



PARECER TÉCNICO COREN-DF 04/2015

SOLICITANTE: Enfermeiro de um serviço privado de oftalmologia

ASSUNTO: Competência legal dos profissionais de enfermagem para realizar exame em oftalmologia.

DO FATO: Profissional de enfermagem solicita parecer técnico, questionando se o enfermeiro, técnico e Auxiliar de enfermagem possuem competência técnica e legal para realizarem exames em oftalmologia.

1. FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE

A perda da visão é de fato um grande problema e suas consequências são severas para os indivíduos e a sociedade. Com o aumento da expectativa de vida global, esse problema vem ganhando dimensões impactantes, sendo a prevenção um efetivo meio para diminuição deste impacto.

Temporini e Kara-José (2004) ressaltam que o atual conceito de prevenção da cegueira ampliou-se no seu enunciado, enfatizando-se a preservação da visão. Nesse sentido, relaciona-se estreitamente a qualidade de vida do ser humano, na qual desempenha importante função a capacidade visual. Ressaltam que o oftalmologista apresenta atuação bem mais sistêmica, integrando, agora, um grupo de profissionais interessados no controle e erradicação de afecções oculares na sociedade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu cegueira como a acuidade visual menor do que 3/60 no melhor olho, com a melhor correção óptica, além de definir a incapacidade visual acentuada (baixa visão) como a acuidade menor do que 6/60 no melhor olho, com a melhor correção óptica. Estimativas baseadas na população mundial de 1990 referentes à cegueira e baixa visão, divulgadas pela OMS, indicavam a existência de 38 milhões de indivíduos cegos e de 110 milhões apresentando visão deficiente e risco de cegueira, relatam Temporini e Kara-José (2004) no artigo “A perda da visão – Estratégias de prevenção”.

Já para West e Sommer (2001), 45 milhões de pessoas são cegas em todo o mundo e um adicional de 135 milhões apresentam algum tipo de baixa visual. A grande maioria dos casos de cegueira está presente nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento.

No Brasil, o número de cegos pode chegar a 0,5% da população. Sabendo que o país



possui geografia e contrastes bem diferenciados, com particularidades socioeconômicas distintas, a prevalência pode sofrer alterações. De acordo com previsões do *World Health Organization* (2004), o número de pessoas cegas poderá ser bem maior até 2020, chegando a representar o dobro da condição global atual.

Temporini e Kara-José (2004) apud Frick e Foster (2003) ressaltam que, se não ocorrerem intervenções adicionais, o número de casos de cegueira no mundo aumentará de 45 milhões para 76 milhões em 2020. Dados coletados no Censo Demográfico de 2010 e disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) trazem uma alarmante estatística: mais de 35,7 milhões de brasileiros declararam ter deficiência visual, 18,8% declaram ter dificuldade para enxergar, mesmo utilizando dispositivos auxiliares, como óculos e lentes.

A luta contra a cegueira e seus impactos não é recente. Há tempos a *World Health Organization* vem somando esforços para formação de grupos de trabalho para prevenção da cegueira no mundo, com o objetivo de fortalecer e apoiar programas e grupos já existentes no combate à cegueira e na criação de novos grupos. Nesse sentido, a OMS lançou o programa *Vision 2020: The Right to Sight*. Trata-se de esforço de colaboração entre a OMS e diversos parceiros – organizações governamentais e não governamentais, grupos e instituições – que apresenta o objetivo de eliminar a cegueira evitável ao redor do ano 2020, afirma Resnikoff et al (2002) em seu estudo “*Global data on visual impairment in the year 2002*”.

Sabendo que a prevenção é o melhor caminho na luta contra a cegueira, Temporini e Kara-José (2004) apud Stilma et al (1991) reforçam a necessidade de ações prioritárias de campanhas contra a cegueira: 1) cirurgia de catarata ao menor custo possível; 2) treinamento de pessoal (agentes primários de saúde, auxiliares e enfermeiros de oftalmologia e médicos); 3) aumento da cooperação com o programa de atenção primária nas áreas de nutrição, higiene, vacinação contra o sarampo e cuidados primários de saúde; 4) promoção de iniciativas de prevenção da cegueira em países em desenvolvimento.

Sabendo que tais ações são de relevante impacto para a efetiva formatação de um programa uniforme e consistente, percebe-se a necessidade de investimentos em estudos epidemiológicos, estrutura e pessoal devidamente capacitado para lidar nas etapas de apoio clínico (triagens/exames) para um diagnóstico precoce, seja o serviço público, seja o privado. Assim, percebe-se que a realização de exames/testes da visão é de suma importância na prevenção dos transtornos que levam a deficiência da visão, sendo o Teste de Snellen, o Teste

de Jaeger, o Teste de Ishihara, a campimetria, a ceratometria, a tonometria, a paquimetria e a autorrefração ou refração computadorizada, um arsenal valioso neste processo de diagnóstico colaborativo.

1.1. Teste de Snellen

Zapparoli et al (2009) relata que Donders, em 1861, inventou o termo “acuidade visual” (AV) para descrever a qualidade da visão humana. Em 1862, o oftalmologista holandês Herman Snellen, com a ajuda de Donders, publicou sua famosa tabela baseada e definida em optotipos. Snellen arbitrariamente definiu a “visão padrão” como a habilidade de reconhecer um de seus optotipos com tamanho angular de 5 minutos de arco, sendo o optotipo formado por linhas de espessura e espaçamento de 1 minuto de arco, sendo universalmente aceita para medir AV.

Sabendo que a medida da acuidade visual é o teste mais comumente utilizado para a determinação da função visual na prática oftalmológica, e embora a técnica de exame seja simples, o processo utilizado é complexo e exige a interação de muitos fatores, tanto fisiológicos quanto psicológicos, relata Zapparoli et al (2009).

Nesse sentido, sabendo que se trata de um teste simples de “pré-diagnóstico” e que pode ser trabalhado de forma colaborativa na oftalmologia, conforme consta no Parecer Técnico Coren-ES 013/2010 e acompanhado pelo Parecer Coren-SP 026/2014-CT, a saber:

Cabe ressaltar que a Escala de Snellen não substitui o exame oftalmológico, no entanto é amplamente utilizada nas instituições de ensino, pelos professores, para avaliar a acuidade visual dos alunos, tendo em vista a detecção precoce de possíveis alterações visuais e encaminhamento ao oftalmologista.

[...]

Conclusão:

Após análise dos objetivos da Escala de Snellen, entendemos que o profissional de Enfermagem, nas circunstâncias analisadas, pode realizar o teste de acuidade visual para subsídio diagnóstico, desde que devidamente capacitado e mediante protocolo estabelecido pelo Serviço de Saúde. [...] (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESPÍRITO SANTO, 2010)

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria 254/2009, considerando a necessidade de otimizar a operacionalização do acesso às consultas oftalmológicas e o fornecimento de óculos, para a viabilização plena do Projeto Olhar Brasil, no anexo II, estabelece as “Etapas de Elaboração/Operacionalização de Projeto”, sendo permitido a professores e agentes

comunitários de saúde a aplicação do teste de triagem da AV com a utilização do teste de Snellen.

1.2. Teste de Jaeger

Para avaliação da acuidade visual, existem tabelas de medida utilizadas na oftalmologia; os testes compreendem escalas para perto e longe. Jaeger, em 1854, publicou em Viena uma tabela de leitura para documentar a visão, usada por muitos ainda hoje, relata Zapparoli et al (2009).

Laignier et al (2010) considera que a medida da acuidade visual é dada pela relação entre o tamanho do menor objeto visualizado e a distância entre o observador e este objeto. Quando há diminuição da acuidade visual, há também déficit funcional e considerável morbidade a seus portadores, logo, seu reconhecimento é necessário, pois na maior parte das vezes tal deficiência pode ser corrigida com terapêutica adequada.

O teste de acuidade para perto de Jaeger consiste em frases, números ou tipos impressos em vários tamanhos – dependendo do valor, o examinador definirá como J1, J2 até J20. Para tanto, não existe um consenso sobre a forma das letras, porém, usualmente utiliza-se a fonte *Times New Roman* nas tabelas.

Para Laignier et al (2010), o papel do enfermeiro na prevenção de problemas visuais é de extrema importância a fim de haver a detecção do problema e assistência imediata pelos serviços de saúde competentes. Dessa forma, tem-se que a enfermagem trabalha de forma colaborativa no diagnóstico dos problemas da visão, contribuindo com levantamento de informações através do emprego de testes previamente definidos.

1.3. Teste de Ishihara

Stilling, em 1878, foi o primeiro a publicar uma série de pranchas pseudoisocromáticas (PIC). Existem diversas variantes desses testes, nos quais observa-se, geralmente, um objeto delineado por uma diferença de cores, com um fundo de igual refletância de luminosidade, para evitar vestígios não coloridos. O objeto pode ser um número, uma letra, um padrão a ser traçado, um símbolo ou um optotipo, como o C de Landolt ou o E para analfabetos. As PICs podem se apresentar de diferentes formas, com

diferentes propósitos, afirmam Bruni e Cruz (2006).

Bruni e Cruz (2006) descreve o teste de Ishihara como o teste de pranchas mais conhecido e usado no mundo, sendo o exame mais eficaz (*gold standard*) para uma rápida identificação das deficiências congênitas para visão de cores, sendo mundialmente usado para pesquisa dos defeitos congênitos.

Para Neto et al (2005), a visão em cores, particularmente a percepção do vermelho, pode encontrar-se prejudicada na fase inicial de doenças maculares, sejam estas de natureza tóxica, sejam de degenerativa idiopática. Para ele, a importância da detecção precoce é orientar o paciente na convivência com o distúrbio e auxiliar sua orientação vocacional.

Diante do exposto, e sabendo que se trata de um teste de suma importância para um diagnóstico clínico precoce, entende-se que a enfermagem exerce papel fundamental no apoio clínico, com a obtenção de informações essenciais ao diagnóstico.

1.4. Campimetria

Filho et al (2004) afirma que o exame do campo visual é essencial no diagnóstico e acompanhamento de pacientes com glaucoma. Para ele, a campimetria computadorizada é um exame útil na prática clínica oftalmológica, incorporando avanços que aumentam a praticidade na realização do exame, bem como sua confiabilidade.

Em resposta a solicitação de parecer feita pelo Conselho Federal de Oftalmologia, o Conselho Federal de Medicina, pelo Processo-consulta 3.918/10 – Parecer 31/10, expõe:

A campimetria manual é um exame mais detalhado do campo visual, requerendo, para sua execução, um perimetrista atento e bem treinado. Permite detalhado exame do campo visual periférico, o que pode não ser possível com os aparelhos computadorizados. É muito dependente da experiência do técnico, contudo mais adequado em pacientes com grande perda da acuidade visual, pacientes idosos ou debilitados e crianças. Está indicado nos casos de glaucoma, retinopatias e doenças do sistema nervoso central (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010)

Atualmente, é utilizado para várias doenças oculares e neurológicas. Suas principais vantagens são: teste do campo visual pelo método estático (diferentes intensidades luminosas em um mesmo ponto), ao invés do modo cinético, habitualmente utilizado na campimetria manual; redução da subjetividade do examinador; monitorização constante da fixação; capacidade de reteste automático de pontos anormais; múltiplas estratégias de teste, de acordo com a necessidade do examinador.

Em todos os tipos de campimetria o paciente deve receber orientações sobre a técnica do exame e como proceder. O ambiente deve ser apropriado para possibilitar a maior atenção possível durante o exame.

Auxiliares de médicos são técnicos que auxiliam na assistência ao paciente, trabalhando sob orientação médica. Realizam exames que serão laudados e

interpretados por médicos.

[...]

Ante o exposto e, em conformidade com parecer COREN-SP 026/2014 que versa sobre o tema, entende-se que a “campimetria computadorizada” pode ser realizada por profissionais de enfermagem devidamente capacitados, não cabendo aos profissionais de enfermagem a interpretação dos resultados

[...](CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE DO DISTRITO FEDERAL, 2015).

1.5. Ceratometria

Kuntz et al (2012) descreve o ceratocone como uma desordem corneana ectásica progressiva e não inflamatória. Para ele, vários equipamentos são utilizados no auxílio diagnóstico e para seguimento da progressão de distúrbios corneanos, além de avaliação pré-operatória.

Já Elias et al (2005) relata que a ceratocone se caracteriza por afinamento central, protusão apical e astigmatismo irregular, com vários graus de cicatrização, ocasionando uma redução da acuidade visual.

A ceratometria é um método preciso para medir a curvatura anterior da córnea e predizer o poder e eixo do astigmatismo. Atualmente, aparelhos mais modernos e automatizados realizam a mensuração da curvatura corneal.

O tratamento do ceratocone depende da severidade da doença. Os óculos são geralmente prescritos para os casos mais leves e a correção com lente de contato é o tratamento mais frequentemente utilizado para os pacientes com ceratocone, diz Elias et al (2005).

1.6. Tonometria

Tavares et al (2003) afirma que a medida da pressão intraocular (Po) faz parte da propedêutica básica do exame oftalmológico, sendo um dos principais parâmetros para diagnóstico e acompanhamento do glaucoma.

Sakata et al (2000) relata que a pressão intraocular (PIO) é utilizada no diagnóstico e controle de muitas patologias oculares, incluindo os diversos tipos de glaucoma. Para isso, existem vários aparelhos (tonômetros) que são destinados a medir a PIO, sendo os principais: os tonômetros de indentação, os tonômetros de não contato (sopro de ar) e os tonômetros de aplanção. Dentre esses, o mais utilizado é o tonômetro de aplanção de Goldmann, por ser

um método prático e confiável de medida da PIO.

A tonometria de aplanção de Goldmann (TAG) é considerada o exame padrão-ouro para a mensuração da Po. A tonometria de não contato (TNC) foi introduzida por Grolman em 1972: baseando-se no princípio da tonometria de aplanção, o tonômetro possui um sistema pneumático que produz um jato de ar que leva à aplanção da córnea, em cuja superfície é projetado um feixe colimado de luz, em que apenas os raios paralelos e coaxiais refletidos são captados pelo receptor do aparelho, obtendo-se um pico máximo de recepção de luz quando a córnea é aplanada, diz Tavares et al (2003) no estudo “Tonometria de não contato: variação com medidas repetidas com e sem colírio anestésico”.

Ele relata que a TNC geralmente é realizada sem a instilação prévia de colírio anestésico, mas a influência desta substância na medida da Po é controversa. Nesse ponto, entende-se a tonometria com e sem a instilação de colírio anestésico.

Para Tavares et al (2003), entre as técnicas utilizadas, destacam-se a tonometria de não contato pela sua aplicabilidade para programas de rastreamento, a não utilização de colírios e a possibilidade da utilização de profissionais não médicos no processo, além do menor risco de contaminação.

1.7. Paquimetria

Para Maimone et al (2007), o valor absoluto da espessura corneana (EC) é importante para estimativa da pressão intraocular e também no diagnóstico de doenças corneanas. Diz ser um método indireto de avaliação da integridade estrutural e da fisiologia endotelial corneana, imprescindível no acompanhamento de pacientes com alterações do endotélio como nas distrofias corneanas, lesões traumáticas e após o transplante de córnea.

Existem diferentes tecnologias para se medir a espessura corneana, como a paquimetria óptica e a paquimetria ultrassônica, entre outras, relata Maimone et al (2007). O primeiro método é simples e não invasivo, bastando alguma experiência e treinamento no manuseio do aparelho, sendo o segundo um método preciso e de alta reprodutibilidade, sendo necessária a utilização de colírio anestésico.

A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio de anexo da Portaria 1.279/2013, reforça a necessidade da utilização da paquimetria ultrassônica no controle da hipertensão ocular (HO).

1.8. Autorrefração ou refração computadorizada

A autorrefração ou refração computadorizada é um exame utilizado para obter a medida aproximada da refração (grau) dos olhos do paciente para, assim, verificar a influência isolada de deformidades corneanas em seu sistema óptico ocular. O teste de autorrefração é utilizado principalmente para identificar a presença de miopia, hipermetropia e astigmatismo, contribuindo assim para um diagnóstico seguro na correção/tratamento.

Uras et al (2001) relata que a prescrição de lentes corretoras por tentativa e erro com lentes de prova começou há mais de dois séculos. Nesse período, o surgimento de equipamentos mais rápidos e eficientes vem contribuindo para um diagnóstico mais seguro na prescrição de lente corretoras.

O teste de autorrefração já foi abordado pelo Conselho Regional de Medicina de Paraíba, em atendimento ao Processo Consulta 16/2010, referente à realização do exame por profissionais não médico, sendo:

ASSUNTO: Realização de exames de refração por técnico de enfermagem ou Recepcionistas de Clínicas Oftalmológicas.

PARECERISTA: Cons. Eurípedes Sebastião Mendonça de Souza – Conselheiro Diretor do Departamento de Fiscalização do CRM-PB.

EMENTA: O fato de profissionais não médicos ao realizarem exames de refração automatizados no interior de consultórios médicos não estão incorrendo em exercício ilegal da medicina, pois não realizam diagnóstico nem tratamento (prerrogativas da profissão médica). Por outro lado, os médicos não estão incorrendo em infração ao artigo 2º do Código de Ética Médica em vigor (Res. CFM 1931/2009), pois não há delegação de atos médicos exclusivos e sim a ocorrência de atos de apoio e de triagem para subsidiar o exame feito e de responsabilidade exclusiva do médico.

Em decorrência do exposto supra, somos de parecer que o fato de profissionais não médicos ao realizarem exames de refração automatizados no interior de consultórios médicos não estão incorrendo em exercício ilegal da medicina pois não realizam diagnóstico nem tratamento (prerrogativas da profissão médica). Por outro lado, os médicos não estão incorrendo em infração ao artigo 2º do Código de Ética Médica em vigor (Res. CFM 1931/2009), pois não há delegação de atos médicos exclusivos e sim a ocorrência de atos de apoio e de triagem para subsidiar o exame feito e de responsabilidade exclusiva do médico.

Este é o parecer, salvo melhor juízo.

[...] (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DA PARAÍBA, 2010).

Nesse sentido, e considerando a especificidade do exame, tem-se que os profissionais de enfermagem atuam em apoio clínico ao diagnóstico, sendo os resultados emitidos pelo equipamento em questão.

Assim, considerando o parágrafo XIII do artigo 5º da Constituição de 1988: “É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.”

Considerando a Lei 7.498/1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências, a saber:

Art. 11. O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviços e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;

[...]

i) consulta de enfermagem;

j) prescrição da assistência de enfermagem;

[...]

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

[...]

Art. 12. O Técnico de Enfermagem exerce atividades de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

[...]

b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observando o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei.

Art. 13. O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo os serviços auxiliares de enfermagem, sob supervisão, bem como a participação em nível de participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

[...]

b) executar ações de tratamento simples.

Considerando o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem, que assegura direitos e responsabilidades do profissional de enfermagem:

SEÇÃO I – DAS RELAÇÕES COM A PESSOA, FAMÍLIA E COLETIVIDADE

DIREITOS

Art. 10. Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, família e coletividade.

[...]

RESPONSABILIDADES E DEVERES

Art. 12. Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de Enfermagem livre



de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 13. Avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem.

[...]

Art. 21. Proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes da imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde.

[...]

Art. 25. Registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo do cuidar.

PROIBIÇÕES

[...]

Art. 27. Executar ou participar da assistência à saúde sem o consentimento da pessoa ou de seu representante legal, exceto em risco iminente de morte.

[...]

Art. 33. Negar-se a prestar serviços que por sua natureza competem a outro profissional, exceto em caso de emergência.

[...]

SEÇÃO II – DAS RELAÇÕES COM OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM, SAÚDE E OUTROS

DIREITOS

Art. 36. Participar da prática multiprofissional e interdisciplinar com responsabilidade e autonomia, autonomia e liberdade.

[...]

RESPONSABILIDADES E DEVERES

[...]

Art. 39. Participar da orientação sobre benefícios, riscos e consequências decorrentes de exame e de outros procedimentos, na condição de membro da equipe de saúde.

[...]

SEÇÃO III – DAS RELAÇÕES COM AS ORGANIZAÇÕES DA CATEGORIA

[...]

PROIBIÇÕES

Art. 56. Executar e determinar a execução de atos contrários ao Código de Ética e as demais normas que regulam o exercício da enfermagem.

[...]

SEÇÃO IV – DAS RELAÇÕES COM AS ORGANIZAÇÕES EMPREGADORAS

DIREITOS

[...]

Art. 63. Desenvolver suas atividades profissionais em condições de trabalho que promovam a própria segurança e a da pessoa, família e coletividade sob seus cuidados, e dispor de material e equipamentos de proteção individual e coletiva, seguindo as normas vigentes.



2. CONCLUSÃO

Observada as citações supracitadas, entende-se que a enfermagem compõe uma equipe de atendimento multiprofissional e colaborativo, exercendo atividades de apoio clínico ao diagnóstico, seja ele com a anotação de dados clínicos, seja na operação de equipamentos automaticamente calibrados e parametrizados.

No que se refere à atuação de enfermagem na realização de testes pré-diagnóstico, tem-se que aos profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem possuem amparo legal, desde que comprovada a competência técnica/científica, exceto a tonometria de aplanção de Goldmann (contato direto), na qual somente o profissional enfermeiro devidamente habilitado possui competência para realizá-lo, cabendo aos demais profissionais de enfermagem auxiliar o enfermeiro no processo do cuidado, observada a competência técnica e legal.

Sabendo que se trata de procedimentos que requerem cuidados especiais e conhecimentos específicos em todas as suas fases, recomenda-se a efetiva implantação de processos de qualidade e segurança, tais como: protocolos, instruções de trabalho, manuais, entre outros, a fim de estabelecer mecanismos de contenção para assegurar uma assistência livre de danos.

Nos casos em que houver necessidade de procedimento com instilação de colírio, a execução deverá ocorrer mediante prescrição médica.

Cabe ressaltar que o profissional de enfermagem deverá avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem, conforme disposto no art. 13 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

É o parecer.

Brasília, 29 de maio de 2015

Edivaldo Bazilio dos Santos
Coren-DF 166.212- ENF
Membro da CTA – Coren-DF



Coren^{DF}
Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal

Parecer aprovado na 470ª Reunião Ordinária de Plenário do Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal, em 24 de junho de 2015.



BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.** Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências..** Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. **Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Disponível em <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 254, de 25 de julho de 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0254_24_07_2009.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria nº 1.279, de 19 de novembro de 2013. **Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Glaucoma.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1279_19_11_2013.html>.

BRUNI, Lígia Fernanda, CRUZ, Antonio Augusto Velasco e. **Sentido cromático: tipos de defeitos e testes de avaliação clínica.** Arq Bras Oftalmol. 2006; 69(5):766-75.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. **Relatório final da campanha “Olho no Olho” em 2001.** São Paulo: CBO, 2002.

ELIAS, Rosana Molina Saraiva et al. **Ceratocone: fatores prognósticos.** Arq Bras Oftalmol. 2005;68(4):491-4.

KUNTZ, Joyce et al. **Comparação entre dois sistemas de análise de topografia corneana.** Rev Bras Oftalmol. 2012; 71 (4): 233-5.

LAIGNIER, Mariana Rabello; CASTRO, Marlúcia de Almeida; SÁ, Paula dos Santos Cabral de. **De Olhos Bem Abertos: Investigando Acuidade Visual em Alunos de Uma Escola Municipal De Vitória.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2010 jan-mar; 14 (1): 113-19.

MAIMONE, Aline L.; MAIMONE, Nelson; ROSSI, Robson Marcelo. **Comparação entre as medidas da espessura central corneana usando a paquimetria óptica e a ultrassônica.** Rev Bras Oftalmol. 2007; 66 (5): 309-14.

PEREIRA, Ivana Cardoso et al. **Análise da ceratometria corneana em pacientes portadores de espasmo hemifacial.** Rev Bras Oftalmol. 2011; 70 (6): 363-6.

RESNIKOFF, S. *National prevention of blindness programmes and Vision 2020.* J Com Eye



Hlth. 2000; 13 (1):49-50.

RESNIKOFF, S., PARARAJASEGARAM, R. *Blindness prevention programmes: past, present, and future*. Bull World Health Organ. 2001; 79 (3):222-6.

SAKATA, Kenji et al. **Estudo da correlação entre pressão intra-ocular e espessura corneana central (projeto glaucoma)**. Arq. Bras. Oftalmol. 63(5), Out/2000-355.

TAVARES, Ivan Maynard et al. **Tonometria de não-contato: variação com medidas repetidas com e sem colírio anestésico**. Arq Bras Oftalmol 2003; 66:835-8.

TEMPORINI, E. R.; KARA-JOSÉ, N.; RIGOLIZZO, H. B. **Envolvimento de pessoal da comunidade em projeto de detecção de ambliopia em pré-escolares**. Arq Bras Oftalmol. 1983; 46 (3):85-9.

URAS, Ricardo et al. **Análise comparativa da refração automática objetiva e refração clínica**. Arq. Bras. Oftalmol. Vol.64, nº.1. São Paulo: jan-fev, 2001.

WEST, Sheila, SOMMER, Alfred. *Prevention of blindness and priorities for the future*. Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (3).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Strategies for the prevention of blindness in national programmes; a primary health care approach*. 2nd ed. Geneva: WHO; 1997.

ZAPPAROLI, M.; KLEIN, F.; MOREIRA, H. **Avaliação da acuidade visual Snellen**. Arq Bras Oftalmol. 2009; 72 (6):783-8.