



PARTE C

DEFESA NACIONAL

Gabinete do Ministro

Despacho n.º 5868-A/2016

Nos termos do disposto na alínea *a*) do n.º 3 do artigo 24.º da Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas, aprovada pela Lei Orgânica n.º 1-A/2009, de 7 de julho, alterada e republicada pela Lei Orgânica n.º 6/2014, de 1 de setembro, determino, sob proposta do Chefe do Estado-Maior do Exército:

1 — A exoneração do Tenente-general António Noé Pereira Agostinho do cargo de Vice-Chefe do Estado-Maior do Exército, por transitar para a situação de reserva.

2 — A nomeação do Tenente-general José António Carneiro Rodrigues da Costa para o cargo de Vice-Chefe do Estado-Maior do Exército.

3 — O presente despacho produz efeitos a partir de 3 de maio de 2016.

26 de abril de 2016. — O Ministro da Defesa Nacional, *José Alberto de Azeredo Ferreira Lopes*.

209540061

SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde

Despacho n.º 5868-B/2016

O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridade expandir e melhorar a capacidade da rede dos cuidados de saúde primários, através, designadamente, da ampliação da cobertura do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na área da saúde visual. Considera-se, assim, fundamental recuperar a centralidade nos cuidados de proximidade, diferenciando a sua capacidade resolutive e aumentando a confiança dos utentes neste nível de cuidados.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 (extensão a 2020) define como um dos seus eixos prioritários a equidade e o acesso aos cuidados de saúde, propondo recomendações estratégicas, designadamente a integração dos diferentes setores em relação a medidas que promovam a redução da desigualdade e a melhoria da condição da população em geral face aos determinantes sociais.

O PNS sublinha a necessidade do reforço na governação dos cuidados de saúde primários (CSP), hospitalares e continuados, de modo a que a tomada de decisão seja efetiva e monitorizada e que o cidadão aceda de modo mais rápido aos cuidados de que necessita e o desenvolvimento e implementação dos processos assistenciais integrados para as patologias e problemas de saúde mais frequentes e com potencial de maior ganho, de modo a que o cidadão receba os cuidados atempados, independentemente da rede de cuidados onde se encontre.

O Programa Nacional para a Saúde da Visão (PNSV), aprovado em 2005, reconhece que o sentido da visão possui um elevado significado social, representando um meio de comunicação fundamental para a relação entre as pessoas e para a atividade profissional. Sabe-se que a visão deve ser preservada desde o nascimento, sendo imperativo prevenir e tratar a doença visual, a qual provoca, sempre, diminuição da qualidade de vida, com repercussão negativa a nível pessoal, familiar e profissional, para além de causar elevados custos sociais.

O PNSV tem como objetivos gerais reduzir a incidência e a prevalência previsíveis de cegueira e de casos de perda de visão associados a patologias passíveis de serem tratadas de forma adequada, reduzir a proporção de problemas de saúde da visão não diagnosticados, nas crianças, nos jovens e na população adulta, e reduzir a proporção de problemas de saúde da visão determinantes de perda de funcionalidade e independência nas pessoas com 55 e mais anos.

O PNSV aconselha algumas intervenções, particularmente dirigidas à criança e à população ativa, uma vez que se têm identificado constrangimentos ao nível dos rastreios de doenças visuais e de referência organizada, insuficiente acesso a cuidados oftalmológicos, referência demasiado tardia para a consulta de oftalmologia, insuficiente comunicação entre médicos de medicina geral e familiar e oftalmologistas,

insuficiente cultura da população sobre problemas da visão e inexistência de dados epidemiológicos sobre a doença visual em Portugal.

É definida no PNSV como estratégia de intervenção a realização de rastreio oftalmológico sistemático com inclusão, na programação, do tipo de atuação em saúde infantil e juvenil de, pelo menos, uma observação oftalmológica das crianças com idades entre os 0-2 anos e outra entre os 2-5 anos.

A ambliopia é um reconhecido problema de saúde pública, sendo unanimemente considerada a causa mais frequente de perda de visão monocular entre os 20 e os 70 anos. A sua presença aumenta o risco de perda visual no outro olho e, portanto, o risco de cegueira ao longo da vida.

Tendo em conta todas as perdas que resultam da ambliopia, que incluem fatores individuais de bem-estar, aprendizagem e autoconfiança, fatores sociais relacionados com a diminuição da produtividade e os custos de tratamento, existem numerosos estudos que demonstram o benefício económico do seu diagnóstico precoce, de forma a obter sucesso na prevenção e tratamento.

Para este interesse contribuiu, de forma decisiva, o conhecimento da prevalência, das causas e da história natural da doença. Sabemos hoje que as causas se instalam muito precocemente e que a prevalência e a gravidade da ambliopia aumentam com a idade. Em consequência deste conhecimento, é fácil entender que a identificação precoce dessas causas e o seu tratamento em tempo útil têm como resultado uma diminuição muito significativa da prevalência e da gravidade da ambliopia, com importantes ganhos individuais e sociais.

Tendo em conta a importância da ambliopia, enquanto problema de saúde pública, a mesma deve ser alvo de uma intervenção ao nível dos cuidados de saúde primários, com a implementação de um rastreio de saúde visual infantil (RSVI).

Também no PNSV é definido como estratégia de intervenção a realização de exame oftalmológico oportunístico a todas as pessoas com elevado risco de desenvolvimento de patologia oftálmica, com base na história clínica, história familiar e idade, mesmo na ausência de sintomas.

Acontece que a degenerescência macular da idade (DMI) é a causa mais frequente de cegueira nos países desenvolvidos em pessoas com mais de 55 anos. Trata-se de uma doença crónica multifatorial que acomete a retina central. O principal fator de risco associado é a idade, razão pela qual se espera uma prevalência crescente da doença no mundo ocidental.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a DMI é responsável por cerca de 8,7 % da cegueira em todo o mundo. A sua prevalência tem tendência a aumentar em consequência da maior longevidade das populações e do aumento exponencial da população idosa. Alguns estudos atribuem à Europa uma prevalência de 11,2 % na DMI em geral e de 0,5 % nas formas tardias. Em 2010, estimava-se que 32,4 milhões de pessoas fossem portadores de cegueira devido a esta patologia e que cerca de 191 milhões apresentassem uma moderada a grave baixa da visão associada.

Em Portugal, com base na prevalência em populações caucasianas de países desenvolvidos ajustada à nossa demografia, estima-se que existam cerca de 300 000 casos de formas precoces da doença e cerca de 84 000 casos de formas tardias, sendo 42 000 formas neovasculares (inclui também formas tratadas e cicatríciais).

Neste sentido, considera-se importante implementar o rastreio da DMI, associando o mesmo ao rastreio da retinopatia diabética para adultos, com o claro aproveitamento e racionalização dos recursos.

Está demonstrado que o tratamento da forma neovascular da DMI não só melhora a acuidade visual do doente como também a sua qualidade de vida relacionada com a visão (acesso à informação, mobilidade, felicidade e bem-estar).

Revela-se, igualmente, importante, também nesta área, investir na articulação dos cuidados de saúde primários com os serviços hospitalares, no sentido da referência dos utentes que necessitam de cuidados de saúde visual diferenciados, de uma forma simples, célere e efetiva.

Através do presente despacho pretende-se implementar uma estratégia concertada de promoção da saúde visual no Serviço Nacional de Saúde, num primeiro momento, através do desenvolvimento de experiências-piloto em unidades selecionadas, visando um claro aproveitamento dos recursos existentes no SNS.

A avaliação das experiências-piloto desenvolvidas neste âmbito constituirá um importante contributo para a política a seguir em matéria de saúde visual.

Assim, determino:

1 — No âmbito do Programa Nacional para a Saúde da Visão (PNSV), é implementado o rastreio de saúde visual infantil (RSVI) de base populacional e o rastreio oportunístico da degenerescência macular da idade (DMI), nos cuidados de saúde primários, de forma faseada, através de experiências-piloto.

2 — O RSVI abrange a população infantil, com observação de todas as crianças no semestre em que completam 2 anos de idade.

3 — O programa de RSVI é um processo contínuo, sendo o rastreio efetuado aos 2 anos de idade complementado com um segundo rastreio a todas as crianças, entre os 4 e os 5 anos de idade.

4 — O segundo rastreio mencionado no número anterior, realizado entre os 4 e os 5 anos, tem como objetivos:

a) A deteção de novos casos de crianças com ambliopia ou em risco de a desenvolver;

b) Aferir a qualidade (sensibilidade do rastreio inicial aos 2 anos);

c) Compreender a evolução temporal dos erros refrativos na população portuguesa.

5 — As crianças com rastreio positivo são referenciadas para uma consulta de oftalmologia no Serviço Nacional de Saúde (SNS), num centro de referência com capacidade diagnóstica e terapêutica, num prazo máximo de quatro semanas, de acordo com o ACES em que se encontram inscritas.

6 — O rastreio da DMI abrange todos os utentes do SNS selecionados para o rastreio primário da retinopatia diabética, com exceção dos utentes já diagnosticados e com acompanhamento médico por DMI.

7 — Os utentes com rastreio positivo de DMI são referenciados para uma consulta de oftalmologia no SNS, num centro de referência com capacidade diagnóstica e terapêutica, num prazo máximo de quatro semanas, de acordo com o ACES em que se encontram inscritos.

8 — As experiências-piloto referidas no n.º 1 são realizadas na Administração Regional de Saúde do Norte, I. P. (ARS Norte, I. P.), nos ACES e nos centros hospitalares elencados no anexo I do presente despacho, que dele faz parte integrante.

9 — O acompanhamento, monitorização e avaliação das experiências-piloto referidas nos números anteriores é da responsabilidade da Direção-Geral da Saúde (DGS), em estreita articulação com a ARS Norte, I. P.

10 — Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, as experiências-piloto desenvolvidas ao abrigo do disposto no presente despacho são igualmente objeto de monitorização e avaliação por parte de entidades externas ao abrigo de protocolos de colaboração estabelecidos com o Ministério da Saúde.

11 — O PNSV é objeto de revisão pela DGS, até ao dia 31 de maio de 2016.

12 — Para efeitos de operacionalização das experiências-piloto referidas no n.º 1, a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS), deve proceder às adaptações necessárias nos sistemas de informação que possibilitem a integração das aplicações para suporte à captação da população a rastrear e obtenção da informação administrativa de contacto do utente para efeitos de convocatória, bem como à partilha de informação de resultados do rastreio e do tratamento, cujo processo tem de estar concluído até ao dia 30 de novembro de 2016.

13 — Os custos relacionados com a operacionalização e acompanhamento das experiências-piloto referidas no n.º 1 são suportados pelo orçamento do respetivo programa vertical da responsabilidade da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

14 — O presente despacho produz efeitos a partir do dia 2 de maio de 2016.

27 de abril de 2016. — O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde,
Fernando Manuel Ferreira Araújo.

ANEXO I

Lista de ACES e centros hospitalares

ACES Grande Porto V — Porto Ocidental.
ACES Grande Porto VI — Porto Oriental.
ACES Grande Porto II — Gondomar.
ACES Grande Porto III — Maia e Valongo.
Centro Hospitalar de São João, E. P. E.
Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.

209546834