.

"É um número gigante de médicos oftalmologistas. Eu acho que temos aí... olha a combinação de fatores que interessante, nós temos o governo consciente de que precisa colocar recurso público na oftalmologia. Se ele quisesse fazer isso e tivesse que começar uma formação de oftalmologistas, ele ia demorar mais de uma geração, concorda? Uma ou duas gerações, e temos oftalmologistas, temos recursos e temos uma base instalada na rede privada igual poucos países têm." (Entrevistado C, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Com o status de segundo maior número de oftalmologistas no mundo, o elevado contingente desse especialista no país é justificado, por alguns atores, como fator essencial

para impulsionar a assistência oftalmológica no SUS, de modo, a auxiliar a demanda reprimida por acesso. Esta perspectiva aponta como as interações neste campo encontram no CBO um espaço de representação para definir que ações possam impulsionar os interesses da categoria. Nesta organização, cabe aos agentes inseridos mobilizar o campo burocrático a fim de articular/pautar iniciativas políticas que, a primeira vista, intencionam apenas responder as demandas de saúde ocular da população.

A partir deste discurso, há um entendimento sobre o setor público como ente necessário para absorver esta mão de obra disponível, mediante investimento, com a expansão de parcerias e convênios com o setor privado, além de ONGs que atuam em projetos sociais de assistência oftalmológica. Essa manifestação profícua entre o setor público e o privado compete num arranjo estrutural, compactuado entre os atores do campo, observado na veiculação deste modelo através de congressos, fóruns e documentos oficiais do CBO. A partir destas interações no campo, reconhecemos as influências que perpassam a construção de políticas públicas para esta área, reafirmando a comunhão entre a classe médica e o mercado da saúde.

Ao considerar a organização do sistema de saúde brasileiro, com a presença do setor público e privado atuando na assistência oftalmológica, alguns aspectos ressaltam as distinções no atendimento. Logo, no setor público percebemos a desestruturação da rede de atenção oftalmológica como um fator importante que compromete o acesso ao especialista, por outro lado no setor privado são necessários recursos financeiros para o atendimento. Ambas as situações tendem a condicionar uma margem da população à desassistência nos grandes centros urbanos, e em outras localidades. Ainda, segundo Ottaiano *et al.* (2019) estima-se que cerca de 95% dos oftalmologistas dependam dos convênios médicos para sobreviver na profissão. Esse dado aponta a relação intrínseca entre esse especialista e o setor privado, de modo a inferir um campo de atuação suscetível aos interesses do mercado da saúde.

4.2 SEGUINDO OS ATORES: COMO E PORQUE FAZEM

“Seguir os atores” indicou um caminho de conhecer o campo da oftalmologia a partir de vínculos estabelecidos na ampla rede de conexões. Com o percurso investigativo e as vivências no trabalho de campo, há identificação dos nichos que influenciam, (in) diretamente, a oftalmologia enquanto especialidade no sistema de saúde. A caracterização

desses atores busca expor os aspectos presentes na organização deste subcampo, definidos a partir de relações com as instituições mediadoras e na combinação de diferentes tipos de capital.

De início, o diário de campo contribuiu nas reflexões, a partir da realização das entrevistas, sobre os diferentes espaços que abrangem o público e o privado, permitindo assim conhecer as disparidades que os definem. Com uma estrutura física e organizacional direcionada ao atendimento integral, o âmbito privado apresentou-se na disponibilidade de diferentes subespecialidades por meio de estrutura hospitalar dedicada apenas à oftalmologia. Tais estabelecimentos são comuns nesta área. Na narrativa dos atores do campo, a oferta de clínicas e hospitais especializados configura uma rede de assistência disponível para atender a demanda do SUS. Ainda, ao adentrar nesses lugares, observam-se ambientes amplos, organizados e esteticamente acolhedores, bem como suntuosos em alguns casos. Tais características que, em geral são valorizadas em espaços no âmbito privado, visam representar, de modo subjetivo, a qualidade do serviço e o paciente como protagonista da assistência ofertada.

Já o espaço público tem sido constantemente divulgado na mídia como um ambiente sujeito a aglomerações e longas filas, mas há espaços que também contrastam com essa ambientação, como o ambulatório de oftalmologia na universidade de referência nesta área – UNIFESP. Embora este aspecto não seja exclusivo desta instituição, nota-se que no espaço universitário o desempenho/atuação profissional compartilha as atribuições relativas para o aprendizado, indicando, de certo modo, uma assistência que remete à linha de produção, reduzindo assim o paciente à condição do adoecimento.

Em alguns espaços acadêmicos, observa-se parte de um constante investimento público, como caminho a sustentar a própria cadeia/estrutura de formação de conhecimento e ensino, ainda que diante dos percalços de cada gestão. Esses recursos podem ser notados no Centro de Pesquisa da Faculdade de Medicina – UNIFESP. Assim, ao deparar-se com uma construção esteticamente moderna, põe-se em dúvida o lugar desta atividade no contexto de uma universidade pública. Status que se confirma com o emblema do governo do estado de São Paulo no hall de entrada, salientando o aporte de recursos pelo estado mais rico da federação.

Em termos práticos, esta experiência pode ser compreendida tanto como indicativo dos incentivos à pesquisa direcionada ao/pelo setor público como também demonstram, nas entrelinhas, os aspectos simbólicos e sociais que perpassam o campo da medicina. Ao considera-la como espaço social dotado de agentes que conserva diferentes tipos de capital,

observa-se uma capacidade em mobilizar/disputar recursos para seu próprio campo. Além disso, cabe resgatar a característica do campo da saúde, estruturado partir do modelo biomédico que tende a centralizar/valorizar a prática e o desempenho em saúde na figura do médico.

Com isso, o caráter corporativo desta categoria tende a afirmar o campo da medicina como lugar de manutenção de privilégios, onde parte desta conduta é respaldada simbolicamente pelo saber médico hegemônico, diante da sociedade, como também nos diferentes tipos de capital que perpassam de certa forma, a construção social dos agentes inseridos. Como uma prática sustentada pela elite, nota-se a formação médica e a especialização em oftalmologia como tradição familiar, demonstrando assim o capital social perpetuado por gerações.

"Eu não sei por que eu fui fazer medicina, mas a minha família toda é de médico. [...] o meu avô era ginecologista da década de cinquenta, meu tio mais antigo [...] meu pai cirurgião plástico,[..] e, depois, eram três filhos, três médicos[...]E aí, os netos foram, vários, ser médicos, eu, meu irmão[...] um monte de médicos na família. E agora, a gente está com filha minha..."
(Entrevistado G, Medico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Este arranjo tende a impulsionar a inserção em espaços de excelência para o campo da oftalmologia, seja no âmbito público ou privado, tal conduta reflete também a legitimação e prestígio que acompanha os membros da família que optaram por esta especialidade. Deste modo, observamos a formação médica em universidades públicas, as conexões acadêmicas e a internacionalização na qualificação do especialista como elementos compartilhados entre os atores do campo e seus familiares, indicando uma reprodução do capital social, que aliado a outros tipos de capital (científico, econômico, político) validam o exercício da medicina e atuação profissional em outros campos.

Esta construção social encontra-se nos diversos percursos elementos que compõe o subcampo da oftalmologia, com isso a descrição dos agentes do campo parte do capital científico, associada à carreira acadêmica no setor público, aspecto observado na maioria das trajetórias investigadas (Quadro 2 – Atores em interações no campo da oftalmologia). Esta característica se apresentou de início, no percurso dos formuladores da política nacional, tal indicação contribuiu em identificar na rede de atores conectados esse elemento como uma

similaridade presente neste campo. Nota-se que a formação acadêmica é realizada na universidade pública, como também é neste local o desempenho em atividades de ensino e pesquisa, da graduação em medicina à residência médica em oftalmologia.

Essa representação posiciona esses agentes no espaço universitário em cargos como professor/pesquisador, coordenação, chefia em departamentos clínicos, onde se destacam expertises em diferentes subespecialidades, os prêmios acadêmicos, a produção científica extensa, as conexões internacionais na pesquisa, atributos que demonstram as distinções entre os agentes desse campo. Essa característica também permitiu situar o prestígio adquirido pelo desempenho acadêmico, favorecendo assim o acesso a outros espaços de atuação.

Além de proporcionar competência e notoriedade, o espaço universitário também mostrou uma relação com a assistência oftalmológica no SUS. Tal aspecto é percebido pelos projetos de assistência criados nesse âmbito com intuito de atender a demanda por cuidado, por exemplo, através de parcerias com secretaria estadual e municipal de saúde. A aproximação com o serviço público de saúde é condicionado ao binômio médico-professor/pesquisador, o ensino atrelado a clínicas oftalmológicas públicas confere um lugar fértil de aprendizagem e pesquisa para este campo.

Ao solicitar aos entrevistados a indicação de novos informantes para estudo, nota-se que o prestígio não está associado apenas à relevância da carreira acadêmica, mas também as contribuições para oftalmologia em outros espaços de atuação. Esse aspecto considera que a manifestação das relações de poder não deve ser acomodada unicamente às disputas do capital científico, essa condição associa-se na integração do campo a demais estruturas da sociedade, como parte de um macrocosmo diverso, que tende a influenciar a dinâmica do campo investigado.

Por outro lado, notamos um ponto de conexão com as instituições filantrópicas⁴⁸, indicando assim outro espaço de inserção complementar à formação e qualificação do oftalmologista. Com iniciativas de apoio ao ensino e pesquisa, destaca-se a oferta de cursos de aperfeiçoamento, especialização e pós-graduação na área demonstrando uma complexa rede

⁴⁸ O Instituto Paulista de Estudos e Pesquisas em Oftalmologia – IPEPO ou Instituto da Visão da Paulista (São Paulo): é uma entidade sem fins lucrativos, de caráter filantrópico, fundada em 1990 por docentes do Departamento de Oftalmologia da UNIFESP. O IPEPO presta serviços médicos por meio de diagnósticos, tratamentos clínicos e cirúrgicos em projetos assistenciais e didáticos com apoio ao ensino, pesquisa e assistência oftalmológica. Com a missão de descentralizar o atendimento do SUS, apresenta uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em uma unidade própria no extremo leste da capital paulista, além de ofertar atendimento por convênio e particular em outras unidades.

Fundação Altino Ventura (Pernambuco): fundado em 1986 é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos. Tem como missão prestar assistência à saúde ocular, reabilitar pessoas com deficiência auditiva, física e intelectual da população de baixa renda e, ainda, fomentar o ensino e a pesquisa científica. Desde 1992, é credenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para prestação de serviços médicos especializados, atendendo pacientes de todo Norte e Nordeste do País. A FAV é classificada pelo Ministério da Saúde como Unidade de Referência em Oftalmologia. Possui um Centro Especializado em Reabilitação – CER IV, habilitado para atenção especializada multiprofissional.

de vínculos que abrange uma combinação entre assistência-ensino-pesquisa para além da universidade.

Neste âmbito, desponta outro modelo de organização com normas e regras próprias para o acesso à assistência oftalmológica, através de convênios com secretarias municipais e estaduais, para pacientes do SUS, como também a oferta de atendimento vinculado às operadoras de saúde e particular. Dada as características dessas instituições, a captação de recursos no setor privado e/ou recurso de doação permite ainda desempenhar as iniciativas planejadas, de certo modo, independente.

A conexão com essas instituições foi observada na trajetória de alguns entrevistados do campo, especialmente associadas a cargos de gestão e coordenação, indicando uma diversificação nos espaços para a atuação profissional. Contudo, esta inserção permite conhecer a capilaridade/diferentes vínculos atribuída ao capital científico, contribuindo na capacidade de articulação dos agentes, em torno de projetos e/ou instituições de interesse do campo, de modo a conceber também nesse espaço o prestígio e reconhecimento⁴⁹, até então restrito a universidade.

Por outro lado, notamos a mobilização destes agentes para além dos espaços relativos a pesquisa e ensino. Assim, a inserção na esfera federal a partir de assessorias e colaborações diversas se faz presente com atribuições em áreas burocráticas como secretarias de saúde, o Ministério da Saúde e ANVISA. Esse aspecto sinaliza certa condição desses atores em movimentar-se em espaços distintos. Com isso, identifica-se o trânsito de alguns agentes pelo campo burocrático (esfera governamental), aspecto notável entre as lideranças que atuaram em importantes projetos e políticas públicas para o SUS.

Esse atributo não deve ser correspondido a atos isolados e individualizados, pois se considera o campo da oftalmologia como um espaço que congrega, majoritariamente, a categoria médica, esta representada pela entidade da área. Assim, a participação desses atores através do CBO, como membros da diretoria, coordenadores de comissões, presidência e afins, assegura/favorece a atuação em outros espaços, ainda que, as atribuições e/ou o trabalho desenvolvido seja uma representação da trajetória de cada um.

Contudo, observa-se a ocupação desses cargos vinculados à qualificação profissional como também a carreira acadêmica, reafirmando a importância do capital científico na

⁴⁹ A Fundação Altino Ventura (FAV), o Instituto da Visão - IPEPO e o Serviço de Oftalmologia da Universidade Federal de Campinas (Unicamp) foram as três organizações latino-americanas a receber o Prêmio António Champalimaud de Visão 2019. A honraria é atribuída pela Fundação Champalimaud, com sede em Lisboa (Portugal), as instituições e pesquisadores que se destaquem no combate à cegueira e à reabilitação visual.

construção da autoridade na área. Ainda, destaca que o trânsito para outras esferas requer a combinação de diferentes tipos de capital, como político e econômico, essa condição foi expressa pelos laços com figuras políticas e na aproximação em espaços institucionais como Senado Federal e a Câmara de Deputados, através de eventos formais.

Enquanto o espaço universitário público apresenta um caminho para construção da carreira acadêmica e/ou qualificação profissional, observou-se que o exercício da prática médica está direcionado ao setor privado, configurando outro espaço de inserção para os agentes do campo. Assim, a ocupação em hospitais e/ou clínicas privadas revelam o acesso a cargos de coordenação, chefia e/ou direção nas áreas subespecializadas da clínica oftalmológica. Esta inserção diferenciada indica, de certa forma, os postos de relevância atribuídos à qualificação conquistada no âmbito público.

Embora este perfil esteja associado a determinados agentes, com trajetórias profissionais consolidadas e de relevância no campo, esta caracterização ainda demonstra a proximidade e a formação deste especialista para atuar/atender as demandas do setor privado. Ainda, a atuação em consultórios particulares demonstra o caráter liberal da profissão como também reafirma o ofício de pai para filho com a manutenção (herança) da clientela. Estes aspectos pontuam a produção da mão de obra especializada estimulada/tangenciada por outros interesses, constituindo um dos desafios para a organização da assistência oftalmológica no SUS.

Cabe também destacar as exceções que marcam algumas trajetórias identificadas neste campo. De início, há único ator do campo que compartilha a formação em ortóptica⁵⁰ e atua como importante pesquisador na área da oftalmologia. Para esse caso, o vínculo com o setor privado não foi observado, nos moldes descritos, condição ou opção definido pela dedicação exclusiva no serviço público. No entanto, há de se considerar também as disputas do campo entre o oftalmologista e o ortoptista e os impactos na valorização/desempenho da profissão nesse âmbito.

Ao observar os espaços de atuação desses atores, delimitam-se os cargos acadêmicos na universidade demarcando a interseção relativa ao setor público, ao passo que, o âmbito privado destaca os serviços de saúde dedicados à especialidade, reafirmando a dupla inserção desses agentes. Há uma naturalização desses vínculos que não se restringe apenas a

⁵⁰ Área da ciência da saúde que se dedica ao diagnóstico e tratamento dos distúrbios da motilidade ocular, visão binocular e anomalias associadas, como estrabismo e heteroforia; Essas atividades exige a supervisão do oftalmologista, restringindo a atuação livre deste profissional.

oftalmologia, mas ao processo de formação do médico marcado pela lógica liberal e capitalização do campo da medicina.

"[...] Fui chefe de departamento durante um tempo, me envolvi com política pública ocular, com o conselho brasileiro, com a iniciativa privada, tive algumas empresas de serviços de saúde, tenho consultório particular, opero, clínico, dou aula em algumas outras instituições, dou aula aqui, oriento pós-graduando, residente. Iniciação científica e é mais ou menos isso." (Entrevistado G, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Com isso, a narrativa do entrevistado evidencia a natureza híbrida deste profissional, sendo, portanto um aspecto estrutural/característico a este campo. Partindo das reflexões de Latour (1994), compreende-se este cenário como parte da construção da identidade desses agentes, que uma vez inseridos nas instituições científicas, não há impedimento de se estabelecer e/ou participar da rede de conexões, justamente pelas diversas afinidades que os compõe, tornando-se flexíveis de acordo com os interesses. Cabe ressaltar que esta multiplicidade também se apresenta num contexto de respaldo jurídico e social.

Sob outra perspectiva, a distribuição do capital tende a refletir na posição dos agentes no campo, como também tende a inserção no setor privado. Ainda que a prática médica autônoma, em estabelecimentos privados como consultórios e clínicas, seja um aspecto comum entre os atores, há uma distinção na ocupação de cargos em instituições renomadas para a oftalmologia. Nesse caso, o capital científico se faz necessário para atuar em atividades relativas no mercado da saúde e do ensino, como as universidades e hospitais de grande porte, ainda, aliado ao capital social e econômico, observam-se também as contribuições a partir da titularidade/sociedade em empresas, clínicas e outros estabelecimentos que sustentam/compõem a rede de assistência oftalmológica no sistema de saúde.

Embora parte desta característica relacione-se também a condições individuais, deve-se considerar neste campo a consolidação de uma rede de serviços de saúde privados, autossuficiente e hábil em estabelecer conexão com setor público através da prestação de serviços. Esta organização do campo tende a favorecer um modelo de saúde que atua para o interesse do segmento privado, onde a universidade pública abastece este setor, através da formação de mão de obra qualificada, apartando-se assim do compromisso público com as demandas da sociedade.

Ao acompanhar esses aspectos, percebem-se nas trajetórias as similaridades que definem o trânsito entre setor público e privado, ainda que as subjetividades nos percursos não delimitem, hoje, a manutenção desses vínculos, por todos os atores. Esta condição não os exclui da teia de relações investigada, apenas desencadeia/ampara outras conexões de interesse. Por outro lado, ainda reforça-se, nos caminhos individuais, uma sustentação das aptidões através da qualificação na universidade pública, com atuação profissional no setor privado.

4.3 O LUGAR DA TECNOLOGIA

As questões aqui levantadas sobre a expressão e o lugar das tecnologias no campo da oftalmologia apoiam-se, inicialmente, no entendimento deste recurso como uma particularidade deste campo, fundamentais no avanço do diagnóstico e tratamento das doenças oculares. Com a perspectiva da ANT, a relação entre o especialista e a tecnologia retrata o movimento de atores humanos e não humanos, esboçando assim uma estrutura de redes, a qual a telemedicina é parte, como um caso particular que será abordado posteriormente.

A oftalmologia configura-se a partir de conhecimentos específicos e desenvolvimento de tecnologias para atuar no diagnóstico e tratamento de diversas doenças oculares. Erros de refração, catarata, glaucoma e retinopatias configuram como as principais causas de deficiência visual e cegueira em diversos países do mundo. Este cenário permitiu, ao longo do tempo, a evolução de técnicas para o cuidado a partir de pesquisas científicas na área, e, ainda, a implementação de novas tecnologias também contribuiu para o aprimoramento no diagnóstico e oferta de procedimentos terapêuticos mais eficazes e seguros ao paciente.

Novos avanços médicos foram alcançados em decorrência da Segunda Guerra Mundial, e repercutiram na oftalmologia. Com a introdução da microcirurgia, a adaptação dos equipamentos amplificadores contribuiu para a modificação dos microscópios para uso oftalmológico e o aprimoramento de técnicas. Os novos tratamentos contaram também com a atuação de indústrias na produção de insumos farmacêuticos, acessórios e recursos ópticos para atender as demandas recentes. Assim, a combinação dos conhecimentos oftalmológicos na prática médica e a descoberta/introdução de elementos (objetos) para o diagnóstico e

tratamento das doenças oculares foram capazes de impulsionar o desenvolvimento na área. (Souza, Rodrigues e Souza, 2006)

Exames para detectar a acuidade visual constituem uma importante medida para identificação precoce de erros de refração, onde a provisão de óculos é considerada umas das intervenções com maior custo-benefício. Tradicionalmente, a tabela de Snellen é a principal ferramenta para o rastreamento visual, mas atualmente a disponibilidade de aplicativos oftalmológicos, para uso em celular, tem reconfigurado ferramentas de medição e aproximado o paciente da autorrefração. Observa-se que o uso de equipamento portátil (photoscreener), por oftalmologistas, também tem-se apresentado mais efetivo na detecção de erros de refração não corrigidos em escolares. (Arnold, 2020; Faria *et al.*, 2020; Steren, Young e Chow, 2021)

Com recursos tecnológicos de alta resolução que possibilitam diagnósticos cada vez mais precisos, há grande influência na oftalmoscopia do glaucoma, especialmente devido à melhoria de equipamentos e a possibilidade de registro das características do disco óptico e da camada de fibras nervosa, bem como suas variações ao longo do tempo. Exames de imagem, como a retinografia⁵¹, tornaram possível o registro sem a dilatação pupilar. Ainda, a incorporação do laser e dos díodos superluminescentes levou ao desenvolvimento da oftalmoscopia de varredura a laser⁵² e a tomografia de coerência óptica⁵³, impactando assim no diagnóstico das retinopatias. (Mikelberg, Wijisman e Schulzer, 1993; Monteiro, 2014; Webb e Hughes, 1981)

No âmbito da formação do especialista, inovações associadas ao ensino de técnicas cirúrgicas também podem ser identificadas com as tecnologias digitais, desenvolvida na década de 1970, que apresentaram a realidade virtual como uma estratégia para mergulhar em mundos criados por um computador. Atualmente esta tecnologia vem se expandindo em diferentes áreas como na educação, com ensino à distância na indústria, no treinamento de pessoas para atividades de risco e, principalmente, na Medicina. Em estudo de revisão sobre o uso de realidade virtual, no dia a dia, em diversas áreas médicas, observou-se o surgimento de simuladores, para uso exclusivo na oftalmologia, principalmente relacionados a cirurgias

⁵¹ Com auxílio do aparelho retinógrafo, a retinografia é um exame de imagem que fotografa as áreas do fundo do olho, como a retina, a coróide, o nervo óptico e os vasos sanguíneos, podem ser realizados por dois métodos: a retinografia simples ou retinografia fluorescente, conhecida também como angiografia fluorescente.

⁵² É um exame não-invasivo que analisa e obtém imagens do pólo posterior da retina, de forma dinâmica, observados no monitor do aparelho, com grande poder de definição. Tem por princípio a oftalmoscopia co-focal, com um feixe de laser que faz a varredura da retina ponto a ponto, a imagem então é refletida para uma câmera com capacidade de adaptação à luz infravermelha. Atualmente, consta na relação nacional de equipamentos financiados para o SUS.

⁵³ Conhecido também como OCT, é um exame oftalmológico não invasivo que permite a realização de cortes transversais da retina (segmento posterior), gerando imagens tomográficas de alta resolução. A partir deste exame, novas hipóteses fisiopatológicas para um número significativo de doenças retinianas têm sido propostas, as imagens obtidas são consideradas padrão-ouro para o diagnóstico de algumas dessas doenças. Em janeiro/2019, foi incorporado no rol de procedimentos ofertados pelos SUS para pacientes diagnosticados com Degeneração Macular Relacionada À Idade (DMRI)

oftalmológicas e treinamento médico, com a reprodução anatômica do olho, configurando uma área promissora para a aplicação desta tecnologia. (Carvalho, 2012; Rezende *et al.*, 2012)

A demonstração de diferentes tipos de tecnologias no campo da oftalmologia permitiu visualizar os vínculos que acompanham o ator humano, representado pelo oftalmologista. A concepção da ANT permitiu ampliar o repertório de atores envolvidos ao modificar a forma e figura dos participantes, definindo-se como um actante. Essa neutralidade permite transpor a carga simbólica de atores como “indivíduos”, e (re) constituir o social através de interações em atores humanos e não humanos (“objetos”).

Assim, há o resgate da contribuição de atores não humanos (“objetos”) nos diferentes processos evolutivos, onde evocamo-los para registrar o seu papel nas conexões como parte da ação. Este princípio permite tratar os aparatos tecnológicos como parte da vida cotidiana, capazes de transformar a relação entre humano e objeto, de modo a se fundirem quando aplicados nessa clínica médica. Ainda que superficialmente o ator humano pareça superior no curso de ação, isso não se sustenta na ANT, pois a heterogeneidade dos atores e a participação conjunta na ação não permite que estes sejam colocados em posição de hierarquia na rede de conexões. (Latour, 2012)

Ao visualizar essa rede formada por atores heterogêneos, encontramos uma atuação conjunta entre o oftalmologista e as tecnologias para o cuidado. Embora essas ferramentas tecnológicas possam ser notadas em outras áreas da medicina, no campo da oftalmologia a atividade clínica depende destes objetos. No entanto, observa-se também que este entrelaçamento tende a reconfigurar a relação entre o médico e paciente. Logo, dada a exigência destas ferramentas no cuidado, há uma invisibilidade/indiferença em conceber uma assistência onde a tecnologia não seja a protagonista, abrindo espaço para lidar e compreender o adoecimento por outras vias.

Por outro lado, esta perspectiva reflete uma linha tênue entre o oftalmologista e um mero operador da tecnologia disponível, atribuindo ao ator não humano à ação/desempenho necessária no cuidado. Na rede de conexão, os vínculos entre esses atores combinam uma relação de simbiose no curso da ação. No entanto, ao considerar a estrutura do campo da oftalmologia, revelam-se as tecnologias como uma ferramenta capturada/apropriada para o uso exclusivo por esse especialista. De certa forma, essa concepção tende a resistir às contradições presentes nas inovações tecnológicas, onde este ator não humano pode tornar-se acessível para outros profissionais na saúde, mediante formação e treinamento na área, como também para o autocuidado.

"Então, se a gente levanta a bola nessas questões tecnológicas, não é? E Medicina usa muito a tecnologia, em especial a Oftalmologia, o médico oftalmologista não trabalha sem aparelhos, não é? Para fazer uma consulta simples, você precisa de uma lâmpada de fenda, precisa de um oftalmoscópio. Não é o próprio... por isso que o médico da família tem dificuldade mesmo, porque não é com história que vai resolver. Ele tira a história, mas ele vai enxergar através de equipamentos qual é o problema e fazer diagnóstico...". (Entrevistado E, Médico, atuação clínica setor privado)

Historicamente, o uso do oftalmoscópio⁵⁴ é um dos elementos essenciais para a observação da anatomia ocular nesta clínica, aperfeiçoando-se à medida que a tecnologia evolui e atende as novas demandas na saúde. Deste modo, há que se considerar a diversidade de tecnologias empregadas pela área da saúde, como insumos médicos, medicamentos e equipamentos tecnológicos que podem ser incorporados na rotina da clínica, não sendo, portanto, um vínculo perceptível, até que estes objetos possam ser revelados, através de interações estabelecidas entre os atores no social investigado. (Latour, 2012)

As cirurgias oftalmológicas nos moldes que conhecemos hoje indicam uma longa evolução do conhecimento da anatomia e fisiologia do olho, mas também associados às descobertas tecnológicas. Um momento marcante na área atribui-se a adaptação do equipamento de ultrassom, utilizado pelos dentistas, para a cirurgia de catarata, permitindo assim a fragmentação do cristalino e a sua remoção sem a necessidade de amplas incisões. Atualmente, a cirurgia de catarata⁵⁵ com implante de lente intraocular (LIO) é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo, sendo a facoemulsificação (FACO) a técnica mais utilizada para a extração, na maioria dos países desenvolvidos, devido à possibilidade de rápida recuperação visual e ao reduzido índice de complicações per e pós-operatórias. (Kara-Junior *et al.*, 2010; Souza, Rodrigues e Souza, 2006)

Apesar de esta descoberta ter revolucionado as técnicas cirúrgicas, três fatores agiram sinergicamente para possibilitar o desenvolvimento da moderna cirurgia de facoemulsificação: o progresso tecnológico através da modernização de microscópios e computadores; novas técnicas cirúrgicas e o desenvolvimento de lentes intraoculares

⁵⁴ Criado em 1851, este instrumento faz parte do cotidiano da clínica oftalmológica, utilizado para observação das estruturas oculares, sendo fundamental para o diagnóstico de doenças como glaucoma, catarata e lesões na retina. É através dele que se realiza também o Teste do Olhinho, em recém-nascidos, para identificação precoce de doenças oculares congênicas.

⁵⁵ Também conhecida como facotomia, é a remoção do cristalino que se tornou opaco.

dobráveis de alta qualidade. Nesse ponto, cabe ressaltar que insumos tecnológicos atravessam o campo em diversos momentos no diagnóstico e tratamento das doenças oculares, essa situação não permite separar o vínculo construído entre ator humano e não humano, justamente porque neste âmbito a intervenção na clínica médica depende da tecnologia para obter sucesso. (Allarakia, Knoll e Lindstrom, 1987; Gimbel e Neuhann, 1990)

Todavia, considerar uma suposta divisão entre o “mundo material” e o “mundo social” não existe, pois estes diferentes atores estão entrelaçados no fluxo do social. Cabe então, seguir onde os queira conduzir. As tecnologias como atores não humanos concebem as interações sociais presentes no campo oftalmologia, dada a sua própria natureza e seus laços com os humanos este é capaz de deixar traços que possam ser revelados. Assim, nessa multiplicidade em que vivem os objetos permitiu-se rastrear as conexões entre ator humano e não humano na prática médica oftalmológica, compreendendo ainda o seu papel como mediadores visíveis, antes de se tornarem intermediários invisíveis, e não sociais, seja pelo hábito ou ao seu desuso. (Latour, 2012)

A reflexão aqui desenvolvida toma o caso da telemedicina como uma tecnologia em particular e sua entrada no campo de atuação da atenção oftalmológica como uma estratégia de expansão de um novo modelo de prestação de serviços de saúde no SUS. No decorrer da pesquisa a telemedicina foi identificada como um marcador interessante para análise das estratégias e desafios da política de assistência oftalmológica no SUS, sendo assumida como um caso a ser aprofundado.

A telemedicina pode ser definida como o uso de tecnologias de informação e comunicação para ações médicas à distância, contribuindo na oferta de serviços de saúde, principalmente em regiões remotas e com distribuição desigual de recursos e profissionais. Nessa perspectiva, pode-se afirmar o caráter interdisciplinar desta tecnologia, não sendo, portanto, uma atividade exclusiva do médico, englobando diferentes profissionais em atividades como gestão e planejamento, pesquisa e desenvolvimento de conceitos e soluções em educação, assistência e pesquisa científica em saúde, além de aspectos éticos e legais. (Maldonado, Marques e Cruz, 2016)

O Brasil configura-se como polo atraente para as novas tecnologias e suas aplicações no sistema de saúde, devido à característica territorial extensa, locais isolados e de difícil acesso, com distribuição desigual de recursos médicos, tais aspectos permitem prever o potencial de expansão da telemedicina. No entanto, desafios institucionais tanto no campo econômico, associado ao processo de inovações e estímulo a indústria tecnológica, quanto no

campo social vinculada aos interesses da população na compreensão do direito à saúde, refletem os obstáculos da inserção da telemedicina no SUS.

No campo da oftalmologia, a telemedicina foi introduzida e aplicada de maneira diferente pelas diversas subespecialidades, porém ela não se destina a substituir o exame oftalmológico face a face, e sim fornecer informações para distribuição da assistência em áreas carentes. A aplicação de teleoftalmologia é reconhecida como uma das aplicações mais desafiadoras da telemedicina, dado seu nível de detalhamento e necessidade de recursos de telecomunicação como: resolução de alta de imagem, nitidez de áudio e recepção de sinal, além de protocolos para fornecer dados clínicos oftalmológicos. (Grisolia *et al.*, 2017)

Experiências pontuais em destaque na teleoftalmologia, no âmbito das universidades públicas, podem ser observadas nos projetos associados à avaliação remota de pacientes, através da plataforma Telessaúde, na atenção básica. Assim, com objetivo de qualificar a lista de espera para consulta com especialista, o projeto Teleoftalmo – Olhar Gaúcho⁵⁶ permite o telediagnóstico (exames) em oftalmologia. Na triagem a pacientes diabéticos, com queixas na avaliação, o Núcleo de Telemedicina e Telessaúde de Goiás (NUTTs) disponibiliza a realização de retinografias para os municípios cadastrados. Na prática do serviço público de saúde, a teleoftalmologia na retinopatia diabética, baseada na fotografia do fundo de olho, tem se mostrado eficaz e de baixo custo quando comparada com o exame oftalmológico comum. (Souza *et al.*, 2020; UFG, 2018; UFRGS, 2017)

Na teleoftalmologia, algumas limitações ainda fazem parte da sua utilização e podem comprometer o diagnóstico, como as imagens de baixa qualidade, associado aos equipamentos inadequados e/ou treinamento insuficiente de profissionais. Apesar de crescente interesse na inserção desta tecnologia no SUS, estudos destacam alguns entraves para seu avanço como: a escassez de informações científicas sobre a incorporação, os impactos econômicos para investimentos, questões éticas na relação médico e paciente, entre outros. (Grisolia *et al.*, 2017; Zanotto *et al.*, 2020)

No entanto, entre os atores do campo da oftalmologia, a problematização quanto à inserção da telemedicina refere-se a aspectos associados a atuação do especialista e a utilização desta tecnologia como estratégia para lidar com as dificuldades no acesso a

⁵⁶ Criado em 2017, o projeto é uma parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) e Hospital Moinhos de Vento (HMV), através do PROADI-SUS do Ministério da Saúde (MS). A avaliação oftalmológica à distância inclui acuidade visual, tonometria por jato de ar e retinografia. O oftalmologista também pode realizar a refração do paciente através de refrator e tela de acuidade que são operados remotamente.

assistência, ainda que se apresente neste âmbito os desafios institucionais como o alto investimento necessário, para expandir uma rede tecnológica ainda precária além de aspectos jurídicos e éticos que acompanham a utilização deste recurso. Nota-se também uma descrença quanto à viabilidade deste modelo contemplar regiões de difícil acesso territorial, com isso, a participação de outros profissionais de saúde para o cuidado é abordado como algo realista/estratégico, diante da ausência do oftalmologista no âmbito primário da atenção.

O debate entre alguns atores do campo atribui a telemedicina como uma estratégia para ampliar a assistência oftalmológica no SUS, especialmente na atenção básica. Esta reivindicação encontra fundamento a partir da ausência de uma rede de atenção estruturada, que possa atender a demanda por cuidados, e a concentração de especialistas em centros urbanos compondo os desafios para o sistema de saúde. Soma-se a isso a aplicação da teleoftalmologia como ferramenta para o diagnóstico precoce de doenças oculares, e consequente redução dos casos de deficiência visual.

"[...] Nós temos sessenta mil pacientes já atendidos com auxílio de teleoftalmologia pelo SUS. Onde você consegue reduzir a fila em oitenta por cento. Quer dizer, a gente fica em ambulatórios gerais, o paciente fala: "ah, eu tenho mais de cinquenta anos, eu preciso de consulta oftalmológica. Pois não, senhor João, senta aqui". Tira a fotografia do senhor João, ele vai para a nossa central de leitura. Você vai para a nossa central de leitura, em vinte e quatro horas o senhor João e a unidade de saúde dele recebem um laudo." (Entrevistado H, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Contudo, identificamos também o embate quanto ao profissional autorizado a manipular esta tecnologia como uma importante disputa no campo da oftalmologia. Com isso, há conflito permeado nos avanços tecnológicos que permitem, hoje, com treinamento, a aplicação do recurso por profissionais e/ou técnicos da saúde, sendo, portanto um caminho que ameaça a exclusividade na atuação do especialista. Este contexto é um elemento de tensão no campo da oftalmologia, onde a tecnologia tange a disputa de quem vai manuseá-la, sendo, portanto, compreendida de maneiras diferentes pelos seus atores.

"Então, o que a gente briga muito é que o laudo seja dado por quem sabe dar o laudo. Esse curso de tecnologia oftalmologia, ensina tecnólogo, dentre

outras coisas, a manusear o aparelho, que não é uma coisa tão difícil assim. Então, é um aparelho que não tem contato com o olho, nem nada disso, e, quem vai manusear, é quem sabe. Em minha opinião, isso não é o importante. O importante é você saber o que vai fazer com o laudo, com o exame, contato com o paciente é outra história, isso que vai para o médico." (Entrevistado G, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Nesse contexto, também percebemos uma resistência na inserção da telemedicina, pela possibilidade de reconfigurar o trabalho do oftalmologista na rotina da clínica médica, comprometendo os espaços de atuação deste profissional. No entanto, dada a familiaridade do campo com os aparatos tecnológicos, esta manifestação não se sustenta no campo, pela perspectiva dos entrevistados, justamente ao compreender as inovações tecnológicas como algo comum nesta prática e necessária no aperfeiçoamento, ampliando o modo de prover o cuidado.

Do ponto de vista conceitual, esta resistência também se apresenta pela possibilidade de conexão do ator não humano a outros vínculos, que não o oftalmologista, reproduzindo no campo uma contradição sobre a aplicação de determinadas tecnologias até então restritas ao conhecimento deste profissional. Ainda assim, observa-se que as inovações tecnológicas são percebidas como uma ferramenta para operacionalizar a assistência, indicando um novo modelo de assistência, onde as demandas da área reproduzem uma linha de produção, dispensando uma atuação que considere outros aspectos do adoecimento.

É importante destacar a dinâmica social e econômica que acompanha os interesses para adoção desta tecnologia, se, por um lado, a ampliação do acesso aos serviços de saúde apresenta-se como slogan principal para sua adoção, por outro, há o rearranjo/movimento de indústrias de equipamentos e matérias médico-hospitalares sinalizando a perspectiva de lucros atraentes neste setor. Assim, observa-se que as reivindicações dos atores para ampliação do acesso são associadas à participação do setor privado na prestação de serviços de assistência remota.

Para os entrevistados a parceria público-privada é mencionada como essencial para mediar os interesses do setor público na expansão do atendimento oftalmológico, onde a telemedicina pode ser uma oportunidade para alinhar/reforçar as ambições do mercado. Dentre os argumentos que emergem no campo, há uma dinâmica/entendimento da participação do setor privado para estabelecer/prover esta assistência, através de parcerias e

convênios com empresas, clínicas e consultórios que dispõem deste aparato tecnológico para o atendimento e prestação de serviços. Com isso, a telemedicina vai se configurando como uma alternativa para solucionar as dificuldades no acesso, porém associada aos interesses mercadológicos na saúde.

5 TEMAS E PAUTAS PARA A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO EM OFTALMOLOGIA (PNAO)

Neste capítulo, apresentaremos as pautas do campo da oftalmologia para a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO), identificada a partir da interação entre os atores da oftalmologia e os gestores do campo burocrático (Ministério da Saúde). Este caminho de análise não propõe olhar a política nacional a partir de sua institucionalidade, e sim aprofundar os assuntos e pautas que os atores interessados na atenção oftalmológica apresentam e como perpassam a construção de iniciativas políticas em oftalmologia na atualidade, a fim de implementar um modelo de assistência oftalmológica no SUS.

De todo modo, para uma melhor compreensão das pautas, iniciaremos com uma localização da trajetória das políticas de assistência oftalmológica no SUS, uma descrição geral da PNAO e a percepção dos diferentes atores sobre a Política, para, em seguida, apresentar dois grandes eixos de estruturação das ações nesta área, a atenção básica e a atenção especializada, discutindo em cada âmbito pontos de tensão e pautas que se apresentam tanto pelos atores do campo da oftalmologia como pelos gestores da saúde. As narrativas que se apresentam mobilizam o debate em torno da política de oftalmologia e expressam as pautas consideradas relevantes por seus atores.

5.1 LOCALIZANDO A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA EM OFTALMOLOGIA

A consolidação de uma assistência oftalmológica no âmbito do SUS tem uma trajetória bem recente. Esse percurso pode ser dividido em dois momentos, entre 1999 e 2003, quando há uma definição de ações de combate a doenças oftalmológicas específicas, por meio de mutirões, voltados especialmente àquelas doenças de alta prevalência na população brasileira, como: catarata, glaucoma e retinopatias. E um segundo momento, a partir do ano de 2008, com a publicação da PNAO, configurando um modelo de atenção à saúde ocular a ser estruturado no SUS.

No final da década de 1990, o Ministério da Saúde definiu como política a realização de cirurgias eletivas em massa para enfrentamento de algumas situações de saúde que se apresentavam de forma crítica no cenário nacional. Desse modo, por meio da Campanha

Nacional de Cirurgias Eletivas⁵⁷ o Ministério promovia os mutirões de Catarata⁵⁸ como estratégia para aumentar o acesso da população economicamente menos favorecida à cirurgia, além de diminuir a demanda reprimida ocasionada pelas filas de espera e número de indivíduos que não recebiam o tratamento. Com um modelo de assistência que consiste na triagem de pacientes e realização de procedimentos cirúrgicos em escala, os mutirões de catarata marcaram um ciclo de iniciativas políticas e visibilidade para as doenças oftalmológicas, representando para alguns analistas (Silveira, 2004) um grande avanço na saúde ocular da população mais carente e melhoria na qualidade de vida.

No final dos anos 1990, o Brasil realizava aproximadamente 90 mil cirurgias de catarata por ano, com aumento para 250 mil no ano 2000. Mas, conforme Lima et al (2005), a demanda era de 450 mil cirurgias ao ano, denotando ainda a necessidade de maior esforço na área para atender as necessidades apresentadas.

No ano 2000, o Ministério da Saúde, através de iniciativas e parcerias com as Secretarias de Saúde e o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) promoveu o mutirão do olho diabético, possibilitando o atendimento de aproximadamente 800 mil pacientes diabéticos. Instituída através da Portaria nº368, 04 de abril de 2000, a Campanha Nacional de Redução da Cegueira decorrente de Retinopatia Diabética, definiu como meta nacional a realização de 70.000 procedimentos de fotocoagulação a laser⁵⁹. As campanhas foram prorrogadas até junho de 2005, permitindo a ampliação do acesso à população ao diagnóstico precoce e tratamento da retinopatia, e a realização de cirurgias de catarata. (Ministério da Saúde, 2000, p. 368)

Com o sucesso dos mutirões de catarata e olho diabético, foi apresentado o projeto⁶⁰ sobre transplante de córnea contribuindo assim para a publicação da Portaria GM/MS nº 1559, de 06 de setembro de 2001, que criava o Programa Nacional Implantação/Implementação de Banco de Olhos. O Programa objetivava oferecer as condições para a implantação de 30 (trinta) Bancos de Olhos a serem distribuídos, em locais estratégicos, no território nacional, de modo a viabilizar/estimular a ampliação da captação de

⁵⁷ Portaria GM/MS nº 279, de 7 de abril de 1999

⁵⁸ A idealização de mutirões surge, nos anos 80, após o encontro entre os médicos oftalmologistas, Rubens Belford Junior e Newton Kara-José, com Carl Kupfer o diretor do Instituto Nacional de Olhos nos Estados Unidos. Antes de ser adotado como política pública, inicialmente, a prática de mutirões de catarata já era realizada, por esses médicos em seus respectivos locais de trabalho, como uma crítica a ineficiência dos serviços hospitalares onde se operava apenas 01 ou 02 cataratas por dia. A ideia era apresentar um novo conceito de atendimento em escala sem comprometer a qualidade, assim, ao adotar essa conduta tais médicos viajavam pelo país realizando seus mutirões. O mutirão de catarata instituído pelo Ministério da Saúde é fruto da liderança de Newton Kara José, já como professor titular da UNICAMP, em sensibilizar o Conselho Brasileiro de Oftalmologia e os Governos estadual (SP) e federal para impulsionar essa estratégia a nível nacional. (Marcolin, 2010)

⁵⁹ Fotocoagulação a laser: procedimento que visa à cauterização da retina através de feixes de laser.

⁶⁰ Cabe destacar que os projetos de catarata, olho diabético e transplante de córnea foram desenvolvidos a partir da parceria entre CBO, médicos oftalmologistas lotados na universidade e governo brasileiro – Ministério da Saúde.

córneas através de garantias adequadas, condições técnicas e de segurança, e ampliar a realização de procedimentos de transplante de córnea reduzindo o tempo de espera dos candidatos ao transplante. (Ministério da Saúde, 2001)

Essas primeiras iniciativas indicam a conformação de uma trajetória de políticas e ações na área de saúde ocular que contribuiram para a articulação de medidas na área de oftalmologia no país. O balanço dos resultados da parceria estabelecida entre a Oftalmologia Brasileira e o Ministério da Saúde, através das referidas Campanhas Nacionais, foi apresentado durante o encontro para a comemoração do Dia Nacional da Saúde Ocular e Prevenção da Cegueira⁶¹, que reuniu autoridades e oftalmologistas do país. Neste encontro, o então Ministro da Saúde, Barjas Negri, assinou três portarias referentes à saúde ocular, sendo:

- A Portaria GM/MS nº866 de 08 de maio de 2002, criando mecanismos para a organização da rede de atenção oftalmológica e a implantação de Redes Estaduais de Assistência em Oftalmologia;
- A Portaria GM/MS nº867 de 09 de maio de 2002, instituindo o Programa de Assistência ao Portador de Glaucoma, onde serão credenciados Centros de Referências conveniados ao SUS para acompanhamento oftalmológico e a distribuição gratuita de colírios para os pacientes portadores de glaucoma;
- A Portaria GM/MS nº877⁶² de 09 de maio de 2002, incluindo na Tabela de Procedimentos especiais do SIH/SUS o processamento/preservação/avaliação microscópica de córnea para transplante. (Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2002).

Por fim, ainda no ano de 2002, o Secretário de Assistência à Saúde, Renilson Rehem⁶³, assinou a Portaria SAS/MS nº 339, aprovando as Normas de Classificação e Cadastramento de Centros de Referência em Oftalmologia, através da adoção de critérios para a integração da Rede Estadual de Assistência Oftalmológica com a definição de fluxos assistenciais, mecanismos de referência e contra-referência e articulação com demais serviços no estado como ambulatoriais e hospitalares. (Ministério da Saúde, 2002)

Após o encontro, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) comprometeu-se a apresentar ao Ministério da Saúde uma lista de médicos a serem nomeados para um Comitê Técnico-Assessor encarregado de discutir os problemas e encaminhar as medidas necessárias

⁶¹ Evento promovido pelo CBO realizado em Maio/2002 na sede da Organização Pan-Americana em Brasília. Destaca que o atual presidente do CBO era Suel Abjumara.

⁶² Portaria revogada pelo Ministro da Saúde Humberto Costa, e substituída pela Portaria GM/MS nº829 de 29 de junho de 2013.

⁶³ Assessor do Ministro da Saúde José Serra, participou dos projetos de mutirão da catarata e olhos diabético, pode ser considerado como canal de interlocução entre a comunidade oftalmológica e o gabinete do Ministro da Saúde.

para a continuidade e aprimoramento das ações resultantes da parceria avaliada. Logo, em 2003 foi criado um Comitê Técnico Assessor (CTA) para assessorar o Ministério da Saúde, junto à coordenadora geral de média complexidade, Salete Cursi Barroca. O Comitê era composto por representantes da oftalmologia brasileira⁶⁴ sendo eles: Adalmir Morterá Dantas, Carlos Alexandre Amorim Garcia, Elisabeto Ribeiro Gonçalves, Epaminondas Castelo Branco Neto, Francisco Waldo Pessoa de Almeida, Hamilton Moreira, Henderson C. de Almeida, Jacó Lavinsky, João Orlando Ribeiro Gonçalves, Marcelo Ventura, Marcos Pereira Ávila, Newton Kara José, Rubens Belfort Junior e Suel Abujamra. (Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2003)

A criação do Comitê, com representantes do CBO, buscava assim contribuir com assuntos relacionados à assistência oftalmológica junto a gestores das áreas técnicas do Ministério da Saúde e ANVISA, tais como as ações em andamento na área como: Campanha Nacional de Redução a Cegueira e a Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas (Catarata). (Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2003)

A consolidação dos desdobramentos políticos destacados direciona para um cenário de transição entre políticas públicas que buscavam suprir uma demanda por assistência, com ações focalizadas para uma política nacional que propõe estruturar a saúde ocular no SUS nos três níveis de atenção.

Cabe destacar que esse primeiro momento expressa a conformação de uma trajetória de políticas e ações na área de saúde ocular que contribuíram para a articulação de medidas na área de oftalmologia no país, assim um movimento entre o campo da oftalmologia e o campo burocrático. A partir destas interações reconhecemos o CBO como uma importante liderança, que congrega diversos atores do campo, para atuar em iniciativas com foco na assistência oftalmológica no SUS.

Mas a trajetória de políticas para atenção oftalmológica bem como as experiências encontradas na implementação das ações (entre 1999 e 2005), apontava para a necessidade de se promover o atendimento integral em oftalmologia aos usuários do SUS. De acordo com a avaliação do então coordenador geral da Média e Alta Complexidade do DAE/SAS do MS, Joselito Pedroza, a parceria entre MS, CBO e secretarias de saúde contribuíram na implementação de medidas para a oftalmologia no SUS, ainda que tais ações tenham sido pontuais, algumas dificuldades operacionais e de gestão se apresentaram, sendo então

⁶⁴ Refere-se ao Quadro 01 localizado no Capítulo 2 – Caminhos da Pesquisa; Tópico 2.2.1 Pré- Campo - página 50.

necessárias novas propostas para organização da rede de oftalmologia e a garantia da atenção. (Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2008)

Conforme Pedroza (2008), uma das primeiras iniciativas para superar os obstáculos encontrados na área foi a criação de um Grupo de Trabalho composto pelas áreas técnicas de: Atenção Básica/DAB, Ações Programáticas/DAPE e Estratégicas e Atenção Especializada/DAE da Secretaria de Atenção à Saúde. Também participaram a ANVISA, o CBO e representantes de municípios com experiência positiva na área. Conforme o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (2008), a colaboração e o trabalho em conjunto desse grupo auxiliaram na elaboração da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia. No entanto, ressalte-se a restrição desse debate a atores inseridos ou atuantes na esfera política e da sociedade médica, sem a participação de outros setores representantes da sociedade, como entidades (ONGs) que atuam na defesa e garantia de direitos a pessoas portadoras de deficiência visual⁶⁵.

Em maio de 2008, o então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, instituiu através da Portaria nº 957, 15 de maio de 2008, a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO)⁶⁶, tendo como objetivo central estruturar a assistência oftalmológica no âmbito do SUS. Assim, propõem-se ações e estratégias na prevenção e promoção da saúde ocular nos três níveis de atenção à saúde, através da organização do sistema de atenção em oftalmologia por intermédio de redes de atenção articuladas entre Ministério da Saúde, as Secretárias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, estruturando uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada para gerar o cuidado integral e integrado. (Ministério da Saúde, 2008a, p. 957)

Cabe destacar que a publicação da PNAO indica o esforço empreendido na definição de orientações estratégicas para a atenção oftalmológica no SUS. Nesse sentido, a noção de rede de atenção à saúde (RAS) indica a estrutura dessa assistência, com a organização da linha de cuidado, de modo a articular os níveis de atenção especialmente na integração da atenção básica e atenção especializada. Para implementação deste modelo de atenção observa-se a definição de critérios mínimos para habilitação (funcionamento) de unidades

⁶⁵Como a Organização de Cegos no Brasil (ONCB), com importante atuação política e de articulação social. A ONCB foi fundada em Julho de 2008 por iniciativa de mais de 60 Entidades de e para deficientes visuais de todo o país. Trabalha articulando suas Entidades afiliadas por todo o território nacional, com o objetivo de dar-lhes estrutura e representatividade política, além de apoio técnico, social e pedagógico.

Outra organização importante é a Associação Brasileira de Assistência a Pessoa com Deficiência Visual (LAMARA): Foi fundada em 1991, por um grupo de profissionais com experiência na área da deficiência visual e pelo casal Victor e Mara Siaulys, pais de uma jovem cega. Buscam promover o desenvolvimento integral da pessoa com deficiência visual, por meio de atendimento direto, ações de assessoramento e defesa e garantia de direitos, para a sua autonomia e inclusão social.

⁶⁶ Anexo: Portaria MS nº 957, 15 de maio de 2008

especializadas na oferta de atendimento oftalmológico, contribuindo assim na ampliação da cobertura assistencial. Nota-se que as medidas de prevenção e promoção da saúde ganham ênfase com ações a serem desenvolvidas no âmbito da atenção básica, sinalizando implicitamente aspectos da saúde ocular e o cuidado primário da visão. Em relação aos profissionais de saúde, a educação permanente demonstra a estratégia para qualificação da equipe de saúde atuante nesta área. Por fim, a elaboração de protocolos propõe consolidar as orientações no âmbito da assistência e na gestão. Um resumo dos objetivos e principais diretrizes adotadas pela PNAO estão a seguir no quadro 4.

Quadro 4 – Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (2008)

Objetivo central	Organização de uma rede articulada entre MS, SES e SMS
Diretrizes	Desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos
	Organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassasse todos os níveis de atenção
	Identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença oftalmológica e desenvolver ações transetoriais de responsabilidade pública
	Definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação das Unidades de Atenção Especializada, bem como os mecanismos de sua monitorização
	Ampliar a cobertura no atendimento aos pacientes com doenças oftalmológicas no Brasil
	Contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da PNAO
	Promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais
	Qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde
Componentes	Atenção Básica: ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos e recuperação,

	<p>bem como ações clínicas para o controle das doenças que levam a alterações oftalmológicas e às próprias doenças oftalmológicas, que possam ser realizadas neste nível, ações essas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde</p>
	<p>Atenção Especializada em Oftalmologia: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada e promover o acesso do paciente portador de doenças oftalmológicas a procedimentos de média e alta complexidade, em serviços especializados de qualidade</p>
Gestão	<p>A organização das Redes de Atenção em Oftalmologia deverá respeitar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada</p>
	<p>O Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Oftalmológicas deve integrar os Planos Municipais de Saúde e os PDR</p>
	<p>A regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação das ações serão de competência das três esferas de governo</p>
	<p>O sistema de informação deve oferecer subsídios para tomada de decisão e promover a disseminação da informação</p>
	<p>Consolidar protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação</p>
	<p>Capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção</p>
	<p>Acesso à assistência farmacêutica disponibilizado pelo SUS</p>
	<p>Acesso a recursos ópticos, não ópticos e outras ajudas técnicas disponibilizados pelo SUS</p>

Fonte: Adaptado a partir da Portaria MS 957/2008

No mesmo momento foi publicada também a Portaria nº958 de 2008 que redefiniu a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, com importante repercussão no tratamento da catarata, glaucoma, retinopatia diabética e degeneração macular relacionada à idade (DMRI), ao estabelecer mecanismos para a redução do tempo de espera e a inclusão de procedimentos no tratamento de tais doenças. De acordo

com o consultor técnico para Oftalmologia da Secretaria de Atenção à Saúde, Alexandre Taleb, tal portaria é o marco legal para a ampliação do combate às causas prevalentes da cegueira mais importantes no país e para o estabelecimento de sistemáticas cada vez mais complexas e integradas para a realização dos procedimentos contemplados. (Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2008) (Ministério da Saúde, 2008b, p. 958)

E por fim, a Portaria nº288 de 2008 definiu a composição de redes estaduais e regionais, formadas por Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia e Centros de Referência em Oftalmologia, estabelecendo que as secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal devem conformar suas respectivas redes de atenção em Oftalmologia, credenciar as Unidades de Atenção Especializada e os Centros de Referência em Oftalmologia. (Ministério da Saúde, 2008c, p. 288) A publicação das respectivas portarias foi apresentada durante o X Congresso de Catarata e Cirurgia Refrativa em maio/2008, onde o diretor do Departamento de Atenção Especializada da Secretária de Atenção à Saúde do MS, Alberto Beltrame, realizou a entrega simbólica dos textos das portarias aos representantes da Oftalmologia brasileira⁶⁷. (Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2008)

As políticas públicas apresentadas parecem integrar um ciclo de políticas que se iniciou com medidas que reconheciam a necessidade de enfrentar a demanda por assistência nessa área, como as campanhas nacionais. As discussões sobre a oftalmologia e seus dilemas no SUS contribuíram para inserir a temática na agenda política e permitiu que os desdobramentos políticos nos anos seguintes fossem essenciais para compreender as necessidades em saúde e auxiliar a formulação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO).

Para Joselito Pedroza (2008), a Política Nacional reflete um conjunto de estratégias específicas para a área de oftalmologia, que visa estabelecer um padrão de organização da assistência baseado nas diretrizes e pressupostos do SUS, garantindo o acesso aos serviços e a assistência à saúde, a continuidade do cuidado com a ampliação das possibilidades de intervenção clínico e cirúrgica de forma racional e objetiva. Com o advento da PNAO, aspectos sobre a prevenção da cegueira e deficiência visual ganharam respaldo político e organizacional para uma atuação abrangente, desde atenção básica até o atendimento em serviços especializados de maior complexidade. Esse contexto requer ações multidisciplinares para promoção de saúde, medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, além do

⁶⁷Representantes: Marcelo Ventura, Paulo César Fontes, Hamilton Moreira, Marcos Ávila, Newton Kara José e Alexandre Taleb.

acesso a serviços de atendimento a pessoas com baixa visão, educação especial, habilitação/reabilitação.

5.2 OLHARES E PAUTAS PARA A POLÍTICA

Como vimos, as políticas públicas que antecedem a PNAO advêm de uma constante articulação entre o campo da oftalmologia e a esfera governamental (campo burocrático). Nesse período, reconhece-se um momento de visibilidade das doenças oculares e o acometimento na população brasileira, produzindo assim uma oportunidade para estruturar iniciativas que atendessem a demanda reprimida por oftalmologia nos serviços de saúde. Nesse sentido, não há dúvidas sobre o impacto do adoecimento e a relevância dos casos de cegueira evitável, conforme apresentado ao longo da tese, no entanto esta motivação também acompanha os interesses mobilizados por esse campo.

Como um produto da mediação entre o campo da oftalmologia e o campo burocrático, reconhecemos no processo de construção da PNAO uma prerrogativa para estabelecer a (re) organização da assistência oftalmológica no setor público, porém condicionada as concessões definidas pelo setor privado para a oferta do cuidado à população. Esta perspectiva compreende as demandas da oftalmologia como um modo de impulsionar/mediar interesses/questões compartilhados entre seus atores, onde tais reivindicações disputam espaço na agenda governamental.

Deste modo, no diálogo com os atores do campo da oftalmologia e com os atores do campo burocrático, tivemos percepções diferentes com relação à própria PNAO. Na percepção dos atores do campo da oftalmologia, a PNAO tende a expressar um modo de conduta do campo burocrático, onde as inconsistências para estabelecer os mecanismos definidos na política indicam, especialmente, certa vulnerabilidade as mudanças no âmbito da gestão entre os entes federativos.

*"Ah, completou dez anos do mesmo jeito que começou morreu, porque é, de novo, igual a todas as políticas no Brasil, uma política de governo. Acabou o governo, acabou a política. Então, você não mantém absolutamente nada."
(Entrevistado G, Médico, professor universitário, atuação clínica no público privado)*

As críticas do campo da oftalmologia referem ao processo adotado/em curso na implementação de políticas na área, onde tais questionamentos se associam, primeiramente, a imagem negligente do Estado brasileiro frente às condições em saúde da população.

"Uma política muito bem elaborada no papel, mas uma política difícil de ser implementada, porque exige realmente um comprometimento não só das autoridades de saúde, mas da classe oftalmológica como um todo. É muito difícil você fazer essas duas coisas acontecerem juntas." [...] A proposta que está lá na internet, se você for ler, é maravilhosa. Ela atinge pontos extremamente importantes na área de saúde ocular, mas o difícil é tirar isso do papel e colocar isso no mundo real. Porque exige investimento, investimento em pessoal, investimento em equipamentos, uma rede de suporte porque é como eu falei: não adianta você identificar o problema e não dar uma solução [...] Você precisa de todo um arcabouço no sistema de saúde. Em Oftalmologia é a mesma coisa. Quer dizer, você tem que ter uma infraestrutura em nível nacional para que aquele plano possa ser implementado com sucesso." (Entrevistado J, professor universitário, atuação no ensino público)

Nota-se que essa percepção advém também de uma construção social que perpassa iniciativas políticas instáveis, em termos práticos, mantidas em curto prazo e descontinuadas conforme perspectivas contraditórias combinadas a aspectos políticos entre os atores do campo burocrático.

"Eu não acho que a política é ruim, a política de oftalmologia é uma política boa, mas ela não teve o fomento necessário, até porque ela também não recebeu do governo federal, digamos assim, um fomento financeiro para que os estados pudessem estar interessados em fazer isso [...] Um estímulo financeiro para que isso acontecesse. Era mais uma reorganização de rede do que a proposta de criação de novas redes" (Entrevistado A, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Já para os atores do campo burocrático, a política foi um esforço necessário e importante, ainda que reconheçam o desafio de se lidar com uma corporação forte.

"Eu acho que as políticas nacionais são interessantes porque elas dão o balizamento para você poder, no espaço local, você poder fazer um desenho da sua rede. Claro que cada espaço local desenha a rede como pode, com o que tem, enfim[...] Agora, nessa área de oftalmologia, sempre muito refém da corporação médica. Que, em vários lugares, não tanto onde eu estava,

mas em vários lugares, eles faziam certo consórcio de médicos e vendiam o serviço médico por consórcio, vamos dizer assim. Então, isso acontece em alguns lugares. Aí ao invés da prefeitura ter o seu serviço, ele acaba ficando um pouco na mão de uma corporação que faz um arranjo que interessa mais economicamente." (Entrevistado M, gestor Ministério da Saúde)

Observa-se na manifestação de pautas políticas para a oftalmologia a heterogeneidade entre os atores do campo, indicando que apesar de compartilharem as concepções desta área, ainda há disputas sobre o modelo de assistência proposto com a política nacional e as portarias subsequentes. Assim, as questões em conflito perpassam aspectos estruturais como a criação das redes de atenção, recursos financeiros para conduzir as mudanças na assistência além da atuação do oftalmologista na atenção básica, representando assim importantes pontos de tensão na dinâmica com o campo burocrático.

"Então se formulou a tal da política nacional de atenção achando que iam resolver [...], a construção definia aqui a rede, e que nunca aconteceu, a rede não existe, ainda continuam iniciativas isoladas, você não tem um atendimento hierarquizado, basicamente o atendimento continua sendo de média e alta complexidade, sendo secundário e terciário, a grande base que é o atendimento primário não existe. Então aparece no orçamento um número x que liberam para fazer catarata, para fazer cirurgia de retina, mas e o resto da população ainda sofre por falta de óculos e atendimento básico" (Entrevistado E, Médico, atuação clínica no setor privado)

Nessa perspectiva, identificamos também diversos entendimentos sobre o arranjo adotado para estabelecer esta assistência no SUS. Logo, as críticas referem-se a aspectos da saúde ocular no âmbito primário da atenção. Observa-se um conflito entre atores do campo da oftalmologia em discutir ou abranger estratégias diferenciadas para orientar a assistência neste nível de atenção, especialmente quando as doenças oculares prevalentes ganham destaque, a despeito de ações integrais para a promoção da saúde ocular e prevenção de doenças oculares no âmbito do serviço de saúde.

"E a política tem um capítulo voltado especificamente para atenção oftalmológica na atenção primária, só que essa não vingou. Não houve uma articulação adequada com o DAB [...] não houve a sensibilização dos

gestores na época para importância de se incluir a oftalmologia junto do Nasf. A nossa ideia sempre foi que oftalmologia tivesse no Nasf [...] e não na equipe de saúde da família em si." (Entrevistado A, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Esta disputa também manifesta a heterogeneidade deste campo, onde há uma tentativa em repensar a assistência oftalmológica além de condições biomédicas como critérios para definir o cuidado, sendo um elemento comum entre os atores com alguma inserção no campo da saúde pública.

"E a gente está acostumado a lidar com campanhas. A gente está acostumado a lidar com estímulos... "ah, vamos apagar o incêndio". A gente não está habituado a lidar com o planejamento, um planejamento estratégico, qual é o problema que a gente tem, quais são os recursos que a gente tem para resolver esse problema, como é que a gente vai lidar com esse problema, entendeu? Então, as soluções são baseadas em visões que não são a visão do serviço, do que você precisa prover para a população. Quando você começa com uma Política de Oftalmologia, você pode elencar cinquenta milhões de procedimentos, mas aquilo tudo é o que a população precisa?" (Entrevistado B, Médico, atuação clínica público privado)

Cabe indicar que os aspectos conceituais que definiram a saúde ocular como parte integral do modelo de atenção no sistema de saúde representam também influências de organizações internacionais em instituir, nas normativas técnicas, a prática em saúde para o cuidado primário da visão. Este percurso indica que as orientações para assistência tendem a reproduzir concepções da comunidade oftalmológica internacional, demonstrando que o campo da oftalmologia também atua conectado a perspectiva deste âmbito, ainda que, ao serem acolhidas para o contexto social brasileiro estas assumam particularidades distintas.

Nesse sentido, é possível notar que as concepções do campo da oftalmologia, reproduzida na conduta dos seus atores, podem influenciar a construção de políticas para área, especialmente quando as disputas perpassam entendimentos distintos sobre o modelo de assistência proposto com a PNAO. Com isso, observamos que a natureza profissional pode os aproximar no âmbito do exercício da medicina, porém as identidades que compõe esses sujeitos, baseados em vivências diversas, não permitem olhar para a mobilização deste campo como uma unidade coesa entre esses atores.

Inicialmente, as disputas sobre temas e agendas para a especialidade no SUS se estabelecem no âmbito das entidades médicas. É neste espaço que reconhecemos como esses atores interagem entre si a fim de elaborar e/ou impulsionar iniciativas a serem defendidas no campo burocrático. Embora as entidades e sociedades médicas mencionadas nesse estudo não sejam objeto de análise, consideramos o CBO como principal entidade na mediação de questões relacionadas à assistência oftalmológica no SUS. De certo modo, esta inserção é institucionalizada com a criação do Grupo de Trabalho Permanente em Oftalmologia⁶⁸, originalmente criado para assessorar na elaboração da PNAO e, posteriormente, na operacionalização das diretrizes e ações estabelecidas. Tal contexto também reflete um acesso facilitado à esfera governamental, indicando que as mobilizações para a oftalmologia nesse âmbito acontecem de maneira conjunta entre os atores.

Com isso, observa-se que as pautas que perpassam a PNAO expressam as tendências do campo da oftalmologia, onde os aspectos relacionados ao desenvolvimento técnico científico do campo, dedicado ao diagnóstico e tratamento de doenças oftalmológicas pela perspectiva biomédica, e na atuação hegemônica do médico direcionam a uma atuação que reflete/elabora iniciativas em saúde pela sua visão identitária. Ainda, esta representação se sustenta também nas relações corporativas da categoria médica, pactuadas no âmbito das entidades médicas e, manifesta nas interações do campo burocrático, influenciando assim as propostas políticas para a especialidade no SUS.

"E essa política englobaria não só uma revisão da tabela como um todo, mas a definição de quais eram os pré-requisitos para se montar um consultório de oftalmologia, quais seriam os centros de referência em oftalmologia, uma política de atenção ao paciente com diabetes, uma política de atenção ao paciente com catarata, uma política de atenção ao paciente com glaucoma, na qual você tivesse uma visão mais macro do processo de atenção oftalmológica como um todo". (Entrevistado A, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

"Então, ela é uma política desenvolvida por profissionais de oftalmologia para a oftalmologia [...] Pensando nos procedimentos oftalmológicos. Ela é pensada nos procedimentos." (Entrevistado B, Médico, atuação clínica público privado)

⁶⁸ Portaria SAS/MS nº313 de 17 de outubro de 2003

Assim, pode-se afirmar que o processo de construção de políticas públicas, com fins de estabelecer assistência oftalmológica no SUS, representa uma oportunidade para a oftalmologia reforçar/impulsionar as reivindicações da categoria. Esta conduta é reconhecida, no discurso dos entrevistados, sobre a formulação da PNAO, demonstrando que as motivações para a política nacional advêm de um momento de articulação do campo da oftalmologia em busca da definição/reajuste do rol de procedimentos para a especialidade no SUS. Embora esta atuação direcione a justificativas de operacionalizar iniciativas pontuais até então implementadas, há também um ímpeto em definir a assistência conforme as expectativas desse campo.

“A partir de iniciativas do mutirão de cirurgia catarata, a oftalmologia ficou em evidência, e várias discussões foram travadas ao longo dos anos, no início da década de dois mil, com relação a defasagem da tabela, necessidade de inclusão de novos códigos, a necessidade de exclusão de códigos antigos, desatualizados, de procedimentos que não eram mais feitos. E o ministério optou então por criar um grupo de trabalho para propor reformulação de uma nova tabela de oftalmologia. O que o Conselho Brasileiro de Oftalmologia propôs foi não só rever a tabela, mas criar uma política de atenção oftalmológica.” (Entrevistado A, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Nesse sentido, nota-se que a configuração da política nacional tende a favorecer a atenção na média e alta complexidade, com atuação exclusiva do oftalmologista. Este aspecto reafirma as características da especialidade reservada a hospitais/clínicas, ainda que atividades ambulatoriais sejam o cotidiano desta clínica médica. Esta organização do campo da oftalmologia apenas reproduz na formulação da PNAO aspectos semelhantes às concepções da área. Assim, a fragmentação nas subespecialidades, os departamentos clínicos relacionados às doenças oculares além da definição/incorporação de procedimentos oftalmológicos, que estruturam um modelo de atenção baseado na atuação médica.

“É um contexto em que se insere a oftalmologia e que o foco é ação do oftalmologista e principalmente na alta complexidade, então você tem procedimentos de média complexidade, procedimentos de alta complexidade e essa política entre aspas feita em 2008 e até hoje ainda sem uma revisão adequada e não é por falta de ordem de se fazer, é por dificuldade mesmo

estrutural que a gente depende dessa situação, é simplesmente uma política que nem deu certo...” (Entrevistado N, gestor Ministério da Saúde)

Nesse sentido, observamos as diretrizes para o modelo de assistência instituído pela PNAO tendem a serem condicionadas às pautas do campo da oftalmologia. Logo, cabe pontuar que este documento político é utilizado para barganhar demandas de interesse para a categoria. Ainda que o campo da oftalmologia apresente uma agenda que busque viabilizar o acesso à assistência no SUS, tangencia-se também uma atuação que advoga a duplicidade de seus atores (hibridez) e filiações distintas da categoria. Assim, permanecem em movimento, inseridos no campo burocrático e nas disputas que permeiam essa atenção no âmbito público, mas sustentando vínculos na atuação para o setor privado.

Em contrapartida, manifesta-se um campo em permanente disputa entre as entidades médicas especializadas para pressionar de acordo com os interesses individuais de cada categoria, no caso, as diferentes subespecialidades a qual se subdivide a oftalmologia. Este cenário indica que o reconhecimento dos oftalmologistas como um grupo, nas interações mencionadas com o campo burocrático, pode fazer sentido em termos práticos, ou seja, na mediação das demandas que chegam a este âmbito. No entanto, não é possível afirmar uma coesão entre esses atores quando as afinidades extrapolam a identidade profissional comum, reservada a qualificação na especialidade, e assume características e interesses distintos a partir do momento que estes se filiam nas sociedades/entidades próprias da sua prática de atuação.

"[...] porque como eles são em grupos, eles também não se entendem, são vários grupos, o grupo da retina que são poucos, o grupo da catarata, o grupo não sei do que, cada um tem a subespecialidade lá ou o maior interesse por uma área, e quando pode é um que aumenta a tabela ou outro que aumenta [...] Mas, isso para mim é um erro estrutural é imaginar que a tabela de procedimentos que cuja finalidade é registro e conseqüentemente saber o quanto será o faturamento, se transformou na finalidade, é tanto que só chegam aqui para pedir aumento de tabela.”(Entrevistado N, gestor Ministério da Saúde)

Por outro lado, não é possível atribuir esta conduta do campo apenas a um erro estrutural da atenção especializada, ainda que este âmbito apresente aspectos que comprometem assistência em outras especialidades. Com isso, ao considerar as

características/concepções do campo da oftalmologia há um entrave também em pensar num modelo de assistência que não seja pautado nos aspectos clínicos das doenças oculares e nos instrumentos de intervenção, ou seja, adotar a perspectiva da saúde ocular como guia para o cuidado nas diversas esferas que compõe a saúde dos indivíduos.

Nesse sentido, a composição das Redes Estaduais e Regionais de Atenção em Oftalmologia⁶⁹ se apresenta, ainda hoje, como uma pauta do campo para estabelecer a assistência conforme diretrizes definidas pela política nacional. Com as normativas institucionais, a proposta de criação da rede de atenção em oftalmologia através de parceria público privada encontra-se como iniciativa disseminada no campo para organizar esta assistência e superar questões relacionadas às dificuldades no acesso e ausência de cuidado, especialmente no âmbito primário.

*"Tem várias maneiras de nós fazermos isso, a principal delas, nós temos hoje aí uma capacidade instalada no Brasil, para a realização de quarenta milhões de consultas na rede privada, e nós realizamos quinze milhões de consultas só na rede privada, e a rede pública responde por dez milhões de consultas, então se nós olharmos o superávit ocioso de consultas na rede privada, nós podemos trazer essas consultas, para oferecer consultas para o público, para a rede pública, usando a base instalada da rede privada."
(Entrevistado C, Médico, professor universitário, atuação clínica publico privado)*

Este modelo de prestação de serviço para o SUS representa uma estratégia para ampliar o acesso à assistência oftalmológica, por meio da integração de um conjunto de estabelecimentos privados para compor esta rede de atenção. Ainda que a parceria público-privado seja uma pauta reconhecida também pelo campo burocrático, para organizar a atenção oftalmológica, devem-se considerar alguns aspectos estruturais do sistema de saúde que comprometem o acesso à assistência, em diversas áreas e, ainda hoje, representam obstáculos para o cuidado.

Idealmente, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, onde a

⁶⁹ Portaria SAS/MS nº288 de 19 de maio de 2008: definiu a composição de redes estaduais e regionais, formadas por Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia e Centros de Referência em Oftalmologia, estabelecendo que as secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal devem conformar suas respectivas redes de atenção em Oftalmologia, credenciar as Unidades de Atenção Especializada e os Centros de Referência em Oftalmologia. (Ministério da Saúde, 2008c, p. 288)

atenção básica é a organizadora do cuidado, no nível primário de atenção, integrada a outros pontos de atenção à saúde, como o nível secundário e terciário (atenção especializada). A reconfiguração das redes de atenção em oftalmologia, com a Portaria MS 288/2008, aponta um caminho para concretizar as ações em saúde ocular propostas na PNAO, através da definição de critérios para habilitação e credenciamento de prestadores de serviços para o SUS a fim de estabelecer uma rede oftalmológica regionalizada e hierarquizada, contudo, alguns entraves ainda comprometem a reestruturação dessa atenção em rede.

"A 288 no papel funcionou muito bem, só que logo na sequência houve mudanças nos gestores do Ministério da Saúde, principalmente, e a 288 nunca teve a sua plenitude realizada. Não chegaram a criar as redes hierarquizadas, os centros de referência não foram implantados, enfim se você ler a 288 você vê o projeto espetacular de hierarquização da rede, de todo o processo e no final das contas isso não aconteceu." (Entrevistado C, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Deste modo, observamos os aspectos organizacionais e operacionais que englobam a criação das redes de atenção em oftalmologia, de acordo com o princípio de integralidade para o cuidado. Assim, com a concentração do atendimento especializado em oftalmologia no nível de média e alta complexidade, há dificuldade em estabelecer o acesso a este tipo de serviço que não se associa apenas ao percurso na linha de cuidado, com o mecanismo de referência – contra-referência, mas também a oferta de vagas por vezes limitadas e a disponibilidade da subespecialidade clínica oftalmológica para o atendimento em hospitais/clínicas especializadas presentes na rede de atenção.

Ainda, a dificuldade de coordenação entre a atenção básica e a atenção especializada indica alguns entraves para compor uma rede integrada e acessível à população. Tais questões também estão relacionadas à estruturação e ampliação da atenção especializada no SUS, onde os aspectos organizacionais e operacionais perpassam este âmbito como a insuficiente oferta de ações diagnósticas e terapêuticas (dependendo da especialidade e da localização geográfica) quanto os modos de financiamento, organização e funcionamento da atenção especializada (AE) e de outros elementos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). (Melo *et al.*, 2021; Tesser e Poli Neto, 2017)

Nessa circunstância, os desafios observados indicam que as estratégias atuais para reorganizar esta assistência perpassam em compor as RAS, a partir da habilitação dos serviços

oftalmológicos. No entanto, a prestação de serviços ao SUS pelo setor privado expõe também outra lógica de organização e cuidado. Com isso, notamos que as dificuldades operacionais na pactuação e integração desses serviços estão referidas ao interesse em atuar nas áreas relativas à alta e média complexidade, especialmente quando no âmbito da atenção especializada concentra-se uma gama de procedimentos oftalmológicos com remuneração elevada.

[...]mas é assim em torno de vinte habilitados para mais de dois mil que prestam serviço de oftalmologia. Então não tem política, primeiro um erro conceitual de chamar de política, sempre falei isso, mas está lá, tudo publicado como política, mas na verdade são as normas dentro de um contexto de sistema que não acontece também, que a articulação da atenção primária com a atenção especializada, aquela coisa toda que também não existe e sequer esta finalidade de habilitação na alta complexidade aconteceu. Enquanto a gente conversa aqui, eu procuro esse número o último que eu levantei que realmente só confirma que não é política mesmo, é prestação de serviços especializados".(Entrevistado N, gestor Ministério da Saúde)

Esta perspectiva também demonstra como questões de financiamento tendem a impactar a atuação de prestadores na ofertar da assistência baseada no lucro iminente. Por outro lado, identificam-se as dificuldades em estabelecer valores atrativos para a realização de consultas especializadas, sendo, portanto, um entrave para estabelecer a integralidade do cuidado, aspecto este que não se atribui apenas a área da oftalmologia. Deste modo, as iniciativas do campo burocrático buscam redefinir estratégias organizacionais, até então pactuadas em normativas, como a Portaria nº288/2008, a fim de alcançar as medidas preconizadas para a assistência definidas com a política nacional.

"[...] outra reclamação que sempre chega e que se coloca como dificultador é o valor da consulta especializada hoje no SUS. O valor da consulta, qualquer especialidade, a consulta básica, a consulta para Pediatra, pra Neuro, para Cardio, para Oftalmo é dez reais. Então a gente tem um... Eu acho que essa questão do valor também é extremamente desanimadora [...]Ninguém quer fazer uma consulta por dez reais. E aí acaba que você vai fazendo outras estratégias para estimular e acaba fragilizando uma política." (Entrevistado Q, gestor Ministério da Saúde)

Entretanto, considera-se a autossuficiência do campo da oftalmologia em mediar os rumos da assistência, independente dos arranjos institucionais para contratualizar a oferta de serviços oftalmológicos que se dá, essencialmente pelo setor privado. Com isso, as interações na esfera governamental estão perpassadas pela multiplicidade de oftalmologistas representados pela entidade. Trata-se de especialistas altamente qualificados pelo ensino público e designados por interesses cultivados/compartilhados na inserção e atuação em espaço privados (clínicas/hospitais) que ofertam assistência oftalmológica.

Assim, olhamos essa pauta do campo como modo de ampliar a oferta de atendimento oftalmológico para o SUS, ainda que nessa prerrogativa indique/perpetue um modelo que capta financiamento público para sustentar uma gama de serviços privados na área. No entanto, a prestação de serviços através de parceria público-privada revela a perda/entranha na autonomia do campo burocrático em estabelecer um modelo de assistência que supere a lógica do cuidado pautada na rentabilidade, tornando-o refém de um modelo de atenção que não prioriza a integralidade.

“Porque na minha opinião há um problema estrutural de gestão especialmente nessas áreas em que há prestação de serviços para o setor não público, eu não estou dizendo que o SUS deve ser cem por cento público, não é isso, é uma questão de gestão mesmo... de autoridade sanitária. Na oftalmologia não há autoridade sanitária [...] Não consegue, a porta é dele, a entrada é dele, o ente é dele, fica complicado” (Entrevistado N, gestor Ministério da Saúde)

Esse contexto também está articulado a questões estruturais do campo da saúde, como a privatização da prática médica autônoma e desenvolvimento de uma rede de serviços que compõe a saúde suplementar no país, e coexiste com o sistema de saúde público a fim de atender as demandas por assistência, porém atrelada as expectativas do mercado da saúde. Esta perspectiva adentra as discussões sobre os mutirões de catarata, como um caso específico aprofundado nas entrevistas. Assim observa-se nesta estratégia como a relação público privado na prestação de serviços tende a direcionar/favorecer uma atenção oftalmológica desarticulada das concepções do SUS.

5.2.1 Os Mutirões e a pauta da assistência oftalmológica

Como uma estratégia institucionalizada, através da Campanha Nacional de Cirurgia Eletiva, para atender a demanda reprimida no diagnóstico e tratamento da catarata, os mutirões são reconhecidos pelo campo da oftalmologia como uma estratégia precursora de iniciativas em políticas públicas que ampliaram o acesso à assistência oftalmológica no SUS. Este contexto contribuiu para a visibilidade e adoção deste tema na agenda em saúde, permitindo assim reunir diversos atores a fim de impulsionar outras ações para a assistência oftalmológica no SUS, como a PNAO.

"os mutirões trouxeram awareness. Eles trouxeram conscientização. Eles trouxeram o assunto à baila. Eles trouxeram a discussão e elevaram o sarrafo da necessidade da atenção [...] Então, eu vejo a introdução dos mutirões na época que eles foram introduzidos como algo que efetivamente possibilitou vir a política de oftalmologia...." (Entrevistado A, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

As experiências advindas da implementação deste modelo, nos níveis municipal e estadual, agregou também às discussões a possibilidade de reorganização da assistência oftalmológica, posteriormente, com a publicação da PNAO. A partir das narrativas, nota-se que os mutirões contribuíram para a inserção dos atores no campo burocrático, naquele momento, a articulação entre oftalmologistas e gestores apontavam a construção de ações para a especialidade no SUS, logo, reconhecemos nesta mobilização a atuação do CBO na defesa das condições em saúde ocular da população.

Esta representação da entidade os aproxima do debate governamental, onde percebemos esta inserção a partir de conexões estabelecidas nas diferentes esferas do campo burocrático, ou seja, as relações neste âmbito foram construídas também em articulações que extrapolam o âmbito do Ministério da Saúde, favorecendo a esses atores o acesso à arena de disputas. Nesse sentido, a elaboração de eventos públicos, como os Fóruns Nacionais de Saúde Ocular⁷⁰, demonstra uma prática do campo para divulgação de planos e propostas, criadas e lideradas pelo CBO, direcionadas a oftalmologia no SUS, contando assim com a participação de diversos atores políticos e gestores no debate de iniciativas para área.

⁷⁰ Em maio/2001 acontecia o I Fórum Nacional de Saúde Ocular organizado, em Brasília, pelo CBO e o Senado Federal. O encontro contou com a presença de Ministros de Estado, Senadores, Deputados federais e outras autoridades para a discussão de projetos nacionais de atendimento à população brasileira, até o momento, seis edições foram realizadas, sendo a última no ano de 2019. (Bicas, 2001)

"No fórum nacional de saúde ocular nós representamos vários modelos e alguns se tornaram ícones da saúde pública ocular no Brasil, como o programa nacional de cirurgia de catarata e o programa nacional de retinopatia diabética e o programa nacional de combate ao glaucoma. Tudo isso fez com que nós saíssemos desses esforços conjuntos não só meus, evidente, como uma série de pessoas no mundo universitário e do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, nós conseguimos elevar o patamar de cirurgias de catarata do sistema público..." (Entrevistado C, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Nesse horizonte, reconhecemos que há uma conduta neste campo em elaborar as iniciativas compreendidas como necessárias para a assistência no âmbito no SUS. A idealização do modelo de mutirões, a nível nacional, é parte da estratégia anteriormente adotada na universidade pública, a qual docentes oftalmologistas conciliavam o desenvolvimento das habilidades técnicas na formação ao atendimento da demanda por cirurgias nas localidades. Esta historicidade também expressa o papel da universidade em produzir iniciativas que possam expandir os limites do campo científico, e serem acolhidas pela esfera governamental, por outro lado, observa-se como a ocupação do espaço universitário, e a condução das narrativas científicas da área, contribuem em manter a autonomia do campo da oftalmologia frente às questões relativas a esta atenção.

"Em resumo eu acho que enquanto os mutirões estavam nos serviços credenciados do CBO, ou seja, serviços com credenciamento, residência credenciada e com protocolo bem definido e em especial os universitários, não todos eram universitários, existiam fundações, que são excelentes, existiam serviços, prestavam serviços que eram credenciados ao SUS e que fizeram muito bem feito isso daí, claro que complicações existem como existem em qualquer tipo de cirurgia, mas quando isso saiu do âmbito desse contexto é que a gente acha que houve uma deturpação da ideia inicial muito bem conduzida pelo gestor federal, pelo Ministério da Saúde." (Entrevistado C, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Ao resgatar aspectos sobre a organização dos mutirões de catarata percebemos na participação da universidade pública a combinação entre assistência e ensino que favorece a formação do oftalmologista. Assim, o desempenho das campanhas nacionais no âmbito universitário contribui para a qualificação do especialista com a oportunidade de reprodução da técnica cirúrgica em escala, nesse caso os mutirões apenas reforçam as características do modelo de formação adotado nos cursos e programas de residência da área. No entanto, há certa conveniência na centralização deste cuidado no espaço universitário quando se observa os aspectos simbólicos na habilidade apreendida, pelo especialista, para a realização das cirurgias de catarata, associados ao prestígio profissional e inserção diferenciada no mercado de trabalho.

Ainda que os mutirões de catarata representem também uma estratégia para lidar com dilema social, relacionado à deficiência visual e cegueira pela ausência de tratamento adequado, nota-se que as iniciativas coletivas no âmbito da saúde ocular tendem a ser respaldadas pelo CBO. O caso dos mutirões demonstra os diferentes papéis assumidos por essa entidade médica no campo da oftalmologia, e a confiabilidade ao atuar na posição fiscalizadora das unidades de ensino, permitindo assim desempenhar as funções relativas ao ensino e assistência, logo, nas interações promovidas entre esses atores e gestores reconhece também o papel de fiador do campo burocrático para os projetos desenvolvidos no âmbito da entidade.

"[...] então nós tínhamos um modelo de cirurgia de catarata e mutirões, que nós havíamos criado e eu levei isso tudo para o Ministério da Saúde, na época o ministro da saúde, eu lembro muito bem, era o ministro José Serra. Foi daí que nós assinamos o primeiro protocolo na sede do Conselho Brasileiro de Oftalmologia em São Paulo, assinamos junto com ele e daí para frente começou essa história toda. E hoje virou um código certo na tabela SUS da cirurgia de catarata, hoje no SUS já é uma conquista eu diria que foi através do esforço do CBO e nós e de muitas pessoas, a cirurgia de catarata no sistema público virou uma conquista." (Entrevistado C, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Apesar de impactos no acesso ao tratamento da catarata, a estratégia dos mutirões revela uma assistência oftalmológica pontual, focalizada no diagnóstico e a intervenção cirúrgica, comprometendo assim o cuidado/acompanhamento, em longo prazo, caso seja

necessário. Como uma iniciativa em saúde, associada às normativas para a realização de cirurgias eletivas no SUS, nota-se que os mutirões de catarata são convertidos, semanticamente, numa política pública própria/isolada. Esta conduta pode representar também um meio para destacar uma medida, até então pontual, a fim de se estabelecer/manter como uma ação contínua, sendo, portanto, conveniente para travar disputas no campo burocrático.

"[...] é muito vergonhoso a história da catarata, desde 1998 se faz mutirão, virou o quê? Que mutirão é esse? Mutirão não é uma coisa pontual? Virou a política. Aí falam a política da catarata, aí mutirão virou política."
(Entrevistado N, gestor Ministério da Saúde)

Embora este modelo tenha assumido aspectos distintos da estratégia idealizada pelos atores da oftalmologia, cabe destacar também que a expansão dos mutirões de catarata exige recursos financeiros e operacionais para a implementação de campanhas a nível nacional. Com isso, nota-se que o desempenho desta atenção tende a submeter às condições dos prestadores de serviços ao SUS, onde a reprodução de cirurgias em escala revela a lógica do mercado.

"E se você analisar e eu já analisei, o percentual de crescimento de catarata, de procedimentos de catarata supera e muito o percentual do aumento populacional naquela faixa etária, há muito tempo, porque carga de doença, carga da catarata já deveria estar reduzindo e não aumentando e como é que aumenta, mas é que eles vão reduzindo a idade da intervenção. Então é um jogo, Natália, é muito pesado, mas assim eu não estou dizendo que eles são ilegítimos, nada disso não, mas é porque não pode diminuir o faturamento então de estar né? " (Entrevistado N, gestor Ministério da Saúde)

Por outro lado, reconhecemos também como os mecanismos de financiamento, para procedimentos e políticas consideradas estratégicas, são utilizados para garantir o lucro do setor privado. Ainda que, este arranjo não seja característico/mobilizado apenas pelos atores do campo da oftalmologia, esse contexto expõe as cirurgias de catarata como objeto de interesse diante das perspectivas financeiras, revelando assim o desinteresse em prover assistência que não esteja condicionada a benefícios para o prestador.

"[...] é onde eles ganham muito dinheiro, com a lente e houve uma pressão enorme [...] uma decisão de que nessas cirurgias eletivas, como a gente chama, estratégicas de cirurgias eletivas são por FAEC, houvesse a possibilidade de pagamento dobrado do valor da tabela, tirando catarata. Porque catarata já é altamente lucrativa, altamente[...] aí se proibiu a catarata, mas o ministério não aguentou a pressão e permitiu anos depois que houvesse também a duplicação de catarata..." (Entrevistado N, gestor Ministério da Saúde)

"Mas quando a política de eletivas colocou a possibilidade de pagar duas vezes a tabela para todos os procedimentos, inclusive para catarata, isso gerou aqui em São Paulo... desvirtuou completamente. Ninguém mais queria fazer hérnia. Ninguém quer fazer varizes. Todo mundo só foi fazer catarata." (Entrevistado P, gestor Ministério da Saúde)

Com isso, reconhecemos nesses obstáculos para a reestruturação da assistência oftalmológica as contradições que perpassam as iniciativas políticas para a especialidade, e tendem a impactar a organização de um modelo de atenção conforme as diretrizes da PNAO. Este contexto atribui-se principalmente aos mecanismos adotados para a ampliação desta atenção, como a lógica do setor privado intervém na concepção dessa assistência, observamos nessa conduta a intenção em prover assistência a doenças mais rentáveis, que demanda recursos da média e alta complexidade e alcança, de acordo com valores da tabela de procedimentos, as expectativas financeiras de clínicas, hospitais e outros prestadores que atuam para a atenção especializada.

Do ponto de vista do cuidado oftalmológico, nota-se que as reflexões do campo sobre o modelo de assistência perpassam o entendimento da especialidade pelo viés técnico-científico. Assim, com o conhecimento restrito ao oftalmologista há uma vulnerabilidade de outros profissionais, especialmente no âmbito da gestão, em elaborar instrumentos técnicos que possam ser um guia para a atenção.

"Protocolos. Protocolo de catarata. Falta urgentemente no SUS [...] E a gente tentou protocolo de catarata, de retinopatia diabética. Dos procedimentos que são mais impactantes assim. A questão das refrações."

Então a gente precisa ter pelo menos, eu não sei se seria um protocolo de diretrizes terapêuticas ou até um protocolo de atendimento mesmo clínico, mais base. Para você ter limite de idade, o perfil de paciente que entra nessa fila. A gente sente muita falta." (Entrevistado Q, gestor Ministério da Saúde)

Esse contexto também se relaciona com a produção científica nessa área, comprometendo assim a construção de iniciativas pelo campo burocrático de acordo com os aspectos brasileiros. Tal reflexão também se associa aos achados de Resnikoff *et al.* (2004) que aponta a escassez de estudos epidemiológicos de base populacional em países da América Latina como um desafio para avaliação e identificação de problemas oculares na população. Ainda, segundo Crosta *et al.* (2005) e Ventura, Ventura e Santos (2008) há uma tendência nos estudos científicos na área da oftalmologia no Brasil, em abordar assuntos que destacam aspectos clínicos das doenças oculares além de evoluções de técnicas cirúrgicas e tecnologias diversas.

"A Oftalmologia nós não temos, isso é uma luta que a gente tem travado aqui dentro do Ministério, solicitado enquanto técnico, solicitador, a gente não consegue enxergar estudo de prevalência e incidência no Brasil. Não tem. A gente usa é dados mundiais, geralmente da Organização Mundial da Saúde. O Brasil tem uma diferença regional. As nossas prevalências e incidências elas mudam até de região para região. E a gente trabalha com prevalência da Alemanha, da Inglaterra." (Entrevistado Q, gestor Ministério da Saúde)

Ainda, este cenário acaba fragilizando as discussões em saúde, especialmente quando há inconsistência nas referências produzidas pela entidade médica da área. Nesse caso, dada a precariedade de informações científicas que reflitam a situação brasileira, cabe aos gestores balizar os dados disponíveis quando condizentes para implementação das ações.

"Geralmente quando a gente usa os dados, são os dados que o próprio Conselho de Oftalmologia produz. Então assim, eu acompanho muito os relatórios do Conselho. E a gente vê assim, que dependendo do que você quer privilegiar num período os seus dados mudam muito. Entendeu?" (Entrevistado Q, gestor Ministério da Saúde)

Todavia, Blanchet, Gilbert e Savigny (2014) apontam que a carência de estudos científicos, relacionados ao planejamento e gestão dos serviços oftalmológicos, acaba comprometendo a elaboração de novas estratégias que possam contribuir para um modelo de atenção em saúde ocular adequado ao sistema de saúde. Nesse sentido, identificamos no campo burocrático a construção de iniciativas a fim de definir as condições para oferta da atenção oftalmológica no SUS com foco no cuidado integral, de certo modo, uma tentativa em desarticular os caminhos da assistência ao rol de procedimentos estabelecidos para a especialidade.

"E talvez assim, uma coisa que gente tem discutido é de se trabalhar Oftalmologia com as principais causas de cegueiras, ver detalhes. As prevalências. E assim em pacotes de cuidado, desde consulta, isso, isso, isso. O que um paciente com retinopatia diabética deve ter garantido? Deve ter isso, isso, isso. Então você paga por esse grupo. O invés de ser procedimento, que aí você pelo menos tenta garantir que esse paciente ele vai, da hora que ele entrou à hora que ele saiu, ele vai ter todos esses... Mas isso assim. Tudo questão de discussão ainda." (Entrevistado Q, gestor Ministério da Saúde)

5.3 PAUTAS PARA A OFTALMOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA (AB)

Nesse momento, apresentamos alguns aspectos que promovem a configuração da atenção básica em oftalmologia, a fim de desenvolver as ações em promoção da saúde e prevenção da cegueira com foco na identificação e tratamento de doenças oculares, conforme as diretrizes estabelecidas pela PNAO. O conceito de saúde ocular como os cuidados primários para os olhos, a partir de referências internacionais, perpassa as discussões nesse âmbito entre os atores da oftalmologia, ainda que, a assistência oftalmológica, semanticamente, destaca-se entre as medidas defendidas para restabelecer essa atenção no SUS. Assim, diferentes conflitos sobre a atuação do oftalmologista e a inserção de tecnologias como a telemedicina indicam uma potencial reconfiguração do modelo de atenção.

Deste modo, observamos a atenção básica (AB) como um importante espaço de disputa para inserção do oftalmologista, subvertendo a lógica do cuidado atribuída às equipes de saúde da família. Para alguns atores do campo da oftalmologia, as ações a serem desenvolvidas no âmbito da promoção da saúde e prevenção da cegueira competem à atuação

do especialista, contribuindo assim para o acesso ao atendimento oftalmológico, até então, concentrado na média e alta complexidade. Esta concepção indica o desempenho nesta assistência pautado na prática médica, ainda que, o treinamento de outros profissionais esteja no horizonte, há um intuito de uma qualificação que possa auxiliar o especialista, e não necessariamente contribuir para o manejo/exercício de técnicas na presença facultativa do médico.

"Nós estamos com o foco voltado com toda intensidade para o oftalmologista na atenção primária. Criar os modelos em que nós podemos qualificar o agente de saúde, os professores para fazer uma pré-avaliação dos pacientes que têm mais necessidade de exames, e aqueles que já têm uma boa visão e não estão nos grupos de risco para glaucoma ou retinopatia diabética, degeneração de mácula ou até mesmo catarata, esses pacientes não precisam ser examinados naquele primeiro momento. E dar prioridade na atenção primária, resolver o problema lá na atenção primária, levar o oftalmologista para lá, para receitar os óculos, fazer o exame oftalmológico completo e descobrir as quatro principais causas de cegueira." (Entrevistado C, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Em termos organizacionais, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) definem o modelo para reestruturação da atenção oftalmológica, onde se destaca a atenção básica como orientadora dessa linha de cuidado no sistema de saúde. De acordo com as normativas para gestão da AB, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) representam um arranjo institucional para potencializar a rede de serviços de saúde, concretizando assim a operacionalização do modelo de atenção proposto com a Política Nacional de Atenção Básica. (Ministério da Saúde, 2012; Sampaio, 2012)

Nesse caso, a estruturação da atenção básica com foco na oferta de assistência oftalmológica, acompanha o argumento para a incorporação da oftalmologia no NASF como uma estratégia para expansão territorial desta assistência, cumprindo assim a lógica de regionalização presente na concepção das RAS. Por outro lado, na idealização de um modelo de atenção centralizado no oftalmologista, identifica-se um planejamento/organização que aponta aspectos dessa prática médica cotidiana. Nesse caso, a implementação de consultórios especializados expõe a necessidade de recursos tecnológicos para a atuação do especialista no

cuidado, ainda que, atualmente, haja inovações tecnológicas que minimizam o investimento numa estrutura física e na utilização de equipamentos diversos para o atendimento.

“[...] a ideia é a gente montar um consultório de oftalmologia. A proposta para o Ministério da Saúde, que estava sendo desenhada, era idealmente ter um consultório de oftalmologia em cada um dos trezentos e poucos NASFs que existem...” (Entrevistado A, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

A partir desta proposta observa-se como a elaboração de iniciativas pelo campo da oftalmologia tende a indicar qual a condução a ser adotada pelo setor público para atender as demandas do campo. À primeira vista, há uma concepção sobre o papel do ente público em corresponder às exigências que se desenham para estruturar a assistência na atenção básica, de certa forma conforme princípios constitucionais para prover saúde à população. No entanto, implicitamente, revela-se também um novo espaço para atuação de oftalmologistas no âmbito do SUS, combinando assim aos interesses do campo para a expansão da assistência com a garantia de reserva no mercado.

“Então, nesse caso o Ministério da Saúde compraria trezentos e cinquenta consultórios, que é um investimento de cem mil reais cada consultório, é um investimento que para o Ministério é muito pouco, e esses consultórios seriam instalados e médicos trabalhariam lá, oftalmologistas trabalhariam nesses consultórios e seriam remunerados pelo serviço e a gente espera que esses consultórios façam três milhões e meio de consultas. Com seis milhões e meio da rede privada nós chegaremos ao total de dez milhões de consultas na rede pública, além das que nós já fazemos hoje.” (Entrevistado C, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Entretanto, identificamos também reflexões para a ampliação de atendimento oftalmológico básico a partir da participação do setor de saúde suplementar. Nesse caso, considera-se a presença de especialistas atuando em consultórios privados, desempenhando uma rotina clínica que se assemelha ao cuidado primário da visão, com a identificação das principais causas de doenças oculares, em especial os erros de refração. Na perspectiva do campo da oftalmologia, cabe ao setor público investir nesses arranjos, para configurar uma

rede de atenção, diante de um contexto assistencial que exige parceria público privado para estabelecer a assistência.

"[...] mas a oftalmologia que nós temos no Brasil, que está lá disponível para a saúde suplementar, dá para dizer como qualquer lugar do mundo que a base dela, oitenta por cento, noventa por cento da população dos médicos oftalmologistas oferecem justamente isso, uma atenção primária. Eles fazem o dia a dia da oftalmologia. Pouca gente vai fazer questões mais complexas..." (Entrevistado E, Médico, atuação clínica no setor privado)

Ainda, segundo Ottaiano *et al.*,(2019) aproximadamente 95% dos oftalmologistas dependem dos convênios médicos para sobreviver na profissão. Este cenário também aponta uma oportunidade de inserção do especialista no âmbito da atenção básica, atendendo, de certo modo, a demanda da categoria. Por outro lado, esta pauta ganha destaque devido à ausência/escassez de cuidados oftalmológicos no nível primário da atenção no SUS, contribuindo assim para impulsionar alternativas que buscam preencher esta lacuna assistencial através com a inserção de consultórios privados na rede de atenção oftalmológica.

"Mas você tem um consultório de um oftalmologista particular próximo da escola, você não precisava construir. Não precisa virar um funcionário público, não é? Funcionário público que vai ganhar pouco, então o cara faz o ponto, vai embora, não é? Não atende, não é? Até ponto de vista de sustentabilidade econômico, já existe disponível, até de uma maneira mais econômica, não é? É o que já está instalado, não é? O próprio médico tem o seu próprio aparelho, o seu próprio espaço, não é? É só contratualizar a atuação dele, não é? E isso está distribuído, isso já é rede. A rede é invisível, não está com o sistema público, mas existe, não é?" (Entrevistado E, Médico, atuação clínica no setor privado)

Cabe ressaltar, que esse argumento se apresenta a partir de características do atendimento primário, onde não requer, essencialmente, recursos tecnológicos e/ou técnicas com elevado grau de complexidade, sendo possível agregar especialistas que não atuam nas diferentes subespecialidades. Ainda se destaca que a idealização sobre o modelo de atenção

oftalmológica também advém da experiência com o Projeto Olhar Brasil⁷¹, considerado pelo campo da oftalmologia como importante iniciativa, implementado na parceria entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde, para o acesso a saúde ocular no âmbito das escolas com a atuação do oftalmologista no cuidado.

"Mas o "Olhar Brasil" já é um exemplo de uma política maravilhosa. Quando o CBO entrou no "Olhar Brasil", nós saímos de pouco mais de centenas de consultas para milhares. O oftalmologista estava indo bem, tinha uma remuneração para a consulta ainda baixa, mas razoável, muita gente se interessou na rede privada e fez a consulta, muita." (Entrevistado C, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Instituído em 2007 no âmbito do Programa Saúde Escola (PSE)⁷², o Projeto Olhar Brasil apresenta na articulação entre saúde e educação uma outra interface do campo da oftalmologia, para o fortalecimento de ações com foco na identificação de doenças oculares que atinge os primeiros anos da infância. Para isso, a triagem de crianças nas escolas tem o objetivo de identificar e corrigir os problemas de visão relacionados à refração e a garantia de assistência oftalmológica integral, nos casos que forem diagnosticadas outras patologias oculares que necessitem de intervenção. (CONASS, 2012)

Pode-se afirmar que há um consenso, entre os atores do campo da oftalmologia, sobre a necessidade do cuidado oftalmológico no âmbito escolar, onde se valida a atuação do professor como o profissional treinado para identificar os primeiros indícios de comprometimento da visão, como também realizar a acuidade visual na triagem⁷³ dos casos que precisam de acompanhamento médico na unidade de saúde. Essa conduta define o trabalho conjunto entre o profissional da educação e o oftalmologista no cuidado, contribuindo assim para a redução da evasão escolar e melhora no aprendizado.

⁷¹ Consiste numa parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, onde apresenta como objetivos a identificação e correção dos problemas de visão relacionados à refração e a garantia de assistência oftalmológica integral nos casos que forem diagnosticadas outras patologias oculares que necessitem de intervenção. O público alvo do projeto são educandos de escolas vinculadas ao Programa Saúde nas Escolas (PSE) e dos alfabetizando cadastrados no Programa Brasil Alfabetizado (PBA).

⁷² Nesse programa, a saúde ocular consiste nas atividades de promoção de saúde ocular e prevenção da cegueira e deficiência visual, a partir de estratégias educativas e de sensibilização da família e da comunidade, com avaliação e o encaminhamento dos estudantes identificados com problemas de visão. Entre essas atividades, o teste de acuidade visual, a partir da aplicação da tabela de Snellen, recebe destaque especial. (Ministério da Saúde, 2017)

⁷³ Desde 1998 a triagem visual vem sendo realizada pelos professores das escolas públicas e em alunos da primeira série de ensino fundamental. Tal triagem busca avaliar a acuidade visual, a partir da tabela de Snellen, que consiste em ler linhas de letras, cujo tamanho vai diminuindo, penduradas a uma distância padronizada da pessoa a ser testada.

No entanto, entre as críticas presentes no campo burocrático identificam-se as contradições presentes no âmbito do projeto, a partir de conflitos associados à inclusão de outros públicos-alvo descaracterizando assim o objetivo principal, a saúde ocular para crianças em idade escolar. Este contexto também demonstra como o Projeto “Olhar Brasil” representa outro espaço de disputa para o campo da oftalmologia pautar iniciativas de acordo com a demanda da categoria.

"O “Olhar Brasil” era ligado ao programa “saúde nas escolas” que era para identificar erros de refração. Mas aí começa “Ah, mas o idoso tem que entrar.” Ah, mas não sei quem tem que entrar.” “Ah, mas o deficiente tem que entrar” e nessa demanda de botar tudo dentro de um programa que era bem específico, o programa entrou como um projeto e acabou. [...] A “saúde nas escolas” existe eu estou falando especificamente desse que inclusive como era muito focado na atenção especializada, e atenção especializada é muito focada em procedimento de alta complexidade, que é o interesse né? [...] acontece que ficou muito com procedimento e se abriram procedimentos iguais em patamares diferentes e quando a gente faz no SUS, principalmente com valores diferentes, aí o negócio desanda porque perde o foco e como você vai oferecer a mesma coisa com dois valores?" (Entrevistado N, gestor Ministério da Saúde)

No entanto, nota-se que as dificuldades operacionais para a implementação do projeto também perpassam os aspectos discutidos no âmbito da atenção especializada. Logo, reafirma-se a lógica atribuída para assistência oftalmológica, onde a inclusão de procedimentos e as condições de remuneração definem o modelo de atenção com foco na média e alta complexidade, relacionada principalmente na atuação médica e nos interesses corporativos do campo da oftalmologia. Por fim, tais narrativas apontam o oftalmologista como principal profissional para atuar na atenção básica, sendo, portanto um elemento conflitante, entre alguns atores da oftalmologia, conduzindo assim a indagações sobre a construção de um modelo de atenção com a atuação exclusiva desse especialista.

No âmbito da atenção básica, a promoção da saúde e a prevenção da cegueira, como observado nas diretrizes da PNAO, indica o desenvolvimento de estratégias para identificar as principais patologias oculares a fim de contribuir para o cuidado oftalmológico precoce e, no encaminhamento do paciente para atenção especializada. Idealmente, cabe ao nível primário

de atenção a identificação de erros refração⁷⁴, através de exame de acuidade visual com o auxílio da tabela de Snellen⁷⁵. No entanto, observa-se um importante ponto de conflito a definição do profissional apto a exercer essa atividade. Para alguns atores do campo da oftalmologia é indispensável à atuação do oftalmologista, impactando assim a elaboração de iniciativas pelo campo burocrático que busca inserir a prática em saúde ocular na atenção básica.

"Eles querem, eles participando da atenção primária de uma forma muito ligada no sentido do exame de refração só pode ser feito por eles. E quando a gente acha que não, que o exame refração, aquele teste de... é um teste de triagem. Ninguém está dizendo que um oftalmologista... não, mas eles querem inclusive fazer parte da equipe da oftalmologia na atenção primária, isso não faz sentido. Então, assim... é complicado." (Entrevistado N, gestor Ministério da Saúde)

Nessa perspectiva, nota-se que a inserção do oftalmologista na atenção básica, como alternativa para reestruturar a assistência, indica a característica centralizadora do campo relacionada a uma conduta corporativista que tende a (re) configurar o papel do especialista de acordo com seus interesses. Entre os atores do campo da oftalmologia, percebemos outro entendimento para o desempenho do cuidado oftalmológico no nível primário de atenção, nesse caso, a atuação do médico de família demonstra-se adequado considerando os aspectos do modelo de atenção presente com as equipes de Saúde da Família. No entanto, a centralização da assistência na prática médica ainda indica a definição de estratégias a partir do modelo biomédico reafirmando assim a identidade da oftalmologia em consonância com o campo da Medicina.

"eu era uma forte oponente a essa ideia porque o oftalmologista é um profissional muito caro para estar na atenção básica. E a maioria das coisas que o profissional, o médico de saúde da família [...] Ele vai ser capaz de cuidar de muitas coisas [...] eu não estou sendo tão ousada ao ponto de dizer que se deva ser o enfermeiro que tem que fazer isso. Ou um técnico de enfermagem. Não estou dizendo isso. Estou dizendo que tem um

⁷⁴ Relacionada à imagem não focalizada sobre a retina, assim não há nitidez na visão. Os diferentes erros de refração são: miopia, hipermetropia, astigmatismo e presbiopia.

⁷⁵ Conhecida como escala optométrica de Snellen, esta representa um diagrama com a disposição de letras em diferentes escalas para avaliar a acuidade visual e correção óptica (óculos) caso necessária.

médico de família, um médico, uma pessoa com formação médica."
(Entrevistado B, Médico, atuação clínica público privado)

Contudo, observa-se que tais divergências relacionam-se também a atuação do CBO, especialmente, ao desconsiderar os arranjos institucionais do SUS e as atribuições de outros profissionais, como gestores a nível local, para reorganizar esta assistência. Deste modo, há uma tendência no âmbito da entidade médica em impulsionar agendas que atendam aos interesses da categoria, a despeito de contexto do sistema de saúde, em termos de sustentabilidade financeira e operacional para a implementação de iniciativas.

"[...] nessa discussão, eu briguei, fortemente, com o CBO porque, no meu modo de entender, o oftalmologista tinha um protagonismo muito pequeno nessa história. É o gestor da política pública que tinha que determinar o que cada um tinha que fazer. E aí, como é que você escolhe quem é que tem que fazer outra coisa? Pelo custo da pessoa. O custo é uma barra tempo. Então, quanto tempo eu demoro a fazer uma refração e quanto custa? Bom, eu demoro dez minutos e custo treze anos de formação. Legal. Se eu te ensinar, você demora vinte e cinco minutos e você demorou três dias para formação. Vamos dividir? Uma coisa pela outra. Ou não precisa mais falar sobre isso?"
(Entrevistado G, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Cabe ressaltar que às especificidades técnicas da oftalmologia ainda impedem uma aproximação/afinidade por outros profissionais da saúde para atuar neste cuidado. Tais limites associam-se à precária formação em saúde, que possa contemplar aspectos da saúde ocular, como também a construção de debates e iniciativas que contemplem profissionais da área da saúde. O acesso ao conhecimento oftalmológico também se encontra restrito/insuficiente na graduação médica, comprometendo assim para a atuação deste cuidado no âmbito da atenção básica.

Nesse sentido, observa-se o projeto de qualificação para médicos de família como medida institucional, desenvolvida na parceria entre o CBO e o MS, para impulsionar a prática oftalmológica na atenção básica. Esta iniciativa demonstra que há diversos atores no âmbito da entidade e apresentam outra estratégia para expansão da assistência além da inserção do oftalmologista. Neste caso, revelam-se também as diferentes pautas que emergem no campo da oftalmologia e, uma vez defendidas no campo burocrático, não representam

comum acordo entre os atores deste campo. Ainda, indica que tais ações se assemelham a visão dos atores que, momentaneamente, a depender da gestão da entidade, encontram-se em cargos estratégicos para impulsionar outras agendas no campo.

"Nós até sofremos uma crítica muito grande do resto da oftalmologia, mas existe a universidade não sei como é que chama, que é uma universidade onde você tem ensino a distância que vai apoiar o médico da família, os grupos. [...] E a gente fez um curso, organizamos um curso para ensinarmos coisas básicas da oftalmologia para o médico da família. A gente tinha a programação era primeiro a parte teórica, depois esse médico da família ia se deslocar para algum serviço de oftalmologia mais próximo para ele poder desenvolver pelo menos a parte prática do teórico que ele aprendeu porque oftalmologia também é microscópio, depende do aparelho, se você não sabe mexer no aparelho não dá para adivinhar, você precisa magnificar as coisas [...] A gente tinha uma programação, ficou abortada. Não continuou. Era a época que a Dilma perdeu o mandato dela aí mudou tudo. E ninguém mais sabe onde é que estão as coisas." (Entrevistado E, Médico, atuação clínica no setor privado)

Ainda, consideram-se também aspectos relacionados à distribuição de profissionais médicos no território, principalmente especialistas que, atualmente, tendem a ser concentrar nos grandes centros urbanos e no eixo sul-sudeste. Este fator deve ser considerado numa proposta de expansão da assistência oftalmológica no SUS, que focaliza a inclusão do especialista no âmbito da atenção básica, desconsiderando o treinamento de outros profissionais que já se apresentam distribuídos no território. Com isso, cabe a reflexão sobre os dilemas para o acesso à assistência médica, onde as disparidades regionais que comprometem a fixação deste profissional além de experiência institucional com programa Mais Médicos. Assim, demonstra-se ser necessário pensar em alternativas além da atuação médica para a atenção oftalmológica.

"Então, você empoderar quem já está lá, para mim, parece óbvio do que você obrigar um cara que não vai. E se ele quisesse ir, ele já tinha ido. Então, se fosse natural, esse movimento do povo ir para o interior, primeiro, você não precisava aumentar nem o salário, já tentamos aumentar, mas não adiantou. Tentamos fixar através dos Mais Médicos, então, isso não vai e

não é assim que funciona no resto do mundo. No resto do mundo: agente de saúde funciona? Funciona muito bem. O que ele vai fazer é o detalhe. Então, ele vai ter a visão, vai ter reflexo vermelho? Vai, ótimo. Ele vai tirar fotografia do fundo de olho e vai mandar para alguém? Vai, ótimo. É por aí. Não é dar emprego para o oftalmologista. Porque esse é o grande erro." (Entrevistado G, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Em contrapartida, observa-se outra disputa no campo da oftalmologia a partir da atuação do optometrista⁷⁶. Ainda que a inserção deste profissional seja refutada por esse campo, cabe destacar o seu reconhecimento, internacional, no âmbito da atenção primária, principalmente, na identificação dos erros de refração, considerado uma das principais causas globais de deficiência visual. (WCOO, 2017)

No contexto brasileiro, nota-se uma disputa legislativa⁷⁷ durante o processo de formulação da PNAO, e posteriormente à publicação da política em 2008, onde o movimento para a regulamentação da profissão do optometrista surge como uma corrente que tenta legitimar seu espaço de atuação na saúde ocular, embora desqualificada pelo campo da oftalmologia. Esse embate criado entre optometristas e médicos oftalmologistas atribui-se na alegação destes profissionais realizarem atos privativos de médicos⁷⁸, uma atitude que se encontra na contramão de países que reconhecem a profissão como essencial para a prevenção à cegueira na atenção básica.

"[...] você não pode trabalhar no Brasil com optometrista, por exemplo. Não é permitido. É uma guerra é uma lei que não sai lá no Congresso porque a pressão é muito grande, quando você sabe que nos outros países o grau não é uma prerrogativa exclusiva do oftalmologista o exame de refração e a prescrição do grau." (Entrevistado N, gestor Ministério da Saúde)

Ao considerar o campo de atuação de optometristas, percebe-se que as atribuições desempenhadas por essa profissão tendem a competir com especialistas que não são

⁷⁶ É o profissional da área da saúde, não médica, responsável pela avaliação primária da saúde visual e ocular. Está capacitado para identificar, diagnosticar, corrigir e prescrever soluções ópticas (óculos, lentes de contato, filtros, prismas, terapias e exercícios visuais) que irão compensar as alterações visuais (ex. miopia, astigmatismo, hipermetropia e presbiopia - "vista cansada") e ou reabilitar as condições de todo o sistema visual.

⁷⁷ Projeto de Lei: 2783/2003; 3739/2004; 1791/2007; Recurso Extraordinário-STF/2013: 858.112.

⁷⁸ Em decisão final determinada pelo STF em 2013 fica proibido profissional optometrista a realizarem exames de refração e prescrição de recursos ópticos.

subespecializados. Deste modo, o decreto⁷⁹ de lei que regulamenta essa profissão restringe a prática à realização de exame de refração e à prescrição de óculos, considerado uma prática cotidiana da clínica oftalmológica, de fácil entendimento e aplicação mediante treinamento específico. Ainda assim, revela-se que esta disputa perpassa também sobre possível perda de espaço no mercado da saúde.

"Mas, olha só, qual é a briga da oftalmologia hoje? A briga política? Com os optometristas. Incomoda porque o optometrista é um profissional técnico que faz refração, faz exame de óculos. E muitos oftalmologistas vivem disso. Então, muitos não operam, muitos não são especialistas. Então, a partir do momento que você tem um profissional técnico que vai entrar no mercado... olha só, essa briga toda não é pelo SUS, não. Essa briga toda é por uma galera que vai pagar o serviço." (Entrevistado B, Médico, atuação clínica público privado)

Contudo, este cenário se sustenta pela atuação do CBO na defesa dos interesses da categoria, com isso, observa-se que a restrição ao optometrista tende a impactar em medidas que buscam a expansão dessa assistência. Para este ator, desconsideram-se a ampla distribuição de estabelecimentos de saúde que já ofertam atendimento oftalmológico primário, como as óticas. Logo, a capacitação de técnicos para a realização do exame de refração neste espaço contribuiria também para a assistência.

"O argumento do Conselho Brasileiro é que, se você for fazer óculos no optometrista, você não vai ver as outras coisas que o oftalmologista devia. Por isso que eu comecei te falando que para mim, o importante não é quem faz o exame, é o que você faz com o exame. [...] É você capacitar melhor o que está por aí, que já está colocado, permeabilizado, em tudo quanto é canto tem, faz com que aquilo fique bom e a população vai ganhar. Mas isso é um discurso meu. O discurso corrente tem inúmeras outras razões políticas que eu não vou entrar no mérito at all." (Entrevistado G, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

⁷⁹ Basicamente, ao profissional optometrista não é permitido manter consultório para atendimento de clientes, comercializar lentes de grau sem prescrição médica, cabe apenas exercer as funções de reparo e confecção em lentes de grau de acordo com os Decretos Federais nº 20.931/1932 e nº 24.492/1934.

Em relação ao quantitativo de oftalmologistas disponíveis, nota-se um discurso no campo da oftalmologia a partir de parâmetros que não condizem com o contexto brasileiro. Nesse caso, a atuação isolada do especialista tende a reproduzir disparidades no sistema de saúde, sendo um tanto lógico compartilhar o cuidado entre os profissionais de saúde presentes neste âmbito.

“Por exemplo, o Brasil tem um número de médicos adequado? A resposta é: depende. Depende de que? Qual é a estrutura da equipe de saúde? Na área oftalmológica, por exemplo, as pessoas dizem: “ah, o Brasil não precisa mais de médico”, porque nós temos vinte mil oftalmologistas, quinze mil oftalmologistas, e esse número é proporcionalmente semelhante ao que tem nos Estados Unidos. É. Ou a Inglaterra. É. Só que os Estados Unidos além dos oftalmologistas, tem mais oitenta mil optometristas. No Brasil, zero. É a mesma coisa, quer dizer, o número de médicos é maior ou menor, depende, o que a enfermeira faz? Quantas enfermeiras têm? Quantos técnicos de enfermagem têm, o que não tem? A mesma coisa na oftalmologia. O Brasil não tem um número de oftalmologista necessário se continuar essa política que oftalmologista tem que fazer tudo.”(Entrevistado H, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

De certa forma, esta noção apresenta também as dificuldades encontradas pelo campo burocrático em construir um modelo de atenção multidisciplinar. Nesse sentido, a atuação do professor no projeto “Olhar Brasil” indica o produto da mediação entre a oftalmologia e gestores para definição de ações no âmbito escolar, ainda que este espaço não represente, necessariamente, uma ameaça à atuação da categoria, observa-se também a constante disputa em concentrar as ações em saúde ocular na prática médica.

“É isso que eu lhe digo, Natália, eles querem que sejam eles, faz botar optometrista, faz, o teste de Snellen, quanto a gente não lutou no “Olhar Brasil” o teste de Snellen. Ser o professor a fazer, não é? O próprio professor ou então a equipe de saúde na família ou da atenção primária ir lá, foi complicado. Na hora da... tudo é maravilhoso, pode ser, mas desde que o oftalmologista esteja na equipe. Você já ouviu falar de equipe primária de saúde, de atenção à saúde com oftalmologista? É corporativo, pra mim é corporativo” (Entrevistado N, gestor Ministério da Saúde)

Enquanto a atuação do optometrista encontra resistências no campo da oftalmologia, observamos que a inserção das tecnologias, em especial a telemedicina, se apresenta para esses atores como uma alternativa viável para expandir o acesso à assistência na atenção básica. Assim, essa pauta tende a encontrar adeptos no campo, ainda que represente possíveis mudanças na atuação do oftalmologista neste nível de atenção, tal aspecto demonstra também a relevância das tecnologias para especialidade com contribuições que ainda permitem a sofisticação e o aperfeiçoamento da clínica médica.

5.3.1 Telemedicina

Como uma tecnologia que abrange a prática médica realizada à distância, a telemedicina se apresenta no campo da oftalmologia como uma proposta para redefinir o modelo de atenção oftalmológica para a atenção básica. Esta pauta também reflete a percepção do campo sobre o papel do oftalmologista com a incorporação deste recurso. Nesse caso, observa-se que a produção de fotos/imagem representa o principal método para a triagem de casos contribuindo assim na ampliação do acesso a assistência.

Por outro lado, nota-se que as condições de reorganização do modelo de atenção ainda mantêm/centraliza o médico como mediador da tecnologia, ou seja, nessa concepção cabe a este profissional manejar o recurso disponível para captação de imagens, reiterando assim, nessa assistência, as características do modelo biomédico. De certo modo, há uma perspectiva no campo da oftalmologia em compartilhar as informações entre o médico de família, onde se observa na relação entre a telemedicina e o profissional médico a possibilidade de uma atuação que alcance/oferte um padrão de assistência até então restrito, especialmente diante de dificuldades no acesso.

“[...] telemedicina não é foto e não pode ser foto, mas se eu tenho um médico na ponta que tem condição de fazer a prescrição, se eu tenho uma tecnologia adequada que me permita ter informações relevantes que me permitam ter segurança na segunda opinião que eu estou dando, e se esse cara na ponta tem condição de acompanhar aquele paciente, eu não estou prestando desassistência. Eu não estou prestando medicina de segundo nível. Pelo contrário. Eu estou humanizando o atendimento daquele paciente. Então se você faz isso da forma adequada, se você usa a

tecnologia da forma certa, ao invés de criar uma coisa fria, distante, você humanizar." (Entrevistado A, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Historicamente, o campo da oftalmologia depende da tecnologia para o diagnóstico e tratamento, sendo a partir da utilização deste recurso o surgimento das principais inovações na clínica e progresso nessa área. Ao considerar a praticidade para aquisição de imagens do olho, a teleoftalmologia reforça a particularidade deste campo para a identificação das doenças oculares, sendo plausível para esses atores vislumbrar/estimar inovações que modifiquem os métodos até então adotados, contudo, também indica que algumas práticas de diagnóstico podem se tornar obsoletas como, por exemplo, a realização do exame de refração.

"[...] O que a gente faz hoje é muito diferente do que se fazia dez anos atrás, por exemplo. Eu acredito que daqui a cinco anos já vai ser mais ainda. Um exemplo que eu posso te dar é o exemplo da teleoftalmologia de você poder remotamente tirar uma foto da parte anterior do olho, uma foto do fundo do olho, que é uma coisa simples que um técnico pode fazer, uma pessoa bem treinada pode fazer, e a partir dessas imagens, você já poder fazer um encaminhamento de casos para um especialista mais próximo, digamos assim. Então você agiliza muito e barateia muito a parte de triagem, de rastreamento, das doenças mais prevalentes. E eu acredito que futuramente também o exame de refração, que é o exame para o grau de óculos também vai poder ser feito de uma maneira mais ágil." (Entrevistado J, professor universitário, atuação no ensino público)

Esta conjuntura também corresponde a experiências em outros países, encontrando assim respaldo na comunidade oftalmológica internacional. Nesse sentido, as narrativas do campo demonstram nos arranjos adotados para estabelecer a teleoftalmologia um modo de compreender a atuação na assistência oftalmológica a partir da manifestação clínica de doenças oculares. Esta percepção tende a enquadrar a saúde ocular como cuidados primários da visão, na reprodução de imagens conforme o suporte tecnológico permite, abreviando assim as concepções/atribuições que sustentam a atenção básica no sistema de saúde.

"Eu fui visitar uma clínica satélite. Na Índia, não existe serviço público, então as clínicas privadas, muitas têm programas sociais, vamos dizer assim

[...] São clínicas que vão para cidadezinhas mais periferias, rurais [...] Eles fazem um estudo da área, calculam a população, tudo, e eles sabem quantos pacientes eles têm que atender [...] eu encontrei lá duas técnicas. Elas não eram nem enfermagens. Elas eram duas técnicas treinadas, viram cuidado visual, viram tudo. Tiraram foto na lâmpada de fenda [...] era uma casa, assim, paupérrima, porém toda equipada eletronicamente. [...] O médico veio, falou com ela, viu a foto, viu tudo e disse o que ela tinha que fazer. Marcou, agendou o paciente para ir lá, entendeu? Então, aí é uma grande clínica de triagem, é a atenção básica." (Entrevistado B, Médico, atuação clínica público privado)

Todavia, a reestruturação da atenção oftalmológica a partir da telemedicina abriria espaço para a atuação de outros profissionais no cuidado. Entre alguns atores, este contexto seria possível mediante o treinamento adequado, especialmente quando o método de triagem na identificação de doenças oculares representa um modo para diagnóstico em escala bastante difundido na prática oftalmológica no sistema de saúde. Nesse caso, há uma percepção que a presença dessa tecnologia no nível primário tornaria a presença do oftalmologista dispensável, mantendo este profissional em espaços que requerem habilidade técnica e conhecimento clínico específico, ou seja, na atenção especializada.

"Oitenta por cento das pessoas só precisam de óculos. Você consegue reduzir a fila e problemas médicos em oitenta por cento. E isso é tele. Você não vai ter um médico oftalmologista para fazer isso na pessoa. Nem de um tecnólogo. Você precisa ter quem? Qualquer pessoa. Que em duas horas eu treino uma recepcionista aqui da minha clínica para fazer isso. Um médico no centro de leitura, ele vai conseguir fazer cento e cinquenta exames por dia. Dizendo: "sim, não. Sim, não. Sim, não". Essa é a ideia de você reestruturar o sistema de saúde, tendo uma política de saúde com forte prioridade na nova tecnologia, mas lembrando que a tecnologia mais importante é relacionada a recursos humanos." (Entrevistado H, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Ainda assim, observa-se que a incorporação dessa tecnologia tende a se acomodar neste campo a partir de uma reprodução repetitiva da técnica, nesse caso, a análise de imagens, tal qual uma linha de produção observada nos mutirões de catarata, reduzindo assim

o paciente a sua condição clínica e as intervenções necessárias. Por outro lado, a atuação do oftalmologista também passaria por um processo de reorganização, com isso, observam-se as resistências nesse campo relacionadas, implicitamente, a exigência do médico para movimentar a assistência remotamente, garantindo assim a sua atuação privativa.

“E você usar esses recursos tecnológicos, como teleconferência, tele consulta e tudo mais, porque, nesse momento ainda, o CFM que é ético você fazer teleconferência ou tele consulta, mas com médicos nas duas pontas. Tudo bem. Aqui pode ser um oftalmologista e aí você tem um médico da família lá, funciona perfeitamente, não é? É verdade que qualquer mudança que vá mexer no âmago da sua profissão, existe uma resistência, não é? Não, bobagem. Veio para ficar, não tem como resistir à tecnologia. A história mostra que a tecnologia vai avançar...” (Entrevistado E, Médico, atuação clínica no setor privado)

Contudo, a própria trajetória histórica do campo da oftalmologia também mostra que os principais avanços na especialidade advêm dos progressos tecnológicos permitindo assim o desenvolvimento técnico científico da área. Deste modo, não se identifica entre o conjunto de entrevistados resistência sobre a telemedicina, o que não significa, necessariamente, que não haja conflitos nesse campo em torno da sua incorporação no dia a dia. Esta noção pode estar associada à qualificação desses atores, logo, considerando a caracterização desses profissionais, em termos de classe social e a inserção nos diversos espaços de atuação na área. Cabe indagar se esta tecnologia pode produzir reflexões distintas quanto àqueles que se encontram na ponta do sistema de saúde, ou seja, os especialistas não subespecializados que sobrevivem da prática cotidiana reservada a consultórios e clínicas privadas.

“Esses movimentos tecnológicos, telemedicina, pelo amor de Deus, não é isso daí. Se você fizer uma interpretação do eletro é ótima à distância, você interpretar uma retinografia, em um paciente com diabetes ou de um paciente com glaucoma é ótima à distância, você faz aqui e interpretam lá é só isso, não é mais nada além disso. Agora essa história de que a teleoftalmologia, especificamente, ou a telemedicina de maneira global mais holística vai substituir o médico, isso não existe, isso é um absurdo.” (Entrevistado C, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

"Traz benefício para a população, não tem como barrar. É econômico, não tem como barrar, não é? O que vai acontecer, sim, são receios dos profissionais em geral, não são só médicos, de qualquer área que está acontecendo, vai haver essa resistência, com certeza. Mas não tem como barrar, não é? já vinha acontecendo, não é? Não estou falando esse negócio da telemedicina. O que eles chamam de teleoftalmologia em Goiás tem quinze anos, já funciona superbem, não é? Mas porque o médico mais desavisado, não atualizado, fala: "Pô, vamos fazer telemedicina", não é? Então, de repente, o meu consultório tem que fechar. Sei lá, alguma coisa desse tipo. Esses receios que vão acontecer e são naturais. Qualquer profissão vai ter resistência. É um motorista de taxi resistindo contra um Uber. Não tem jeito." (Entrevistado E, Médico, atuação clínica no setor privado)

Com isso, nota-se na proposta da telemedicina, em especial a inserção da teleoftalmologia na atenção básica, como uma demanda do campo para solucionar as barreiras ao acesso e expandir a assistência oftalmológica. Para o campo, esta tecnologia promoveria uma reconfiguração do modelo de atenção em oftalmologia, no entanto, há uma percepção sobre a adequação desse modelo condicionada a iniciativas da gestão, ou seja, os entraves para a incorporação da tecnologia atribuem-se ao desinteresse do setor público, desconsiderando as questões institucionais associada aos investimentos necessários para a implementação no SUS.

"A tecnologia tem avançado, a gente já tem aparelhos que podem ser acoplados ao celular, que não são tão caros assim, mas ainda assim a sensibilização do gestor para que ele possa adquirir esses equipamentos [...] isso ainda é um impedimento, mas faz parte do novo desenho da atenção primária, na oftalmologia, a aquisição de imagens por teleoftalmologia..." (Entrevistado A, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Entretanto, reconhecemos também a participação do setor privado com fins de auxiliar na ampliação do acesso no SUS. Assim, observa-se que a pauta da telemedicina é veiculada

pelo campo da oftalmologia a partir de arranjo que prevalece a parceria público-privada para a reorganização desse modelo de atenção, principalmente no âmbito primário. Através da narrativa nota-se que essa estratégia apresenta as concepções do campo da oftalmologia, ou seja, atender as demandas do coletivo tende a perpassar pelo acordo de interesses com o mercado, conforme observados na interação desses atores no campo burocrático.

"O mercado é bem-vindo na telemedicina. Ele não é proscrito. Ele tem que participar. O que nós temos que fazer é exatamente casar os interesses. O mercado ele tem o seu interesse mercantilista, ele tem o seu interesse de lucro, e dentro desse interesse de lucro, se a gente coloca o interesse do paciente, se a gente coloca o interesse da qualidade do atendimento, a gente coloca o interesse da saúde pública, a gente está no melhor dos cenários" (Entrevistado A, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

Nessa perspectiva, a incorporação dessa tecnologia no SUS não apresenta, necessariamente, como um entrave para os atores entrevistados, embora haja uma noção sobre as possibilidades de reconfiguração do trabalho médico neste nível de atenção. Ainda considera-se a organização do campo da oftalmologia e a relevância de serviços de saúde privados, atuantes na prestação de serviços ao SUS. Logo, infere-se também que a expansão da telemedicina contribuiria, de certo modo, para o controle/mediação dessa atenção pelos atores do campo.

"[...] Agora a gente não pode deixar só por conta dele. Eu acho tão errado excluir o mercado da conversa quanto nos excluir da conversa. Eu acho que a academia e o mercado juntos podem sim ajudar a produzir o melhor cenário. '" (Entrevistado A, Médico, professor universitário, atuação clínica público privado)

No campo burocrático, as iniciativas em teleoftalmologia na atenção básica se apresentam a partir de discussões com a implantação do Programa Telessaúde. Esse contexto aponta um momento de articulação entre os gestores a fim de refletir sobre um modelo de assistência que pudesse minimizar aspectos diversos presentes na atenção oftalmológica, como a desarticulação entre atenção especializada e atenção básica, a fragmentação da

assistência e consequentes barreiras no acesso além de desigualdades regionais na oferta de atendimento.

“[...] no DAB, na Atenção Básica, a gente começou a ter também algum nível de interface por conta do Tele Saúde. Que estava sendo implantado. [...] Em dado momento ele começou a ter um reforço na Atenção Básica e o tema do telediagnóstico começou a ganhar também um lugar para a gente. E dentro do Telediagnóstico a teleoftalmologia.” (Entrevistado L, gestor Ministério da Saúde)

De acordo com Melo *et al.* (2021), em estudo sobre a caracterização da trajetória das formulações e iniciativas de regulação do acesso, operadas desde as políticas nacionais entre os anos de 2002 e 2017, bem como suas interfaces com a atenção básica à saúde, nota-se que o telessaúde contribuiu para um movimento de ampliação da participação da atenção básica na regulação assistencial. Assim, os instrumentos normativos para a articulação entre o telessaúde com a rede de atenção e a regulação das ofertas assistenciais busca ampliar a resolutividade da atenção básica como forma de gerar encaminhamentos mais adequados, qualificando o acesso à atenção especializada, ainda que esse contexto não signifique a sua efetivação nas realidades locais.

Ainda assim, identifica-se que as perspectivas em torno de projetos no âmbito do telessaúde podem contribuir para a reorganização assistencial no SUS, de acordo com as especificidades de cada área. No entanto, a conjuntura atual expõe alguns entraves na disponibilidade de investimentos que possa tornar essa tecnologia viável no sistema de saúde, indicando que as iniciativas construídas pelo campo burocrático reconhecem o potencial da telemedicina para assistência oftalmológica na atenção básica apesar de adversidades.

“Teve um momento que o Ministério da Saúde ele investia em projetos de telessaúde, que poderia ser de imagem, poderia ser para a Atenção Básica, poderia ser... Enfim, acabou. Não há mais esse investimento. Então a capacidade dos municípios de organizar um projeto de telessaúde ou de telemedicina ela fica muito reduzida. A Secretaria de Estado aqui de São Paulo não investe nisso. E hoje a gente está numa situação assim para tudo.” (Entrevistado P, gestor Ministério da Saúde)

Por outro lado, algumas questões operacionais apresentam-se na implementação desse modelo, considerando a utilização de equipamentos para o diagnóstico e tratamento de determinadas doenças oculares. Há uma apreensão/desconfiança quanto aos recursos necessários para estabelecer uma rede de atenção básica baseada na teleoftalmologia. Nessa percepção, reflete-se também sobre aspectos organizacionais que possam atender ao aumento da demanda com a expansão do acesso de modo assim a cumprir a integralidade do cuidado.

"[...] na oftalmologia exige muito equipamento, então na minha opinião fica difícil você dar um apoio à distância se lá à distância não tem o equipamento para fazer aquele exame. Por exemplo, na refração não é tão difícil [...] eu vejo que há necessidade do equipamento lá no remoto, é uma dificuldade que se encontra especificamente na oftalmologia para fazer telemedicina e coisa assim." (Entrevistado N, gestor Ministério da Saúde)

Ainda assim, algumas experiências regionais no âmbito das universidades públicas demonstra a viabilidade deste modelo para oftalmologia, sendo, portanto, reconhecida como uma demanda dos gestores que atua com essa especialidade no sistema de saúde.

"Eu conheci um projeto da Universidade Federal de Goiás, lá em Goiânia. Eles trabalham muito com Telemedicina, principalmente por conta da retinopatia diabética [...]Então, de repente, seria outra forma de abordagem de contemplar. Eu acredito que a SGTES que é essa Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde eu acho que trabalhar muito com Telemedicina. E a Oftalmologia é uma das especialidades de frente." (Entrevistado Q, gestor Ministério da Saúde)

"A gente teve aqui, eu me lembro, há uns dois... foi em 2016: Na capital teve um projeto, eu acho que era da UNIFESP, era um projeto que você mandava a imagem, eles avaliavam a imagem. Tinha um projeto desse. Eu me lembro. Mas era muito circunscrito. Entendeu? A capital, algumas unidades que fizeram adesão. Mas é um projeto que se tiver financiamento para se expandir seria muito interessante." (Entrevistado P, gestor Ministério da Saúde)

Todavia, esse contexto também expõe a relação entre o público privado presente no campo da oftalmologia. Com isso, a inserção dos atores desse campo na universidade pública contribui na construção de projetos, como a teleoftalmologia e outros mecanismos de apoio à distância, que possam ser adotados como uma proposta de reorganização da assistência oftalmológica no SUS. No entanto, cabe ressaltar que tais iniciativas tendem a serem acompanhadas de interesses privados, refletindo assim as conexões que sustentam esse campo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando iniciamos o percurso da pesquisa, resgatamos as políticas públicas para a oftalmologia como um caminho a ser explorado para compreender os aspectos institucionais que perpassam a construção da assistência oftalmológica no SUS. Com a PNAO, reconhecemos um divisor de águas para a idealização de iniciativas em saúde ocular, pelo campo da oftalmologia, que buscava assim concretizar essa assistência. Com isso, coube amadurecer as reflexões e observar as políticas públicas para além de seus aspectos normativos e, deste modo, a PNAO foi tomada como ponto de partida na elaboração da proposta de pesquisa no doutorado.

Em geral, o estudo de análise de políticas acompanha uma expectativa em relação a aspectos sobre a implementação e/ou formulação, no entanto, a motivação desta pesquisa não se encontrava na institucionalidade da política. Adotamos uma perspectiva sociológica, como prioridade para olhar essa política nacional a partir da dinâmica de organização de um campo e não necessariamente pelas regras institucionais e processos decisórios que envolveram a sua construção e os desdobramentos. Com isso, o objetivo central da pesquisa foi analisar as interações entre atores do campo da oftalmologia e o que eles, a partir dessa interação, produzem de demanda para a gestão pública, reconhecendo quais demandas alcançam espaço na agenda governamental.

Deste modo, com o objetivo de mapear atores, ações e definições estabelecidas para a assistência oftalmológica no SUS, um pré-campo de pesquisa foi realizado com o levantamento de um conjunto de informações que contemplavam eventos, marcadores e documentos de domínio público, referentes a programas e ações do executivo e legislativo, além de materiais produzidos por entidades e instituições da área oftalmológica, representando assim importantes informações no campo da oftalmologia no Brasil.

Como etapa importante para a realização da pesquisa, partimos da PNAO como instrumento norteador do estudo a fim de identificar os formuladores da política nacional. Esta iniciativa pretendia mapear os atores do campo e suas conexões para compreender a dinâmica do campo e suas interações com a política nacional. Deste modo, identificamos alguns questionamentos relacionados à organização do campo e os modos de interação, capazes de definir ações e prioridades para a política pública, a percepção sobre as tecnologias de atenção e sua incorporação nas pautas da área, além de atores humanos e não humanos que participam do debate no campo da oftalmologia.

Cabe ressaltar que a perspectiva metodológica para análise da PNAO também exigiu a localização das trajetórias em políticas públicas que buscavam a consolidação da assistência oftalmológica. Deste modo, no primeiro período, observamos o enfoque em políticas para a especialidade entre 1999 e 2003, indicando que a conformação de ações para lidar com doenças oftalmológicas específicas desponta com os mutirões de catarata, reconhecida neste campo como iniciativa precursora para atender a demanda reprimida por atendimento. A sucessão de normativas neste período culmina, em 2008, com a PNAO sendo, portanto, uma conquista para esse campo a fim de configurar um modelo de atenção para assistência oftalmológica no SUS.

Dois referenciais foram suporte para analisar as conexões, as formas de inserção, modos de atuar e pontos de interação e conflito no desenvolvimento da política pública de oftalmologia no país. Assim, inicialmente, “Seguir os atores” representou uma estratégia metodológica para identificar os formuladores da PNAO, e posteriormente possibilitou conhecer aspectos que caracterizam o campo da oftalmologia a partir das trajetórias profissionais. Este caminho partiu do conceito de Ator–Rede de Bruno Latour a fim de pontuar/compreender os vínculos estabelecidos por esses atores na teia de conexões. Este recurso conceitual contribuiu na reflexão sobre o movimento dos atores, humanos e não humanos (rede sociotécnica) no campo da oftalmologia e a construção de temas/agendas nessa área.

Num segundo momento, o conceito de campo por Pierre Bourdieu contribuiu para analisar a oftalmologia como um campo científico, ou seja, um subcampo da saúde estruturado a partir das relações entre agentes e instituições mediadoras. Assim, observamos as inserções neste espaço a fim de caracterizar os modos de atuação presentes, a conexão com outros espaços além de particularidades que definem a identidade do campo da oftalmologia. Esta noção apontou para uma dinâmica que promove conexões entre o setor público e privado, expondo assim a natureza híbrida dos agentes.

Os achados de pesquisa apontaram para um entendimento sobre o termo saúde ocular para alguns atores da oftalmologia, onde se sugere a uma área de conhecimento restrita às estratégias de promoção da saúde e prevenção da cegueira na atenção básica, especialmente ligada a iniciativas governamentais e/ou políticas públicas. Esta percepção contribuiu para observarmos nas medidas de prevenção e promoção da saúde nesta área o enfoque na prática médica exercida pelos oftalmologistas, refletindo assim as características do modelo biomédico centralizado nas doenças oculares.

Tal aspecto foi fundamental para refletir sobre qual a orientação do campo da oftalmologia e as disputas sob a ótica do conhecimento valorizado e difundido na atuação e formação profissional especializada. Assim, com a formação desconectada das necessidades da população e do sistema de saúde, percebe-se uma qualificação com foco em habilidades técnicas para doenças oculares específicas, sinalizando as patologias que tendem a receber maior atenção quando capazes de reproduzir, no mercado da saúde, um retorno financeiro imediato. Com isso, reflete-se também que a proposta de reorganização da assistência oftalmológica, a partir da política nacional, deve-se considerar mudanças no âmbito da formação do especialista e a sua atuação no serviço público de saúde.

Quanto a percepções sobre a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO) destaca-se, entre os atores do campo, um descontentamento sobre a não efetivação da política nacional no âmbito do sistema de saúde, onde parte dessa condição foi atribuída à inconsistência de diversas gestões em combinar esforços para estabelecer as medidas preconizadas, tornando a política nacional inexistente diante das necessidades de mudanças que garantam o cuidado. Por outro lado, há que se admitir as contradições que permeiam o desenho da PNAO, ao priorizar a assistência de média e alta complexidade, desconsiderando as complexidades no adoecimento da população em diferentes regiões do país.

Do ponto de vista da gestão, alguns aspectos organizacionais e estruturais do sistema de saúde tendem a comprometer o avanço das ações e diretrizes da assistência conforme proposto no desenho da política. Assim, com a proposta de reorganização da assistência oftalmológica no SUS, a partir de Redes de Atenção à Saúde (RAS), nota-se que há diversos entraves para a composição de uma rede de serviços de saúde especializados, como habilitação e regulação de prestadores de serviços ao SUS. Com isso, evidencia-se uma assistência oftalmológica que se estrutura dependente de prestadores de serviços privados. Esta característica acaba direcionando a atenção para oferta de procedimentos, de média e alta complexidade, focados no cuidado de doenças oculares mais rentáveis.

Parte deste processo pode ser atribuída à ausência de uma rede de atenção estruturada, criando assim obstáculos para o acesso principalmente a partir de disparidades regionais na oferta e distribuição de serviços oftalmológicos. Deste modo, a parceria público-privada é adotada para estabelecer essa atenção, contudo, a própria organização do campo da oftalmologia com a presença de prestadores de serviço com fins lucrativos, tende a subverter a lógica de cuidado universal e integral de acordo com as concepções do direito à saúde. Embora este contexto não esteja desassociado de outras áreas da saúde, onde há necessidade de prestação de serviços ao SUS, nessa especialidade, observamos as disputas no campo

burocrático em torno dos mecanismos de financiamento e na incorporação/reajuste de procedimentos oftalmológicos a fim de atender as demandas do campo da oftalmologia.

Como um dos marcadores para compreender as pautas do campo da oftalmologia, os mutirões de catarata destacam-se como importante estratégia para atender a demanda por diagnóstico e tratamento, contribuindo assim na redução dos casos de deficiência visual e cegueira evitável. Apesar disto, este modelo não deve ser considerado como suficiente para prover atendimento e a realização de cirurgias, especialmente por ser uma medida pontual que não garante a integralidade do cuidado. Ainda com a participação do setor privado nesta atenção expõe-se a oportunidade para a realização de cirurgias com ganhos financeiros atraentes para este âmbito, retomando assim as disputas na esfera governamental para impulsionar agendas que garantam a manutenção deste modelo.

Nota-se uma linha tênue entre um discurso que promove o acesso ao cuidado oftalmológico no SUS e a conduta corporativista na organização da rede de atenção, a partir de serviços privados conveniados ao setor público. Nesse sentido, a atenção básica protagoniza um importante espaço de disputa, a partir de iniciativas políticas, que buscam a inserção do médico oftalmologista neste âmbito. Esse movimento conduzido por alguns atores do campo transparecem a defesa de interesses da categoria, especialmente ao limitar a participação de outros profissionais de saúde na realização de exame de refração (acuidade visual), o principal recurso na identificação precoce de doenças oculares, desconsiderando assim as dificuldades de acesso ao especialista em diversas localidades do país.

No âmbito da atenção básica identificamos a proposta de inserção do oftalmologista no nível primário de atenção como um meio para solucionar as fragilidades presentes com a escassez/ausência de cuidados primários, conduzindo assim as barreiras no acesso à assistência. Contudo, nota-se que esta agenda não é um consenso entre os atores deste campo, especialmente quando haveria a possibilidade de atuação de outros profissionais de saúde, como o médico de família. Tal aspecto conduz a conflitos que tanto se aproximam das prerrogativas do campo sobre a atuação deste especialista, ao alegar atividades privativas a classe médica, como também expõem um interesse velado, por este espaço, como uma reserva de mercado para a categoria.

Ademais, há de se considerar as especificidades técnicas da área que ainda impedem uma aproximação/afinidade por outros profissionais da saúde, com limites associados à disseminação do conhecimento na formação em saúde e na construção de debates e iniciativas interdisciplinares. Para a reestruturação da assistência oftalmológica no SUS a fim de empreender um cuidado multidisciplinar caberia mudanças na graduação em buscando saúde

contemplar aspectos relativos à promoção da saúde ocular e prevenção das doenças oculares permitindo assim entender dos impactos na saúde da população brasileira.

Nesse sentido, notamos que a atuação do optometrista no cuidado oftalmológico, no âmbito primário, é contestada por diversos atores do campo. Embora, as condições legislativas para a regulamentação da profissão apontem para o impedimento em práticas privativas do médico, como exame de refração, observa-se que esse conflito tende a associar a disputas corporativas da categoria para a atuação exclusiva de oftalmologistas, especialmente quando há a possibilidade de inserção deste profissional na atenção básica.

Entretanto, os avanços tecnológicos neste campo apontam transformações para a assistência oftalmológica, reposicionado os conflitos quanto à atuação do especialista neste âmbito. Assim, para o campo da oftalmologia, a incorporação da telemedicina no SUS é uma estratégia fundamental para a ampliação do acesso na atenção básica, reconfigurando o modelo de atenção em oftalmologia, onde a teleoftalmologia se apresenta como um recurso que permite a captação de imagens e análise remota, facilitando assim a triagem para a identificação precoce de doenças oculares. Este cenário também tende a apresentar conflitos no campo quanto à possibilidade de atuação de outros profissionais para realizar fotografias oculares, direcionando assim a uma reorganização do trabalho do especialista reservado a leitura e diagnóstico dos exames de imagem.

Na perspectiva da gestão, a telemedicina ganha destaque através de programas específicos, como o Telesaúde, indicando que há a construção/discussão de iniciativas que buscam contribuir na oferta assistencial da rede de atenção à saúde, especialmente no âmbito da atenção básica. No entanto, observa-se a necessidade de diversos arranjos financeiros, estruturais entre outros para a implementação desta tecnologia a nível nacional, mas alguns aspectos ainda se impõem neste cenário como: a dependência do setor público na aquisição de recursos através do setor privado e a pressão de oftalmologistas em manusear exclusivamente a tecnologia disponível, reeditando assim as disputas do campo na centralização do conhecimento e cuidado entre si.

As questões sinalizadas a partir do estudo possibilitaram o conhecimento de um modo de organizar-se do campo da oftalmologia que na interação com o campo burocrático (Ministério da Saúde) induzem/determinam ações para a política nessa área. Há, contudo, uma agenda de estudos a se aprofundar a partir do que foi iniciado nesta análise. Assim, caberia para futuros estudos a busca por novos atores, com outras inserções profissionais e/ou acadêmica, especialmente pela diversidade das sociedades médicas da área, que tendem a agregar profissionais especializados distintos, sendo interessante analisar a atuação deste

segmento nas disputas governamentais. Considera-se também a organização do campo com ampla presença do setor privado na prestação de serviços ao SUS, logo, novas propostas que contemplem a dinâmica deste setor na assistência oftalmológica podem demonstrar em detalhes questões relacionadas aos instrumentos governamentais adotados para financiamento e gestão do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU FIALHO, S. A oculista brasileira no Segundo Reinado. **Anais do Congresso de História do Segundo Reinado (1840-1889)**, 1982.

ALCON. **Alcon apresenta chegada da tecnologia 3D à oftalmologia no 43º Congresso da SBRV**, abr. 2018a. Disponível em: <<https://www.br.alcon.com/news/media-releases/alcon-apresenta-chegada-da-tecnologia-3d-oftalmologia-no-43o-congresso-da-sbrv>>. Acesso em: 22 out. 2018

ALCON. **Projetos Amazônicos leva atendimento e cirurgias oftalmológicas à população ribeirinha**, jun. 2018b. Disponível em: <<https://www.br.alcon.com/news/media-releases/projetos-amazonicos-leva-atendimento-e-cirurgias-oftalmologicas-populacao>>. Acesso em: 22 out. 2018

ALLARAKIA, L.; KNOLL, R.; LINDSTROM, R. Soft intraocular lens. **J Cataract Refract Surg**, v. 13, p. 607–20, 1987.

ALLERGAN. **Allergan lança o aplicador de colírio EyeDrop**, abr. 2015. Disponível em: <<http://www.jotazerodigital.com.br/allergan-lanca-o-aplicador-de-colirio-eyedrop.php>>
ARNOLD, R. W. Smartphone app correlates well with standard visual screening assessment. **J Pediatr**, p. 242–245, 2020.

BARROS, F. P. C.; DELDUQUE, M. C.; SANTOS, A. DE O. O direito à saúde e a proposta de cobertura universal. n. 19, 30 jun. 2016.

BICAS, H. E. A. O I Fórum Nacional de Saúde Ocular. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 64, p. 181–181, jun. 2001.

BLANCHET, K. *et al.* How to Achieve Universal Coverage of Cataract Surgical Services in Developing Countries: Lessons from Systematic Reviews of Other Services. v. 19, n. 6, p. 329–339, 2012.

BLANCHET, K.; GILBERT, C.; SAVIGNY, D. DE. Rethinking eye health systems to achieve universal coverage: the role of research. **British Journal of Ophthalmology**, v. 98, n. 10, p. 1325–1328, out. 2014.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil S.A., 1989.

BOURDIEU, P. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. 9. ed. Campinas, SP: Papius, 1996.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: UNESP, 2004.

BOURNE, R. R. A. *et al.* Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, v. 5, n. 9, p. e888–e897, set. 2017.

BRUCE, F. B. **Gênese de uma especialidade: O processo de profissionalização da oftalmologia**. Tese (Mestrado). Rio de Janeiro, RJ: Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2005.

CAMPOS, G. W. DE S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. DE C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, p. 141–144, jan. 1997.

CARDOSO, T. DE S. **A Epistemologia da mediação em Bruno Latour**. Tese (Doutorado) São Paulo: PUC-SP, 2015.

CARVALHO, J. A. Oftalmologia e realidade virtual. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 71, n. 1, p. 40–47, fev. 2012.

CINTRA, F. A. *et al.* Ensino da Oftalmologia na Graduação em Enfermagem - Levantamento da Situação no Brasil - 1987. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 23, n. 3, p. 243–256, dez. 1989.

CONASS, C. N. DE S. DE S. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. v. 9

_____. **Saúde ocular: Redefinição do “Projeto Olhar Brasil”**, 2012.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. Solenidade e assinatura de portarias marcam Dia Nacional da Saúde Ocular. 2002.

_____. **Jornal Oftalmológico Jota Zero. CBO participa de grupo assessor do Ministério da Saúde**, dez. 2003.

_____. **Jornal Oftalmológico Jota Zero. Oftalmologia obtém conquista histórica**, p. 35, jun. 2008.

_____. **Veja Bem...CBO em Revista. Conhecendo mais sobre a oftalmologia**, n. 12, p. 40, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Os 50 anos CFM**, 29 nov. 1999. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/artigos/os-50-anos-cfm/>>. Acesso em: 30 ago. 2021

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. **Patronos CBO**. Disponível em: <https://cbo.net.br/2020/>. Acesso em: 10 set. 2020

CORDEIRO, H. **As empresas médicas**. 1. ed. Rio de Janeiro, RJ: Graal, 1984. v. 9

CRISTÁLIA. **DryLab Latinofarma leva treinamento único no país de realidade virtual para cirurgias de catarata, retina e vítreo**, jan. 2018. Disponível em: <<https://www.cristalia.com.br/latinofarma/releases/drylab-latinofarma-leva-treinamento-unico-no-pais-de-realidade-virtual-para-cirurgias-de-atarata-retina-e-vitreo>>. Acesso em: 22 out. 2018

CROSTA, F. *et al.* Diversidade e frequência dos desenhos de estudos científicos e métodos estatísticos nos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia: revisão sistemática dos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia - 1993 a 2002. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 68, n. 3, p. 339–345, jun. 2005.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade: O médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1975.

EDLER, F. C.; DANTES, M. A. M. **As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na cômte do Rio de Janeiro, 1854 - 1884**. Tese (Mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo, 1992.

FARIA, M. A. R. DE *et al.* Rastreamento visual, photoscreening e dispensação de óculos com a tecnologia ready to Clip™. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 79, p. 309–314, 20 nov. 2020.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. [s.l.]. Tese (Mestrado). Universidade de São Paulo, 1997.

FINGER, R. P. Cataracts in India: Current Situation, Access, and Barriers to Services Over Time. v. 14, n. 3, p. 112–118, 2009.

FLAXMAN, S. R. *et al.* Global causes of blindness and distance vision impairment 1990–2020: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, v. 5, n. 12, p. e1221–e1234, dez. 2017.

FONTENELE, R. M.; SOUSA, A. I.; RASCHE, A. S. Saúde Ocular em Escolares e a Prática dos Enfermeiros da Atenção Básica. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, 29 jan. 2016.

FOSTER, A.; RESNIKOFF, S. The impact of Vision 2020 on global blindness. **Eye**, v. 19, n. 10, p. 1133–1135, 2005.

GIMBEL, HV.; NEUHHANN, T. Development, advantages and methods of the continous circular capsulorrhexis tecnica. **J Cataract Refract Surg**, v. 16, p. 31–7, 1990.

GINGUERRA, M. A. *et al.* Aspectos do ensino de graduação em oftalmologia. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 61, p. 546–550, out. 1998.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1763–1776, jun. 2018.

GOLDSCHMIDT, P.; EINTERZ, E. The Limits of Medical Interventions for the Elimination of Preventable Blindness. **Tropical Medicine and Health**, v. 42, n. 1, p. 43–52, 2014.

GONÇALVES, J. B. **Análise dos encaminhamentos para primeira consulta em oftalmologia geral a partir de dados do Sistema de Regulação (SISREG III) no município do Rio de Janeiro em 2017**. Tese (Mestrado). Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2019.

GRAY, Z. **Universal Eye Health - a vital component of health coverage • IAPB Vision Atlas**. IAPB Vision Atlas, [s.d.]. Disponível em: <<http://atlas.iapb.org/global-action-plan/universal-eye-health/>>. Acesso em: 4 fev. 2019

GRISOLIA, A. B. D. *et al.* Teleophthalmology: where are we now? **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 80, n. 6, 2017.

IBGE. Análise dos Resultados - Pessoas com deficiência. *In: Censo Demográfico 2010- Características gerais da população. religião e pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012. p. 215.

KARA JOSE, N.; ARIETA, C. E. L. South American Programme: Brazil. **Community Eye Health**, v. 13, n. 36, p. 55–56, 2000.

KARA-JUNIOR, N. *et al.* Custo social de duas técnicas de cirurgia de catarata no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 957–962, out. 2010.

KOCUR, I. *et al.* Benefits of integrating eye care into health systems. **Bull World Health Organ**, v. 96(10), p. 2, 2018.

LATOUR, B. Crise - Proliferação de Híbridos. *In: Jamais Fomos Modernos*. 1. ed. Rio de Janeiro, RJ: 34 Literatura, 1994. .

LATOUR, B. The Sociological Review. **On recalling ANT**, v. 47, n. 1, p. 15–25, 1999.

LATOUR, B. **Reagregando o Social uma introdução à teoria do Ator-Rede**. Salvador: EDUFBA, 2012.

LEASHER, J. *et al.* Prevalence and causes of vision loss in Latin America and the Caribbean in 2015: magnitude, temporal trends and projections. set. 2018.

LIMA ET AL., D. M. G. DE. Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. **Arq Bras Oftalmol**, v. 68, n. 3, p. 357–62, 2005.

LIMA, J. **A Residência Médica: articulações entre a prática e o ensino**. Tese (Doutorado) Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

LIMA, N. C. DE; BAPTISTA, T. W. DE F.; VARGAS, E. P. Ensaio sobre ‘cegueiras’: itinerário terapêutico e barreiras de acesso em assistência oftalmológica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 615–627, 3 abr. 2017.

LIMBURG, H.; SILVA, J. C.; FOSTER, A. Cataract in Latin America: findings from nine recent surveys. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, n. 5, p. 449–455, maio 2009.

LORENZI, B. R.; ANDRADE, T. N. DE. Latour e Bourdieu: Rediscutindo as Controvérsias. **Teoria & Pesquisa: Revista de Ciência Política**, v. 20, n. 2, 2011.

MALDONADO, J. M. S. DE V.; MARQUES, A. B.; CRUZ, A. Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. suppl 2, 2016.

MARCOLIN, N. Rubens Belford Junior: A hora dos óculos genéricos. **Revista Pesquisa-Fapesp**, n. 170, abr. 2010.

MATTOS, R. A. DE. Ciência, Metodologia e o Trabalho Científico (ou tentando escapar dos horrores metodológicos). *In: Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2015. p. 509.

MEDINA, N. H.; MUÑOZ, E. H. BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista (Online) -. **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista (Online)**, v. 8, n. 85, p. 23–28, jan. 2011.

MELO, E. A. *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310109, 12 abr. 2021.

MIKELBERG, F.; WIJSMAN, K.; SCHULZER, M. Reproducibility of topographic parameters obtained with the Heideberg retina tomograph. **J Glaucoma**, v. 2, p. 101–103, 1993.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Residência médica**. Informação. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude>>. Acesso em: 2 mar. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 368, 04 de abril de 2000**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8525-368.html>>. Acesso em: 7 set. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº1559, de 6 de setembro de 2001**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1559_06_09_2001.html>. Acesso em: 21 mar. 2019.

_____. **Portaria Nº 339, de 05 de julho de 2002**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-339re.htm>>. Acesso em: 4 fev. 2015.

____. **Portaria N° 957 de 15 de maio de 2008.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-957.htm>>. Acesso em: 4 fev. 2015a.

____. **Portaria N° 958 de 15 de maio de 2008.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-958.htm>>. Acesso em: 4 fev. 2015b.

____. **Portaria N° 288/SAS, de 19 de maio de 2008.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-288.htm>>. Acesso em: 1 set. 2013c.

____. **Política Nacional de Atenção Básica.** 1. ed. Brasília: [s.n.].

____. **Portaria Interministerial nº1055, de 25 de abril de 2017.** Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html>. Acesso em: 20 maio. 2021.

MONTEIRO, J. G. **História do Glaucoma.** 1. ed. Portugal: Théa Portugal, 2014.

MOREIRA, C. A Sociologia da Ciência de Pierre Bourdieu: Ferramentas e Pontos de Vista. *In: Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação.* 1. ed. Rio de Janeiro, RJ: Garamond, 2017. p. 370.

NORONHA, R. Prevenção da Cegueira no Brasil uma contribuição a sua história. p. 89–97, jun. 1996.

OKWEN, M.; LEWALLEN, S.; COURTRIGHT, P. Primary eye care scores for health workers in routine and enhanced supervision settings. **Public Health**, v. 128, p. 96–100, jan. 2014.

OPAS. **Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais.** 66^a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. OPAS, 11 jul. 2014.

OTTAIANO, J. A. A. *et al.* **As Condições de Saúde Ocular no Brasil.** 1. ed. São Paulo: Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2019.

PACHÁ, P. M. **A inserção da oftalmologia em escolas médicas brasileiras com currículos disciplinares e não disciplinares.** Tese (Mestrado). São Paulo: UNIFESP, 2005.

PASCOLINI, D.; MARIOTTI, S. P. *British Journal of Ophthalmology.* **Global estimates of visual impairment: 201**, v. 5, n. 95, 2012.

PORTES, A. J. F. *Revista Brasileira de Oftalmologia.* **Oftalmologia e atenção primária a saúde**, v. 71, n. 6, dez. 2012.

RAJAK, S. N. *et al.* Why Do People Not Attend for Treatment for Trachomatous Trichiasis in Ethiopia? A Study of Barriers to Surgery. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 6, n. 8, p. e1766, 28 ago. 2012.

RAMKE, J. *et al.* Primary eye care in Timor-Leste. v. 96, n. 1, p. 143–145, 2012.

REDE UNIDA. **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde** Editora Rede Unida, 2015. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/project/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude/>>. Acesso em: 28 ago. 2021

RESNIKOFF, S. National prevention of blindness programmes and Vision 2020. **J Com Eye Hlth**, v. 13, n. 1, p. 49–50, 2000.

RESNIKOFF, S *et al.* Global data on visual impairment in the year 2002. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 11, p. 844–851, 2004.

RESNIKOFF, S.; PARARAJASEGARAM, R. Blindness prevention programmes: past, present, and future. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 3, p. 222–226, 2001.

REZENDE, F. *et al.* Simulador cirúrgico e realidade virtual no ensino de cirurgia de catarata. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 71, n. 3, p. 147–148, jun. 2012.

SALOMÃO, S. R. *et al.* Vision Status in Older Adults: The Brazilian Amazon Region Eye Survey. **Scientific Reports**, v. 8, n. 1, dez. 2018.

SAMPAIO, J. O NASF como Dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 317–324, 30 out. 2012.

SANTOS FILHO, L. DE C. **História Geral da Medicina Brasileira**. São Paulo: HUCITEC/EDUSP, 1991. v. 1

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM: [s.n.].

SCHELLINI, S. A.; SOUSA, R. L. F. DE. Tracoma: ainda uma importante causa de cegueira. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 71, n. 3, p. 199–204, jun. 2012.

SILVEIRA, C. C. DE A. Mutirão de Catarata: uma estratégia nacional de atenção à saúde. 2004.

SIMÕES, A. *et al.* (EDS.). **Panorama nacional e internacional da produção de indicadores sociais: grupos populacionais específicos e uso do tempo**. Rio de Janeiro: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018.

SOUZA, E. V.; RODRIGUES, M. DE L. V.; SOUZA, N. V. História da Cirurgia da Catarata. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 39, n. 4, p. 587, 30 dez. 2006.

SOUZA, G. F. DE *et al.* Teleophthalmology Screening for Diabetic Retinopathy in Brazil: Applicability and Economic Assessment. **Telemedicine and e-Health**, v. 26, n. 3, p. 341–346, 1 mar. 2020.

STEREN, B. J.; YOUNG, B.; CHOW, J. Visual Acuity Testing for Telehealth Using Mobile Applications. **JAMA Ophthalmol**, p. 344–347, 2021.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 941–951, mar. 2017.

THYLEFORS, B. Development of Trachoma Control Programs and The Involvement of National Resources. **Reviews od Infectious Diseases**, v. 7, n. 6, p. 774–776, nov. 1985.

TOIT, R. DU *et al.* Evidence for integrating eye health into primary health care in Africa: a health systems strengthening approach. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, dez. 2013.

UFG. **Telessaúde Goiás - Inauguração de Serviços de Teleoftalmologia por Retinografia Eletiva**. Disponível em: <https://tele.medicina.ufg.br/Noticias/Visualizar/Inauguracao_de_Servicos_de_Teleoftalmologia_por_Retinografia_Eletiva>. Acesso em: 31 maio. 2021.

UFRGS. **Tecnologia do INF integra projeto de Teleoftalmologia**. Disponível em: <<https://www.inf.ufrgs.br/site/noticia/tecnologia-do-inf-integra-projeto-de-teleoftalmologia/>>. Acesso em: 31 maio. 2021.

VENTURA, A. G. G. DE M.; VENTURA, A. J. G. DE M.; SANTOS, S. A. DOS. Características evolutivas dos artigos científicos publicados nos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia entre os anos de 1986 e 2000. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 71, n. 5, p. 711–716, out. 2008.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. v. 22, n. 44, p. 18, 2014.

WCOO. **Towards a better world -optometry's role Strategic Plan 2017-2020** World Council of Optometry, , set. 2017. Disponível em: <<https://worldcouncilofoptometry.info/strategic-plan/>>. Acesso em: 21 out. 2018

WEBB, R.; HUGHES, G. Scanning laser ophthalmoscope. **IEEE Trans Biomed Eng**, v. 28, p. 488–492, 1981.

WEISZ, G. Mapping Medical Specialization in Paris in the Nineteenth and Twentieth Centuries. v. 7, n. 2, p. 177–211, ago. 1994.

WHO. **Third World Health Assembly, resolution WHA3.2.2. Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and Executive Board.** 1. ed. Geneva, Switzerland: WHO, 1973. v. 1

WHO. **Strategies for the Prevention of Blindness in National Programmes: a primary health care approach.** 2. ed. Geneva, Switzerland: WHO, 1997.

WHO. Disable persons- statistics and numerical data. *In: World report on disability 2011.* Switzerland: WHO publications, 2011. p. 350.

WHO. **Universal eye health - A global action plan 2014-2019.** Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013. v. 1

WHO. **Progress reports:** Provisional agenda item 17. Geneva, Switzerland: WHO-Seventieth World Health Assembly, 27 mar. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_38-en.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2019.

WHO. **Blindness and visual Impairment.** 2018a Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>>. Acesso em: 26 jan. 2019a.

WHO. **Global trends in the magnitude of blindness and visual impairment,** 2018b. Disponível em: <<https://www.who.int/blindness/causes/trends/en/>>. Acesso em: 24 jan. 2019

WOO, G. C.; WOO, S. Y. The need for full scope primary eye care in every country: Guest editorial. **Clinical and Experimental Optometry**, v. 96, n. 1, p. 1–3, jan. 2013.

ZANOTTO, B. S. *et al.* Avaliação Econômica de um Serviço de Telemedicina para ampliação da Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Sul: o microcusteio do Projeto TeleOftalmo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1349–1360, abr. 2020.

APÊNDICE A- Roteiros de Entrevista

Roteiro de Entrevista (para médicos especialistas em oftalmologia)

Identificar o entrevistado (nome e local de trabalho atual)

1. Comente um pouco sobre a sua trajetória profissional.
2. Em que momento você percebe que a política de Oftalmologia começa ganhar espaço no Brasil?
3. O que considera ser importante constar numa política de saúde ocular no Brasil?
4. Que grupos, instituições e pessoas participam do debate da política?
5. Em 1999 o Ministério da Saúde iniciou as Campanhas Nacionais de Cirurgias Eletivas, incluindo os mutirões de catarata no país. O que você pensa desta política pública?
6. Como você reconhece o uso da telemedicina no campo da oftalmologia?

Roteiro de Entrevista (gestores e outros profissionais)

Identificar o entrevistado (nome e local de trabalho atual)

1. Comente um pouco sobre a sua trajetória profissional. Como você chegou à discussão sobre saúde ocular no SUS?
2. Como você reconhece a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia?
3. Há parcerias/colaboração de outras áreas para o avanço da oftalmologia no SUS?
4. Como você percebe a área da oftalmologia na formação profissional?
5. A partir da Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas (1999) foram promovidos os mutirões de catarata no país. Como você define esta política pública?
6. Em sua opinião, como a telemedicina podem influenciar/impactar a oftalmologia no âmbito do SUS?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado participante,

Este é um convite para participar de uma pesquisa sobre a saúde ocular no Brasil desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. (ENSP/FIOCRUZ). A pesquisa refere-se a minha tese de doutorado, sob a orientação das Professoras Dra. Tatiana Vargas de Faria Baptista (ENSP/Fiocruz) e Dra. Eliane Vargas Portes (IOC/Fiocruz), cujo objetivo é identificar os atores e examinar as ações desenvolvidas neste campo no Brasil.

Você foi selecionado pelo vínculo com o tema da pesquisa. Sua participação é muito importante e consistirá em conceder uma entrevista à pesquisadora responsável pelo projeto. Sua participação ocorrerá de forma voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento sem prejuízo algum.

Para facilitar a realização da pesquisa, solicitamos a autorização para gravação da mesma. Mas você pode solicitar a interrupção da gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. A entrevista será transcrita. Tanto o áudio como o material transcrito será mantido sob a guarda e sigilo da pesquisadora responsável, somente ela e as orientadoras terão acesso. Ao final da pesquisa, o material obtido será arquivado, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

A entrevista será presencial, e deverá ocorrer em ambiente privado para garantir a privacidade e sigilo das informações. O tempo estimado de entrevista é de 1 hora. O local será combinado entre a pesquisadora e o entrevistado de modo que não traga prejuízo, de qualquer natureza, ao participante. Se não for possível o encontro presencial, a entrevista poderá ser realizada online através do Skype. Nesse caso o TCLE será enviado por email, previamente, para que seja assinado, mas no momento de realização da entrevista o termo deve ser devolvido à pesquisadora. Caso haja algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de

Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Seu anonimato e privacidade serão preservados, no entanto existe a possibilidade de identificação a partir das informações fornecidas. Os participantes poderão solicitar ao pesquisador informações sobre o estudo e/ou sua participação, durante a pesquisa, ou posteriormente, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A divulgação dos resultados da pesquisa ocorrerá através de artigos científicos, apresentação em congressos e a publicação da Tese. Após a defesa da tese, o estudo será enviado a cada participante.

Os benefícios em conceder a presente entrevista é o resgate, documentação e memória dos momentos em estudo. Ressaltamos que a sua participação como colaborador trará uma imensa contribuição para a ciência e tecnologia no Brasil.

Este termo está redigido em duas vias. Você receberá uma via onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Todas as páginas deste Termo devem ser rubricadas pela pesquisadora responsável e participante.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública/

FIOCRUZ

Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo

Manguinhos Rio de Janeiro – RJ CEP: 21041-210

Contato com a pesquisadora responsável (doutoranda na ENSP/FIOCRUZ):

E-mail:

cdlima.natalia@gmail.com Tels:

(0XX) 21- [REDACTED]

_____, ____ de ____ de 2020.

Natália Carvalho de Lima
(pesquisador de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa sobre a saúde ocular no Brasil, e concordo em participar.

- Autorizo a gravação da entrevista.
 Não autorizo a gravação da entrevista.

Assinatura do participante

Nome:

ANEXO - Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO)**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro****PORTARIA Nº 957, DE 15 DE MAIO DE 2008**

Institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições; e

Considerando a Constituição Federal, no capítulo saúde, em seus artigos 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a importância epidemiológica das doenças oftalmológicas no Brasil e o quadro de morbidade do País, composto por elevada prevalência de patologias que levam às doenças oftalmológicas;

Considerando a necessidade de se promover o atendimento integral em oftalmologia aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a necessidade de estabelecer uma nova conformação para as Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia;

Considerando a possibilidade de êxito de intervenção na história natural das doenças oftalmológicas, por meio de ações de promoção e prevenção, em todos os níveis de atenção à saúde;

Considerando a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, que estabeleça uma linha de cuidados integrais e integrados no manejo das doenças oftalmológicas;

Considerando a necessidade de conceituar ações na Atenção Básica, nas Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia e nos Centros de Referência em Oftalmologia;

Considerando a necessidade de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação ao tratamento em oftalmologia no País;

Considerando a necessidade de subsidiar tecnicamente o controle e a implantação de serviços ambulatoriais e hospitalares e de estabelecer critérios e rotinas para credenciamento de Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia e Centros de Referência em Oftalmologia;

Considerando a necessidade da implantação do processo de regulação, fiscalização, controle e avaliação da atenção em oftalmologia, com vistas à qualificação da gestão pública, conforme o previsto na Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000, e de acordo com as legislações vigentes; e

Considerando que essa atenção exige uma estrutura ambulatorial e hospitalar, com área física adequada, profissionais qualificados e suporte de serviços auxiliares de diagnose e terapia, utilizando-se de técnicas e métodos terapêuticos específicos capazes de realizarem procedimentos clínicos, intervencionistas e/ou cirúrgicos de média ou de alta complexidade aos portadores de doenças oftalmológicas, resolve:

Art. 1º - Instituir a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º - Estabelecer que a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia seja organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal e as Secretarias Municipais de Saúde, por intermédio de redes estaduais e regionais, permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção;

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença oftalmológica e desenvolver ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação das Unidades de Atenção Especializada, públicas ou privadas que prestam atenção em oftalmologia, bem como os mecanismos de sua monitorização com vistas à diminuição dos riscos aos quais fica exposto o paciente com doença oftalmológica;

V - ampliar a cobertura no atendimento aos pacientes com doenças oftalmológicas no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia;

VI - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doenças oftalmológicas;

VII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VIII - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Art. 3º - Definir que a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, de que trata o artigo 1º desta Portaria, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - Atenção Básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos e recuperação, bem como ações clínicas para o controle das doenças que levam a alterações oftalmológicas e às próprias doenças oftalmológicas, que possam ser realizadas neste nível, ações essas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde;

II - Atenção Especializada em Oftalmologia: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada e promover o acesso do paciente portador de doenças oftalmológicas a procedimentos de média e alta complexidade, em serviços especializados de qualidade, visando alcançar impacto positivo na morbidade e na qualidade de vida dos usuários do SUS, por intermédio da garantia da equidade;

III - a organização das Redes de Atenção em Oftalmologia deverá respeitar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde, cujas ações referentes a esse nível de atenção serão realizadas em Hospitais Gerais ou Especializadas, Hospitais de Ensino, Ambulatórios Especializados em Assistência Oftalmológica, cuja normatização será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde;

IV - Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Oftalmológicas, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regional dos Estados e do Distrito Federal;

V - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao paciente com doença oftalmológica;

VI - a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença oftalmológica serão de competência das três esferas de governo;

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, controle e avaliação e promover a disseminação da informação;

VIII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação;

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos polos de educação permanente em saúde;

X - acesso à assistência farmacêutica disponibilizada pelo SUS; e

XI - acesso a recursos ópticos, não ópticos e outras ajudas técnicas disponibilizadas pelo SUS.

Art. 4º - Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, que adote todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia instituída por esta Portaria.

Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as Portarias nº 1.311/GM, de 29 de novembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 230-E, de 30 de novembro de 2000, seção 1, página 18, e as nºs 866 e 867/GM, de 9 de maio de 2002, publicadas no - DOU nº 90, de 13 de maio de 2002, Seção 1, pág. 35.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Fonte: Saúde Legis -

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0957_15_05_2008.html