

154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 16 a 20 de junho de 2014

Tema 4.9 da Agenda Provisória

CE154/18
2 de abril de 2014
Original: espanhol

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

Introdução

1. De acordo com cálculos da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, mais de 26 milhões de pessoas na Região das Américas sofriam de algum impedimento visual. Destas, mais de 3 milhões eram cegas, e a maioria tinha mais de 50 anos. Por outro lado, cerca de 80% dos casos poderiam ter sido evitados (1). As evidências recentes indicam que, graças à execução de programas de prevenção da cegueira na Região, a prevalência da cegueira e das deficiências visuais tem diminuído. Porém, a catarata não operada continua sendo a causa mais importante de cegueira, enquanto que os defeitos de refração não corrigidos são a causa principal de impedimento visual (2). Apesar da importante redução da prevalência da cegueira e das deficiências visuais na Região e no âmbito mundial (3), o aumento da população e seu envelhecimento representam um desafio, pois a demanda por serviços não para de aumentar.

2. Para responder a este problema, no ano de 2013, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou o Plano de ação para a prevenção da cegueira e deficiência visual, 2014-2019 *Salud ocular universal: un plan de acción mundial para 2014-2019* (4). O Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 (5), aprovado pelo Conselho Diretor em 2013, também prioriza a saúde ocular no contexto da redução das incapacidades passíveis de prevenção, do acesso aos serviços de reabilitação e da promoção do melhoramento da saúde e das condições de vida.

3. Com a elaboração deste Plano para a prevenção da cegueira e das deficiências visuais 2014-2019, a Organização responde aos desafios indicados anteriormente mediante a orientação de ações concretas para atender as prioridades em matéria de prevenção da cegueira próprias da Região. O plano de ação 2014-2019 tem como objetivo manter e intensificar os esforços dos Estados Membros, da Repartição Sanitária Pan-Americana e dos parceiros internacionais para continuar melhorando a saúde ocular e prevenir a cegueira e os impedimentos visuais evitáveis.

Antecedentes

4. Em 2009, o Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovou o Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais Evitáveis, CD49/19 (6), mediante a resolução CD49.R11 para abordar as prioridades regionais. O programa de saúde ocular da Organização Pan-Americana da Saúde gerou e utilizou evidência epidemiológica e sobre a prestação de serviços para aumentar o compromisso político e financeiro dos Estados Membros. Também vem elaborando documentação sobre boas práticas e apoiando tanto a formulação de políticas, planos e programas nacionais como o fortalecimento dos serviços e sistemas de saúde ocular, que contribuem para melhorar o acesso universal à saúde ocular.

5. O *Plano de ação para a prevenção da cegueira e da deficiência visual, 2014-2019*, aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde em 2013, insta os Estados Membros a: consolidar seus esforços mediante a integração da saúde ocular nos sistemas nacionais de saúde; gerar evidência; e formular planos e políticas e outras estratégias com o propósito de reduzir a cegueira em 25% até 2019, com relação à linha de base do ano 2010 (4).

6. O Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 (5), aprovado pelo Conselho Diretor em 2013, inclui a prevenção da deficiência visual e da cegueira como um dos resultados previstos. A proposta de Plano de ação para a prevenção da cegueira e das deficiências visuais, 2014-2019 é uma atualização do Plano aprovado pelo Conselho Diretor da OPAS em 2009 com a incorporação dos novos compromissos estabelecidos pelo Plano Mundial da OMS e pelo Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. Na elaboração do Plano foi utilizado um método altamente participativo, com contribuições dos representantes dos Ministérios da Saúde das Américas convocados para participar de uma oficina realizada em Quito (Equador), de 23 a 25 de abril de 2013. Também foram recebidas contribuições de grupos de especialistas, centros colaboradores e parceiros internacionais.

Análise da Situação

7. Na América Latina, a prevalência da cegueira em pessoas com mais de 50 anos varia de 1% nas zonas urbanas com bom desenvolvimento socioeconômico a mais de 4% nas zonas rurais e periféricas. A principal causa da cegueira é a catarata (7), que continua sendo um problema de saúde pública nas zonas desatendidas pelos sistemas de saúde (8). Outras causas importantes da cegueira são a retinopatia diabética e o glaucoma (7). No Caribe, onde a incidência de deficiência visual é alta, a catarata e o glaucoma causam 75% dos casos de cegueira, e diabetes é um fator determinante na perda da visão (9). A retinopatia da prematuridade ocorre nos países de renda média e vem progressivamente ocorrendo em proporções epidêmicas em países de baixa renda, devido à atenção neonatal não ideal (10), e foi identificada como uma causa importante de cegueira na Região (11); a incidência varia de acordo com o grau de desenvolvimento da atenção neonatal (12).

8. Os programas nacionais com apoio técnico internacional embasado nos planos e resoluções da OPAS e da OMS têm alcançado resultados significativos. Os países que formulam e executam um plano nacional de saúde visual notificam reduções na prevalência da cegueira e dos impedimentos visuais, além de um aumento na cobertura de serviços (13). Quase metade dos países já realizaram uma pesquisa sobre a cegueira evitável, que demonstra as necessidades pendentes de atenção; a catarata continua sendo a causa principal da cegueira e seu maior ônus de doença se encontra nas zonas rurais e periféricas (8). Na maioria dos países há oftalmologistas em número suficiente para atender às necessidades, mas existe um desequilíbrio de distribuição, com uma maior concentração de profissionais nas zonas com um maior produto interno bruto per capita, como já foi documentado em alguns países (14).

9. Na última década, foram alcançadas melhorias no acesso aos serviços, como demonstrado pelo aumento da média regional e, nos países, com índices mais altos de cirurgia de catarata (15). No ano 2012, 19 países já haviam alcançados um índice de cirurgia de catarata de 2.000 por milhão de habitantes por ano (5), o que continua sendo insuficiente para controlar a cegueira e os impedimentos visuais atribuíveis à catarata (16); além disso, a qualidade da cirurgia na Região não é ótima (17). Na América Latina, há evidências de igualdade de gênero na cobertura dos serviços de cirurgia de catarata (18).

10. A prevalência de retinopatia diabética que pode levar à cegueira é mais alta nos latino-americanos do que em outros grupos populacionais (19), e chega a responder por até 16% dos casos da cegueira em âmbito nacional (7). Em Barbados, 18% das pessoas de ascendência africana com idade entre os 40 e os 84 anos informam que são diabéticas; entre as pessoas diabéticas, 30% desenvolvem retinopatia diabética e 1% sofrem de retinopatia diabética proliferativa, com altíssimo risco de evolução para cegueira (20). Atualmente, cinco Estados Membros já fizeram uma análise da situação dos serviços de retinopatia diabética para servir como base para intervenções futuras.

11. Na América Latina, a prevalência de glaucoma varia entre 1% e 3,4% em pessoas maiores de 50 anos e chega a responder por 15% a 20% dos casos de cegueira nos países com mais ascendência africana (7). No Caribe, a prevalência de glaucoma de ângulo aberto em pessoas com mais de 40 anos é superior a 7% (9), sendo uma causa importante de perda de visão e a principal causa de cegueira irreversível (20). Em 2013, nove países notificaram que estão implementando programas de informação, comunicação e educação em matéria de glaucoma, mas as taxas de cirurgia de glaucoma na Região ainda são muito baixas (21).

12. Com a crescente sobrevivência dos recém-nascidos prematuros na Região, vem sendo empreendidos esforços para estabelecer programas destinados a prevenir, detectar e tratar a retinopatia da prematuridade (10), e nos países já se observa o impacto das intervenções para redução da cegueira por esta causa (22). Em 2013, havia nove países com políticas nacionais para prevenir a cegueira por retinopatia da prematuridade e 22 países

informaram que já tinham programas, pois foi reconhecido que o ônus social da cegueira supera amplamente os custos do tratamento (23). Calcula-se que, na América Latina, 7% das crianças que frequentam a escola podem necessitar de correção óptica (24). Atualmente, a maioria dos países da Região contam com programas para correção de defeitos de refração em crianças que frequentam a escola; no entanto, alguns estudos mostram que a aderência ao tratamento é inadequada (25).

13. A baixa visão funcional ocorre quando uma pessoa, apesar de receber tratamento cirúrgico ou correção óptica, não consegue uma visão ótima, mas ainda assim é potencialmente capaz de realizar uma tarefa com esse grau de visão. Estima-se que perto dos 2% dos adultos maiores de 50 anos tenham visão funcional baixa que exija atenção, auxílios ópticos especiais e reabilitação. Certas doenças infecciosas, como o tracoma e a oncocercose, não são causas importantes de cegueira na Região (7) e são administradas pelo programa de doenças infecciosas desatendidas da OPAS; portanto, não são contempladas neste Plano de ação.

Proposta

14. O objetivo geral do Plano é reduzir a deficiência visual evitável como problema de saúde pública e garantir o acesso aos serviços de reabilitação para os deficientes visuais. O propósito do Plano de ação é alcançar o objetivo geral mediante o melhoramento do acesso a serviços integrais de atenção oftálmica que estejam integrados aos sistemas de saúde e, com isso, contribuir ao resultado intermediário 2.4 e ao indicador 2.4.2 do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. O Plano propõe a geração de evidências para aumentar o compromisso político e financeiro com relação à saúde ocular, fortalecer a capacidade dos serviços e estimular a liderança e a governança dos Ministérios da Saúde, mediante a formulação de políticas, planos ou normas, exercendo uma função de supervisão e mobilizando a participação dos interessados.

15. Os objetivos do Plano são uma combinação de tratamento, promoção, prevenção e reabilitação que deve concentrar-se nas populações desatendidas pelos sistemas de saúde, com um enfoque de curso de vida, dando ênfase aos recém-nascidos prematuros, às crianças em idade escolar e aos adultos maiores de 50 anos, que representam a população em risco de perder a visão. As ações serão executadas mediante cooperação interprogramática; o programa de catarata será abordado conjuntamente com o programa do idoso; o de retinopatia da prematuridade com o Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR); e o manejo do paciente diabético; com o programa de doenças não transmissíveis.

Linha Estratégica 1: Governança da saúde visual por parte das autoridades sanitárias

16. Obtém-se a governança mediante a geração e uso de evidências, documentando a situação epidemiológica através de pesquisas populacionais, estudos do acesso e da qualidade da prestação de serviços, estudos de boas práticas, e formulação de planos,

políticas e programas de saúde ocular. A saúde ocular deverá ser incorporada aos sistemas nacionais de saúde pelo curso da vida, como já o são a atenção neonatal, a saúde das crianças em idade escolar, a saúde familiar, as doenças crônicas, a saúde do idoso e a atenção primária à saúde. As estratégias e os planos nacionais devem ser atualizados periodicamente de acordo com análises situacionais e uso de indicadores de progresso incorporados nos sistemas de informação. Para o acompanhamento da implementação das políticas, planos e programas, recomenda-se designar um coordenador nacional ou um comitê de saúde ocular que incentive a participação multissetorial e as alianças de colaboração nacional e internacional.

17. A Repartição impulsionará a pesquisa e a geração de evidências para fundamentar a política de saúde ocular e contribuirá com ferramentas e assessoramento técnico para a realização de pesquisas populacionais: avaliações dos serviços, análises de boas práticas, formulação, aplicação e seguimento de políticas, planos e programas nacionais e subnacionais, e incorporação de indicadores e metas nacionais de saúde ocular aos sistemas nacionais de saúde e de informação. Também poderá apoiar e catalisar os diálogos de política em âmbito nacional, setorial e intersetorial e a cooperação entre países. Os parceiros internacionais darão apoio aos países e à Repartição e identificarão e contribuirão com recursos adicionais, produzirão materiais educacionais e organizarão oficinas regionais e nacionais de capacitação e de intercâmbio de experiências.

Objetivo 1.1: Aumentar os dados científicos epidemiológicos e de serviços que são utilizados para potenciar e reforçar o compromisso político e financeiro dos Estados Membros na esfera da saúde ocular.

Indicadores:

- 1.1.1 Número de estudos populacionais de prevalência de impedimentos visuais realizados pelos Estados Membros.
(Linha de base: 18 em 2014. Meta para 2019: 24 realizados e publicados)
- 1.1.2 Número de países que realizaram e publicaram uma avaliação dos serviços de atenção oftálmica.
(Linha de base: 3 em 2014. Meta para 2019: 10)

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.

Indicadores:

- 1.2.1 Número de Estados Membros que apresentam relatórios anuais sobre a implementação das políticas, planos e programas de saúde ocular.
(Linha de base: 17 em 2014. Meta para 2019: 25)

- 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.
(Linha de base: 14 em 2014. Meta para 2019: 20)
- 1.2.3 Número de Estados Membros que informam sobre a integração da saúde ocular nos planos e orçamentos nacionais de saúde.
(Linha de base: 0 em 2014. Meta para 2019: 15)
- 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.
(Linha de base: 0 em 2014. Meta para 2019: 10)

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

18. Saúde ocular universal significa que todas as pessoas que necessitam de serviços de qualidade os obtêm; isto supõe que os serviços devem estar disponíveis perto das pessoas, devem contar com instalações, recursos humanos, insumos e produtos adequados, que os custos não sejam uma barreira para os usuários e que os serviços sejam de alta qualidade e eficiência. Os Estados Membros deverão buscar mecanismos de distribuição equitativa dos recursos humanos em âmbito subnacional mediante a descentralização dos serviços de oftalmologia aos hospitais regionais, o fortalecimento da atenção ocular primária e a manutenção das normas de qualidade.

19. Há uma necessidade premente de fortalecer os processos gerenciais e administrativos nos serviços públicos de oftalmologia para melhorar sua qualidade, eficácia e eficiência, e também de incorporar a cirurgia de catarata como evento de notificação compulsória nos sistemas nacionais de informação e nos relatórios anuais. O Escritório proporcionará conhecimentos técnicos e apoio para o melhoramento dos serviços de oftalmologia e estratégias para fortalecer a supervisão e avaliação do desempenho, promoverá a adoção de normas de qualidade e a incorporação da saúde ocular nos sistemas de informação para fazer o seguimento e medir o progresso. Os parceiros internacionais prestarão apoio técnico, providenciarão capacitação e compilarão informações.

Objetivo 2.1: Criar e manter uma força de trabalho capacitada, produtiva e distribuída de maneira equitativa em nível nacional e subnacional.

Indicadores:

- 2.1.1 Número de países que realizam avaliações periódicas da disponibilidade de pessoal de atenção oftálmica em nível subnacional.
(Linha de base: 1 em 2014. Meta para 2019: 15)

- 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.
(Linha de base: 0 em 2014. Meta para 2019: 10)

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:

- 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.
(Linha de base: 3 em 2014. Meta para 2019: 12)

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:

- 2.3.1 Número de Estados Membros que incluem a cirurgia de catarata nos sistemas nacionais de informação.
(Linha de base: 1 em 2014. Meta para 2019: 7)

Linha Estratégica 3: Reduzir a cegueira e a deficiência visual em adultos

20. Para reduzir a cegueira em adultos, os Estados Membros deverão fortalecer o sistema de atenção ocular primária para detectar e encaminhar as pessoas maiores de 50 anos com deficiência visual, motivar os pacientes diabéticos a fazerem o exame de retina anualmente e motivar as pessoas maiores de 40 anos com fatores de risco para o glaucoma a fazerem exames oftalmológicos periódicos. Para reduzir as listas de espera, faz-se necessário organizar centros de alto volume e qualidade de cirurgia de catarata que resolvam a maior parte dos casos; a atenção oftalmológica deverá ser descentralizada com serviços de cirurgia de catarata nos hospitais regionais. Todos os serviços de cirurgia de catarata devem estabelecer um sistema de qualidade e produtividade cirúrgica. Conforme a composição da população nos países, os índices de cirurgia de catarata devem estar entre 3.400 e 9.000 por milhão de habitantes por ano (16); atualmente, ainda há um grande número de países da Região que têm índices inferiores a 2.000.

21. O tratamento com laser consegue deter ou evitar a evolução da retinopatia diabética em 90% dos casos; portanto, faz-se necessário incorporar a detecção e o manejo da retinopatia diabética na atenção integral ao paciente diabético. Os serviços oftalmológicos devem ser fortalecidos para que realizem o diagnóstico e tratamento da retinopatia diabética e do glaucoma; também devem-se incluir os medicamentos para seu tratamento nas listas de medicamentos essenciais. É preciso organizar campanhas

educacionais para a população com fatores de risco através da atenção primária à saúde e dos meios de comunicação. A Repartição prestará cooperação e, junto com os ministérios e parceiros internacionais, elaborará modelos padronizados de procedimentos, tecnologia, formação de recursos humanos, gestão e pesquisa e dará apoio aos países para a compilação, análise e publicação de dados. Os parceiros internacionais elaborarão materiais educacionais e programas de treinamento de recursos humanos e darão seu apoio para a identificação e aquisição de tecnologias apropriadas.

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:

3.1.1 Número de países que ultrapassaram um índice de cirurgia de catarata de 2.000 cirurgias por milhão de habitantes por ano.
(Linha de base: 19 em 2014. Meta para 2019: 27)

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.

Indicadores:

3.2.1 Número de países que realizaram uma análise de situação de seus serviços de retinopatia diabética.
(Linha de base: 5 em 2014. Meta para 2019: 11)

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.
(Linha de base: 0 em 2014. Meta para 2019: 7)

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.

Indicadores:

3.3.1 Número de países que realizam programas de conscientização da comunidade a respeito ao glaucoma.
(Linha de base: 9 em 2014. Meta para 2019: 15)

3.3.2 Número de países que notificam um aumento no índice de cirurgia de glaucoma.
(Linha de base: 0 ao 2014. Meta para 2019: 7)

Objetivo 3.4: Reduzir a deficiência visual mediante a detecção e o tratamento de defeitos de refração não corrigidos e presbiopia em adultos.

Indicador:

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: 0 em 2014. Meta para 2019: 10)

Linha Estratégica 4: Reduzir a cegueira e a deficiência visual em crianças

22. Para reduzir a incidência da cegueira em crianças, é preciso formular programas para melhorar a qualidade da atenção neonatal e a prevenção, detecção e tratamento da retinopatia da prematuridade mediante a aderência às normas, diretrizes e protocolos internacionais em todos os níveis da atenção neonatal. Também é preciso fortalecer os recursos humanos, os processos, a qualidade do atendimento, os equipamentos e o trabalho em rede das unidades de terapia intensiva neonatal. A fim de assegurar a qualidade, devem-se estabelecer sistemas de vigilância e monitoramento baseados nos sistemas de informação de atenção neonatal e incluir as normas ideais de atenção nos critérios de habilitação de leitos de unidades neonatais.

23. Os programas de saúde visual que são eficazes para as crianças em idade escolar são intersetoriais, de longo prazo e estão incorporados em programas de saúde da criança em idade escolar que usam protocolos para melhorar a eficácia e a aderência ao uso de óculos, que devem estar disponíveis e acessíveis. A Repartição empreenderá atividades de promoção para que a retinopatia seja incluída nos programas de atenção à saúde do recém-nascido, promoverá o desenvolvimento dos recursos humanos e a aplicação das diretrizes regionais de atenção neonatal e oftálmica. Também gerará estudos e evidências para melhorar a eficácia dos programas para defeitos de refração em crianças de idade escolar e facilitará o diálogo intersetorial entre o setor da saúde e o setor da educação. Os parceiros internacionais identificarão novas ferramentas para o desenvolvimento de programas, tais como a telemedicina para diagnóstico ou o uso de agentes farmacológicos para tratamento da retinopatia da prematuridade, elaboração de kits de materiais para formação e educação e capacitação dos recursos humanos mediante cursos e oficinas.

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:

4.1.1 Número de Estados Membros que implementam uma política nacional para prevenção da retinopatia da prematuridade.
(Linha de base: 9 em 2014. Meta para 2019: 14)

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:

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.

(Linha de base: 1 em 2014. Meta para 2019: 7)

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

24. Obtém-se o fortalecimento das estratégias para a abordagem da baixa visão e da cegueira mediante alianças nacionais entre o setor da saúde, o poder legislativo e o setor da educação, em conformidade com instrumentos de direitos humanos aplicáveis à saúde e à deficiência. Deve-se fortalecer a atenção à baixa visão funcional mediante sua inclusão nos sistemas de saúde, de previdência social e de informação. Isto também pode ser conseguido com a capacitação de equipes multidisciplinares, dando prioridade às zonas desatendidas e facilitando a aquisição de auxílios ópticos, todas as quais devem ser realizadas incorporando os instrumentos de direitos humanos aplicáveis à saúde e à deficiência como parte das ferramentas de aprendizagem. Deve-se promover perante os Ministérios de Educação a oferta de programas educacionais que incluam as crianças e programas de reabilitação (adaptação à cegueira) para adultos com deficiência visual, em conformidade com a Convenção sobre os Direitos da Criança e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

25. A Repartição promoverá a inclusão da baixa visão funcional na revisão da CID-10 e realizará uma avaliação da situação dos serviços de reabilitação visual e educação para as pessoas com baixa visão ou cegueira da Região. A Repartição também empreenderá atividades de promoção de causa em prol da formulação de políticas, planos e leis baseadas na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência para favorecer a educação inclusiva e os programas de reabilitação. Os parceiros internacionais realizarão atividades de capacitação de recursos humanos, promoverão atividades relacionadas à baixa visão entre os oftalmologistas e os optometristas e promoverão a inclusão do tema no currículo de formação de profissionais de saúde visual. Também promoverão o estabelecimento de centros regionais de capacitação e estabelecerão um sistema de aquisição de auxílios para a baixa visão a fim de torná-los acessíveis.

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.

Indicadores:

- 5.1.1 Número de países que contam com serviços para tratar a baixa visão funcional no ano de 2019.
(Linha de base: 21 em 2014. Meta para 2019: 25)
- 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.
(Linha de base: 1 em 2014. Meta para 2019: 7)

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:

- 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.
(Linha de base: 10 em 2014. Meta para 2019: 15)

Avaliação e Seguimento

26. Os resultados deste plano poderão ser medidos através dos indicadores, que contam com uma linha de base e uma meta para o ano de sua conclusão (2019). A coleta de dados será baseada nos sistemas nacionais de informação e em outros métodos de compilação que vêm sendo usados com os Estados Membros, associações, sociedades científicas e comitês nacionais de saúde visual, que respondem a um questionário anual enviado pela OPAS. Ao final de cada biênio, serão apresentados relatórios de seguimento e análise à Gerência Executiva da OPAS e, no ano 2019, preparar-se-á um relatório para os Órgãos Diretores da Organização.

Implicações Financeiras

27. O custo total estimado da implementação da resolução em todo seu período de vigência, de 2014 a 2019, inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades e atinge a soma de US\$1.700.000¹, dos quais \$1.400.000 correspondem à OPAS e \$300.000 às entidades associadas.

¹ Salvo indicação em contrário, todas as cifras monetárias citadas neste relatório estão expressas em dólares dos Estados Unidos.

Intervenção do Comitê Executivo

28. Solicita-se ao Comitê Executivo que aprove o Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais 2014-2019 e que considere o respectivo projeto de resolução (Anexo A).

Anexos

Referências

1. World Health Organization. Global data on visual impairments 2010 [Internet]. Genebra: OMS; 2012 (documento WHO/NMH/PBD/12.01). Disponível em: <http://www.who.int/blindness/GLOBALDATAFINALforweb.pdf>. Acesso em 25 de novembro de 2013.
2. Leasher J, Lansingh V, Flaxman S, Jonas J, Keeffe J, Naidoo K, Pesudovs K, Price H, Silva JC, White R, Wong T Y, Resnikoff S, Taylor H, Bourne R. Prevalence and causes of vision loss in Latin America and the Caribbean: 1990-2010. *Br J Ophthalmology* 2014;98(5):619-628. doi:10.1136/bjophthalmol-2013-304013
3. Stevens GA, White RA, Flaxman SR, Price H, Jonas JB, Keeffe J, Leasher J, Naidoo K, Pesudovs K, Resnikoff S, Taylor H, Bourne RR; Vision Loss Expert Group. Global prevalence of vision impairment and blindness: magnitude and temporal trends, 1990-2010. *Ophthalmology* 2013;120(12):2377-2384.
4. World Health Organization. Draft action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment 2014–2019. Towards universal eye health: a global action plan 2014–2019 [Internet]. 66ª Assembleia Mundial da Saúde; 20 a 28 de maio de 2013; Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2013 (documento A66/11). Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_11-en.pdf. Acesso em 25 de novembro de 2013.
5. 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; 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington (D.C.). Washington (D.C.): OPAS; 2013 (Documento oficial 345). Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&id=23127&Itemid=3482&lang=es. Acesso em 25 de novembro de 2013.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação na prevenção da cegueira evitável e deficiência visual [Internet]. 49º Conselho Diretor da OPAS, 61ª Sessão

- do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2009; Washington (D.C.): OPAS; 2009 (documento CD49/19). Disponível em: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-19-p.pdf>. Acesso em 25 de novembro de 2013.
7. Furtado JM, Lansingh VC, Carter MJ, Milanese MF, Peña BN, Gherzi HA, Bote PL, Nano ME, Silva JC. Causes of Blindness and Visual Impairment in Latin America. *Surv Ophthalmol* 2012;57(2):149-177.
 8. Limburg H, Silva JC, Foster A. Cataract in Latin America: findings from nine recent surveys. *Rev Panam Salud Publica* 2009;25(5):449-455.
 9. Leske C, Wu SY, Nemesure B, Hennis A, and Barbados Eye Studies Group. Causes of visual loss and their risk factors; an incidence summary from the Barbados Eye Studies. *Rev Panam Salud Publica* 2010;27(4):259-267.
 10. Zin, A, Gole GA. Retinopathy of prematurity-incidence today. *Clin Perinatol* 2013;40(2):185-200
 11. Gilbert C, Fielder A, Gordillo L, Quinn G, Semiglia R, Visintin P, Zin A; International NO-ROP Group. Characteristics of infants with severe retinopathy of prematurity in countries with low, moderate, and high levels of development: implications for screening programs. *Pediatrics* 2005;115(5):e518-525.
 12. Carrion JZ, Fortes Filho JB, Tartarella MB, Zin A, Jornada Jr ID. Prevalence of retinopathy of prematurity in Latin America. *Clin Ophthalmol* 2011;5:1687-1695.
 13. Duerksen R, Limburg H, Lansingh V, Silva JC, Review of blindness and visual impairment in Paraguay: changes between 1999 and 2011. *Ophthalmic Epidemiology* 2013;20(5): 301-307.
 14. Carvalho Rde S, Diniz AS, Lacerda FM, Mello PA. Gross domestic product (GDP) per capita and geographical distribution of ophthalmologists in Brazil. *Arq Bras Oftalmol* 2012;75(6):407-411.
 15. Lansingh VC, Resnikoff S, Tingley-Kelley K, Nano ME, Martens M, Silva JC, Duerksen R, Carter MJ. Cataract surgery rates in Latin America: a four-year longitudinal study of 19 countries. *Ophthalmic Epidemiol* 2010;17(2):75-81.
 16. Lewallen S, Perez-Straziota C, Lansingh V, Limburg H, Silva JC. Variation in cataract surgery needs in Latin America. *Arch Ophthalmol* 2012;130(12): 575-1578.
 17. Limburg H, Barria von-Bischhoffshausen F, Gomez P, Silva JC, Foster A. Review of recent surveys on blindness and visual impairment in Latin America. *Br J Ophthalmol* 2008;92(3):315-319.

18. Carter MJ, Limburg H, Lansingh VC, Silva JC, Resnikoff S. Do gender inequities exist in cataract surgical coverage? Meta-analysis in Latin America. *Clin Experiment Ophthalmol*. 2012;40(5):458-466.
19. Sivaprasad S, Gupta, B, Crosby-Nwaobi R, Evans J. Prevalence of diabetic retinopathy in various ethnic groups: a worldwide perspective. *Surv Ophthalmol* 2012;57(4):347-370.
20. Pan American Health Organization. Health Services Organization Series: Eye Diseases in people 40-84. The Barbados eye studies: a summary report. Washington (D.C.): OPAS; 2006. (Documento THS/OS/06).
21. Mansouri K, Medeiros F & Weinreb R. Global rates of glaucoma surgery. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2013;251(11):2609-2615.
22. Gordillo L, Villanueva AM, Quinn GE, A practical method for reducing blindness due to retinopathy of prematurity in a developing country. *J Perinat Med* 2012;40(5):577-582.
23. Dave HB, Gordillo L, Yang Z, Zhan Gm , Hubbard Gb, Olsen T. The societal burden of blindness secondary to retinopathy of prematurity in Lima, Peru. *Am J Ophthalmol* 2012;154(4):750–755.
24. Maul E, Barroso S, Muñoz S, Sperduto R, Ellwein L. Refractive error study in children: results from La Florida, Chile. *Am J Ophthalmol* 2000;129(4): 445-454.
25. Castanon Holguin AM, Congdon N, Patel N, Ratcliffe A, Estes P, Toledo Flores S, Gilbert D, Pereyra Rito MA, Munoz B. Factors associated with spectacle-wear compliance in school-aged Mexican children. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2006;47(3):925-928.

154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 16 a 20 de junho de 2014

CE154/18 (Port.)
Anexo A
Original: inglês

PROJETO DE RESOLUÇÃO

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

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a proposta do *Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais* (documento CE154/18),

RESOLVE:

Recomendar ao 53º Conselho Diretor que aprove uma resolução redigida nos seguintes termos:

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais* (documento CD53/_);

Observando que a deficiência visual é um problema sério na Região, que tem relação com a pobreza e a marginalização social;

Ciente de que a maioria das causas da cegueira são evitáveis e de que os tratamentos atuais se encontram entre as mais bem-sucedidas e proveitosas de todas as intervenções de saúde;

Apreciando os esforços empreendidos pelos Estados Membros nos últimos anos para prevenir a cegueira evitável, mas ciente da necessidade de consolidar os resultados;

Relembrando a resolução do Conselho Diretor CD47.R1 (2006), *A incapacidade: prevenção e reabilitação no contexto do direito de gozar o mais alto padrão possível de saúde física e mental e outros direitos relacionados*,

RESOLVE: .

1. Aprovar o *Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais 2014-2019*.
2. Instar os Estados Membros a:
 - a) fortalecerem as iniciativas nacionais para prevenção dos impedimentos visuais evitáveis, mediante, entre outras ações, a melhoria da integração da saúde ocular aos planos nacionais de saúde e a prestação de serviços de saúde, conforme apropriado;
 - b) implementarem as ações propostas no Plano de ação 2014–2019, de acordo com as prioridades nacionais e o acesso universal aos serviços;
 - c) considerarem as consequências orçamentárias relacionadas;
 - d) fomentarem as alianças entre o setor público, as organizações não governamentais, o setor privado, a sociedade civil e as comunidades em programas e atividades que promovam a prevenção da cegueira;
 - e) promoverem a cooperação entre países nas áreas de prevenção e atenção à cegueira e à deficiência visual;
 - f) resguardarem os direitos humanos das pessoas com deficiência e atualizarem suas leis sobre incapacidade, conforme apropriado, e adaptem-nas em conformidade com as normas e diretrizes internacionais aplicáveis.
3. Pedir à Diretora que:
 - a) apoie a implementação do Plano de ação 2014-2019 para manter e fortalecer a colaboração da Repartição Sanitária Pan-Americana com os Estados Membros em matéria de prevenção da cegueira;
 - b) proporcione apoio técnico aos Estados Membros para a aplicação das medidas propostas no *Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais 2014-2019*, em conformidade com as prioridades nacionais e os instrumentos universais e regionais de direitos humanos aplicáveis à saúde e a incapacidade;
 - c) apoie a implementação do *Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais 2014-2019*, em particular no tocante à inclusão do acesso universal e equitativo aos serviços;
 - d) continue priorizando a prevenção da cegueira evitável, e considere a possibilidade de alocar recursos para a implementação do *Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais 2014-2019*;

- e) promova a cooperação técnica entre países e o estabelecimento de alianças estratégicas para a realização de atividades destinadas à proteção da saúde ocular.



Relatório sobre as Repercussões Financeiras e Administrativas do Projeto de Resolução para a Repartição

1. Tema da agenda: 4.8–Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais

2. Relação com o Programa e Orçamento 2014-2015:

a) Categorias:

- Doenças crônicas não transmissíveis
- Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida

b) Áreas programáticas e resultados intermediários:

- Área programática: Deficiências e reabilitação.
- RIT 2.4: Ampliação do acesso a serviços sociais e de saúde, inclusive a prevenção, para portadores de deficiências.
- Área programática: Saúde da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva.
- RIT 3.1: Ampliação do acesso a intervenções para melhorar a saúde da mulher, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto.
- Área programática: Envelhecimento e saúde.
- RIT 3.2 Ampliação do acesso a intervenções para que os idosos possam manter uma vida independente.

3. Repercussões financeiras:

a) Custo total estimado da aplicação da resolução no período de vigência (inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades): \$1.700.000.

b) Custo estimado para o biênio 2014-2015 (arredondado para a dezena de milhares de dólares mais próxima; inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades): \$600.000.

c) Parte do custo estimado no item b) que poderia ser incluída nas atuais atividades programadas: A Repartição conta com recursos humanos em todas as áreas identificadas; além disso, algumas atividades desta iniciativa também estão contempladas no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019.

4. Repercussões administrativas:

a) **Níveis da Organização em que seriam tomadas medidas:** Este trabalho será realizado em todos os níveis da Organização—nacional, sub-regional e regional.

b) **Necessidades adicionais de pessoal (no equivalente de cargos a tempo integral, incluindo o perfil do pessoal):**

N/A.

c) **Prazos (prazos amplos para as atividades de aplicação e avaliação):**

O período de vigência da proposta de resolução é de 2014 a 2019, e requer esforço e compromisso por parte de todos os Estados Membros e da Repartição Sanitária Pan-Americana.



**FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR OS TEMAS DA AGENDA
COM OS MANDATOS INSTITUCIONAIS**

- 1. Tema da agenda:** 4.8–Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais
- 2. Unidade Responsável:** Família, Gênero e Curso de Vida (FGL/HL)
- 3. Preparado por:** Dr. Juan Carlos Silva
- 4. Lista de centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este tema:**
Centro Colaborador de Prevenção à Cegueira Infantil – FIOCRUZ, Rio de Janeiro (Brasil)
- 5. Vínculo entre este tema e a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017:**
 - Ampliar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade.
 - Reduzir os riscos e o ônus da doença.
- 6. Vínculo entre este tema e o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019:**

O tema da prevenção da cegueira se relaciona diretamente com as categorias 2, 3 e 4 do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019:

Categoria 2: Doenças não transmissíveis e fatores de risco

Categoria 3: Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida

Categoria 4: Sistemas de saúde.
- 7. Práticas ótimas nesta área e exemplos de países da Região das Américas:**
 - Geração de dados e evidências sobre o problema epidemiológico, os serviços e as boas práticas.
 - Colaboração com os Estados Membros na execução de planos e políticas nacionais de saúde ocular e participação na avaliação dos êxitos alcançados.
 - Estabelecimento e manutenção de alianças estratégicas em âmbito nacional e internacional.
 - Incorporação da saúde ocular a outros temas de saúde, como a saúde neonatal.
- 8. Repercussões financeiras do tema:**
 - O projeto de resolução para a execução do plano por um período de cinco anos (2014-2019) tem um custo total de US\$1.700.000.
 - O custo estimado para o biênio 2014-2015 é de aproximadamente US\$680.000.