

58º CONSELHO DIRETOR

72ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Sessão virtual, 28 e 29 de setembro de 2020

CD58/INF/2
7 de agosto de 2020
Original: inglês

PLANO DE AÇÃO PARA A PREVENÇÃO DA CEGUEIRA E DAS DEFICIÊNCIAS VISUAIS: RELATÓRIO FINAL

Antecedentes

1. O 53º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovou o Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 (Documento oficial 345) (1) e o Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais (Documento CD53/11) (2), que ofereceu ações concretas para abordar as prioridades para a prevenção da cegueira e o cuidado dos olhos na Região das Américas. Em 2015, havia 117,86 milhões de pessoas vivendo com algum impedimento visual na América Latina e Caribe: 2,34 milhões eram cegas, 12,46 milhões tinham deficiência visual moderada a grave (antigamente denominada baixa visão), 11,34 milhões tinham deficiência leve e 91,72 milhões tinham deficiência visual para perto. A catarata é a causa mais comum de cegueira, e os erros de refração não corrigidos são a causa mais comum de deficiência visual. As estimativas sugerem que a prevalência de cegueira continuará a diminuir, mas o número absoluto aumentará para 132 milhões de pessoas com deficiência visual devido ao envelhecimento da população (3). Este relatório final analisa o progresso registrado no cumprimento dos objetivos estabelecidos nas linhas estratégicas de ação. Além disso, fornece um apanhado geral do progresso alcançado em saúde ocular na Região das Américas.

Análise do progresso alcançado

2. A atenção oftalmológica na América Latina e no Caribe melhorou substancialmente graças a cinco principais desenvolvimentos: *a)* geração e uso de evidências para subsidiar o desenvolvimento de políticas; *b)* diminuição da prevalência da cegueira; *c)* redução de iniquidades na prestação de serviços oftalmológicos; *d)* aumento do acesso a serviços oftalmológicos para adultos; e *e)* aumento do acesso a serviços oftalmológicos para crianças. A governança foi aprimorada graças à produção de evidências por meio de pesquisas de base populacional (4-13) e estudos de revisão (14-18) que proporcionaram uma plataforma sólida para medição do progresso; as estimativas regionais e nacionais da

prevalência padronizada por idade de cegueira e deficiência visual continuam diminuindo (1, 14) e as projeções sugerem que essa tendência continuará. A pesquisa baseada em soluções propiciou uma direção (19-23) para orientar as futuras políticas de saúde ocular.

3. A fim de reduzir as desigualdades na prestação de serviços de atenção à visão, a Repartição Sanitária Pan-Americana (Repartição) criou um programa para melhorar a eficiência e a qualidade em hospitais públicos selecionados. Esse programa produziu resultados consideravelmente maiores sem a necessidade de recursos adicionais, melhorando o mecanismo de prestação de serviços, fortalecendo os processos gerenciais e administrativos e adotando normas de desempenho e qualidade. A qualidade do tratamento cirúrgico da catarata foi aprimorada pela capacitação de oftalmologistas que trabalham na rede pública, por meio de treinamentos em laboratório de simulação e palestras de especialistas internacionais. Foram produzidas e publicadas evidências sobre desigualdades na distribuição dos recursos humanos (24), a fim de apoiar a defesa de políticas e programas para capacitação de novos oftalmologistas em populações carentes, especialmente no âmbito de programas de residência em hospitais públicos.

4. Durante o período de vigência do plano de ação, tanto o acesso quanto a qualidade dos serviços oftalmológicos para adultos aumentaram. A Repartição prestou cooperação técnica, com o apoio de parceiros internacionais, para estabelecer um modelo de cirurgia de catarata qualificado e de alto volume em serviços de oftalmologia já existentes na rede pública, reduzindo as longas listas de espera por cirurgia e assim combatendo o acúmulo de casos de cegueira por catarata. Alguns países descentralizaram seus serviços de cirurgia de catarata para hospitais regionais de modo a aumentar o acesso geográfico aos serviços. A Repartição prestou cooperação e, em conjunto com parceiros e Ministérios da Saúde, preparou e testou modelos padronizados para a detecção, encaminhamento e tratamento de pacientes diabéticos com retinopatia diabética (25). Esses modelos servirão de base para futuras políticas baseadas em evidências.

5. Também foi obtido progresso importante no número de bebês prematuros elegíveis submetidos à triagem e tratamento da retinopatia da prematuridade em pelo menos metade dos países, reduzindo a incidência de cegueira causada por esse distúrbio (23). O Programa de Controle da Retinopatia da Prematuridade da Repartição é uma iniciativa conjunta entre o programa de saúde ocular e o Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR) da OPAS, que promove políticas nacionais, desenvolve diretrizes clínicas, apoia o fortalecimento de serviços nas unidades de terapia intensiva neonatal e desenvolve competências na força de trabalho em saúde. Durante o período, foi lançada uma versão atualizada das diretrizes clínicas para melhorar a qualidade da atenção neonatal e da detecção e tratamento da retinopatia da prematuridade (26). A Repartição apoiou a geração de evidências sobre alternativas claras de política para abordar a atenção oftalmológica primária em programas de erro de refração para crianças em idade escolar (19). Estas evidências servirão de base para futuras diretrizes clínicas a respeito do tema.

6. A Repartição realizou uma avaliação epidemiológica da baixa visão funcional (BVF) na Região. Pessoas com BVF são as pessoas com deficiência visual que persiste mesmo após o tratamento e/ou correção da refração, mas que utilizam ou são potencialmente capazes de utilizar a visão que lhes resta para planejar ou executar uma tarefa. A prevalência da BVF aumenta com a idade e varia entre 0,9 e 2,2% em pessoas com mais de 50 anos em 15 países da América Latina (16). Essas evidências foram usadas para fins de promoção de causa em nível nacional, a fim de fomentar o desenvolvimento de novos serviços de atendimento às pessoas com BVF e a utilização dos já existentes.

7. Em nível regional, a Repartição criou uma comunidade de aprendizado com os coordenadores nacionais dos programas de saúde ocular dos Ministérios da Saúde, visando impulsionar o aprendizado a partir de problemas e sucessos. As informações são compartilhadas em workshops presenciais bienais, nos quais são definidas metas e prioridades claras.

Linha estratégica de ação 1: Governança da saúde visual por parte das autoridades sanitárias

8. Durante o período de vigência do Plano, foi publicada uma produção considerável de pesquisas de base populacional realizadas em pessoas com mais de 50 anos na Região. Estas foram utilizadas para determinar a linha de base, acompanhar o progresso e promover políticas nacionais em alguns países. Em nível regional, os dados foram utilizados para estimar as iniquidades em saúde ocular (15). A prevalência de cegueira e deficiência visual moderada concentrou-se nos grupos mais desfavorecidos socialmente. No tocante à cirurgia de catarata, a melhor cobertura e os melhores resultados estavam concentrados na população mais rica (15). Outra conquista importante foi o aumento do número de países que usaram a Ferramenta de Avaliação de Serviços de Atenção à Saúde Ocular da Organização Mundial da Saúde (OMS) (ECSAT) para avaliar a capacidade dos sistemas e serviços de saúde de responder às necessidades de atenção à saúde ocular. A ECSAT também forneceu orientações sobre intervenções baseadas em evidências para melhorar o desempenho. Atualmente, a maioria dos Ministérios da Saúde conta com coordenadores nacionais de atenção à saúde ocular que articulam com outros programas de saúde, autoridades sanitárias locais e a Repartição. A maioria dos coordenadores nacionais apresenta uma análise de situação anual à Repartição, usando os indicadores do programa regional.

Objetivo 1.1: Aumentar os dados científicos epidemiológicos e de serviços que são utilizados para potencial e reforçar o compromisso político e financeiro dos Estados Membros na esfera da saúde ocular	
Indicador, linha de base e meta	Status
<p>1.1.1 Número de estudos populacionais de prevalência de impedimentos visuais realizados pelos Estados Membros</p> <p>Linha de base (2014): 18 Meta (2019): 24</p>	<p>Esta meta foi ultrapassada. No total, 25 países cumpriram o indicador. Durante o período, sete países adicionais publicaram pesquisas de base populacional (4-10) com dados a respeito da prevalência de cegueira e deficiência visual, suas principais causas, cobertura de cirurgia para catarata, desfechos de acuidade visual após a cirurgia de catarata e barreiras ao acesso aos serviços de cirurgia ocular em áreas geográficas específicas.</p>
<p>1.1.2 Número de países que realizaram e publicaram uma avaliação dos serviços de atenção oftálmica</p> <p>Linha de base (2014): 3 Meta (2019): 10</p>	<p>Esta meta foi ultrapassada. Atualmente, 15 países já publicaram avaliações dos serviços de saúde ocular (ECSAT) para orientar a avaliação do status e da funcionalidade dos serviços e sistemas de atenção oftalmológica do país.</p>
Objetivo 1.2: Formular, atualizar, implementar e realizar acompanhamento das políticas e planos nacionais e subnacionais para melhorar a saúde ocular universal durante o curso da vida através do fortalecimento dos sistemas de saúde	
Indicador, linha de base e meta	Status
<p>1.2.1 Número de Estados Membros que apresentam relatórios anuais sobre a implementação das políticas, planos e programas de saúde ocular</p> <p>Linha de base (2014): 17 Meta (2019): 25</p>	<p>Esta meta foi alcançada. No total, 25 Estados Membros comunicaram a implementação de políticas e planos de atenção à saúde ocular através dos indicadores de desempenho nacionais anuais e da ferramenta de informação.</p>
<p>1.2.2 Número de Estados Membros que contam com um coordenador nacional ou estabeleceram um comitê de prevenção da cegueira que realize acompanhamento ativo da implementação de políticas e execução de planos de saúde ocular</p> <p>Linha de base (2014): 14 Meta (2019): 20</p>	<p>Esta meta foi ultrapassada. 24 Ministérios da Saúde designaram um funcionário como ponto focal para o programa de prevenção da cegueira e atenção à saúde ocular. Reuniões bienais (em 2015, 2017 e 2019) foram organizadas com os coordenadores nacionais para treinamento e troca de experiências.</p>

Objetivo 1.2: Formular, atualizar, implementar e realizar acompanhamento das políticas e planos nacionais e subnacionais para melhorar a saúde ocular universal durante o curso da vida através do fortalecimento dos sistemas de saúde	
Indicador, linha de base e meta	Status
<p>1.2.3 Número de Estados Membros que informam sobre a integração da saúde ocular nos planos e orçamentos nacionais de saúde</p> <p>Linha de base (2014): 0 Meta (2019): 15</p>	<p>Esta meta não foi alcançada. Somente 13 Estados Membros informaram haver integrado a saúde ocular nos planos e orçamentos nacionais de saúde.</p> <p>A abordagem futura precisa se concentrar na integração dos cuidados com os olhos nos planos, programas e orçamentos de saúde (por exemplo, programas de atenção materno-infantil, saúde escolar, diabetes, envelhecimento).</p>
<p>1.2.4 Número de Estados Membros que notificam a inclusão de seções dedicadas à saúde ocular em suas listas nacionais de medicamentos essenciais, exames de diagnóstico e tecnologias sanitárias</p> <p>Linha de base (2014): 0 Meta (2019): 10</p>	<p>Esta meta foi ultrapassada. 13 Estados Membros informaram a inclusão de medicamentos e tecnologias para a saúde ocular nas suas listas nacionais de medicamentos essenciais.</p>

Linha estratégica de ação 2: Serviços de saúde ocular disponíveis, acessíveis, alcançáveis e de qualidade para toda a população

9. Na maioria dos países, foram publicadas evidências sobre a desigualdade na distribuição de oftalmologistas entre países e dentro deles (24), com um número desproporcional concentrado em áreas mais desenvolvidas e socialmente favorecidas. Esses dados foram usados para realizar promoção de causa e incentivar as sociedades profissionais e a maioria dos programas de residência pública a priorizar o treinamento de novos oftalmologistas para populações carentes. Oito países informaram ter um plano de recursos humanos para atenção à saúde ocular. Um aspecto crucial foi melhorar a eficiência, responsabilidade, qualidade e cultura institucional dos serviços públicos de atendimento oftalmológico. Essa talvez seja a forma mais efetiva de melhorar o acesso à população vulnerável, pois diminui as filas de espera, entre outros problemas da rede pública. A Repartição forneceu conhecimento técnico e apoio para melhorar o desempenho dos serviços públicos de oftalmologia em seis Estados Membros. O principal determinante do sucesso foi o compromisso das autoridades hospitalares em implementar e relatar as mudanças e o progresso alcançado.

Objetivo 2.1: Criar e manter uma força de trabalho capacitada, motivada, produtiva e distribuída de maneira equitativa em nível nacional e subnacional	
Indicador, linha de base e meta	Status
<p>2.1.1 Número de países que realizam avaliações periódicas da disponibilidade de pessoal de atenção oftálmica em nível subnacional</p> <p>Linha de base (2014): 1 Meta (2019): 15</p>	<p>Esta meta foi ultrapassada. 23 países realizaram avaliações da disponibilidade de oftalmologistas em nível subnacional (14 países da América Latina e nove países do Caribe) (24). Houve um grau elevado de iniquidade na distribuição de oftalmologistas entre países e dentro deles, com um número desproporcional concentrado em áreas mais desenvolvidas e socialmente favorecidas.</p>
<p>2.1.2 Número de países que notificam um plano nacional de capacitação e alocação de recursos humanos especializados em saúde ocular para zonas e populações desatendidas pelos sistemas de saúde</p> <p>Linha de base (2014): 0 Meta (2019): 10</p>	<p>Esta meta não foi alcançada. Somente oito Estados Membros informaram ter um plano de recursos humanos para atenção à saúde ocular. É essencial que mais países elaborem tais planos, incentivando a redistribuição de recursos humanos e convertendo esses planos em ações concretas.</p>
Objetivo 2.2: Fortalecer a capacidade organizativa dos serviços públicos de oftalmologia para prestar serviços de atenção oftalmológica eficientes, acessíveis e de alta qualidade	
Indicador, linha de base e meta	Status
<p>2.2.1 Número de Estados Membros que estabeleceram um programa de fortalecimento dos serviços públicos de oftalmologia de acordo com o protocolo estabelecido pela OPAS</p> <p>Linha de base (2014): 3 Meta (2019): 12</p>	<p>Esta meta não foi alcançada. Apenas seis Estados Membros estão trabalhando no fortalecimento dos programas de serviços públicos de atenção à saúde ocular. Cada serviço exige a coleta de dados para a linha de base, uma visita inicial de avaliação, participação em um workshop de planejamento e duas visitas anuais de acompanhamento. A metodologia para melhorar a gestão e o processo foi padronizada.</p>
Objetivo 2.3: Incluir indicadores de saúde ocular nos sistemas de informação nacionais para monitorar a prestação de serviços de atenção oftálmica e sua qualidade.	
Indicador, linha de base e meta	Status
<p>2.3.1 Número de Estados Membros que incluem a cirurgia de catarata nos sistemas nacionais de informação</p> <p>Linha de base (2014): 1 Meta (2019): 7</p>	<p>Esta meta foi alcançada. Sete Estados Membros informaram haver incluído o número de cirurgias de catarata nos seus sistemas nacionais de informação em saúde; no entanto, os dados são coletados principalmente da rede pública, o que é um fator limitante para o cálculo de índices anuais.</p>

Linha estratégica de ação 3: Reduzir a cegueira e a deficiência visual em adultos

10. Espera-se que as melhorias recentes (administrativas e clínicas) nos serviços públicos de atenção à saúde ocular tenham impacto positivo sobre os serviços clínicos e cirúrgicos de catarata, retinopatia diabética e glaucoma. Durante este período, a cobertura efetiva da cirurgia de catarata (em inglês, eCSC) foi proposta como indicador substituto em vez do índice de cirurgia de catarata para medir o acesso aos serviços de catarata, uma vez que combina a cobertura com a qualidade da cirurgia de catarata, revela iniquidades no acesso aos serviços e resultados e fornece um indicador objetivo e facilmente mensurável da cobertura universal de saúde para os idosos (28). Este novo indicador foi adotado pela OMS em seu Relatório Mundial sobre a Visão em 2019 (29). Alguns países realizaram uma análise da situação usando a Ferramenta da OMS para Avaliação de Diabetes e Retinopatia Diabética para avaliar os níveis de prestação de serviços e identificar as lacunas a serem abordadas na garantia de acesso universal à atenção ao diabetes e à prevenção e tratamento da retinopatia diabética. Alguns serviços desenvolveram modelos de prestação para a detecção precoce e encaminhamento de pacientes com retinopatia diabética (27). Para melhorar o acesso aos serviços oftalmológicos, é necessário integrá-los a programas de saúde específicos (por exemplo, doenças não transmissíveis, saúde do adulto, atenção primária, reabilitação).

Objetivo 3.1: Reduzir a cegueira e o impedimento visual causados por catarata mediante a ampliação da cobertura da cirurgia de catarata para todos os segmentos da população e a aderência às normas de qualidade	
Indicador, linha de base e meta	Status
<p>3.1.1 Número de países que ultrapassaram um índice de cirurgia de catarata de 2.000 cirurgias por milhão de habitantes por ano</p> <p>Linha de base (2014): 19 Meta (2019): 27</p>	<p>Indicador medido até 2018 (dados de 2017): Os programas nacionais de atenção à saúde ocular tiveram sérias dificuldades em coletar o número de operações de catarata realizadas na rede privada, o que afetou a validade do indicador. Os países seguem coletando dados apenas da rede pública, o que limita a validade desse indicador.</p> <p>A coleta de dados referentes ao índice de cirurgia de catarata antes de 2014 foi realizada pelos comitês nacionais da iniciativa Vision 2020 (27). No futuro, os países serão convidados a usar o indicador eCSC(28) adotado pela OMS no Relatório Mundial sobre a Visão (29). O novo indicador mede o acesso e a qualidade dos serviços de catarata no contexto da cobertura universal de saúde.</p>

Objetivo 3.2: Reduzir a prevalência da cegueira causada por retinopatia diabética mediante o controle metabólico, a detecção precoce em indivíduos assintomáticos em risco e o tratamento oportuno e adequado	
Indicador, linha de base e meta	Status
<p>3.2.1 Número de países que realizaram uma análise de situação de seus serviços de retinopatia diabética</p> <p>Linha de base (2014): 5 Meta (2019): 11</p>	<p>Esta meta foi ultrapassada. No total, 13 países publicaram e enviaram uma avaliação de seus serviços de retinopatia diabética usando a ferramenta da OMS para promoção de causa e planejamento de serviços.</p>
<p>3.2.2 Número de países que notificam ter estabelecido modelos de atenção que integram os programas de detecção precoce e tratamento oportuno da retinopatia diabética como parte da atenção integral ao diabético</p> <p>Linha de base (2014): 0 Meta (2019): 7</p>	<p>Esta meta foi ultrapassada. Nove países estão implementando programas de triagem integrados à atenção primária e usando telemedicina para encaminhar pacientes com retinopatia diabética. Os modelos são padronizados em organizações não governamentais e hospitais públicos (25). Uma análise econômica para promover políticas baseadas em evidências ainda está pendente.</p>
Objetivo 3.3: Reduzir a incidência da cegueira causada pelo glaucoma de ângulo aberto mediante a detecção e o tratamento, especialmente em grupos de alto risco, como pessoas de ascendência africana, a população caribenha, as pessoas maiores de 40 anos e as pessoas com antecedentes familiares de glaucoma	
Indicador, linha de base e meta	Status
<p>3.3.1 Número de países que realizam programas de conscientização da comunidade a respeito do glaucoma</p> <p>Linha de base (2014): 9 Meta (2019): 15</p>	<p>Esta meta foi alcançada. 15 programas de atenção à saúde ocular de diferentes Ministérios da Saúde relataram a implementação de programas de conscientização da comunidade a respeito do glaucoma em populações de alto risco (por exemplo, pessoas com mais de 40 anos, afrodescendentes e pessoas com antecedentes familiares de glaucoma).</p>
<p>3.3.2 Número de países que notificam um aumento no índice de cirurgia de glaucoma</p> <p>Linha de base (2014): 0 Meta (2019): 7</p>	<p>Esta meta não foi alcançada. Nenhum país mediu o índice de cirurgia de glaucoma; os sistemas nacionais de informação em saúde não incluem a cirurgia de glaucoma; a coleta futura deste indicador pode não ser viável.</p>

Objetivo 3.4: Reduzir a deficiência visual mediante a detecção e o tratamento de defeitos de refração não corrigidos e presbiopia em adultos	
Indicador, linha de base e meta	Status
3.4.1 Número de países que incluem a detecção e tratamento da presbiopia em adultos em seus planos nacionais de saúde ocular e de saúde do idoso Linha de base (2014): 0 Meta (2019): 10	Esta meta foi ultrapassada. 13 Estados Membros estão incluindo a presbiopia nos seus programas nacionais de tratamento oftalmológico. Recomenda-se que futuras pesquisas de base populacional a respeito da atenção à saúde ocular avaliem a cobertura dos serviços de presbiopia.

Linha estratégica de ação 4: Reduzir a cegueira e a deficiência visual em crianças

11. Um número cada vez maior de países informa políticas nacionais sobre retinopatia da prematuridade (20, 23). Estas incluem: *a*) custos cobertos pelo governo federal; *b*) diretrizes nacionais para retinopatia da prematuridade; *c*) legislação que exige o exame oftalmológico em bebês prematuros; e *d*) sistemas de coleta ou monitoramento de dados para rastrear o número de recém-nascidos examinados/tratados. No total, 228 unidades de terapia intensiva neonatal na Região estão relatando indicadores de qualidade relativos à retinopatia da prematuridade (23) e, na maioria dos países, a cobertura de triagem e tratamento em nível subnacional varia entre 50% e 100% (23). Vários países têm programas nacionais para abordar os erros de refração em crianças em idade escolar e estão medindo o uso de óculos para avaliar a eficácia destes programas, com uma tendência crescente em alguns lugares (12). Os programas de saúde para crianças em idade escolar mostram as vantagens da abordagem intersetorial para garantir a sustentabilidade, alta cobertura e participação da comunidade escolar.

Objetivo 4.1: Reduzir a cegueira em crianças prematuras causada pela retinopatia da prematuridade mediante prevenção dos partos prematuros, atenção neonatal ideal e detecção e tratamento oportunos, o que pode prevenir mais da metade dos casos da cegueira em crianças por esta causa	
Indicador, linha de base e meta	Status
4.1.1 Número de Estados Membros que implementam uma política nacional para prevenção da retinopatia da prematuridade Linha de base (2014): 9 Meta (2019): 14	Esta meta foi ultrapassada. 15 países relataram a implementação de políticas nacionais para combater a retinopatia da prematuridade (20, 23). Estas incluem: <i>a</i>) custos cobertos pelo governo federal; <i>b</i>) diretrizes nacionais para retinopatia da prematuridade; <i>c</i>) legislação que exige o exame oftalmológico em bebês prematuros; e <i>d</i>) sistemas de coleta ou monitoramento de dados para rastrear o número de recém-nascidos examinados/tratados.

Objetivo 4.2: Reduzir a deficiência visual mediante a detecção e tratamento dos defeitos de refração não corrigidos em crianças em idade escolar e adolescentes mediante programas de triagem e manejo eficazes	
Indicador, linha de base e meta	Status
<p>4.2.1 Número de Estados Membros que estabeleceram modelos eficazes de programas intersetoriais para a saúde visual das crianças em idade escolar, de acordo com as normas promovidas pela OPAS</p> <p>Linha de base (2014): 1 Meta (2019): 7</p>	<p>Esta meta foi alcançada. Sete países estão implementando programas. Os principais determinantes para o sucesso são: <i>a)</i> políticas e programas liderados pelo Ministério da Educação, com o apoio do Ministério da Saúde; <i>b)</i> incorporação da atenção à saúde ocular em um pacote mais amplo de saúde escolar; <i>c)</i> programas com forte participação da comunidade escolar, inclusive professores, pais e filhos; e <i>d)</i> estratégias para aumentar o uso de óculos.</p>

Linha estratégica de ação 5: Reduzir o ônus da cegueira e da baixa visão funcional em todas as faixas etárias

12. A Repartição publicou evidências epidemiológicas (16) para ajudar os esforços de promoção de causa visando aumentar o número de serviços que tratam a BVF e prescrevem auxílios ópticos para a baixa visão, já que a maioria dos países agora possui serviços específicos para pessoas com esta condição. Durante esse período, um número maior de programas de residência em oftalmologia incorporou às suas grades curriculares a atenção à BVF, a fim de capacitar os futuros oftalmologistas para prestar cuidados básicos em casos simples e encaminhar os mais complexos para a subespecialidade de baixa visão ou visão subnormal. Esses esforços visam aumentar a conscientização, o acesso, a acessibilidade e o uso de serviços para visão subnormal, a fim de manter a funcionalidade das pessoas apesar da deficiência visual.

Objetivo 5.1: Prestar atenção e serviços integrais às pessoas com baixa visão funcional mediante a atenção integral oftalmológica clínica, atenção especializada para a baixa visão com auxílios ópticos, reabilitação e serviços educacionais	
Indicador, linha de base e meta	Status
<p>5.1.1 Número de países que contam com serviços para tratar a baixa visão funcional no ano de 2019</p> <p>Linha de base (2014): 21 Meta (2019): 25</p>	<p>Esta meta não foi alcançada. 23 países informaram contar com serviços para a baixa visão na rede pública ou não governamental. Alguns países são pequenos demais para ter um serviço específico para BVF; nesses países, os oftalmologistas ou optometristas precisam ser capacitados para fornecer cuidados básicos às pessoas com baixa visão.</p>

Objetivo 5.1: Prestar atenção e serviços integrais às pessoas com baixa visão funcional mediante a atenção integral oftalmológica clínica, atenção especializada para a baixa visão com auxílios ópticos, reabilitação e serviços educacionais	
Indicador, linha de base e meta	Status
<p>5.1.2 Número de países que incluem o tema da baixa visão funcional como parte do currículo da residência em Oftalmologia e nos exames de certificação de oftalmologistas e optometristas</p> <p>Linha de base (2014): 1 Meta (2019): 7</p>	<p>Esta meta foi alcançada. Sete países relataram incluir a capacitação em atendimento a pessoas com BVF em seus programas de residência. A conscientização e o conhecimento entre os profissionais de oftalmologia aumentam a detecção e os encaminhamentos para a reabilitação.</p>
Objetivo 5.2: Assegurar que as pessoas cegas e com deficiência visual tenham acesso a programas de reabilitação e a oportunidades de educação, em conformidade com os instrumentos universais e regionais de direitos humanos, tais como a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência	
Indicador, linha de base e meta	Status
<p>5.2.1 Número de Estados Membros que formularam e/ou revisaram legislação e planos nacionais que favoreçam a educação inclusiva das crianças com deficiência visual, em conformidade com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da Convenção sobre os Direitos da Criança, no ano de 2019</p> <p>Linha de base (2014): 10 Meta (2019): 15</p>	<p>Esta meta não foi alcançada. Não houve novos países relatando progresso neste indicador. É preciso fortalecer os vínculos com programas de reabilitação para que se avance rumo ao objetivo.</p>

Lições aprendidas

13. Durante o período de vigência do plano de ação, houve um progresso notável na prevenção, detecção e tratamento da retinopatia da prematuridade. O principal determinante do sucesso foi o fato de neonatologistas e pediatras se tornarem os principais interessados no programa em alguns países. Uma situação semelhante com profissionais de saúde que atuam no tratamento do diabetes, pacientes idosos e crianças em idade escolar aumentará a sustentabilidade e a eficácia desses programas.

14. A maior eficiência é amplamente aceita como um dos quatro objetivos essenciais dos sistemas de saúde, com vistas a aumentar o acesso aos serviços com qualidade. Melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços públicos exige um forte compromisso das autoridades sanitárias nacionais e locais, com orientação e aconselhamento permanente e constante das autoridades nacionais e da Repartição, visando melhorar o desempenho dos serviços e as práticas dos funcionários (30, 31).

15. A abordagem do setor da educação para informar e encorajar a comunidade escolar a respeito de programas relacionados à saúde foi eficaz. Uma abordagem intersectorial entre saúde e educação aumentaria a eficácia e a sustentabilidade dos programas de saúde para crianças em idade escolar.

16. O desenvolvimento e a implementação de políticas exigem um processo que inclua a geração de evidências para promover diretrizes e políticas nacionais. A persistência e a defesa dos interesses de grupos nacionais são fundamentais para alcançar esse objetivo, enquanto a Repartição desempenha o papel de catalisadora em mudança de políticas.

17. A iniquidade na prestação de serviços às populações rurais e pobres é a principal causa de cegueira e deficiência visual. Melhorar os serviços públicos e a distribuição de recursos em nível subnacional aumentaria o acesso a tais serviços para todas as pessoas, reduzindo a deficiência visual e a cegueira.

Ação necessária para melhoria da situação

18. Para alcançar a atenção universal à saúde ocular, são necessárias as seguintes etapas:

- a) *Integrar o atendimento oftalmológico à atenção à saúde:* A integração do atendimento oftalmológico à cobertura universal de saúde contribuirá para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, integrando-os aos programas de saúde relevantes (por exemplo, atenção materno-infantil, programas para crianças em idade escolar, manejo do diabetes e o programa e setores de envelhecimento saudável (por exemplo, social, educação, trabalho). Especificamente, a integração do atendimento oftalmológico à atenção primária à saúde melhoraria o acesso pelas populações vulneráveis e contribuiria para reduzir as iniquidades no acesso aos serviços.
- b) *Promover a implementação de serviços públicos de oftalmologia com qualidade:* Melhorar a eficiência, a prestação de contas, a qualidade e a cultura institucional dos serviços públicos de saúde ocular é uma das estratégias mais eficazes para melhorar o acesso da população de baixa renda, pois diminui alguns problemas da rede pública, como as filas de espera.
- c) *Aumentar a conscientização, envolver e capacitar pessoas e comunidades:* Para favorecer estilos de vida saudáveis e aumentar a demanda por serviços de saúde ocular, é necessário aumentar a conscientização da comunidade sobre a disponibilidade de intervenções eficazes que atendam às necessidades de saúde ocular ao longo do curso da vida e envolver e empoderar o público, especialmente as populações subatendidas,.
- d) *Promover pesquisas de alta qualidade para apoiar políticas nacionais baseadas em evidências:* Dados epidemiológicos, avaliações de sistemas e serviços e pesquisa baseada em soluções podem ser usados para definir políticas e estratégias realistas que podem ser traduzidas em ações eficazes.

- e) *Desenvolver e manter recursos humanos para a atenção à saúde ocular:* Avaliações periódicas da distribuição de recursos humanos em nível subnacional podem identificar iniquidades, com vistas à implementação de programas para suprir lacunas. Isso inclui a criação de programas de residência orientados para cirurgia em regiões carentes, aumento de vagas para candidatos de áreas rurais e capacitação destes para trabalhar em hospitais de baixa complexidade com pouca tecnologia. As políticas nacionais devem incluir estratégias de contratação e retenção para áreas pobres e rurais, incluindo incentivos financeiros, boas condições de trabalho e educação médica continuada. É preciso fortalecer um senso de vocação e missão do médico nas escolas de medicina.

Ação do Conselho Diretor

19. Em vista das circunstâncias extraordinárias e sem precedentes em decorrência da pandemia de COVID-19, e em conformidade com a resolução CE166.R7, este documento será publicado apenas para fins de informação e não será discutido pelo Conselho Diretor.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014–2019 [Internet]. 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington (D.C.). Washington (D.C.): OPAS; 2013 (Documento oficial OD345). Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-OD345-p.pdf>
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a prevenção da cegueira e das deficiências visuais. [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington (D.C.). Washington (D.C.): PAHO; 2014. (Documento CD53/11). Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=53-conselho-diretor-7006&alias=26727-cd53-11-p-727&Itemid=270&lang=en
3. Leasher J, Braithwaite T, Furtado J, Flaxman S, Lansingh V, Silva JC, et al. Prevalence and causes of vision loss in Latin America and the Caribbean in 2015: magnitude, temporal trends and projections. *Br J Ophthalmol* 2019;103(7):1–9.
4. López M, Brea I, Yee R, Yi R, Carles V, Broce A, et al. Encuesta de ceguera y deficiencia visual evitable en Panamá. *Rev Panam Salud Publica* 2014;36(6):355–60.
5. Silva, J. National surveys of avoidable blindness and visual impairment in Argentina, El Salvador, Honduras, Panama, Peru, and Uruguay. *Rev Panam Salud Publica* 2014; 36(4):2009–13.

6. Alvarado D, Rivera B, Lagos L, Ochoa M, Starkman I, Castillo M, et al.. Encuesta nacional de ceguera y deficiencia visual evitables en Honduras. *Rev Panam Salud Publica* 2014;36(5):300–5.
7. Rius A, Guisasola L, Sabidó M, Leasher JL, Moriña D, Villalobos A, et al. Prevalence of visual impairment in El Salvador: inequalities in educational level and occupational status. *Rev Panam Salud Publica* 2014;36(5):290–9.
8. Campos B, Cerrate A, Montjoy E, Dulanto Gomero V, Gonzalez C, Tecse A, et al.. Prevalencia y causas de ceguera en Perú: encuesta nacional. *Rev Panam Salud Publica* 2014;36(5):283–9.
9. Gallarreta M, Furtado JM, Lansingh VC, Silva JC, Limburg H. Rapid assessment of avoidable blindness in Uruguay: results of a nationwide survey. *Rev Panam Salud Publica* 2014;36(4):219–24.
10. Barrenechea R, de la Fuente I, Plaza RG, Flores N, Segovia L, Villagómez Z, et al. Encuesta nacional de ceguera y deficiencia visual evitable en Argentina, 2013. *Rev Panam Salud Publica* 2015;37(1):7–12.
11. Silva JC, Diaz MA, Maul E, Muñoz BE, West SK. Population-based study of Trachoma in Guatemala. *Ophthalmic Epidemiol* 2015;22(3): 231-6.
12. Barria F, Conte F, Muñoz S, Leasher JL, Silva JC. Prevalence of refractive error and spectacle coverage in schoolchildren in two urban areas of Chile. *Rev Panam Salud Publica* 2018;42:e61.
13. Serrano GM, Salazar AR, Figueroa OL, Monzón A, Yee M, Yee JF, et al. National survey of blindness and visual impairment in Guatemala, 2015. *Arq Bras Oftalmol* 2019;82(2):91-7.
14. Leasher J, Lansingh V, Flaxman S, Jonas J, Keeffe J, Naidoo K, et al. Prevalence and causes of vision loss in Latin America and the Caribbean: 1990-2010. *Br J Ophthalmol* 2014;98(5):619-28.
15. Silva JC, Mújica OJ, Vega E, Barcelo A, Lansingh VC, McLeod J, et al. A comparative assessment of avoidable blindness and visual impairment in seven Latin American countries: prevalence, coverage, and inequality. *Rev Panam Salud Publica* 2015;37(1):13–20.
16. Limburg H, Espinoza R, Lansingh VC, Silva JC. Functional low vision in adults from Latin America: findings from population-based surveys in 15 countries. *Rev Panam Salud Publica* 2015;37(6):371–8.

17. Bourne RRA, Flaxman SR, Braithwaite T, Cicinelli MV, Das A, Jonas JB, 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; *Lancet Glob Health* 2017;5(9):e888-e897.
18. Flaxman SR, Bourne RRA, Resnikoff S, Ackland P, Braithwaite T, Cicinelli MV, et al. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990-2020: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2017;5(12):e1221-e1234.
19. von-Bischhoffshausen FB, Munoz B, Riquelme A, Ormeno MJ, Silva JC. Spectacle-Wear Compliance in School Children in Concepcion Chile. *Ophthalmic Epidemiol*, 2014;21(6) :362-9.
20. Arnesen L, Durán P, Silva J, Brumana L. A multi-country, cross-sectional observational study of retinopathy of prematurity in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica* 2016;39(6):322–29.
21. Hariharan L, Gilbert CE, Quinn GE, Barg FK, Lomuto C, Quiroga A, et al. Reducing Blindness from Retinopathy of Prematurity (ROP) in Argentina Through Collaboration, Advocacy and Policy Implementation. *Health Policy Plan* 2018;33(5):654-65.
22. Ramke J, Zwi A, Silva JC, Mwangi N, Rono H, Gichangi M. et al. Evidence for national universal eye health plans. *Bull World Health Organ*. [online] 2018;96(10):695–704. Disponível em inglês em: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.213686>
23. Silva JC, Zin A, Gilbert C. Retinopathy of prematurity prevention, screening and treatment programmes. *Seminars in Perinatology* [online] 2019;43(6):348-351. Disponível em inglês em: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2019.05.007>
24. Hong H, Mújica OJ, Anaya J, Lansingh V, Lopez E, Silva JC. The Challenge of Universal Eye Health in Latin America: distributive inequality of ophthalmologists in 14 countries. *BMJ Open* [online] 2016;6(11). Disponível em inglês em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/11/e012819>
25. Salamanca O, Geary A; Suárez N, Benavent S, Gonzalez M. Implementation of a diabetic retinopathy referral network, Peru. *Bull World Health Organ*. [online] 2018;96(10):674–81 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.212613>
26. Organização Pan-Americana da Saúde. Guía de práctica clínica para el manejo de la prematuridad. Washington, DC: OPAS; 2018. Disponível em espanhol em espanhol em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34948/9789275320020_spa.pdf?sequence=6

27. Batlle JF, Lansingh VC, Silva JC, Eckert KA, Resnikoff S. The cataract situation in Latin America: barriers to cataract surgery. *Am J Ophthalmol* [online] 2014;158(2):242-50. Disponível em inglês em: https://www.researchgate.net/publication/262050933_The_Cataract_Situation_in_Latin_America_Barriers_to_Cataract_Surgery
28. Ramke J, Gilbert CE, Lee AC, Ackland P, Limburg H, Foster A. Effective cataract surgical coverage: An indicator for measuring quality-of-care in the context of Universal Health Coverage. *PloS One*. 2017;12(3):e0172342.
29. Organização Mundial da Saúde. Informe mundial sobre la visión. Ginebra: OMS; 2019. Disponível em espanhol em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331423/9789240000346-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Organização Mundial da Saúde. Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000. Disponível em espanhol em: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1
31. Organização Mundial da Saúde. Everybody’s business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO Framework for action. Ginebra: OMS; 2000. Disponível em inglês em: https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf?ua=1
