



Manual Para Planejamento de um Programa Visão 2020 a Nível Distrital

Graham Dyer



Agradecimentos

O apoio, contribuições e sugestões de pessoas chave responsáveis pela liderança tão bem sucedida dos programas de saúde ocular foi fundamental para preparo deste manual.

Kitwe **Asiwome Seneadza**
Diretor Médico
Winston Mbaó
Administrador

Yaruquí **Felipe Chiriboga**
Diretor Médico
María Augusta Vega
Administrador

Meus agradecimentos pelo tempo dedicado aos meus questionamentos, tanto durante as visitas aos programas, bem como pela paciência em responder cuidadosamente por e-mail minhas solicitações. Espero que o conteúdo deste Manual represente clara e precisamente a sabedoria e o comprometimento incondicional desses líderes de projetos e de suas equipes para o desenvolvimento da saúde ocular de suas comunidades.

A tradução deste manual foi possível graças ao financiamento proporcionado pela Fred Holllows Foundation e à incansável dedicação de diversos profissionais. Meus agradecimentos aos Drs João Marcello Furtado, Fábio Marques do Nascimento e Lingo Translations pela tradução e às Dras Claudia Leite e Andrea Zin pelo trabalho de revisão.

Gostaria, também, de agradecer ao Prof Allen Foster e aos muitos colegas do ICEH, que contribuíram sobremaneira com sugestões muito úteis à medida que o trabalho estava sendo desenvolvido.

Graham Dyer
Dezembro de 2006

Capa: pacientes em fila para triagem visual no sudeste da África.
Fotografia: Georgina Cranston/Sightsavers

Abreviaturas

AEPREC	Associação Equatoriana para PCG
AO	Assistente de oftalmologia
AP	Andhra Pradesh
ARSCC	Avaliação rápida dos serviços de cirurgia
BV	Baixa visão
CBMI	CBM Internacional
CC	Centro cirúrgico
CCC	Coordenador de cuidados oculares da comunidade
CI	Cegueira Infantil
CIDCOR	Centro Internacional para o Desenvolvimento dos Cuidados Oculares Rurais
CISO	Centro Internacional para a Saúde Ocular
CSP	Cuidados de saúde primários
CV	Centro de visão
DA	Distrito de Adilabad
DM	Diretor médico
DPA	Departamento de pacientes ambulatoriais
ED	Enfermeiro diplomado
EECC	Extração extracapsular de catarata
EGSD	Equipe de gestão distrital de saúde
EO	Enfermeiro oftálmico
ER	Enfermeiro registrado
FCOPA	Fornecer cuidados oculares através de pessoas autorizadas
FMI	Fundo Monetário Internacional
FONM	Funcionário de cuidado ocular de nível médio
FOV	Fundación Oftalmológica del Valle
GSP	Gabinete de saúde das províncias
HCK	Hospital Central de Kitwe
HKI	Helen Keller Internacional
HUL	Hospital Universitário de Lusaka
IAPB	Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira
IDA	Agência Internacional para o Desenvolvimento
IOLVP	Instituto Ocular LV Prasad
LIO	Lente intra-ocular
ME	Ministério da Educação
MM	Mestrado em Medicina
MS	Ministério da Saúde
O	Oftalmologista
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGI	Organização não governamental internacional
ONU	Organização das Nações Unidas
PCB	Província de Copperbelt
PCG	Prevenção da cegueira
PIB	Produto interno bruto
PNH	Paciente não hospitalizado
RBC	Reabilitação com base na comunidade
RC	Responsável clínico
RCO	Responsáveis clínicos de Oftalmologia
RD	Retinopatia diabética
RH	Recursos humanos
RI	Rupia indiana
ROP	Retinopatia da prematuridade
SCC(D)	Sociedade do controle da cegueira (distrital)
SDV	Sociedade de direito à visão
SGI	Sistema de gestão da informação
SSC	Serviço de central de saúde central
SSI	Sightsavers Internacional
SOC	Saúde ocular comunitária
SOP	Saúde ocular primária
TCC	Taxa de cirurgia de catarata

Prefácio

VISÃO 2020: O Direito à Visão foi lançado pela OMS em fevereiro de 1999. Nos sete anos seguintes, governos e organizações não governamentais progressivamente acolheram essa iniciativa como a melhor abordagem para melhorar a saúde ocular e prevenir a cegueira.

A realização do Programa VISÃO 2020 requer o comprometimento para o desenvolvimento de programas que atendam a população a nível distrital, onde as necessidades possam ser avaliadas, para a identificação de recursos e motivação do suporte da comunidade. Enquanto a necessidade de planejamento distrital é clara, a forma de organizá-lo é mais difícil de definir. Este manual é uma tentativa de documentar algumas lições aprendidas em 2 modelos distritais distintos e muito bem sucedidos que foram desenvolvidos de acordo com as necessidades locais.

O manual começa com dois capítulos introdutórios do VISÃO 2020, com modelos genéricos para planejamento e implementação do VISÃO 2020 a nível distrital. Em seguida, são descritos dois estudos de casos selecionados para representar as necessidades e programas localizados em dois continentes distintos. O manual é concluído com um capítulo de exercícios com o intuito de ajudar a aplicar os princípios do planejamento distrital a situações individuais. O leitor é encorajado a considerar em cada estudo de caso:

1. Os fatores chave para o desenho do programa
2. As principais atividades necessárias à implementação do programa.
3. A efetividade do programa.

Espera-se que esse manual prático vá auxiliar gestores e administradores de programas a planejar e implementar atividades de um programa VISÃO 2020 ao nível distrital de forma a reduzir a prevalência de doenças oculares com melhoria da visão da população.

Meus sinceros agradecimentos a Graham Dyer e a todos que contribuíram para esse trabalho.



Professor Allen Foster
Diretor do ICEH
Dezembro de 2006

Índice

1 Introdução	4
1.1 VISÃO 2020 – A Lógica	4
1.2 VISÃO 2020 – A Estratégia	4
1.3 VISÃO 2020 – O Distrito	4
2 Princípios de Planejamento Distrital	5
2.1 O modelo de planejamento	5
<i>Decidindo onde você está – análise de situação</i>	
2.2 Avaliar as necessidades	6
2.3 Avaliar os recursos	6
<i>Decidindo onde você quer chegar</i>	
2.4 Definir a meta	7
2.5 Especificar os objetivos	7
2.6 Definir prioridades e objetivos	7
<i>Decidindo como chegar lá</i>	
2.7 Preparar uma agenda	8
2.8 Preparar um orçamento	9
<i>Chegando lá</i>	
2.9 Estabelecer uma estrutura de gestão	9
2.10 Monitorizar o progresso	10
3 Estudo de Caso – Kitwe, Zâmbia	11
4 Estudo de Caso – Yaruquí, Equador	25
5 Sumário – Desenhar um programa distrital para o VISÃO 2020	41
Apêndices	
Ap1 O foco dos Planos Nacional e Distrital VISÃO 2020	44
Ap2 Avaliar as necessidades	45
Ap3 Análise de situação	47
Ap4 Questionário sobre recursos humanos disponíveis, infraestrutura e equipamento	49
Ap5 Infraestrutura para o cuidado ocular e recursos humanos em relação às necessidades	52
Ap6 Traçando a necessidade e os meios para a melhoria da doença ocular	52
Ap7 Um plano de ação para melhorar serviços de catarata	53
Ap8 Gráfico de Gantt – Um ano de planejamento para atividades Visão 2020 – uma ferramenta de acompanhamento para melhorar o processo de monitorização	54
Recursos e referências	55

1 Introdução

1.1 VISÃO 2020 – A Lógica

“VISÃO 2020: O Direito à Visão” é uma iniciativa global com o objetivo de eliminar a cegueira evitável até ao ano de 2020. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em colaboração com várias organizações não governamentais e privadas, sob o guarda-chuva da Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira (IAPB - International Agency for Prevention of Blindness), lançou o “VISÃO 2020: O Direito à Visão” a nível mundial em 18 de fevereiro de 1999. Ao longo deste documento, o termo **“VISÃO 2020”** será usado para se referir a esta iniciativa.

De acordo com a WHO (2005), cerca de **75% da cegueira é evitável**, quer porque resulte de condições que poderiam ser evitadas ou controladas através da aplicação do conhecimento e intervenções disponíveis, quer porque essa cegueira pode ser tratada com êxito e a visão recuperada. Com o aumento da expectativa de vida, o aumento global da população idosa está incrementando a demanda do tratamento da cegueira em muitos países, enquanto que os recursos humanos e infraestruturas existentes, ambos em termos de quantidade e distribuição, são insuficientes para dar resposta a esta necessidade.

Dados recentes sugerem que existem aproximadamente **37 milhões de pessoas cegas e 124 milhões com baixa de visão**, excluindo aqueles com erros de refração não corrigidos. A gravidade do problema varia dramaticamente de acordo com a localização geográfica, verificando-se que a prevalência da cegueira varia, por exemplo, entre 0,2% na Europa e 1,0% na África.

O lançamento do projeto **VISÃO 2020 trouxe sucessos**, por exemplo, na prevenção e gestão da cegueira evitável causada por infecção ocular. A iniciativa levou a maior consciência do público e organizou ajuda profissional e política para a prevenção da cegueira. A coordenação entre as ONGs e as parcerias associadas às agências da ONU, ONGs e ao setor empresarial aumentou de modo a cumprir o desafio. Contudo, apesar de estes feitos e a probabilidade do VISÃO 2020 ter contribuído de forma significativa, existe ainda muito a fazer. Por exemplo, 17 milhões de pessoas permanecem cegas devido à presença de catarata tratável para a qual está disponível um dos tratamentos de saúde mais eficazes em termos de custos. O objetivo do programa é evitar que 100 milhões de pessoas fiquem cegas devido a causas evitáveis durante o período de 20 anos até 2020.

O objetivo e a estratégia do VISÃO 2020 são relevantes para todos os países.

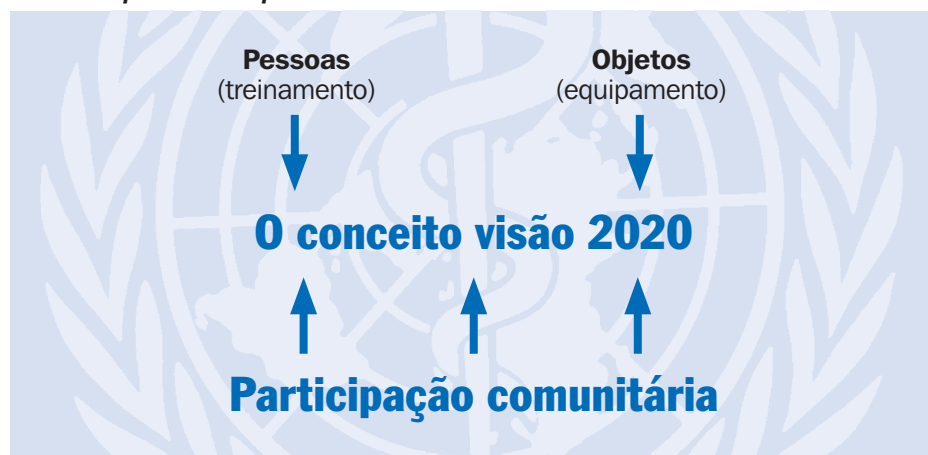
A cegueira possui muitas consequências humanas e sócio-econômicas graves para todas as sociedades, mas os custos são maiores nos países de baixa renda. Em maio de 2003, a Assembléia Mundial da Saúde aprovou, por unanimidade, uma resolução de incentivo aos estados-membros para apoiar a iniciativa global para a eliminação da cegueira evitável, de maneira a definir os planos nacionais VISÃO 2020 até ao final de 2005 e iniciar a implementação de um plano de ação até 2007. Existe uma necessidade contínua, de país para país, de identificar as prioridades no sentido de reduzir a cegueira e a deficiência visual e mobilizar os recursos para implementar o programa – cuidados oculares sustentáveis, abrangentes e apropriados às necessidades e aos recursos existentes.

1.2 VISÃO 2020 – A Estratégia

A estratégia subjacente ao planejamento e à implementação dos programas VISÃO 2020 é edificada sobre a fundação da participação da comunidade e possui três componentes essenciais:

1. Formar **recursos humanos** suficientes e assegurar a sua disponibilidade quando forem necessários.
2. Fortalecimento e uso otimizado das **infraestruturas**, quer em relação às unidades de serviço quer à utilização de tecnologia apropriada e economicamente acessível.
3. Controle e prevenção custo-efetiva das principais doenças e desordens de cegueira com atenção prioritária para a catarata, tracoma, oncocercose, cegueira infantil, erros de refração e baixa de visão. Para cada estado de doença existem intervenções custo-efetivas, desde que os recursos humanos e as infraestruturas se encontrem disponíveis.

Fig. 1.1 O conceito VISÃO 2020 – serviços para prevenir e tratar as doenças oculares que causam perda de visão



Kit de ferramentas OMS/IAPB – Desenvolvimento de um Plano de Ação para a VISÃO 2020

A implementação do programa VISÃO 2020 inclui as seguintes fases:

- **Apoio** para sensibilizar os profissionais e organizadores dos serviços da saúde ocular de que a maioria dos casos de cegueira são evitáveis e que o VISÃO 2020 oferece uma estratégia sólida para realizá-lo
- **Planejamento nacional** para rever as atuais ações e recursos no âmbito dos cuidados oculares, identificar limitações e falhas e planejar ações de prioridade futuras
- Estabelecimento de um **Comitê Nacional VISÃO 2020** e preparação de um **Plano Nacional** com objetivos claramente definidos por fases
- **Envolvimento regional** para planejar e implementar o VISÃO 2020 ao nível da comunidade (ver Tabela 1.1).

A este nível, destacam-se as tarefas a realizar, por quem, onde e quando, tendo em conta as dificuldades em termos de recursos e organização.

1.3 VISÃO 2020 – O Distrito

A implementação do VISÃO 2020 deve ser planejada ao nível distrital em unidades de serviço geridas e otimizadas para atender aproximadamente **0,5 e 2 milhões de população**, e sempre que necessário, alcançada através da divisão das regiões mais extensas. Tais unidades poderão ter uma variedade de nomes em diferentes países – regiões, províncias, sub-distritos ou distritos. Um país com 100 milhões de habitantes poderá necessitar de aproximadamente 100 **programas distritais diferentes, ajustados às circunstâncias locais**, para planejar de forma eficaz as intervenções no âmbito da doença da cegueira e o respectivo apoio de recursos associados. Estes serão divididos por

Tabela 1.1 Planejamento ao nível nacional e distrital

Nível de planejamento	Foco	Exemplo
Nível Nacional: <i>Planejamento Estratégico</i>	Objetivos gerais; informações e dados nacionais para alcançar os objetivos; procedimentos	Englobar a triagem visual nas escolas como parte do programa nacional; subsidiar os óculos para as crianças que necessitem
Nível distrital <i>Planejamento Operacional</i>	Atividades baseadas nas necessidades locais; utilização otimizada dos recursos disponíveis	Formar os professores a triar crianças em idade escolar entre os 10-15 anos em termos de erros de refração

fases ao longo de um determinado período de anos, de acordo com as prioridades reconhecidas e a disponibilidade dos recursos. Em conjunto, estes programas distritais englobam o programa nacional.

Os programas VISÃO 2020 ao nível distrital são desenvolvidos como **planos operacionais de um ano**, passíveis de serem revistos e ajustados para cada ano que passa e guiados pelo plano nacional de 5 anos. Cada programa distrital deve:

- ser integrado na estrutura existente de cuidados de saúde primários

- ser equitativo em termos da população servida
- ser acessível, económico e responsável
- demonstrar o envolvimento da comunidade
- prestar cuidados oculares abrangentes, incluindo a promoção da saúde ocular, prevenção de doenças oculares, intervenção curativa (através de consulta, conforme necessário) e reabilitação
- possuir pelo menos um consultório oftalmológico e um centro cirúrgico sediado em um hospital distrital
- possuir os recursos humanos essenciais (equipe de assistência e administração)
- possuir infraestruturas adequadas

- ser bem gerido
- lutar para ser sustentável a longo prazo.

O **objetivo do presente manual** é demonstrar uma abordagem para planejar e implementar o programa VISÃO 2020 ao nível distrital. Este modelo genérico será complementado por dois casos de estudo na Zâmbia e Equador, cada um dos quais demonstrando diferentes modelos de organização, implementado através de circunstâncias locais que irão sugerir abordagens que podem ser experimentadas em outras condições. O capítulo final apresentará exercícios para desenvolver competências na criação de um programa distrital.

2 Princípios do Planejamento Distrital

2.1 O modelo de planejamento

O modelo de planejamento genérico que se segue possui oito fases:

1 – 2 Onde se encontra agora – **Aqui?** – Utilize uma análise situacional das necessidades e recursos para descrever a sua situação atual relativa à saúde ocular.

3 – 4 Onde pretende chegar – **Lá?** – Defina **metas e objetivos** para ajudar a fixar alvos.

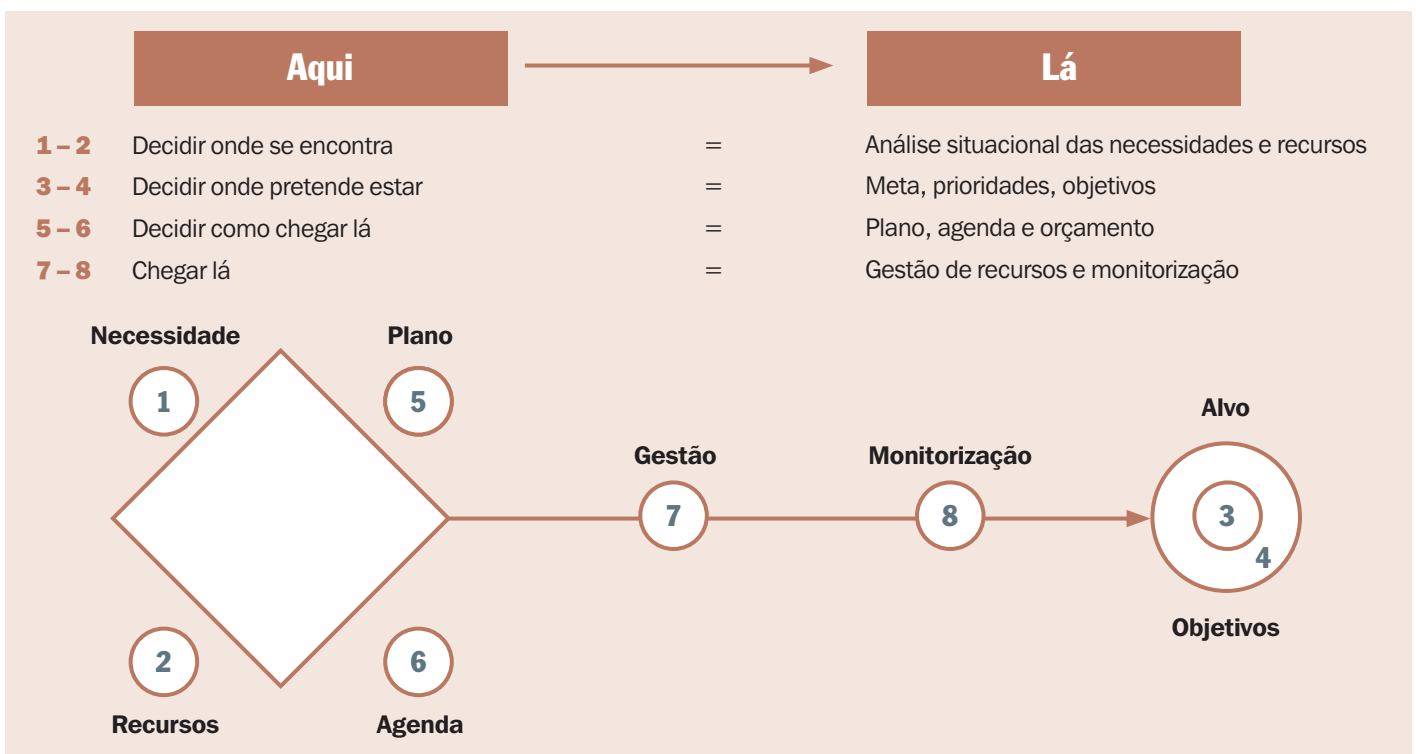
5 – 6 Como chegará lá? – Decida a rota que irá tomar com um **plano, agenda e orçamento** claros.

7 Inicie a implementação do seu plano, gerindo cuidadosamente os recursos – humanos e financeiros – para ajudá-lo a

alcançar os seus objetivos.

8 Como saberá que chegou? – **Monitorize o seu progresso** de modo a assegurar a implementação eficiente e eficaz do seu plano distrital. A informação obtida poderá influenciar os seus objetivos e a gestão de recursos. Os novos problemas farão com que ajuste o seu plano no segundo ano.

Fig. 2.1 O modelo de planejamento



2.2 Avaliar necessidades

A **NECESSIDADE** é a lacuna entre a situação atual e onde se pretende chegar.

Uma **AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES** ajudá-lo-á a definir essa necessidade.

Para definição da **NECESSIDADE**, deve-se coletar informação sobre:

- **População** – número, densidade, taxa de crescimento, gênero, faixa etária e distribuição em relação à geografia local, normas culturais e religiosas
- **Índices populacionais** – grupos econômicos, variações sócio-culturais, grau de analfabetismo e problemas de saúde tais como taxas de mortalidade abaixo dos 5 anos de idade e cobertura vacinal contra o sarampo.

Estes dados podem ser obtidos em um gabinete do governo local ou nacional, na unidade de planejamento dos ministérios da saúde ou educação ou em sites da internet que oferecem informação sobre os dados nacionais da população.

- **Doenças oculares e cegueira** – estimativas (1) da prevalência e incidência da cegueira e baixa visão na região com base nos níveis apropriados de acuidade visual; (2) das principais causas de cegueira evitável/tratável e a sua magnitude.

Estes dados poderão ser disponibilizados através (1) de estudos populacionais sobre as causas de cegueira (melhor opção); (2) de técnicas de avaliação rápida usadas, por exemplo, nos programas de catarata, tracoma e oncocercose; (3) de extrapolação dos padrões da doença aferidos em outro local mas em um ambiente semelhante; (4) da estimativa da magnitude a partir de uma tabela de referência ou um mapa da prevalência da cegueira em todo o mundo (a opção menos desejável).

Serão necessários **mapas detalhados** da área.

É importante ter em conta todos os dados recolhidos e gerados para ajudar a definir a necessidade. Em suma – é necessário identificar **a dimensão do problema, as pessoas mais afetadas e a sua localização**.

2.3 Avaliar recursos

Os **RECURSOS** são as **pessoas, infraestrutura e fundos** disponíveis para lidar com a necessidade que foi identificada. As questões para as quais deve obter resposta na sua avaliação incluem:

- Quais são os **serviços de saúde ocular** existentes e atuais e os seus **resultados** na região? Coletar dados relacionados com as atividades para a prevenção e controle da cegueira ao longo dos últimos cinco anos. Exemplos irão incluir os totais unitários anuais

para: hospitalizações, consultas externas, operações de catarata, cirurgias de catarata, implantes de lente intra-ocular (LIO), resultados cirúrgicos, fornecimento de óculos e cuidados para baixa visão. Outros dados relacionar-se-ão com outras doenças-chave, tais como tracoma ou oncocercose. Os indicadores tais como a taxa de cirurgias realizadas de catarata (indicando o resultado) e a cobertura cirúrgica da catarata (indicando a eficácia) devem ser calculados. As operações por cirurgia, por unidade ocular e por leito ajudarão a medir a eficiência dos serviços oftalmológicos na região.

- Qual o nível de desenvolvimento e funcionalidade dos **serviços de captação de pacientes**? Quais são as barreiras para transportar? O rastreamento e os resultados das consultas cumprem os objetivos pretendidos?
- Quais os recursos **humanos** que se encontram disponíveis nas diferentes categorias de serviços nos níveis de atenção de saúde primária, secundária e terciária? A disponibilidade de tais recursos está de acordo com a OMS? Existem problemas de distribuição, recrutamento, estrutura das funções e permanência? Qual a disponibilidade de cursos de treinamento para cada função específica?
- Qual o tipo de envolvimento da **comunidade** nos cuidados de saúde distritais – no que diz respeito ao planejamento e à implementação? Como é encorajado? Que tipo de formação e apoio são disponibilizados? Quais as limitações que impedem a mobilização social?
- Qual a **infraestrutura** – edifícios, equipamento e consumíveis – disponível para a região? Que grau de dependência detém em termos de disponibilidade e condições? Qual o défice em relação às recomendações? Existem desperdícios em relação às normas recomendadas para a utilização? Existem variações sazonais? Que tipo de provisões existem para a normalização, aquisição em volume, utilização de tecnologia apropriada e para reparação e manutenção?
- Quais são as responsabilidades de cada grupo no **sistema de gestão** existente? De que modo este sistema determina e implementa a política, particularmente no que diz respeito à utilização de recursos? Quais os dados coletados e de que forma são reportados? Qual ênfase é colocada sobre o aumento da produção ao mesmo tempo que se assegura a qualidade dos mesmos?
- Quais as **limitações** que existem na utilização otimizada dos recursos e na prestação dos serviços? Considere

os recursos humanos, a infraestrutura e a gestão na sua avaliação das limitações. De que forma podem ser superados?

- Que tipo de provisionamento é efetuado no **orçamento** distrital para os cuidados oculares e a prevenção da cegueira? O programa de cuidados oculares está integrado aos serviços de saúde distritais? Que outras fontes de financiamento estão disponíveis?

Uma revisão efetuada pelo **comitê de planejamento distrital** em relação às “Necessidades e Recursos” completa a **ANÁLISE SITUACIONAL** para a região. Devem ser consideradas as limitações e as eventuais soluções durante a reunião para discussão e definição de **metas, objetivos e estratégias PLANO DISTRITAL VISÃO 2020**. O objetivo subjacente da revisão é otimizar a utilização dos recursos existentes e planejar o seu desenvolvimento através de procedimentos rentáveis.

O envolvimento regional nesta discussão deve aproximar a propriedade local aos resultados e também assegurar que o plano seja traçado tendo em conta as necessidades específicas da região.

A reunião para a revisão irá:

- **Padronizar o volume de trabalho médio** para cada categoria de trabalhador para cada intervenção no âmbito da doença, dividindo os recursos humanos disponíveis pela magnitude estimada de cegueira.
- Estimar os **resultados médios por cada funcionário responsável pelo cuidado ocular** por cada intervenção no âmbito da doença, anotando os níveis de desempenho insuficiente, limitações e soluções propostas
- Analisar as variações, quer ao longo da região quer por cada mês, para estabelecer **padrões de utilização de recursos** e sugerir formas de promover maior eficiência
- Calcular e avaliar o volume atual e o necessário dos equipamentos e instalações versus carga de trabalho atual, indicando défices e limitações além de propor soluções.

Questionários anuais devem ser realizados de forma a atualizar a avaliação dos recursos humanos, infraestrutura e equipamento e atualizar os indicadores da produtividade dos serviços e utilização dos recursos, anotando as alterações nas limitações.

Essa revisão irá destacar os objetivos necessários no Plano Distrital, tanto para os recursos humanos quanto para a infraestrutura – para aumentar a produção, assegurando ao mesmo tempo a qualidade dos resultados, dando prioridade, à expansão dos recursos e à maior eficiência do uso. A variação sazonal,

Fig. 2.2 Construir o plano de ação regional a partir da análise situacional (páginas 7–9)



Kit de ferramentas OMS/IAPB – Desenvolvimento de um Plano de Ação para a VISÃO 2020

bem como as inconsistências ao longo da região, também guiarão os vereditos e as decisões desta revisão.

2.4 Definir a meta

A **META** para o programa distrital irá ajudá-lo a definir onde se pretende chegar. A meta e os objetivos devem ser definidos inicialmente por todas as partes envolvidas acordados no comitê de planejamento. Esse é um processo que deve evoluir. Uma vasta experiência e o contato com os problemas locais possibilitarão perspectivas de mudança e consequente revisão do planejamento durante a implementação do programa.

Todas as partes envolvidas nos cuidados de saúde devem contribuir para a criação do programa distrital VISÃO 2020. Estas incluirão: – funcionários da saúde – governamentais, privados e ONGs, administradores, professores, voluntários locais, além de assegurar um programa em que todos estão de acordo, este conceito de equipe ajudará a dar propriedade, evitar a duplicação, aumentar a eficiência e, como tal, otimizar a utilização dos escassos recursos.

O processo de **Planejamento** deverá reconhecer a necessidade de:

- Trabalhar conforme as **linhas de orientação nacionais** de acordo com o definido no **Plano Nacional VISÃO 2020 de 5 anos**.
- Reconhecer as **limitações de recursos** indicadas pela análise situacional e ser realista em termos de ambição, dando prioridade a uma necessidade de cada vez, iniciando com a mais fácil.
- Selecionar cuidadosamente as **prioridades** em termos de doença e localização, tendo em mente a distribuição das necessidades, disponibilidade de recursos, assegurando uma reação positiva imediata da comunidade aos benefícios

do programa em andamento. O componente essencial aqui é a **estratégia de ligação** entre as comunidades necessitadas e os serviços hospitalares – concentrando-se no que pode ser alcançado com uma intervenção específica numa parte acessível da região, em vez de definir objetivos que requerem recursos adicionais substanciais. As emendas posteriores podem **estender** o programa de modo a incluir outras áreas e doenças.

Adicionalmente aos componentes necessários do VISÃO 2020 para alcançar intervenções custo-efetivas no âmbito da doença (conforme indicado na Fig. 1.1), existem quatro temas abrangentes que deverão ser centrais para a criação do seu programa distrital. Estes podem ser resumidos como **I SEE (Eu Vejo) – Integrado, Sustentável, Equitativo e Excelente**.

- A abordagem do VISÃO 2020 aos cuidados oculares da comunidade deve ser **integrada** aos serviços de saúde regionais – caracterizados pelo amplo acesso, participação da comunidade e promoção da saúde.
- Os serviços dedicados ao cuidado ocular devem ser de longo prazo e **sustentáveis** no que diz respeito aos recursos financeiros e humanos, além de garantir a demanda contínua. Poderá ser necessária a ajuda externa para garantir este objetivo nas áreas mais pobres.
- Os serviços deverão ser **equitativos** – disponíveis a ambos os sexos e a toda a sociedade – não apenas aos mais bem posicionados ou pertencentes às áreas urbanas – mas difíceis de alcançar com uma distribuição desigual dos recursos.
- Os cuidados, clínicos e não-clínicos, deverão ser **excelentes** para todos, de modo a assegurar a confiança, a

estimulação do apoio comunitário e a utilização dos serviços pelos pacientes.

O programa distrital, de acordo com as diretrizes citadas previamente, deverá combinar estratégias para alcançar **um cuidado ocular mais abrangente**, demonstrando os quatro componentes indicados na página 5:

- **Promoção da saúde ocular**
- **Prevenção das doenças oculares**
- **Intervenção curativa**
- **Reabilitação**

O processo de construir o **programa distrital** na reunião de planejamento é resumido na Fig. 2.2. As medidas são:

1. Decidir os **objetivos** – os quais deverão ser específicos, mensuráveis, alcançáveis, realistas e limitados no tempo,
2. Definir as **prioridades** no contexto da necessidades e recursos existentes
3. Definir **estratégias** prioritárias com alvos definidos que possam ser monitorizadas para indicar o progresso dos objetivos
4. Definir o plano de ação das **atividades** e sub-atividades associadas.

Um diagrama de Gantt é uma tabela de tarefas de um projeto com um diagrama de barras indicando a agenda do projeto, descrevendo o progresso ao longo do tempo e permitindo a manutenção da rastreabilidade e do planejamento (ver Apêndice AP8).

5. Especificar objetivos

Os **OBJETIVOS** para o programa distrital VISÃO 2020 são estabelecidos para superar as limitações que foram identificadas na análise situacional. Estes **objetivos**:

- Poderão relacionar-se com o **desenvolvimento de recursos humanos, desenvolvimento de infraestrutura e intervenções para o controle da doença** selecionada a partir das cinco causas de cegueira apontadas no VISÃO 2020.
- Serão alcançados através de amplas atividades e sub-atividades mais específicas, formando uma **estratégia** para implementar a mudança.
- Serão direcionados para **alvos** precisos que possuem uma determinada data de conclusão e que são mensuráveis como indicadores monitorizáveis.
- São **realistas** no tempo e no contexto amplo dose recursos.

2.6 Definir prioridades e estratégias

A escolha dos **objetivos e estratégias** poderá ter de ser seletiva na identificação das limitações a serem tratadas nas primeiras fases do programa. As **PRIORIDADES** terão de ser definidas pelo

Tabela 2.1 Integração do cuidados oculares primários a os cuidados de saúde primários

Cuidados de saúde primários	Cuidados oculares primários
1. Imunização	A vacina contra o sarampo previne a cegueira provocada pelo sarampo; A vacina contra a rubéola previne o síndrome de rubéola congênita
2. Melhor nutrição	Previne a deficiência da vitamina A
3. Programas no âmbito da água e saneamento	Relevante para o controle do tracoma
4. Controle das doenças comuns	Controle do tracoma e da oncocercose
5. Oferta de cuidados de saúde materno-infantil	Reduz a retinopatia da prematuridade
6. Educação em saúde	Prevenção de traumas oculares
7. Tratamento simples	Tratamento de doenças oculares simples
8. Fornecimento de medicamentos essenciais	Disponibilização de pomada oftálmica de tetraciclina para o tracoma e infecções oculares comuns; cápsulas de vitamina A para xeroftalmia, ivermectina para a oncocercose

comitê de planejamento e serão guiadas por variáveis tais como:

- A dimensão do impacto da saúde em relação à demanda de recursos
- A visibilidade da melhoria do serviço com o objetivo de aumentar o apoio público e aceitação dos pacientes
- Sustentabilidade a longo prazo no que diz respeito aos recursos humanos e financeiros, envolvendo o planejamento interno rentável, geração de rendimentos e otimização da utilização dos recursos
- Grau de participação da comunidade
- Clara integração da monitorização da gestão e dos procedimentos de avaliação
- Ênfase na melhoria das competências de gestão
- Facilidade de integração ao sistema de cuidados de saúde primários (ver Tabela 2.1).

Os cuidados de saúde primários (CSP), conforme formulados pela Declaração Alma-Ata (Set. 1978) e homologada pela OMS, é uma abordagem multi-setorial para melhorar a saúde. As ligações intrínsecas entre os cuidados oculares primários e os CSP podem ser verificadas na lista das principais atividades CSP indicadas na Tabela 2.1.

Os agentes de saúde comunitários são idealmente colocados para identificar pessoas cegas e com deficiência visual na comunidade. Com formação adicional, podem diagnosticar e encaminhar os pacientes para os oftalmologistas e prestar o tratamento básico para doenças oculares simples.

Uma **ESTRATÉGIA** é definida pelo número total de todas as **atividades** claramente definidas (e sub-atividades) necessárias para alcançar um objetivo. As atividades terão **alvos** individuais claramente

definidos que indicam o progresso sob o plano de ação. As estratégias também terão de possuir prioridades. As atividades em cada estratégia terão:

- Uma agenda minuciosamente definida.
- Responsabilidades claras e consideravelmente atribuídas a indivíduos identificados ou detentores de postos.
- Uma distribuição igualitária das tarefas no tempo definido, frequentemente consecutiva em vez de acumulativa.
- Programas de formação incluídos.
- Uma expectativa realista e pragmática do consumo de recursos – um custeio.
- Indicadores confiáveis para monitorizar os objetivos atingidos e permitir uma avaliação do programa.

2.7 Preparar uma agenda

O programa acordado para implementar o plano distrital reunirá atividades, responsabilidades, agendas e orçamento. A agenda

Tabela 2.2 Planejamento de ações para o VISÃO 2020 ao nível distrital – um exemplo

Visão 2020 Item (Exemplos)	Situação presente a ser mudada	Objetivos para alcançar os alvos pretendidos	Ações + Pessoas + Datas alvo	Entradas – Necessidade orçamental + Fonte	Saída Indicadores para Monitorizar
Descoberta de Casos de Catarata					
Volume da Cirurgia de Catarata					
Resultado da Cirurgia de Catarata					
Custo da Cirurgia de Catarata					

pode ser definida num diagrama de Gantt (ver Apêndice Ap8) ou, mais abrangentemente, em planos de ação detalhados (conforme exemplificado na Tabela 2.2). A experiência durante a implementação conduzirá este programa para ser revisto e atualizado regularmente. As reuniões regulares da equipe resultarão em um melhor planejamento.

2.8 Preparar um orçamento

O programa regional, integrado ao serviço distrital de CSP, necessita ser acompanhado por um orçamento cuidadosamente planejado.

DESPESAS

- Capital** (único)
 - edifícios
 - veículos
 - equipamento (pode ser fornecido por fonte externa e, por isso, fora do âmbito do sistema de contabilidade local)
- Execução** (repetição)
 - salários (os incentivos poderão ser difíceis de avaliar)
 - material de consumo (difíceis de avaliar, devido a maioria serem donativos)
 - informações complementares (incluindo manutenção e reparação)

Nota

- considerar **todos** os custos – a informação sobre a utilização de rendimento gerado a nível local pode ser difícil de pesquisar
- estime a quantia se não existir um número exato
- os custos de execução devem ser calculados para um ano
- uma contingência de 5-10% pode ser adicionada.

FONTES DE RENDIMENTO – algumas nem sempre são aplicáveis

- **taxas de serviços**
- **vendas, por exemplo, provenientes da óptica e da farmácia**
- **governo, incluindo salários**
- **apoio local**
- **doadores internacionais, incluindo donativos**

Nota

- o objetivo da sustentabilidade financeira requer rendimentos para equilibrar ou exceder as despesas (ver SUSTENTABILIDADE abaixo)
- as taxas devem ser definidas num nível que encoraje a aceitação e não exerça um impacto negativo em termos de equidade
- os salários são normalmente a maior parte das despesas
- as tentativas de redução dos custos deverão sempre acompanhar a procura por nova geração de rendimentos

- o apoio governamental poderá ser mais sustentável do que o financiamento de ONGs.

SUSTENTABILIDADE

A sustentabilidade pode ser alcançada de várias formas:

- Recuperação de custos**, incluindo capacitação em administração e em contabilidade – pode ser difícil onde o serviço tenha sido tradicionalmente gratuito
- Melhoria do marketing dos serviços e qualidade dos resultados**, produzindo a crescente sensibilização e exigência
- Espírito de equipe** adquirido através de uma aceitação comum da necessidade de uma sustentabilidade financeira.

2.9 Estabelecer uma estrutura de gestão

Esta é a primeira fase na **IMPLEMENTAÇÃO** do programa distrital VISÃO 2020. O principal papel de uma estrutura de gestão adaptada é reunir num só local os profissionais de saúde ocular, os recursos e a comunidade de modo a implementar o programa acordado.

Existem duas questões principais:

1. Quem irá gerir o programa?
2. Como será realizado?

1 Pessoal de Gestão

- Um **Comitê de Gestão** (o Comitê Distrital do VISÃO 2020) representando o distrito e a equipe de saúde ocular
- Um **Diretor Médico** e um **Administrador** no hospital principal com definições claras das funções e competências apropriadas – formando um Comitê Executivo que poderá escolher outros funcionários experientes, por exemplo, um FONM (Funcionário de Oftalmologia de Nível Médio) e/ou EO (Enfermeira de Oftalmologia).

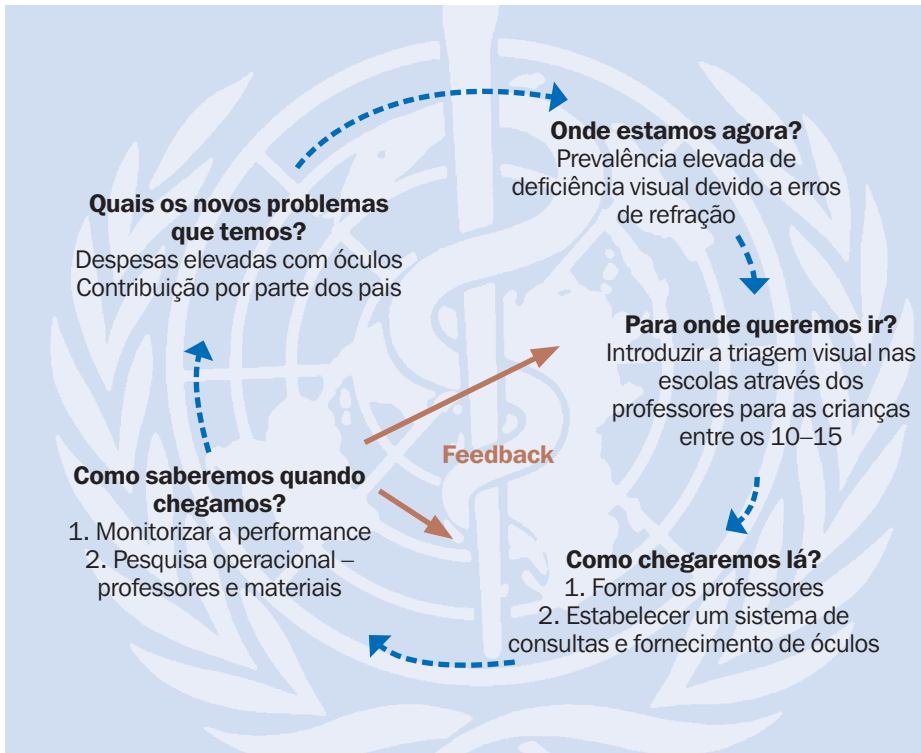
2 Atividades de Gestão

- O **Comitê de Gestão**, composto por um grupo de representantes voluntários da comunidade, irá reunir-se regularmente com profissionais de serviço para definição de responsabilidades: marcar reuniões hospitalares, acordar orçamentos, acordar sistemas de incentivos, receber relatórios e apoiar o comitê executivo
- O **Comitê Executivo**, composto por funcionários experientes do hospital, que se reunirá semanalmente, terá a responsabilidade diária de implementar o programa. As suas funções incluem:
 - **Iniciação e realização das atividades planejadas** no programa de acordo com a agenda pré-estabelecida,

apoiada pela distribuição de recursos, monitorização do progresso e tomada de ações corretivas sempre que os objetivos não estiverem sendo cumpridos. Serão necessários uma estimativa da carga de trabalho individual, o conhecimento dos padrões de utilização dos recursos atuais, a disponibilidade e capacidade potencial e uma apreciação clara das normas e alvos otimizados do serviço no início do programa, de modo a torná-lo um sucesso.

- **Oficinas/reuniões regulares** com toda a equipe médica para discutir tarefas e responsabilidades, além de desenvolver linhas de comunicação eficazes. A discussão focalizada promoverá o apoio à equipe para a utilização otimizada dos recursos, medidas de contenção de custos e a criação de uma exigência por parte da comunidade por cuidados de saúde de qualidade.
- **Gerir pessoas** – através de (1) **encorajamento da satisfação no emprego** (descrições claras das funções, competências apropriadas para a função); (2) **promoção da motivação** (pessoal de consultoria, planejamento partilhado, fornecimento de feedback e oferta de incentivos); (3) **permissão para participação** em pequenos comitês orientados para a ação, por exemplo, focalização nas preocupações dos funcionários, análise dos dados estatísticos ou na satisfação do paciente.
- **Atividades de capacitação** – no local ou através de cursos externos – para preencher lacunas ao nível das competências, atualizar as competências existentes e partilhar experiências com funcionários de programa distrital sediados em outros locais. As atividades focalizar-se-ão, em parte, nas atividades orientadas para a comunidade, de modo a estimular a participação e o apoio de toda a comunidade.
- **Gerir o dinheiro** – pelo registo mensal do rendimento em oposição às despesas.
- **Informar sobre o progresso** aos Comitês Distritais e Nacional do VISÃO 2020 e aos órgãos financiadores. Um relatório anual (indicando os resultados em comparação aos alvos, recursos humanos, infraestrutura e despesas) será preparado. Incluirá metas para o ano seguinte e suas implicações em termos de recursos.
- **Desenvolver um sistema de gestão da informação (SGI)** de forma a facilitar a monitorização e avaliação.
- **Assegurar o acesso oportuno aos fornecimentos de material de consumo.**
- **Incrementar a demanda** através do marketing social, assegurando que

Fig. 2.3 Exemplo do ciclo de planejamento – triagem ocular na escola



Kit de ferramentas OMS/IAPB – Desenvolvimento de um Plano de Ação para o VISÃO 2020

os serviços de cuidados oculares estejam (1) **disponíveis** aos pacientes em relação à distância; (2) **acessíveis**, levando em conta o transporte e os horários de funcionamento; (3) **economicamente acessíveis**; (4) **aceitáveis** em termos de qualidade dos serviços e resultados. Também é necessário apoiar as campanhas de promoção sanitária de modo a desencadear percepções positivas no que diz respeito ao tratamento de doenças oculares e aos serviços disponíveis. As estratégias adotadas farão parte do programa distrital VISÃO 2020 e serão definidas no plano.

2.10 Monitorizar o progresso – “medir é saber”

Os principais objetivos da **MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO** do plano de ação distrital VISÃO 2020:-

- Ajudar todas as partes interessadas a **acompanhar o progresso** em direção aos objetivos acordados e permitir os ajustes necessários para a implementação do programa
- Motivar os funcionários com **feedback de seu desempenho**
- Fornecer evidências da necessidade para a **angariação de fundos**
- **Promover a conscientização** em outras distritos (e outros países) em relação aos sucessos alcançados e problemas vividos em um plano distrital específico.

Para a monitorização eficaz das tendências e do progresso no sentido

de alcançar os objetivos acordados, é necessário possuir um conjunto de **indicadores** claros - estes poderão ter de ser mensais, trimestrais ou anuais – dependendo do que é aconselhável e prático. A definição de um SGI confiável desde o início permitirá uma linha base a ser estabelecida e a mensuração do impacto de intervenções posteriores. Dessa forma, é, essencial a determinação de um sistema de Monitorização e Avaliação operacional desde o início da implementação do programa distrital. Dever-se-á ter muito cuidado no sentido de assegurar que os indicadores selecionados sejam:

- **válidos** – medir o que se pretende medir
- **confiáveis** – mesmo quando utilizados por várias pessoas em tempos diferentes
- **sensíveis** – reagir às mudanças na situação ou alvo a ser medido
- **específicos** – refletir as mudanças apenas na situação ou alvo em questão.

Dado que o VISÃO 2020 tem como objetivo a redução e eventual eliminação da cegueira evitável, os indicadores de monitorização devem centrar-se:

- no impacto do **problema da cegueira** (em geral e especificamente da doença) e deficiência visual
- na performance para prevenir e tratar no que diz respeito ao **controle individual da doença**
- no **desenvolvimento dos recursos humanos** em termos de disponibilidade de competências técnicas
- no desenvolvimento do **sistema de saúde ocular** com relação ao provisio-

namento, recursos e gestão.

Todos os registros efetuados devem ser usados.

A monitorização permitirá à equipe de gestão decidir se:

- **os objetivos e os alvos são realistas**
- **as estratégias são eficazes e eficientes**
- **o programa é bem gerido**

O papel da monitorização e avaliação é exemplificado na Fig. 2.3.

À medida que se começar a planejar, surgirão um número de suposições. O planejamento é um processo em contínua evolução – à medida que é realizada a implementação, aumenta o conhecimento acerca da situação, possibilitando uma perspectiva mais completa. Através da avaliação de práticas anteriores, planejamento, estratégias e alvos poderão ser ajustados e melhorados.

Em qualquer escola, o número de óculos fornecidos para um programa de triagem poderá ser inicialmente pequeno. À medida que os testes de refração prosseguem, o número de óculos necessários aumenta e, com isso, o custo da intervenção. Tal problema poderá ser solucionado através do aumento do número de doadores de óculos ou solicitando aos pais o pagamento (parte) do custo. Os procedimentos subsequentes com outros grupos semelhantes ou com crianças em outras escolas serão melhor preparados, de modo a esperar que esta necessidade de recursos alcance os resultados desejados.

Neste exemplo, os professores contêm registros de crianças com consulta para refração, as que utilizam óculos e o desempenho escolar das crianças antes e após a consulta. Estes indicadores permitem que (1) o progresso seja acompanhado na redução de uma causa de cegueira que afeta a aprendizagem e (2) a avaliação dos procedimentos para controlar e reverter a deficiência visual causada por erro de refração. A monitorização regular poderá revelar resultados inconsistentes em comparação com uma norma esperada. Novos questionamentos podem ser feitos e os procedimentos podem melhorar.

A monitorização de rotina interna/externa dos resultados permite uma avaliação dos objetivos e da estratégia. A mesma apoia o objetivo subjacente de abordagem dos alvos do seu processo de planejamento, maximizando o número de pacientes, assegurando ao mesmo tempo a utilização otimizada dos recursos e resultados.

Os dois **estudos de casos** que se seguem destacam as estratégias adotadas para otimizar os cuidados oculares ao nível distrital do VISÃO 2020 em várias regiões.

3 Estudo de Caso – Kitwe, Zâmbia

Conteúdos

O que podemos aprender com Kitwe?	11
3.1 Qual é o contexto nacional para o programa de saúde ocular em Kitwe?	11
3.2 Existe apoio governamental para a saúde ocular da comunidade?	12
3.3 Avaliação das necessidades 1 – Quais são as características da população da Zâmbia e PCG?	13
3.4 Avaliação das necessidades 2 – O que é conhecido em termos de doenças oculares e cegueira na Zâmbia e PCG?	14
3.5 Hospital Central de Kitwe – Quais os recursos para a saúde ocular ao nível distrital?	15
3.5.1 Recursos humanos	16
3.5.2 Infraestrutura	18
3.5.3 Recursos financeiros	18
3.6 Hospital Central de Kitwe – O Programa Distrital VISÃO 2020	18
3.6.1 De que forma foram definidos a meta, os objetivos e as atividades?	18
3.6.2 Quais as estratégias utilizadas no programa?	19
3.6.3 De que forma é gerido o programa?	21
3.6.4 De que forma é monitorizado o programa?	21
3.7 Quais têm sido os marcos essenciais do programa?	22
3.8 Quais as conclusões que podem ser tiradas?	22

O que podemos aprender com Kitwe?

Procurava um bom caso de estudo na África sub-saariana. O Hospital Central de Kitwe (HCK) no centro da Zâmbia me foi sugerido. Esta foi uma boa recomendação. É um excelente exemplo daquilo que pode ser alcançado para a saúde ocular da comunidade com escassos recursos. A unidade ocular do HCK demonstra bem o modo como o VISÃO 2020 funciona, quer na forma como o serviço se encontra estruturado quer nos objetivos alcançados. Tal fato é verídico para os cuidados oculares oferecidos no interior da própria Província de Copperbelt, assim como em sua extensa área de campanha. Nos próximos anos, Kitwe espera alcançar os alvos definidos para os pacientes examinados e para a realização de cirurgias de catarata – um excelente modelo para a saúde ocular neste continente. Grande parte do território africano ainda está muito atrasado.

Como isto aconteceu? Quais as lições que podemos aprender e quais as práticas que poderão ser repetidas em outros locais? A descrição que se segue concentra-se no importante papel que as ONGs podem adotar. Mas a contribuição das ONGs seria muito menos provável se não existissem tantos aspectos positivos na situação existente no local. Muito pode ser feito em um hospital governamental com uma equipe de saúde ocular com recursos locais bem liderada que abraça os desafios, partilha propriedades e trabalha arduamente para alcançar o sucesso. Todos estes fatores proporcionaram a Kitwe a boa reputação necessária para assegurar que os pacientes quisessem usar um serviço bem gerido. Deste modo, Kitwe poderá alcançar sucesso após sucesso e, por extensão, outras unidades podem fazer o mesmo.

3.1 Qual é o contexto nacional para o programa de saúde ocular em Kitwe?

Kitwe situa-se na província de Copperbelt na Zâmbia, um país sem zona litoral com uma extensão de 752.614 metros quadrados, localizando-se entre 8° e 18° ao sul do Equador. O seu clima possui três estações: ameno e seco de maio a agosto, quente e chuvoso de setembro a outubro e quente e úmido de novembro a abril. A zona norte do país possui uma precipitação pluvial que varia entre 1.100 mm a 1.400 mm, enquanto que na zona sul, que frequentemente sofre períodos de seca, a precipitação varia entre 600 mm e 1.100 mm. O país é um planalto amplamente elevado com um maior relevo concentrado ao norte e leste (Fig. 3.1), ascendendo a uma altura máxima de 2.301 m.

O país é independente desde 24 de outubro de 1964 e está dividido em nove províncias

administrativas (Fig. 3.3). Duas destas províncias, Lusaka e Copperbelt (PCB ao longo do texto), são amplamente urbanas enquanto que as restantes são predominantemente rurais. A Zâmbia divide-se ainda em 72 distritos. A capital é Lusaka, situando-se a 1.277 metros acima do nível do mar (Fig. 3.1). Existem sete línguas oficiais.

A Zâmbia possui uma economia mista. Um setor urbano moderno com empregos no comércio e indústria relacionados à antiga linha ferroviária. (Fig. 3.2), enquanto que o setor rural domina o resto do país. As minas de cobre são a principal atividade econômica do país, embora os problemas com os preços mundiais do cobre signifiquem que esta dependência restrita gera problemas maiores para a economia nacional. Aproximadamente 50% da população ativa encontra-se desempregada. Este fato leva a **elevados níveis de pobreza**, especialmente nas zonas rurais. No total, aproximadamente 85% da população vive abaixo da linha de pobreza, com 46% classificados

como extremamente pobres – estatísticas que começam a melhorar. Em 2003, o país ocupava a 163ª posição de entre 177 países listados no Índice de Desenvolvimento Humano (medindo a longevidade, educação e expectativa de vida).

Fig. 3.1 Características físicas da Zâmbia e países vizinhos



Fig. 3.2 Zâmbia – Principais cidades e comunicações



Nos últimos anos, verificou-se uma melhoria com a elevação dos preços do cobre e a melhoria das colheitas de milho. O forte empenho do governo para combater a corrupção assegurou o apoio das organizações internacionais, tais como o Fundo Monetário Internacional e a Agência para o Desenvolvimento Internacional, de modo a reduzir a dívida. O pagamento dos juros dos empréstimos foi um fator econômico enfraquecedor nos anos anteriores, inibindo o investimento estatal nos serviços públicos, nos serviços de saúde em geral e na prevenção da cegueira em particular. As reivindicações para o investimento nos serviços no âmbito do HIV/SIDA, TB e malária diminuíram os recursos disponíveis para combater a cegueira, tanto para o tratamento quanto para a prevenção.

3.2 Existe apoio governamental para a saúde ocular da comunidade?

O primeiro **Plano Estratégico Nacional de Cinco anos para a Prevenção da Cegueira**¹ na Zâmbia foi apresentado em

outubro de 2003 pelo Comitê Nacional de Prevenção da Cegueira com o apoio do Conselho Central de Saúde, sendo e lançado em uma oficina de Planejamento Nacional em 2004. Este documento reconheceu a necessidade de concentrar as atenções no VISÃO 2020 como meio de eliminar a cegueira evitável. Também reconheceu que *“a saúde ocular é uma parte integral de outros serviços de saúde e, por isso, necessita ser implementada... juntamente com outras atividades de cuidados primários de saúde”* e que *“os distritos... são agora os pontos centrais para a distribuição dos serviços de cuidados de saúde”*. O Plano argumentou que o resultado lógico da competição dos recursos encontra-se na integração horizontal das atividades de cuidados de saúde primários. O Diretor-Geral do Serviço de Saúde Central (SSC) no seu prefácio afirmou que este *“documento (centrar-se-á) na orientação do governo em termos de planejamento e distribuição dos serviços de saúde ocular”*.

O Plano destacou cinco necessidades:

- Uma **forte abordagem comunitária para o cuidado ocular**, de modo a equilibrar

os esforços nacionais e individuais.

- Uma **melhor distribuição dos recursos humanos especializados em saúde ocular** (os objetivos foram traçados).
- Uma maior e **melhor disponibilidade de instalações físicas quer para os serviços quanto para a formação** com equipamento de apoio e transporte (os objetivos foram traçados).
- Uma maior **disponibilidade dos centros de consulta** e centros para desenvolver o programa PCG.
- A necessidade de um **Coordenador Nacional para a Prevenção da Cegueira**.

O governo apoiou, por isso, o objetivo de melhorar os cuidados com a saúde ocular da comunidade na Zâmbia, mas as limitações dos recursos dificultaram a participação ativa. Outro problema subsiste no fracasso do Plano Nacional em realizar um programa de implementação de 5 anos com uma estrutura de planejamento distrital, fato comum em toda a África sub-saariana. Recentemente, o governo central mostrou um empenho mais contundente, por exemplo, no apoio à realização oficinas de cuidados primários da saúde ocular e na organização de triagem de pacientes com catarata e dos campos de cirurgia para comemorar o Dia Mundial da Visão em 2005. Além disso, em novembro de 2005, o Ministério da Saúde, em parceria com o Comitê Nacional PCG, reuniu-se com as principais ONGs para coordenar com maior empenho os programas de saúde ocular na Zâmbia. Atualmente admite-se que o Conselho Central de Saúde, anteriormente instalado em 1996 para implementar a política governamental, necessita ser dissolvido para evitar a duplicação e economizar fundos. Esta decisão foi ponderada em 2006 com a admissão de um Gestor Nacional do VISÃO 2020 por parte do Ministério da Saúde, com o apoio das ONGs para coordenar as atividades dos cuidados oculares em todo o país.

O Ministério da Saúde continua a ser o grupo estratégico, definindo e

Table 3.1 Provisionamento hospitalar na Zâmbia

Primário	Secundário (consulta)		Terciário
	Província	Cidade	
73 Hospitais Distritais e Missionários	Central	Kabwe	Hospital Universitário de Lusaka (HUL) – Lusaka Hospitais Centrais de Kitwe (PCB), Ndola (PCB)
	Copperbelt	Chingola, Mufulira	
	Leste	Chipata	
	Luapula	Mansa	
	Norte	Kasama, Mbala	
	Noroeste	Solwezi	
	Sul	Choma, Monze, Livingstone, Mazabuka	
	Oeste	Mongu	

Tabela 3.2 O ambiente populacional em Kitwe – Zâmbia e Província de Copperbelt

Parâmetro populacional	Zâmbia	PCB (se conhecido)
Principais dados estatísticos – com base no censo de 2000 ou estimativas posteriores		
Número	11,5 m (1980 – 5,7m; 2000 – 9,9m)	1,6 m (467.084 em Kitwe)
Sexo	49,2% masculino; 50,8% feminino	50,6% masculino; 49,4% feminino
Densidade populacional	14/km ² (Fig. 3.3 indica as variações)	52,9/km ² , mas muito mais baixa em Luapula e nas províncias do norte
Taxa de crescimento anual	2,1 % (anos 70 – 3,1%; anos 80 – 2,7%; anos 90 – 2,4%)	0,8%
Mediana da idade	16,5 (46% com menos de 15 anos)	? (43,6% com menos de 15 anos)
Expectativa média de vida	40 anos	50 anos
Taxa geral de dependência	96,2%	85,1
Mortalidade infantil	120/1000 (182 / 1000 > 5)	92/100
Prevalência de HIV/SIDA	16,5% (mais elevada nas mulheres e nas cidades)	19,9%
Distribuição urbana/rural (%)	40/60	18,2/78,2 Migração urbana para a zona rural
Indicadores demográficos importantes na ponderação do planejamento do programa pcg (majoritariamente 2003)		
Acesso à água potável e limpa	53% (a aumentar)	78%
Acesso a boas condições sanitárias	45% (a aumentar)	89%
Despesas com saúde pública (parcela do PIB)	3,5%	-
Imunização infantil contra o sarampo	84%	-
Despesas com educação (parcela do PIB)	2,3%	-
Inscrição na educação primária	68% (23% secundário)	72%
Alfabetização em uma ou mais línguas	67,9% – a aumentar (ver Fig. 3.4 para os contrastes rural/urbano)	70,5% (ver Fig. 3.5)
Desemprego	50%	24%
Abaixo da linha de pobreza	85% – a diminuir. Pior nas zonas rurais	58% (ver Fig. 3.6)
Fome	28% 2003 – a diminuir	Ver Fig. 3.7
PIB per capita	417	-

controlando os orçamentos, além de pagar os salários. O poder é conferido aos Gabinetes de Saúde das Províncias (GSP), cuja capacidade de gestão é bem reconhecida. O papel dos GSP é monitorizar as despesas com a saúde, autorizar consultas, pagar salários e verificar a implementação da política do MS. Desde que as unidades de serviço individuais, tais como o HCK, informem os GSP e, conseqüentemente, o MS quanto aos seus planos e atividades, a preocupação com a interferência externa nos programas de saúde é mínima.

A estrutura do provisionamento hospitalar na Zâmbia é destacada na Tabela 3.1, as províncias estão mapeadas na Fig. 3.3 e as cidades/hospitais com as suas principais ligações em termos de comunicações são indicados na Fig. 3.2. O único hospital dedicado à oftalmologia na Zâmbia é

privado e situa-se em Lusaka. As unidades exclusivamente oculares podem ser encontradas nos hospitais terciários e em alguns secundários, por exemplo, no HCK, aberto desde 1958. Todos os hospitais primários e muitos secundários tratam apenas traumas de caráter simples e oferecem consultas envolvendo deslocamentos por parte dos pacientes. Alguns hospitais secundários oferecem uma base para atividades de campanhas.

O Hospital Central de Kitwe (HCK), o tema desse estudo de caso, é um hospital de nível terciário e situa-se na Província de Copperbelt. Existem 10 distritos na PCB (8 dos quais são parte da captação do HCK). A área restante servida situa-se em duas províncias vizinhas, aumentando a população dependente, na totalidade, para aproximadamente 1,6 m.

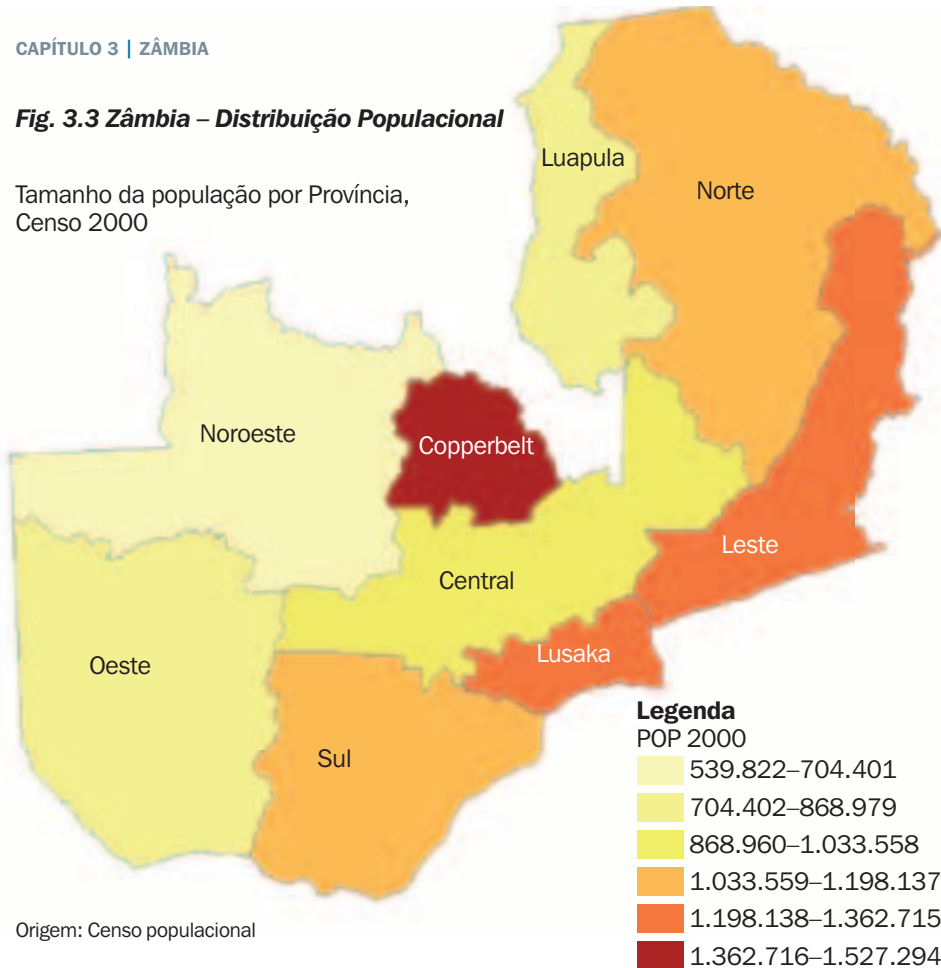
3.3 Avaliação das necessidades 1 – Quais são as características da população da Zâmbia e Copperbelt?

O mapa de distribuição da população (Fig. 3.3) e a tabela estatística (Tabela 3.2) ajudam a indicar as características fundamentais do ambiente populacional no qual a unidade ocular do Hospital Central de Kitwe (HCK) planejou e se encontra a implementar um programa distrital VISÃO 2020 com um crescente sucesso.

- PCB em 2006 possui uma população de 1,6 milhão. A área de captação do HCK cobre grande parte da PCB e também as áreas das províncias do norte e de Luapula, embora atualmente apenas exista 40% de acesso aos serviços de saúde ocular nessas áreas.

Fig. 3.3 Zâmbia – Distribuição Populacional

Tamanho da população por Província, Censo 2000



Origem: Censo populacional

Fig. 3.4 Zâmbia % Taxas de alfabetização (5 anos +) por domicílio e gênero, 2000

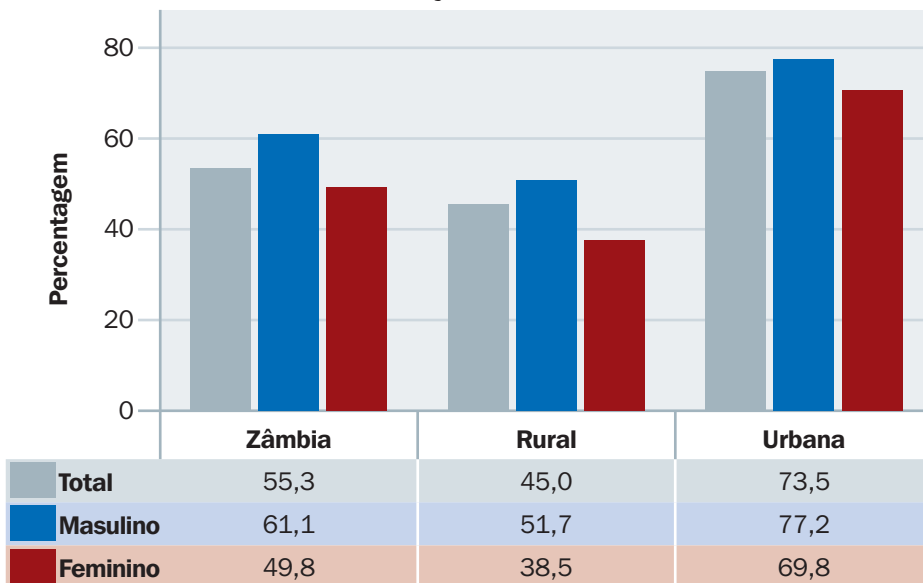
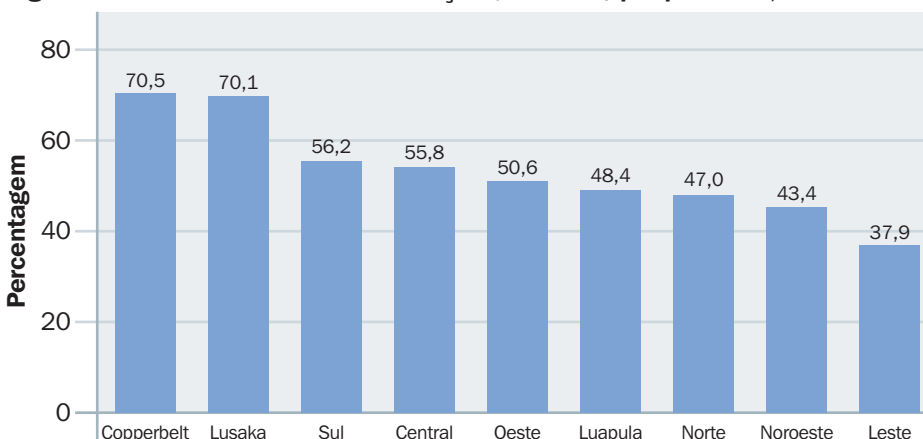


Fig. 3.5 Zâmbia % Taxas de alfabetização (5 anos +) por província, 2000



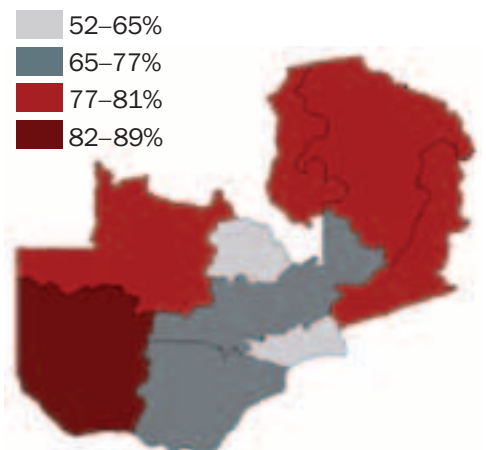
Isto dá um total de população servida de aproximadamente 1,6 milhão dentro dos limites do modelo para um programa distrital VISÃO 2020.

- A densidade populacional mais elevada que a média na PCB facilita o deslocamento dos pacientes para o hospital. Isso é ainda auxiliado pela rede de transportes relativamente boa da província.
- A posição central da PCB na Zâmbia, relativamente à distância norte-sul, ajudou a organização das campanhas do hospital para outras províncias mais rurais e menos bem servidas.
- Muitos indicadores de educação, bem-estar e saúde para a PCB sugerem um ambiente de apoio para a promoção, aceitação, acessibilidade e sucesso potencial de um programa VISÃO 2020. As Figs. 3.4 e 3.5 indicam taxas de alfabetização acima da média para as áreas urbanas e na PCB em particular. A Fig. 3.6 indica uma incidência da pobreza mais baixa do que a média; com consequências para a acessibilidade aos tratamentos e aos centros de cirurgia. Contudo, a Fig. 3.7 destaca os aspectos negativos da saúde na proporção de crianças desnutridas e a Tabela 3.2 indica a incidência relativamente elevada do HIV/SIDA nas áreas urbanas da Zâmbia, a qual é refletida nas cidades da PCB. O melhor acesso à água fresca potável e ao saneamento (Tabela 3.2) oferecerem, contudo, um bom apoio para a prevenção da opacidade corneana devido ao tracoma.

3.4. Avaliação das Necessidades 2 – O que é conhecido em termos de doenças oculares e cegueira na Zâmbia e PCB?

A Zâmbia não teve uma análise das necessidades nacionais das doenças oculares e da cegueira, embora já existam alguns planos para realizar um estudo em Copperbelt. Um estudo

Fig. 3.6 Zâmbia – Distribuição de pobreza



Dados acerca das condições de vida na Zâmbia, 1997. Escritório de Estatística Central, 1998

anterior realizado na Gâmbia é usado como base para os pressupostos em relação à prevalência e às causas de cegueira atualmente (assim como para a maior parte da África sub-saariana). Os dados de estudos do Malawi e do Quênia, juntamente com o conhecimento profissional, têm sido utilizados para modificar os dados do estudo, adaptando-os a um contexto local.

A Tabela 3.3 indica a situação da cegueira para a Zâmbia e a PCB com base na extrapolação da Gâmbia. A Fig. 3.8 indica a distribuição da doença para a região servida pelo Hospital Central de Kitwe, calculada em 2003 em 1,3 milhões, estimando a prevalência de cegueira em 1% de 13.000. Esta captação incluiu uma grande parte da PCB juntamente com os distritos de outras províncias menos bem servidas ao norte e ao leste do país.

Catarata (50%), Opacidade da Córnea (25%) e Glaucoma (15%) são as principais doenças que levam à cegueira, as quais nos primeiros dois casos podem ser prevenidas ou tratadas de forma econômica, enquanto que a perda da visão causada por glaucoma pode ser estabilizada e reduzida – sendo os casos detectados precocemente e tratados com recursos acessíveis, suficientes e sustentáveis.

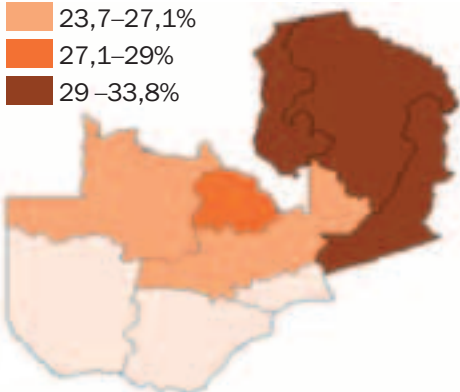
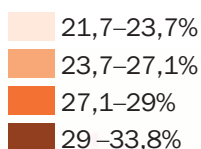
3.5. HCK – Quais os recursos para a saúde ocular ao nível distrital

3.5.1 Recursos humanos

O sucesso da unidade ocular do HCK depende fortemente da equipe de RH (Fig. 3.12). As razões incluem –

- Liderança do responsável da unidade ocular – ver abaixo.
- O apoio do diretor executivo e da equipe de gestão do hospital governamental principal.
- O apoio das ONGs (ver pág. 18), do gabinete de saúde da província e do Ministério da Saúde (o estado contribui

Fig. 3.7 Zâmbia – Crianças desnutridas



Mapa global fornecido por CIESIN, fronteiras por ESRI, dados antropométricos por “Demographic and Health Survey”. EarthTrends www.earthtrends.wri.org

Tabela 3.3 Estimativas de cegueira na Zâmbia e na Província de Copperbelt (com base na população de 2000) Zâmbia PCB

	Zâmbia	PCB
População Total	10.000.000	1.600.000
Prevalência da cegueira – 1%	100.000	16.000
Prevalência das principais causas da cegueira		
• Catarata – 50%	50.000	8.000
• Opacidade da córnea – 25%	25.000	4.000
• Glaucoma – 15%	15.000	2.400
• Cegueira Infantil – 5%	5.000	800
• Outros – 5%	5.000	800

com aproximadamente 30% dos custos – 6% excluindo os salários).

- Gestão eficiente efetuada pelo administrador da unidade ocular – ver abaixo.
- Uma relação enfermeiro/paciente superior à média do hospital.
- Esquemas de incentivo para alguns funcionários, incluindo cobertura de salários para o tempo das campanhas.
- Provisionamento de formação para diferentes quadros da equipe.
- Estrutura não-hierárquica, promoção de trabalho em equipe, propriedade e um excelente ambiente de trabalho.
- Reputação na comunidade local.

Oftalmologistas

- O representante atual da unidade ocular, um oftalmologista ganês nomeado para o HCK em 2002, conseguiu implementar, através de um planeamento e gestão de equipes cuidadoras, um programa comunitário de saúde ocular de sucesso crescente. Este estudo de caso exemplifica a vantagem do planeamento e implementação iniciais do VISÃO 2020 ao nível distrital em locais com condições vantajosas – **a pessoa certa, no local certo (ver páginas 13–14) na hora certa, dentro de uma estrutura externa de apoio (hospital, gabinete da província e ONGs em ação)** – ver

Fig. 3.8 Prevalência da cegueira na área servida pelo Hospital Central de Kitwe (estimativas de 2003)

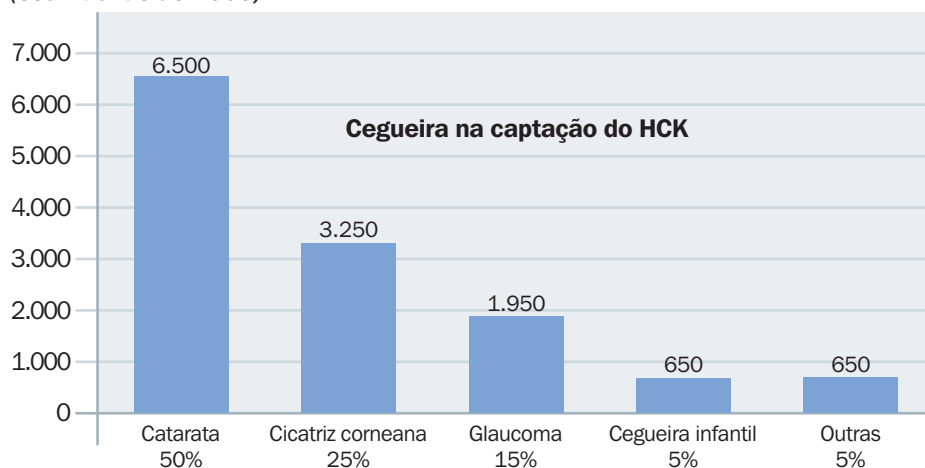


Fig. 3.9 Ajudante hospitalar de oftalmologia do HCK



“Prioridades de Planeamento” nas páginas 7–8.

- A função do responsável pela unidade é coordenar, controlar e monitorizar os serviços administrativos e profissionais especializados de modo a oferecer aos pacientes serviços médicos e de cuidados de saúde eficazes e eficientes. A descrição da função possui quatro componentes: – **administração:** ter como objetivo a distribuição eficiente dos serviços através da formulação, implementação e revisão das políticas e procedimentos abordados pela unidade e através da monitorização e regulamentação da utilização dos recursos da unidade, incluindo os funcionários através de uma avaliação de apoio.

Fig. 3.10 Unidade Ocular do HCK – Oftalmologista e enfermeiro de bloco cirúrgico

- **cuidados clínicos:** realizar tratamentos cirúrgicos especializados, encaminhando pacientes de clínicas externas para revisão do caso consultado e liderar as equipes cirúrgicas de campanha
- **capacitação:** proporcionar um complemento cirúrgico para os residentes provenientes, por exemplo, de Nairobi, melhorar a excelência acadêmica e a competência prática da equipe médica e realizar estudos, e publicando as conclusões
- **rede de ligação:** proporcionar apoio em termos de consultoria aos profissionais médicos dentro e fora do HCK.

- Um segundo oftalmologista juntou-se à equipe de Kitwe no final de 2005
- A nível nacional, os oftalmologistas representam atualmente um recurso limitado de aproximadamente 15 especialistas (5 na PCB, 8 em Lusaka, 1 em cada Província do Sul e Oeste), nem todos no exercício de suas funções, resultando numa taxa de 1 oftalmologista para 1 milhão de habitantes (objetivo da OMS – 1:500.000 em 2000, 1:250.000 em 2020). A formação na sub-especialidade não se encontra disponível na Zâmbia – existem cursos acessíveis em Nairobi, Moshi, Kampala, Harare, Cidade do Cabo ou fora da África. A participação deve ser assegurada através de financiamento privado, por vezes com o apoio de bolsas de ONGs - atualmente encontram-se cinco pessoas em formação em Nairobi e serão distribuídas para centros em toda a Zâmbia. Aderência não é um problema.

Responsáveis Clínicos de Oftalmologia (RCO)

- Atuam como líderes de equipe com funções médicas específicas na unidade ocular. A descrição das funções na equipe da unidade ocular possui quatro áreas alvo:
 - **serviços clínicos:** triagem – anamnese, exame, investigação e tratamento apropriado, auxiliando o oftalmologista no bloco cirúrgico,

Fig. 3.11 Equipe cirúrgica em campanha – oftalmologista, responsável clínico de oftalmologia, enfermeiro de bloco cirúrgico, enfermeiro ocular e motorista em viagem para Mansa, Província de Luapula

realizando operações simples, refração e compartilhando os chamados para o oftalmologista.

- **serviços administrativos:** planejamento de atividades de intervenção direta
- **educação sanitária:** formação de enfermeiros durante a fixação
- **atividades comunitárias:** PCG através da educação sanitária da comunidade e um rastreamento coletivo periódico.
- As campanhas em termos de rastreamento realizam-se três vezes por semana nos distritos da PCB. Os pacientes são encaminhados, se necessário, quer para o HCK ou para o Hospital Missionário de St^a Teresa, o qual atua como um segundo centro de consultas para cirurgia para três distritos da PCB, de modo a minimizar a distância que os pacientes têm de percorrer.
- De três em três meses, a campanha cirúrgica estende-se à Mansa, na Província de Luapula, e à Kasama na Província do Norte – uma vez mais para proporcionar um acesso mais fácil aos pacientes que, caso contrário, têm de percorrer uma distância considerável para uma consulta hospitalar, provavelmente em Kitwe.
- A nível nacional, os RCO são poucos, em parte devido à existência de empregos mais bem pagos no serviço médico ou fora da Zâmbia, e também devido ao crescimento contínuo do número de hospitais distritais. Um curso de formação de quatro anos possui um elemento RC inicial realizado em Lusaka, seguido de um diploma RCO de um ano em Malawi.

Fig. 3.12 Equipe de recursos humanos na Unidade Ocular do Hospital Central de Kitwe**Enfermeiros**

- Quer ER – Certificado de 2 anos de formação na Zâmbia ou ED – Diploma de 3 anos de formação na Zâmbia (alguma resistência devido à emigração de enfermeiros ED). O HCK contribui para o programa nacional na formação de enfermeiros clínicos primários em cuidados oculares. Os enfermeiros ER podem progredir para o Diploma ED com mais dois anos de formação. O HCK possui dois EO (Diploma de formação na Gâmbia), responsáveis pelo corpo de enfermeiros, liderança de duas equipes de campanhas comunitárias na ausência de um RCO, tratamento de doenças oculares mais simples pela liderança na triagem dos pacientes e na formação dos enfermeiros.
- A função ER combina os cuidados básicos de enfermagem (promoção da saúde do paciente e comunicação, por exemplo, em termos de nutrição e higiene) com cuidadosa observação e registro dos procedimentos.
- A função ER divide-se entre a supervisão e a formação dos enfermeiros registrados, a avaliação dos enfermeiros

Fig. 3.13 Formação de enfermeiros na Unidade Ocular do HCK

estudantes e a organização da recepção do paciente e a oferta de cuidados de enfermagem.

- O enfermeiro do bloco cirúrgico é responsável pelo nível dos cuidados de enfermagem no bloco cirúrgico, incluindo os procedimentos durante a cirurgia e a administração dos medicamentos adequados.

Atendentes Hospitalares dos Pacientes

Estes são diretamente contratados pela unidade, em vez de em cooperação com o hospital. A sua função é:

- Acompanhar as equipes de campanhas comunitárias e prestar assistência na triagem dos pacientes.
- Auxiliar na aferição da acuidade visual, pressão intra-ocular e no rastreamento de DPE.
- Auxiliar os enfermeiros nas tarefas de assistência hospitalar.
- Auxiliar nos serviços de aconselhamento.

O Administrador da Unidade Ocular/ Gestor do Projeto (um contador qualificado e formado em Aravind em administração hospitalar)

O detentor desta função é o gestor financeiro – recebendo e aplicando os fundos, comprando os materiais de consumo, elaborando relatórios para os doadores, trabalhando com o responsável pela unidade e a equipe de gestão no âmbito do planejamento financeiro e da gestão orçamental, informando diariamente o Diretor Executivo do HCK. Esta função foi introduzida como um posto de trabalho em tempo parcial em 2003, mas desde janeiro de 2005 passou a ser realizada em tempo integral. O administrador tem sido bem sucedido em garantir o apoio financeiro eficiente e eficaz para a expansão das atividades da

unidade ocular. Anteriormente, esta função central fazia parte da descrição da função do responsável pela unidade, pelo que esta nomeação libertou o responsável pela unidade no sentido de se concentrar mais nas prioridades médicas para desenvolver os serviços de cuidados oculares no e a partir do HCK.

O Ambiente de Trabalho dos RH

Conforme resumido na introdução na página 15, é importante reconhecer não somente a estrutura efetiva e as responsabilidades da equipe de RH da unidade (Fig. 3.12) mas também o contexto humano mais amplo, no qual a equipe é encorajada a oferecer serviços excelentes. Vários aspectos fundamentais caracterizam este contexto produtivo.

- Existe um forte grau de **independência da unidade em relação ao hospital** – as reuniões de gestão realizadas pelos seis gestores principais na unidade tem o poder de tomar decisões sem representação por parte da administração do hospital. Isso inclui definir o orçamento para o ano seguinte, uma parte do qual depende do financiamento governamental. É apenas necessário relatar posteriormente as decisões tomadas. Essa situação reflete-se de forma clara na estrutura de apoio do hospital, no qual a unidade ocular trabalha e prolifera. O mesmo grau de confiança é indicado pelo **Gabinete de Saúde da Província** que implementa a política de saúde do governo, mas a qual é discreta na sua relação com o funcionamento desta unidade. Os GSP também contribuem para a publicidade e para a mobilização dos pacientes.
- As reuniões com os funcionários dentro da unidade são realizadas mensalmente e os assuntos incorporados na agenda são sugeridos pelos membros da equipe, encorajando um sentido de **propriedade da equipe** na gestão da unidade, bem como uma partilha empresarial quer dos seus sucessos quer dos seus problemas. Os desenvolvimentos futuros das equipes orientadas para a Visão Subnormal e Pediatria reforçarão o momento positivo da unidade. Assim, o espírito da equipe é horizontal e consultativo, em vez de hierárquico.
- Os salários são financiados pelo governo, uma vez que a maioria destes são utilizados através do hospital principal. São disponibilizados pagamentos complementares aos funcionários do hospital principal (estes excluem o administrador e os conselheiros dos pacientes) e são financiados

pelos ONGs, para reconhecer as horas extra de trabalho envolvido em campanha comunitária. Outros **incentivos para motivação** incluem oficinas de formação para todos os quadros de funcionários, apresentações clínicas semanais, um sistema de apreciação positiva, o cuidado com a qualidade do ambiente de trabalho, tanto quanto os fundos o permitam, e funções sociais com o objetivo de formação de equipes.

- O contexto humano inclui também o **amplo respeito da comunidade** pelo serviço da unidade. Este deve-se aos bons resultados cirúrgicos da unidade assim como ao sistema de aconselhamento dos pacientes que tenta assegurar expectativas realistas. Os pacientes são vistos prontamente e nunca recusados. A todos é dedicado cuidado e tempo e rapidamente é dado conhecimento deste fato a toda a comunidade. O papel partilhado de todo o pessoal voluntário médico e auxiliar é de vital importância para a comunicação desta equipe de apoio.

5.2 Infraestrutura

- O apoio governamental (financiado pela iniciativa para os Países Pobres Altamente Endividados) e a assistência de ONGs permitiram reparações nos edifícios originais já existentes, 2004-5.
- O fornecimento de materiais de consumo da Lista Padronizada de Equipamento Oftalmológico são disponibilizados através dos fundos do governo e ONGs e estão disponíveis desde que previamente planejado – parte da responsabilidade do Administrador.
- O mobiliário é, na maioria, herdado do hospital.
- As necessidades em termos de equipamento são largamente conhecidas através do apoio das ONGs, mas substituições são necessárias.
- As 27 camas são insuficientes, mas o espaço limita mais provisões. Normalmente os pacientes ficam duas noites. O sucesso da unidade causou a ampliação dos seus edifícios originais. Os planos para construir uma nova unidade ocular para resolver este problema foram iniciados pelas ONGs, mas foram adiados.
- Dois veículos – um de 4 rodas e um pequeno ônibus, conseguido por ONGs, foram oferecidos para campanhas comunitárias. As bicicletas são fornecidas para os identificadores de casos.
- Uma unidade de Visão Subnormal no local num edifício renovado, fundado por ONGs, deveria abrir em 2006 (inicialmente com mais dois funcionários do Malawi e da Índia no Instituto Ocular LV Prasad) com o objetivo de avaliar crianças com deficiência visual,

ajudar com os auxílios de BV, prestar serviços de reabilitação e selecionar escolas apropriadas para as crianças com deficiência visual.

5.3 Recursos financeiros

Tal como já foi referido, a unidade ocular no HCK depende do financiamento governamental e das ONGs num relação aproximada de 30/70. A maior parte da contribuição governamental destina-se ao pagamento de salários. Este financiamento central, processado através do Gabinete de Saúde da Província, é concedido com o mínimo de intervenção externa no funcionamento do serviço. O hospital base HCK (financiado pelo governo) também é responsável pela gestão diária, serviços, terreno e edifícios, recrutamento de funcionários e alguns fornecimentos.

O financiamento por parte das ONGs permitiu a esta unidade, e de forma incomum na Zâmbia, planejar e implementar um programa que oferece um modelo robusto para a implementação ao nível distrital do VISÃO 2020 na África sub-saariana, quer em termos da estrutura do programa, quer da sua função. As suas atividades e sucessos estão descritas a seguir.

As ONGs mais ativas na unidade ocular do HCK são a CBM International (CBMI) desde 2003 e Sightsavers Internacional (SSI) desde 2004. O financiamento é recebido trimestralmente e, tal como outras fontes de rendimento, incluindo os pagamentos dos pacientes, é canalizado através do Hospital Central. Os orçamentos das ONGs são preparados individualmente, mas endossados pelo diretor executivo do hospital. A sua ênfase é o financiamento separado de itens, concentrando-se a CBMI nas pensões complementares, administração, equipamento, materiais de consumo e medicamentos, enquanto que a SSI patrocina a formação e a mobilização dos pacientes. Os seus objetivos, embora cumulativos, são expressos de forma breve e individual conforme se segue.

- O objetivo da CBMI é eliminar a cegueira evitável na PCB e nas áreas circundantes, através do aumento do número de cirurgias de catarata (assegurando a qualidade dos resultados) e as correções dos erros de refração.
- O objetivo da SSI é a redução da cegueira evitável na PCB e nas áreas circundantes através do provisionamento de campanhas comunitárias sustentáveis para a triagem, um serviço de consultas secundário para aumentar as cirurgias de catarata e a formação dos funcionários de nível médio especializados em saúde ocular para fazer parte dos centros de saúde primários. A SSI também está envolvida a nível nacional, na Zâmbia, em um

projeto para implementar um sistema de coordenação nacional de saúde ocular efetivo e eficiente no MS no sentido de melhorar os serviços de saúde ocular em todo o país.

Outras entidades contribuidoras para a unidade ocular do HCK são o Lions Club de Kitwe, o Standard Chartered Bank (Sucursal de Kitwe), Organização Satya Sai (uma ONG indiana), igrejas (Hospital Missionário de Stª Teresa) e curandeiros e líderes tradicionais. O seu apoio abrange áreas tais como os campos de rastreamento, a mobilização de pacientes, os subsídios aos pacientes e o Dia Mundial da Visão.

3.6 HCK – O Programa Distrital VISÃO 2020

3.6.1 De que forma foram definidos a meta, os objetivos e as atividades?

O programa teve início em 2001 e foi designado de **PROJETO DE SERVIÇOS OCULARES COMUNITÁRIO**. O seu **objetivo** foi estabelecer um serviço de saúde ocular equitativo, de qualidade e abrangente, especialmente para catarata e erros de refração, no interior e fora da Província de Copperbelt. O programa foi criado para preencher a lacuna existente entre os níveis terciários e primários da saúde ocular, sendo que os últimos são frequentemente mal integrados com os CSP na Zâmbia.

O foco para o financiamento de ONGs foi destacado anteriormente. Reunindo todas as suas preocupações, o **objetivo** para o Projeto é reduzir o peso da cegueira e da baixa visão através do aumento do número de cirurgias de catarata e das prescrições de óculos para corrigir os erros de refração na PCB e nas áreas circundantes. Inicialmente, foi dada ênfase à área da PCB; extensão às Províncias de Luapula e do Norte ocorreu mais recentemente.

Para alcançar este objetivo de controle da doença, estão sendo realizadas **estratégias** para (1) melhorar os recursos humanos e (2) desenvolver a infraestrutura da saúde ocular primária, de modo a alcançar uma melhoria do provisionamento para rastreamento e cirurgia através de várias **atividades**, definidas na Fig. 3.14.

As atividades são orçadas, agendadas e as responsabilidades são atribuídas aos membros da equipe. Os planos anuais sucessivos definem e revêm os objetivos para cada atividade.

3.6.2 Quais as estratégias utilizadas no programa?

Melhorar os recursos humanos

No final do ano de 2005, havia 29 pessoas (20 em 2003) alocadas no HCK e designadas para o seu departamento ocular. É essencial recrutar mais pessoas, bem

como proporcionar a formação contínua dos funcionários existentes (quer para melhoria quer para atualização de conhecimentos), de modo a assegurar as competências para alcançar o crescimento do rastreamento e cirurgia almejado pelo projeto.

Durante 2004/05, realizaram-se as seguintes atividades de formação:

- **Oftalmologistas** – O projeto tomou a iniciativa de assegurar os locais de formação para cinco médicos zambianos no programa de Oftalmologia para DM na Universidade de Nairobi. Um dos médicos deste grupo juntou-se agora à equipe de Kitwe para tornar-se o segundo oftalmologista.
- **Responsáveis clínicos de oftalmologia** – RCO, formados no Malawi, juntaram-se à equipe de Kitwe. Há uma intenção para formar mais Responsáveis Clínicos dos Distritos. O rastreamento dos pacientes nas clínicas distritais requer Responsáveis Clínicos de Oftalmologia para alcançar os

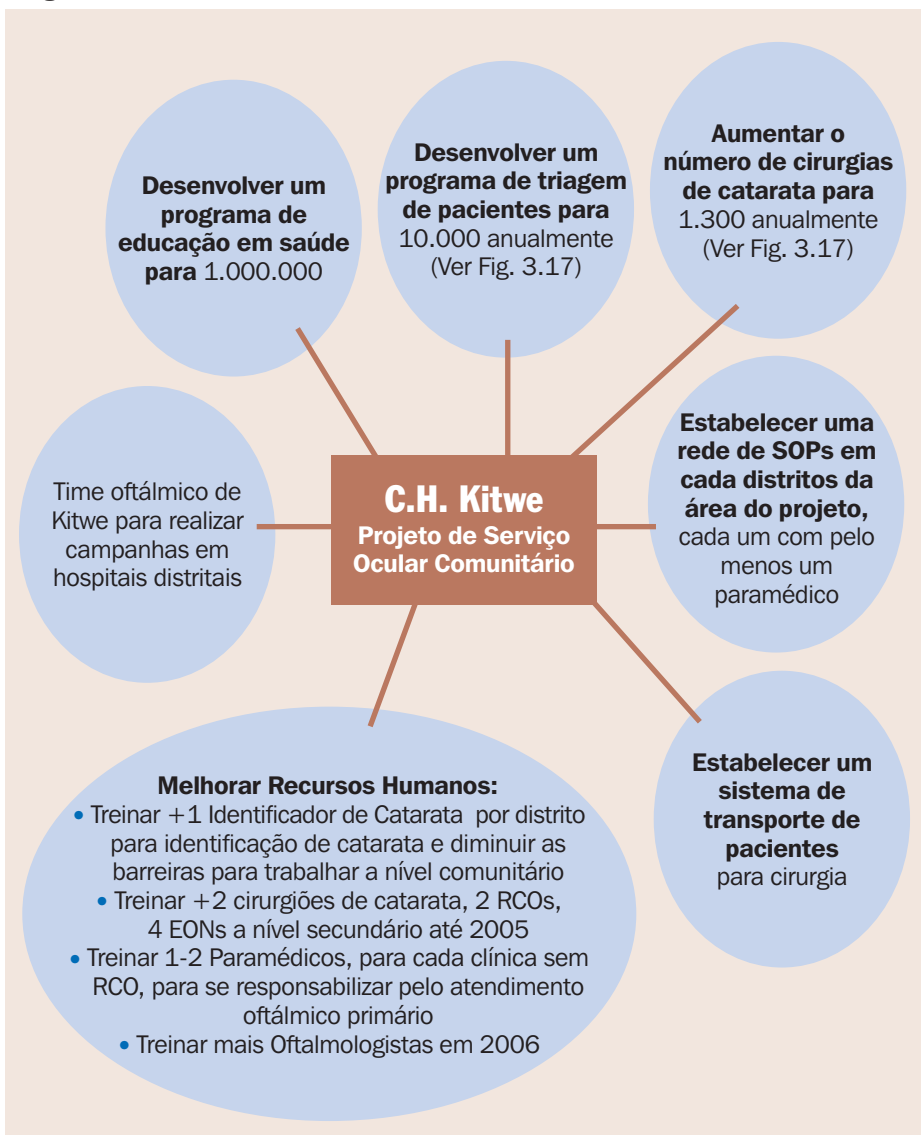
objetivos necessários. Um coordenador do Hospital Missionário de Stª Teresa frequentou um curso certificado de 2 meses na área de Saúde Ocular Comunitária.

- **Enfermeiros** – Um enfermeiro foi enviado para a Gâmbia para obter o Diploma em Enfermagem Oftálmica e atualmente é o segundo EO na equipe de Kitwe. Um enfermeiro de bloco cirúrgico do Stª Teresa frequentou um curso em Uganda. Os ERs dos distritos da PCB, bem como de Kasama e Mansa nas províncias de campanhas comunitárias, receberam formação básica em oftalmologia, em Kitwe, para que possam estar munidos das competências para realizar um rastreamento profissional dos pacientes, especialmente nas clínicas onde ainda não existam RCOs.
- **Agentes comunitários** – Foi realizado uma oficina para o Diretor e os funcionários de saúde comunitária no Distrito de Lufwanyama, na área da PCB. O objetivo foi compartilhar informação

sobre os objetivos e atividades dos serviços oculares da comunidade. Numa cultura em que existe uma tradição limitada de apoio voluntário, espera-se que tal comunicação espalhe a sensibilização e encorage o apeço pelos serviços que estão a ser organizados e, dessa forma, encorage a comunidade para prestar apoio, por exemplo, na divulgação da publicidade. Será solicitada a ajuda dos Comitês de Saúde Vizinhos. Os curandeiros tradicionais também foram abordados em três distritos no sentido de frequentarem as reuniões para considerarem as suas responsabilidades relativamente às questões sanitárias e para receberem aconselhamento no que diz respeito ao tratamento seguro e ao aconselhamento nas consultas. Foram realizadas oficinas semanais sobre a cegueira infantil – uma no norte e outra no sul da Zâmbia – envolvendo professores, parteiras, enfermeiros e RCOs – de modo a despertar a sensibilização e a promover o tratamento. O HCK foi representado por um enfermeiro.

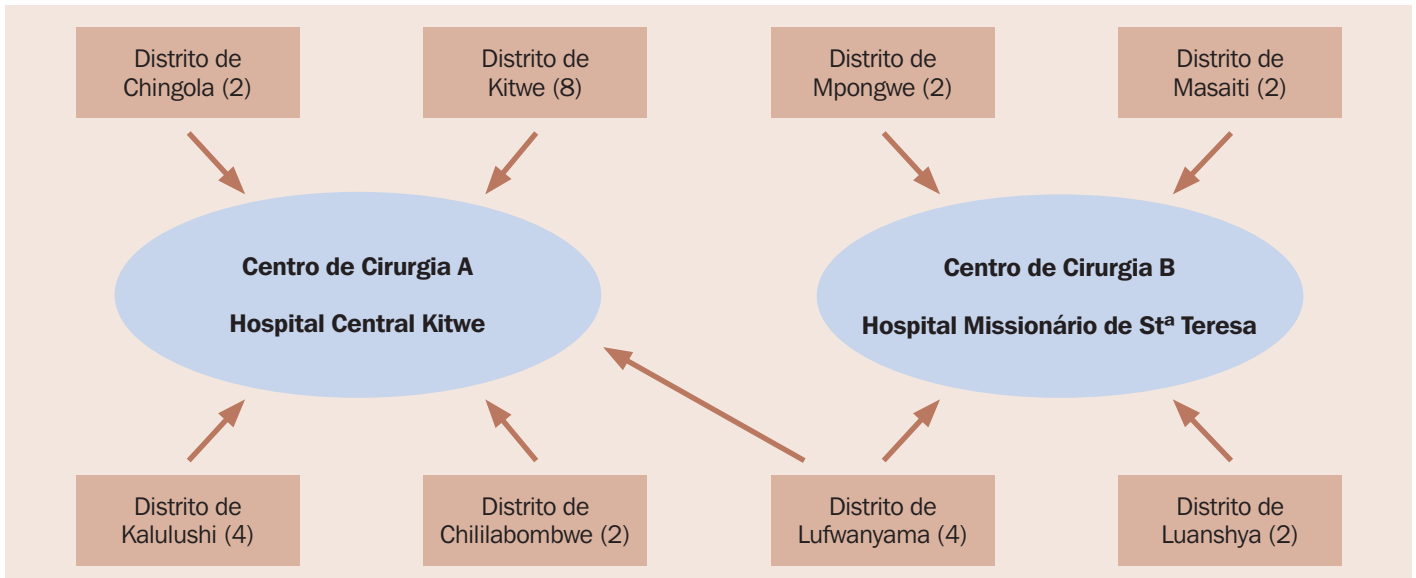
- **Conselheiros de pacientes** – os conselheiros estão sendo treinados tanto para o hospital base quanto para os centros de campanhas comunitárias, de modo a proporcionar aos pacientes a informação correta para suplantar as superstições e o medo de forma a ajudá-los a tomar as melhores decisões para a sua saúde ocular.
- **Baixa visão** – inicialmente dois funcionários estão sendo capacitados para integração nesta nova instalação hospitalar base.
- **Triadores de catarata** – quatro foram formados e foram fornecidas bicicletas para auxiliar nos serviços de campanha ao nível comunitário nas cidades de Kawama, Ipusukulo e Luangwa na PCB. Exercem uma função na identificação de catarata e na “eliminação de barreiras”, proporcionando informação positiva sobre as oportunidades de tratamento e facilitando o movimento para um centro de tratamento. O seu envolvimento encontra-se sob revisão no momento.

Fig. 3.14 Atividades e alvos do projeto de serviço ocular comunitário do HCK planejadas na delimitação do financiamento de ONG – para alcançar uma redução da cegueira e da baixa visão na PCB e nas áreas circundantes (Um Programa Distrital VISÃO 2020)



Desenvolver uma infraestrutura de saúde ocular primária

As atividades do projeto são planejadas de forma a cobrir, pelo menos, três quartos da **Província de Copperbelt** – uma população estimada em 1,3 milhões, com mais 0,3 milhões provenientes de outras províncias – **Luapula e Norte**. Todas as atividades ligadas ao projeto são realizadas nas clínicas distritais, ver Fig. 3.15 para a PCB. A boa coordenação entre os centros de rastreamento distritais, os centros de saúde ocular comunitária VISÃO 2020 e os centros de cirurgia procura assegurar a sensibilização positiva dos pacientes, mobilização e

Fig. 3.15 Província de Copperbelt – Clínicas distritais de saúde ocular (com frequência de rastreamento/mês)

rastreamento/tratamento/cirurgia imediatos com bons resultados.

O projeto foi criado, na sua maioria, para servir pessoas com baixos rendimentos que não podem pagar os cuidados de saúde. Como resultado, a maioria é tratada gratuitamente (67%). Adicionalmente, as pessoas com mais de 65 anos recebem tratamento gratuito por regulamento governamental (21%). O que resulta em 12% das pessoas que contribuem diretamente. Alguns distritos efetuam, de fato, contribuições por parte dos pacientes, de modo a cobrir algumas despesas com o tratamento. As tarifas de pagamento são: consulta – £1,30; tratamento para os principais problemas oculares – £3,00; revisão pós-operatória – £1,30.

Os medicamentos são adicionais a estas tarifas. Os rendimentos médios semanais na Zâmbia situam-se abaixo das £10 per capita. O rádio e a TV são utilizados regularmente para despertar a sensibilização relativa à necessidade da saúde ocular e das possibilidades de tratamento, com maior ênfase por parte da mídia local no avanço dos programas de rastreamento de intervenção direta.

Província de Copperbelt

Os pacientes das campanhas comunitárias são atendidos às segundas-feiras, a cirurgia realiza-se às terças-feiras e são transportados no dia seguinte. Às sextas-feiras, os pacientes do Sta Teresa são recebidos ou a equipe de cirurgia visita esse hospital. Em todos os casos, os pacientes são rastreados e mobilizados pelos funcionários da clínica distrital. Este padrão é para aproximadamente nove meses. Durante o outro trimestre, a atividade rural é mais intensa e a campanha é interrompida para conservar os recursos.

- **Kitwe** é a terceira maior cidade da Zâmbia e o HCK é o terceiro maior hospital de consultas. As clínicas SO

comunitárias baseiam-se nos centros CSP nas cidades selecionadas do Distrito de Kitwe – Kawama, Luangwa, Chimwemwe, Ipusukilo, Kamfinsa e Ndeke. O número destas clínicas continua a crescer a cada ano. São utilizadas como centros de triagem semanal com uma equipe de campanha comunitária constituída por um RCO e um enfermeiro apoiados pelos enfermeiros locais e pelos funcionários de saúde comunitária. As igrejas e os trabalhadores comunitários contribuem para a publicidade e para a mobilização social. Os pacientes podem ser transportados para o HCK para cirurgia, embora em 2005, 38% dos pacientes tenham se deslocado sozinhos para o hospital.

- **Os Distritos de Masaiti, Mpongwe e Luanshya** possuem acesso ao Hospital Missionário de Stª Teresa, em Ibenga, no qual um RCO com apoio de dois

enfermeiros gere as clínicas hospitalares juntamente com a campanha comunitária da aldeia. O transporte é fornecido aos pacientes da campanha. Este também serve como um segundo hospital de consultas para cirurgia para estes três distritos, eliminando os problemas de acesso a Kitwe. A equipe de cirurgia do HCK visita o hospital quinzenalmente.

- **Lufwanyama** (Hospital Missionário de S. José) é um distrito rural muito menor; a aproximadamente uma hora de carro de Kitwe, com atendimento oftalmológico semanal em vários centros de saúde e postos de saúde e geridas por um RCO do HCK desde 2002. Os triadores de casos de catarata auxiliam na identificação de potenciais pacientes. A Equipe de Gestão de Saúde Distrital (EGSD) oferece publicidade e transporte aos pacientes com catarata para o HCK ou Stª Teresa.
- **Distrito de Chingola**, o mais afastado

Fig. 3.16 Pacientes aguardando cirurgia na clínica de campanha comunitária

da cidade de Kitwe, teve um RCO e um enfermeiro para exercer cuidados clínicos diários e campanha comunitária para as partes rurais mais remotas do distrito desde 2003. Os problemas com o transporte exigem a realização de cirurgias de catarata nos pacientes quer por parte da EGSD ou do HCK com transporte para Kitwe. Um futuro centro cirúrgico poderá ser implementado aqui (ou em Mufulira) – o quinto do projeto.

Luapula e as Províncias do Norte

Desde 2004, a equipe de campanha comunitária de cirurgia do HCK efetuou visitas trimestrais a Mansa, na Província de Luapula, e a Kasama na Província do Norte. Em ambos os casos, não existe nenhum oftalmologista, e a alternativa seria uma longa viagem até Lusaka ou Kitwe. Os hospitais secundários são utilizados para tal.

HCK estabeleceu a parceria através dos GSPs. Os hospitais oferecem alimentação e alojamento à equipe visitante de 5 elementos, juntamente com mais 7 funcionários. Os hospitais também oferecem publicidade e transporte de passageiros. O Lions Club ajuda em todas estas questões. A equipe HCK leva os materiais de cirurgia.

Antes de cada campanha comunitária de cirurgia, os funcionários locais efetuam uma triagem nas clínicas públicas e nos postos de saúde.

São dadas datas aos pacientes que necessitam de cirurgia (principalmente catarata e glaucoma) de forma a assegurar que estarão presentes nos pontos de coleta (7 para Mansa e 11 para Kasama) para transporte auxiliar para o hospital. Após a cirurgia, a equipe local acompanha os pacientes.

3.6.3 De que forma é gerido o programa?

A estrutura de gestão para a unidade ocular do HCK assemelha-se ao modelo recomendado definido nas páginas 9–10.

O **Comitê de Gestão** é composto pelo Diretor Executivo e os gestores principais

do HCK (enfermagem, médico, campanha comunitária, financeiro), representantes dos GSP, representantes clínicos CSP e líderes comunitários. O seu papel é realizar marcações, realizar o pagamento de salários, acordar incentivos, receber relatórios e apoiar o comitê executivo. O Comitê, embora atento às suas responsabilidades, colabora regularmente e constitui uma fonte de forte apoio.

O Comitê Executivo reúne-se semanalmente e representa os gestores principais da unidade ocular para os cuidados aos pacientes, campanha comunitária, estabelecimento de pessoal, finanças e consumíveis. Conforme destacado anteriormente, este grupo possui as responsabilidades diárias para a implementação e monitorização do Projeto do Serviço Ocular Comunitário (Programa Distrital VISÃO 2020). A sua função reflete intimamente os nove pontos definidos nas páginas 9–10.

Dentro desta estrutura de gestão, este Comitê possui poderes de decisão consideráveis para alcançar os seus objetivos. As ideias deste comitê são informadas ao Diretor Executivo para aprovação, o qual receberá mais tarde os relatórios sobre os resultados. Um ambiente caracterizado pelo sucesso, trabalho em equipe e confiança são importantes para assegurar que as pessoas e os fundos sejam geridos de forma eficiente e eficaz para benefício da comunidade.

3.6.4 De que forma é monitorizado o programa?

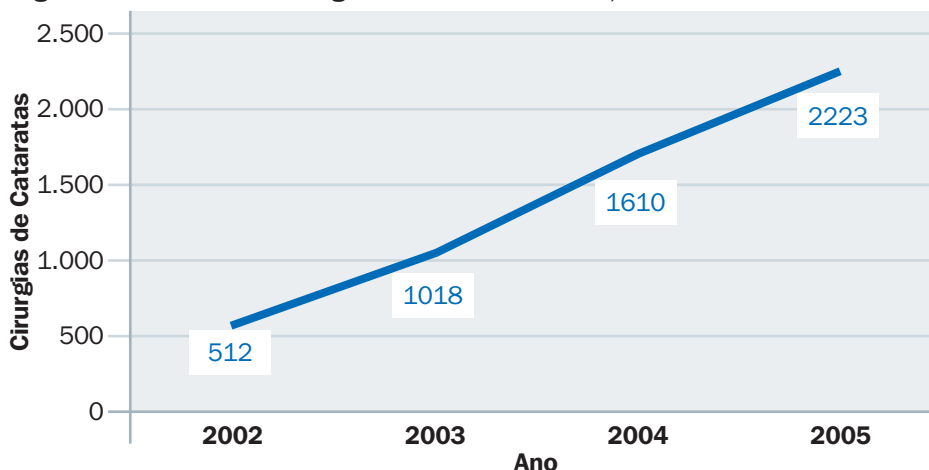
Internamente, a unidade ocular do HCK reporta em intervalos determinados pelos financiadores de ONGs – conforme abaixo indicado. O relatório que define as atividades e os resultados comparativamente aos objetivos, é elaborado pelo Diretor Médico. Os relatórios financeiros e estatísticos são conferidos e apresentados pelo administrador do projeto, o qual é responsável pela comunicação com as entidades externas.

Quatro organizações estão envolvidas na monitorização externa do programa.

- A **CBMI** monitoriza anualmente com base nos três relatórios anuais - narrativo, financeiro e estatístico. Os conselheiros também efetuam visitas para avaliar e realizar recomendações. Não foram verificados quaisquer problemas, dado que a taxa de cirurgia de catarata demonstra grandes incrementos. A ideia para a unidade VF também foi da CBMI, a qual ajudou a obter o acordo do Hospital Central. O sucesso mede-se através do: (1) número de pacientes pré-rastreados pelos detectores; (2) número de pacientes confirmados pelo centro de rastreamento permanente; (3) número de cirurgias realizadas em cada centro; (4) relatórios de acuidade visual pós-operatórios após a refração.
- A **SSI** requer relatórios trimestrais, também em três formas. O seu representante regional visita e avalia também trimestralmente – novamente sem quaisquer dificuldades. Os dados reportados são conforme acima mais o número de paramédicos treinados. No encerramento do projeto, a SSI preocupar-se-á adicionalmente com o acesso ao tratamento no que diz respeito ao sexo do paciente e ao status económico.
- Os **GSP** de Ndola, na fiscalização do salário e outros pagamentos de rendimento estatal, não é necessário qualquer relatório individual exceto o recebido do Hospital Central – incluindo a seção da unidade ocular. O relatório anual da Unidade também é recebido pelos GSP.
- Ao nível do **governo central**, o Comitê Nacional do VISÃO 2020 do Conselho Central de Saúde também recebe este relatório, mas até ao momento não teve qualquer comentário. A nomeação do novo Coordenador Nacional do VISÃO 2020 deve induzir um interesse e respostas centrais mais fortes.

No que diz respeito ao objetivo chave do aumento do **número de operações de catarata**, a monitorização indica o sucesso do programa (conforme gráfico na Fig. 3.17).

Fig. 3.17 Aumento das cirurgias de catarata no HCK, 2002–2005



Antes de 2002, o número situava-se abaixo dos 100. O crescimento indicado resultou, em parte, do aumento da atividade de campanha comunitária nas províncias de Luapula e do Norte.

O total de 2004 de 1.610 (29.330 pacientes examinados) foi superior ao objetivo de 1.500. O número de 2005 de 2.223 foi superior à uma estimativa de 2.000 com 28.886 pacientes examinados. Fig. 3.17 Das cirurgias, 1.003 foram realizadas no HCK, 442 no St. Theresa, 506 em Mansa e 272 em Kasama. O objetivo do HCK para as cirurgias de catarata é 3.000.

Diversos procedimentos contribuem para este aumento.

- A produtividade da cirurgia é maximizada com uma equipe de 6 – 1 bloqueando, 1 nas macas de bloco cirúrgico, 1 recebendo o paciente, 1 arrumando a mesa, 1 circulante (LIOs, medicamentos, formulários, etc.), 1 enfermeiro do bloco cirúrgico e 1 cirurgião.
- A qualidade dos resultados é promovida através da triagem de pacientes em três fases – inicial, à chegada ao hospital e ao bloco operatório. Uma preocupação importante para equilibrar o aumento de volume é melhorar a qualidade dos resultados. A presença de outras doenças oculares, detectadas durante a triagem, que possam contribuir para a não melhoria da acuidade visual após a cirurgia de catarata pode ser um fator de argumentação contra a cirurgia. Os conselheiros de pacientes são formados para prestar apoio individual antes de ser tomada uma decisão.
- Aproximadamente 10% dos pacientes com catarata não foram encaminhados para cirurgia devido a outras doenças ou barreiras mentais/sociais dos pacientes (em 2004, 1.610 cirurgias de catarata em 1.781 pacientes identificados).
- Normalmente, o tratamento é a EECC + LIO, levando cerca de 10 -15 minutos.
- Dia 1 – o paciente chega, é examinado e é mantida uma conversa sobre saúde e preparação para o procedimento cirúrgico; dia 2 – cirurgia; dia 3 – remoção do curativo, teste de acuidade visual e alta hospitalar para casa. Acompanhamento após um mês –

por vezes tal não acontece para pacientes internos devido aos custos com as viagens.

- A capacidade produtiva máxima diária no hospital base HCK é de 50 cirurgias de catarata. Isso pode não ser alcançado devido a outras cirurgias ou ao número insuficiente de pacientes, possivelmente devido à época de cultivo ou à ineficiência dos investigadores de casos de catarata, os quais podem ter outros empregos, pois consideram a estrutura de incentivos insuficiente em termos de recompensa.

A capacidade necessita ser aumentada - as limitações incluem espaço limitado para leitos, centro cirúrgico pequeno, equipamento antigo e fornecimento de água não confiável. A intenção de aumentar o número das operações de catarata em 2005 foi alcançada através de:

- Aumento da publicidade – apoio de grupos dos Comitês de Saúde Vizinhas; impressão de folhetos e posters; maior uso dos meios de impressão e eletrônicos
- Aumento do número de atividades de campanha comunitária dentro e para além da PCB
- Aumento da utilização dos conselheiros de pacientes para suplantar as barreiras impostas pelo medo e crenças
- Melhoria da força administrativa para aumentar o potencial do trabalho no sentido de capacidade total.

3.7 Quais as conclusões que podem ser tiradas?

O projeto Kitwe está atualmente no seu sexto ano. A Tabela 3.4 demonstra os principais marcos do programa. A sua força como modelo de sucesso para os cuidados da saúde ocular da comunidade através do VISÃO 2020 ao nível distrital pode ser resumida por:

- Destacar os aspectos de influência (positivos e negativos) do seu **ambiente** mais abrangente (Tabela 3.5).
- Delimitar os elementos essenciais no **programa** (Fig. 3.18).

As razões para o aumento do sucesso deste programa modelo, com as suas características importantes indicadas na Fig. 3.18, podem ser definidas através do modo como a análise das quatro questões centrais comuns globalmente são resolvidas em Kitwe.

1 De que forma são encorajados os pacientes a ir à consulta para cirurgia?

Os três Cs oferecem a resposta:

- **Cuidado** – A equipe HCK possui uma ampla reputação pelo seu reconhecido espírito de trabalho nos cuidados com o paciente, demonstrando através de um número de características que incluem – tempos de espera mínimos; consultas sem pressa; conselheiros de pacientes competentes, reduzindo as preocupações e assegurando expectativas realistas; um foco no respeito boas-vindas aos pacientes

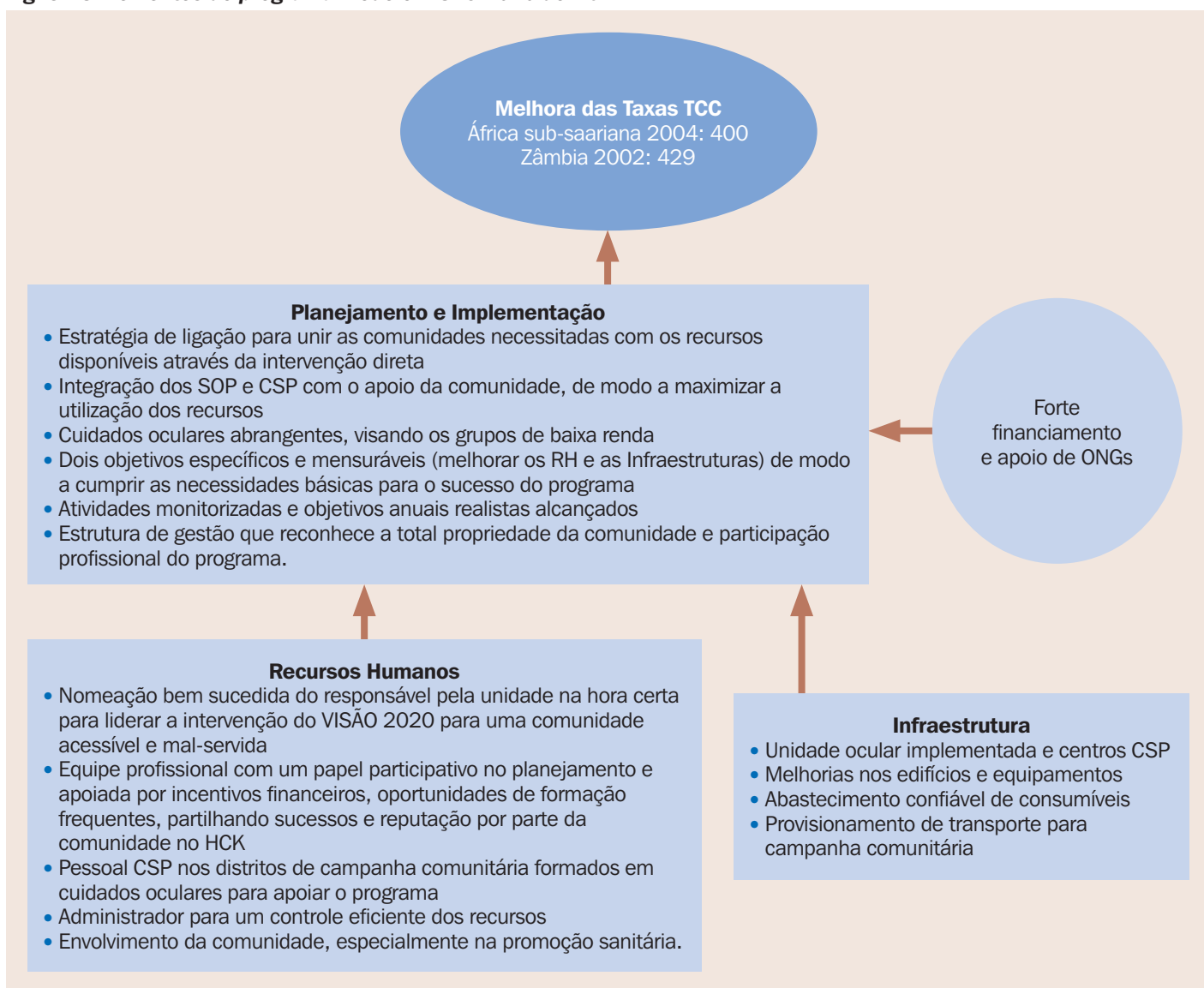
Tabela 3.4 Desenvolvimento das linhas temporais da PCG para a Zâmbia e o HC de Kitwe (sem escala)

Zâmbia		Kitwe
	1958	HCK abre
	1974	Departamento ocular estabelecido
São iniciadas reformas no serviço de saúde com ênfase na descentralização e no reforço do poder distrital	1991	
SSC é estabelecido para implementar as políticas do MS	1996	
	2000	A atual unidade principal é nomeada
O governo assina o VISÃO 2020	2001	O projeto do Serviço Ocular Comunitário é iniciado O programa de campanha comunitária para a PCB começa
Plano Estratégico Nacional de 5 anos é definido para a Prevenção da Cegueira	2003	Administrador nomeado em tempo parcial A parceria com a CBMI começa
Oficina para Planeamento Nacional para lançar o Plano Estratégico	2004	A parceria com a SSI começa campanha comunitária na Províncias de Luapula e do Norte começa
O Projeto Nacional de Coordenação dos Cuidados Oculares começa Comitê Nacional para a Prevenção da Cegueira começa	2005	O administrador é nomeado tempo integral É nomeado um segundo oftalmologista
O Gestor Nacional do VISÃO 2020 é nomeado	2006	A Unidade de Baixa Visão abre

Tabela 3.5 Conquistas e desafios para o projeto HCK – nacionais e ao nível da província

Conquistas	Desafios
Apoio verbal por parte do governo – para a descentralização e integração horizontal dos cuidados de saúde ao nível distrital. Apoio também através de fluxos financeiros, especialmente para os salários	Rendimento nacional baixo, adversamente afetado por: (1) uma economia largamente dependente da exportação de um produto primário, sujeito às flutuações mundiais dos preços e (2) elevados níveis da dívida internacional
Nomeação de um Gestor Nacional para o VISÃO 2020 com poderes para coordenar os cuidados oculares a nível nacional	Prevalência de outros problemas mais preponderantes relacionados com a doença – HIV/SIDA, TB e Malária – competindo para os escassos recursos sanitários do governo central
Estabilidade política com menos disputa partidária do que noutras partes da África	Elevados níveis nacionais de desemprego e pobreza individual
Defesa do VISÃO 2020 ao nível nacional, levando a um Plano Nacional em 2003	Um Plano Nacional para o VISÃO 2020 que não incorpora um plano claro para a implementação ao nível distrital
Apoio quer por parte do governo central quer por parte dos gabinetes de saúde ao nível das províncias	Recursos humanos nacionais para os cuidados oculares muito inadequados e pobres
Os fatores da PCB incluem o número e a densidade populacional, a acessibilidade, os atributos relativamente favoráveis à diminuição da pobreza e do desemprego, maior taxa de alfabetização, melhor abastecimento de água e higiene	Falta de recursos de formação no interior da Zâmbia para os níveis mais elevados de qualificação dos profissionais dos cuidados oculares
A existência de um departamento ocular no HCK desde 1974	Uma infraestrutura nacional de cuidados oculares, o que significa que muitas populações necessitadas permanecem muito isoladas

Fig. 3.18 Elementos do programa modelo VISÃO 2020 do HCK



por parte de toda a equipe HCK – médica, auxiliares e voluntários; e não menos importante, os seus bons resultados cirúrgicos. A abordagem cuidadosa ajuda a ultrapassar as barreiras reais ou mentais da distância, custos de viagem, escassa disponibilidade de acompanhantes, medo da cirurgia e crenças.

- **Coordenação** – Dois elos de comunicação são particularmente importantes: (1) bom acesso dos pacientes ao transporte conveniente e gratuito a partir dos pontos de coleta e um conhecimento seguro das datas e horas definidas para a coleta asseguram que os centros de rastreamento sejam bem utilizados nos dias definidos, que as marcações para cirurgia subsequentes sejam mantidas de forma confiável e que os pacientes regressem para a consultas de acompanhamento. Este último ponto é, na verdade, muito mais fácil de assegurar para os pacientes de campanha comunitária que para os pacientes que dão entrada em Kitwe. (2) pessoal de CSP nas clínicas e hospitais, formados em cuidados oculares, proporcionam uma rede de informação segura entre as equipes de rastreamento locais e equipes cirúrgicas visitantes.

- **Comunidade** – Toda a comunidade, representada pelos comitês de saúde vizinhos, apoia esta iniciativa para a melhoria da saúde ocular comunitária e está envolvida através de reuniões locais e dos meios de comunicação social no sentido de promover a saúde, e motivar as pessoas com eventuais necessidades de tratamento.

1 De que forma é mantida a motivação dos funcionários em um alto nível para alcançar este serviço com sucesso?

É o resultado de um equilíbrio complementar entre um estilo de liderança cuidadoso, contudo altamente profissional, e a compensação para a equipe.

- **Liderança** – Conforme anteriormente citado – a nomeação da pessoa certa para o lugar certo e no tempo certo tem sido sempre importante. O estilo de gestão da unidade principal moldou com sucesso uma equipe altamente motivada, empenhada e cuidadosa que não só coloca o cuidado com o paciente em primeiro lugar como também caracteriza um ambiente de trabalho baseado no apoio e respeito mútuos. Ao mesmo tempo, as competências demonstradas pelo responsável pela unidade na cirurgia, ensino, administração e relações externas proporcionaram um forte alicerce, no qual foi possível implementar um centro pioneiro de saúde ocular no Sul da África.
- **Recompensa** – O pessoal em todos os níveis é encorajado no sentido desta

estrutura participativa, não-hierárquica para querer fazer do projeto ocular comunitário do HCK um sucesso. Vários exemplos podem ser dados: – reuniões mensais com os funcionários com agendas definidas em parte com base nas preocupações dos funcionários; apresentações clínicas do grupo; incentivos financeiros em reconhecimento pelo tempo concedido aos longos dias de campanha comunitária; bom acesso às oportunidades de formação; procedimentos positivos para apreciação; atividades associadas através de eventos sociais organizados por todos os membros; e, não menos importante, uma posse partilhada do sucesso evidente da unidade e crescente reputação.

2 De que forma é financiado o projeto?

É aceito em Kitwe, tal como em toda a África sub-saariana, que a meta da sustentabilidade para o programa de saúde ocular de ser visto durante um tempo indeterminado é o apoio externo garantido – quer através de ONGIs ou do estado ou uma combinação dos dois. No momento, a unidade ocular de Kitwe depende de ambos numa proporção de aproximadamente 30 % de apoio estatal (na sua maioria salários) e 70% ONGIs. O papel da CBMI e da SSI, em particular, tem sido crucial nas duas formas. A generosidade do seu apoio foi descrita na página 18. Além disso, a sua experiência em gestão de projetos ajudou a assegurar proativamente que os alvos realistas, cuidadosamente monitorizados, mantivessem o projeto no caminho certo em relação aos objetivos essenciais de promover desenvolvimento de recursos humanos e infraestrutura para a saúde ocular primária para o apoio à intervenção direta.

Enquanto o sucesso do projeto encorajou, sem dúvida, o investimento de ONGIs, a longo prazo, o equilíbrio entre o estado e a ação de ONGIs tem de mudar. Essa mudança permitirá que o apoio das ONGIs seja redirecionado para os distritos atualmente sub-financiados. Um crescimento local lento da recuperação dos custos (atualmente mínima) permitiu, em certa medida devido a uma crescente demanda de um serviço em expansão, juntamente com uma apreciação por parte do estado quanto à necessidade de aumento de um financiamento para um programa de sucesso, que tem eventualmente de assegurar os ajustes financeiros futuros necessários. O fator tempo para esta transição permanece desconhecido.

3 De que forma é gerido o projeto?

Três grupos trabalham conjuntamente para constituir um bom modelo complementar. (1) o comitê de gestão do hospital, com representação do governo, profissionais e

comunidade, oferece um forte apoio e coordenação com nível mínimo de pressão. Esta também é a experiência nos Hospitais Gerais de Mansa e Kasama. (2) O comitê executivo da unidade ocular, envolvendo os gestores da unidade, possui a responsabilidade diária de implementar o programa. (3) O responsável e o administrador da unidade são os funcionários essenciais na administração e nas relações externas com todas as partes interessadas.

O plano de crescimento para 2007, elaborado com base nestes sucessos, inclui os seguintes objetivos:

- Aumentar o número de cirurgias, incluindo glaucoma e tracoma, bem como catarata.
- Aumentar o número de refrações e abrir uma óptica.
- Introduzir uma clínica privada para aumentar o rendimento de forma a complementar o apoio de parceiros.
- Contratar mais um médico para as clínicas especializadas, por exemplo, pediatria e programas de treinamento.
- Contratar e formar outros três RCOs.
- Contratar um tesoureiro para a clínica privada e para a óptica.
- Aumentar os EOs para três.
- Aumentar as oficinas de treinamento para o pessoal local e distrital.
- Treinamento em refração e serviços de BV.
- Avançar para o desenvolvimento de um programa de saúde ocular completo e permanente sediado em Mansa, supervisionado pelo HCK com o apoio do Hospital Geral de Mansa, a Equipe Distrital de Saúde e os GSP.

Dever-se-á ter em conta que o Hospital Central de Kitwe e a Província de Copperbelt não são típicos da Zâmbia. Tal como destacado neste estudo de caso, as características demográficas relativamente úteis e os recursos dos cuidados de saúde disponíveis contribuíram para os sucessos alcançados nos primeiros anos do projeto de saúde ocular comunitária. Com os elementos essenciais deste modelo, resumido na página 23, incluindo um acesso contínuo ao apoio financeiro externo, uma meta realista deveria ser alcançar uma TCC de 2000+ em 2010, para além da qual a incidência reduzida levará a uma diminuição da população com cegueira evitável. É um fato aceito que este financiamento externo tem de ser garantido a longo prazo nas economias de baixa renda que não podem planejar uma sustentabilidade localmente baseada. Contudo, é também realista e muito relevante que, com a adoção de alguns elementos das estratégias de planeamento e gestão cuidadosas no modelo adotado em Kitwe, a cegueira causada por catarata, em particular, possa ser reduzida com sucesso em outros distritos, seja na Zâmbia ou além de suas fronteiras.

4 Estudo de Caso – Yaruquí, Equador

Conteúdos

O que podemos aprender com Yaruquí?	25
4.1 Qual é o contexto nacional para o programa de saúde ocular em Yaruquí?	25
4.2 Existe apoio governamental para saúde ocular no Equador?	26
4.3 Avaliação das necessidades 1 – Quais são as características da população alvo de Yaruquí?	27
4.4 Avaliação das necessidades 2 – O que é conhecido em termos de doenças oculares e cegueira no Equador?	28
4.5 Clínica Yaruquí – Quais os recursos para saúde ocular ao nível do distrito?	28
4.5.1 Recursos Humanos	29
4.5.2 Infraestrutura	30
4.5.3 Recursos financeiros	31
4.6 Yaruquí – O Programa Distrital VISÃO 2020	31
4.6.1 De que forma foram definidos a meta, os objetivos e as atividades?	31
4.6.2 Quais as estratégias utilizadas no programa?	31
4.6.3 De que forma é gerido o programa?	34
4.6.4 De que forma é monitorizado o programa?	34
4.7 Quais as conclusões que podem ser tiradas?	37

O que podemos aprender com Yaruquí?

Os avanços nos cuidados oculares na América Latina variam significativamente em relação ao seu progresso e eficácia. Enquanto é possível destacar estudos de caso dos países na vanguarda do sucesso da Prevenção de Cegueira neste continente, é muito mais vantajoso nos concentrarmos em um projeto em um país onde os serviços de saúde ocular estão menos bem desenvolvidos. Isso nos ajuda a concentrar-nos nos elementos que claramente contribuem para um programa de supremacia individual e, no momento, comparativamente isolado. Podemos então observar os elementos no que diz respeito à sua eventual aplicação noutras situações, quer outras localizações na América Latina quer em outro continente.

Yaruquí, localizada a nordeste de Quito no Equador, sedia uma clínica moderna, construída com esse propósito que oferece a base para este programa de saúde ocular. O programa foi inicial

e fortemente apoiado por ONGs mas a sua evolução passou por um planejamento sensato que criou um sistema de qualidade e de ampla acessibilidade social, o qual é o melhor modelo de sucesso dos programas VISÃO 2020 ao nível distrital em outros locais.

A estrutura do programa, unindo a clínica base com uma agenda de intervenção direta em evolução, adquiriu forma através de medidas cuidadosamente planejadas e monitorizadas, as quais asseguraram que a ambição fosse sempre liderada por uma abordagem pragmática em relação disponibilidade de recursos. Não há dúvidas quanto à necessidade do programa, mas a razão do seu sucesso é a liderança sensata e uma apreciação da necessidade de alcançar a sustentabilidade dependente à medida que o crescimento continua – quer na acessibilidade dos pacientes quer nas doenças oculares tratadas.

4.1 Qual é o contexto nacional para o programa de saúde ocular em Yaruquí?

O Equador (Fig. 4.1), rodeado pela Colômbia e Peru, é o menor dos países dos Andes. Possui uma extensão de 283.560 quilômetros quadrados com uma população de mais de 13 milhões.

Embora o Equador se localize aproximadamente a 1° ao norte e para 5° ao sul, observam-se variações ecológicas significativas devido a grande variação de altitude desde o mar até ao cume do Chimborazo a 6.310 metros.

O país estende-se de leste para oeste desde as florestas tropicais da Amazônia (o Oriente), pelas terras vulcânicas dos Andes (a Sierra), nos quais as populosas Quito e Yaruquí situam-se a 2.800 metros, até às orlas da Costa do Pacífico (a Costa).



Fig. 4.2 As províncias do Equador



Fig. 4.3 Província de Pichincha



Fig. 4.4 Distribuição da pobreza no Equador por província – 2001

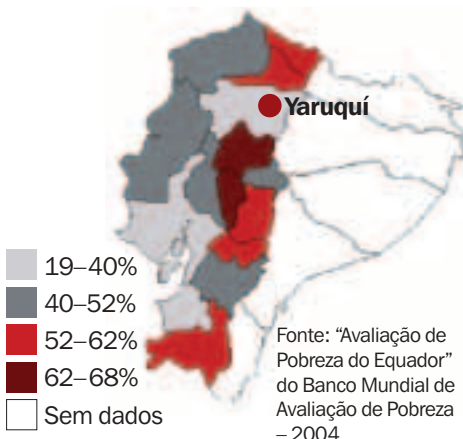
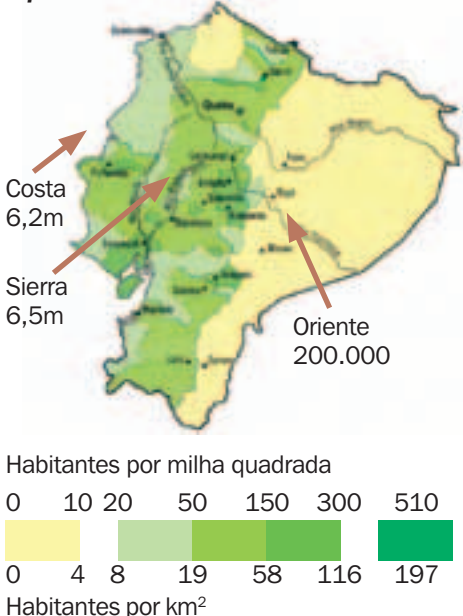


Fig. 4.5 Distribuição da população no Equador



Yaruquí é uma cidade pequena. Situa-se na zona leste da Província de Pichincha, uma entre vinte e duas províncias no Equador (Figs. 4.2, 4.3), cerca de 40 km a nordeste de Quito, capital do Equador e da Província de Pichincha, com uma população de 1,9 milhões de habitantes. Embora Quito tenha uma vista panorâmica a oeste sobre o Vulcão Pichincha, ativo, possui bons acessos de norte a sul, proporcionados pela Rodovia Pan-Americana (Fig. 4.1) ao longo da Avenida dos Vulcões. Yaruquí está ligada à capital por transportes públicos ao longo de estradas em bom estado, uma viagem que demora aproximadamente 45 minutos.

Apesar desta proximidade, Yaruquí é suficientemente distante fazendo com que a sua comunidade de baixa renda esteja relativamente isolada da capital. Yaruquí situa-se no Vale Tumbaco juntamente com outras sete pequenas vilas.

A população total do vale é de aproximadamente 150.000 habitantes, os quais dependem, na sua maioria, da agricultura com rendimentos médios anuais inferiores a US\$ 1.200. Este número constitui menos de metade da média nacional e também menos do que um terço do nível de rendimento médio da vizinha Quito. É este núcleo de povoações, juntamente com outras comunidades de baixa renda ao norte, este e sul de Quito (Fig. 4.4), estendendo-se até Esmeraldas na costa do Pacífico (Fig. 4.5), que é servido pelas atividades de intervenção direta (campanha), o qual na totalidade constitui a área de captação para o programa da clínica ocular em Yaruquí.

4.2 Existe apoio governamental para a saúde ocular no Equador?

O governo nacional do Equador firmou com o VISÃO 2020 em 23 de junho de 2003. Contudo, desde então, poucos objetivos foram alcançados a esse nível para apoiar as iniciativas lideradas pelas ONGs para a Prevenção de Cegueira. A instabilidade política e a mudança governamental resultaram em quatro Ministros da Saúde em três anos. Este fato criou problemas ao nível do planejamento e bloqueou a elaboração de um Plano Nacional VISÃO 2020, uma ação requisitada pela OMS para estar implementada em dezembro de 2005.

Os problemas também provêm dos planos cubanos/venezuelanos de desviar os pacientes oftalmológicos – uma tendência que impede o avanço na sustentabilidade da oferta de serviço e, por isso, também reduz o impacto visível dos sucessos da Prevenção de Cegueira alcançados em Yaruquí e noutros locais.

O serviço de saúde no Equador encontra-se centralizado, passando a administração e o

financiamento por quatro gabinetes regionais aos gabinetes sub-regionais. Foi dada pouca atenção à cegueira, uma vez que existem outras prioridades que exercem maior pressão. Os cuidados de saúde disponíveis são geralmente de baixo custo com alguma especialização (não-ocular) nos hospitais gerais, por exemplo, o Hospital Secundário de Yaruquí com 19 leitos. Embora se possa perceber bem uma falta de delegação no sistema, alguns municípios estão desenvolvendo um sistema de Seguros Nacionais de modo a ampliar a cobertura dos serviços públicos quer na saúde quer na educação. Isso poderá conduzir a um maior controle nas vinte e duas províncias. O fato de Yaruquí receber consultas não-oficiais dos centros de CSP é um sinal do potencial para a mudança.

Outro problema no desenvolvimento da saúde ocular comunitária no Equador tem sido a atitude da Sociedade Nacional Oftalmológica que considera os programas de saúde ocular comunitária como uma ameaça aos rendimentos privados, um problema comum na América Latina. Na realidade, o trabalho em Yaruquí e em clínicas oftalmológicas semelhantes é tentar dar resposta às necessidades das pessoas que, de outra forma, nunca teriam acesso a consultas privadas. Atualmente, apenas 15% da população possui acesso a um médico privado.

No âmbito de uma iniciativa recente, datada de novembro de 2005, foi fundada a AEPREC (Associação Equatoriana para Prevenção de Cegueira) com o objetivo de abordar a Prevenção de Cegueira e as doenças alvo do VISÃO 2020. Esta organização reuniu oftalmologistas de todo o país sob a presidência do Diretor Médico da Clínica Ocular de Yaruquí. A expectativa é que este grupo – uma associação privada a atuar como uma ponte entre as autoridades e a comunidade – seja capaz de avançar com a Prevenção de Cegueira e o VISÃO 2020 e, dessa forma, reduzir as barreiras burocráticas no sentido de desenvolver a um Plano Nacional eficaz nos próximos dois anos. Acredita-se que seu objetivo de criar regras para orientar o envolvimento da saúde pública seja amplamente aceito. Espera-se que quando tal aconteça, o MS se incorpore a esse envolvimento, reconhecendo a Prevenção de Cegueira, de forma a contornar a oposição do setor privado e a motivar os hospitais privados a aceitar uma posição de parceria e um papel na AEPREC na promoção de Prevenção de Cegueira. Espera-se que o do financiamento governamental venha a seguir.

Os sócios da AEPREC também estão trabalhando voluntariamente nos sub-comitês com o intuito de abarcar as especialidades individuais do VISÃO 2020 – notoriamente catarata, erros de refração em crianças em idade escolar e formação de RH. Um exemplo das atuais barreiras burocráticas que estão tentando ultrapassar é o intervalo de três meses na

obtenção de autorização por parte do Ministério da Educação para gerir um programa de triagem escolar.

4.3 Avaliação das Necessidades 1 – Quais são as características da população alvo de Yaruquí?

É difícil ser preciso sobre as características demográficas significativas da área imediatamente servida pela clínica de prevenção de cegueira em Yaruquí. A sua proximidade ao enorme centro metropolitano de Quito e o fato de Quito e Yaruquí se situarem na província administrativa de Pichincha significa que quaisquer dados estatísticos disponíveis geralmente aplicam-se apenas a uma área populacional muito maior e mais variada.

Contudo, é importante tentar colocar este projeto ocular no seu contexto

demográfico, dado que este tem sido importante na escolha da localização da clínica e das suas estratégias de prevenção de cegueira escolhidas. A tabela 4.1 abaixo e os mapas da distribuição populacional (Fig. 4.5) e pobreza (Fig. 4.4) permitem destacar alguns pontos necessários:

- Num país com mais de 13 milhões de pessoas, apenas 18% estão cobertos pela Seguridade Social. Admitindo que mais de 15% podem ter acesso a consultas privadas, isso significa que 67% da população nacional, incluindo o Vale de Tumbaco e grande parte da Pichincha rural, tem de depender dos serviços oferecidos pelo setor público. Isso não inclui frequentemente quaisquer cuidados especializados em oftalmologia. A proporção de pessoas muito pobres é grande nesta área – por exemplo, na Província de Napo (Fig. 4.3), a leste de Pichincha e no interior da área de captação de Yaruquí, existem 83,5% de pobres com 62% abaixo do

limite de pobreza. As pessoas muito pobres e cegas não possuem qualquer possibilidade de serem abrangidas pelo sistema de saúde do Equador.

- Quando o atual diretor médico em Yaruquí procurava um local para a clínica, há dez anos, a disponibilidade do terreno adequava-se bem à situação que era acessível a uma área bem populosa. Esse fato garantiu a sustentabilidade dos serviços a longo prazo. A distância de Quito, permitiu que a clínica funcionasse independentemente da atuação da prática privada na cidade.
- Tal como anteriormente afirmado, o hospital local não possui quaisquer especialidades oftalmológicas e a população local reflete a pobreza da população rural do Equador como um todo – sem meios independentes para pagar pelo tratamento privado. O mapa da Fig. 4.4 ilustra bem os contrastes na situação de pobreza entre Pichincha e

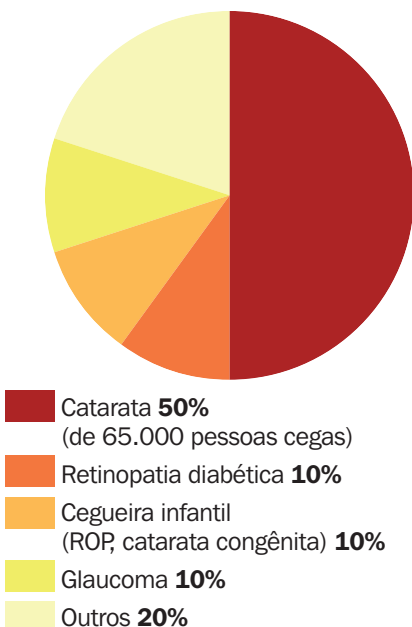
Tabela 4.1 O ambiente populacional de Yaruquí – Equador, Quito e Província de Pichincha

Parâmetro populacional	Equador	Quito	Província de Pichincha (Inclui Quito & Yaruquí)
Principais dados estatísticos – 2004 (salvo declarado o contrário)			
Número	12.157.000 (01) 13.500.000 (06)	1.399.000 (01) 1.870.000 (05)	2.390.000 (01)
Sexo (f/1000m)	1.010 (00)		
Densidade populacional/km ²	46		
Taxa de crescimento anual (%)	1,5 (a diminuir), 3-urbano		
Expectativa média de vida	75		
População dependente (%)	38 (06)		
Mortalidade infantil / 1000 nascimentos	23		
Mortalidade abaixo dos 5 anos / 1000 nascimentos	26		
Distribuição urbana/rural (%)	62/38		
Indicadores demográficos importantes relevantes para o planeamento do programa prevenção de cegueira			
Acesso à água potável e limpa (%)	86 (02)		
Acesso a boas condições sanitárias (%)	72 (02)		
Despesas com saúde pública (% do PIB)	11		
Imunização infantil contra o sarampo (%)	99		
Inscrição na educação secundária (%)	50		
Inscrição na educação primária (%)	100		
Leitura em uma ou mais línguas (%)	91 (92/90-m/f)	96,4	
Desemprego (%)	10,7	8,9	
Subemprego (%)	47	43,8	
Rendimento anual per capita US\$	2.180	3.804 (01)	(1.200 Yaruquí)
Abaixo do limite de pobreza (%)	41 – a aumentar especialmente nas cidades		19 – 62
Fome (% de crianças desnutridas)	23		

as suas províncias vizinhas, especialmente Cotopaxi ao sul e Imbabura ao norte. Ambas as províncias são, sem surpresa, servidas pelas campanhas realizadas pela clínica em Yaruquí. A presença de Quito em Pichincha, contribuindo com aproximadamente 60% da população total da província, diminui o indicador de pobreza e oculta, desse modo, a verdadeira situação das necessidades da comunidade nos pequenos centros como Yaruquí.

- Enquanto a área de captação original de Yaruquí incluía 150.000 pessoas, a clínica atinge agora 200.000 como centro de referência para consultas e mais de 500.000 com suas atividades de campanha às províncias vizinhas, incluindo parte de Esmeraldas costeira onde são organizadas as campanhas para a realização de cirurgias 3 – 4 vezes por ano. A população servida adequa-se, por isso, perfeitamente à extensão das necessidades de um programa distrital modelo VISÃO 2020.
- Os indicadores demográficos na Tabela 4.1 poderão ser interpretados como piores nas comunidades rurais. A situação nacional é encorajadora com níveis relativamente altos de alfabetização sem qualquer diferenciação significativa em relação a sexo e o apoio sanitário em termos de água potável e higiene satisfatórias. Isto sugere que o ambiente demográfico favorece uma promoção bem sucedida da PCG com boas oportunidades de redução da cegueira, oferecendo oportunidades de acesso razoável a bons profissionais de saúde ocular e um sistema de pagamento que atende aos diferentes níveis de dificuldade da população. Em Yaruquí, embora não seja disponibilizado qualquer apoio financeiro para o deslocamento dos pacientes, os ônibus de passageiros são frequentes (embora as viagens possam demorar quase oito horas) existindo alojamento confortável,

Fig 4.6 Causas da cegueira no Equador



gratuito no local para os pacientes com 6 camas numa hospedaria especial. O alojamento subsidiado também está disponível para os acompanhantes pelo preço de \$1/noite. Uma lanchonete no local oferece alimentação a preços acessíveis – gratuitamente se necessário.

- Um problema demográfico oculto provém da migração dos pais, a maioria no Equador, mas parte para fora do país, em busca de uma melhor renda familiar. Isto deixa aos crianças aos cuidados dos avós, geralmente analfabetos e sem qualquer acesso à educação – uma influência potencialmente negativa para a promoção sanitária e para os jovens.

4.4 Avaliação das Necessidades 2 – O que é conhecido em termos de doenças oculares e cegueira no Equador?

O Problema

A principal fonte de informação é a ARSCC (do inglês RACSS) no Paraguai, concluída em 2001. Esta indicou:

- Uma prevalência da cegueira de 0,46, gerando um número de 65.000 pessoas cegas no Equador (< 20/400 no melhor olho).
- Incidência medida a 20% da prevalência, resultando em mais 13.000 pessoas cegas no Equador todos os anos.
- Estimativa das doenças (Fig. 4.6):

Progresso

Em 2004, realizaram-se 10.200 cirurgias de catarata no Equador – resultando numa TCC de 864, insuficiente para o país.

- O objetivo da OMS para toda a América Latina no ano 2000 foi de 2.000
- A TCC estimada para a América Latina em 2004 foi 1.600

Por isso, com a aceitação nacional mas sem a implementação do VISÃO 2020, o Equador atingiu aproximadamente 50% da taxa TCC do continente em 2004.

O acesso aos cuidados oculares é essencial para os pobres das zonas rurais. Tal como a maioria dos países da América Latina, a maioria dos médicos trabalha em clínicas privadas nas maiores cidades. Dos 260 oftalmologistas no Equador, 120 exercem a sua atividade em Quito. Na capital existe um oftalmologista para 11.000 pessoas comparado com 1:250.000 no resto do país. Adicionalmente, a saúde ocular está implementada de maneira muito rudimentar nos cuidados de saúde primários.

Além da escassez de serviços de saúde adequados, a população não possui informação relativa aos problemas oculares e ao seu eventual tratamento. A cegueira pode ocorrer sem a realização do que é possível ou devido ao medo do tratamento.

Com o modelo de **Yaruquí** (ver 5.7 abaixo), o qual antecedeu mas que reflete os princípios orientadores do **VISÃO 2020**, foi alcançado um progresso muito mais rápido.

Em 2004, realizaram-se 351 cirurgias de catarata, resultando numa TCC de 2.350 para a área de captação de Yaruquí.

Em 2005, realizaram-se 506 cirurgias de catarata (902 cirurgias no total), resultando numa TCC de 2.530. Em 2006, (com as eleições e o fator Cuba levados em conta) sugere – se realisticamente possivelmente uma TCC de 2.920. Atualmente, nas 22 províncias do Equador, apenas 5 possuem exemplos locais efetivos do esquema de PCG com as características do VISÃO 2020 – em Pichincha (Yaruquí), Manabi, Guayas, Azuay e Loja (Fig. 4.2).

Muitas outras clínicas, tais como as 20 de Quito, possuem estratégias de trabalho muito diferentes sem estrutura existente (até agora) para uniformizar os procedimentos. Felizmente a existência e a crescente influência da AEPREC, destacada anteriormente na página 26, será capaz de materializar a mudança nacional e o progresso.

4.5 Clínica Yaruquí

Quais os recursos para os cuidados oculares ao nível do distrito?

O atual Diretor Médico da clínica ocular de Yaruquí abriu o Programa de Valley para a Saúde Ocular da Comunidade com o apoio da CBMI em 1995 na cidade de Yaruquí. As limitações em termos de espaço e design, juntamente com o número crescente dos pacientes, fez com que todas as partes interessadas percebessem rapidamente que era necessária uma clínica maior e propositamente construída para o efeito. Esta construção foi acordada com a CBMI em 2001, concluída com a ajuda da Agência Alemã para o Desenvolvimento de Projetos e do Lions Club da Alemanha em outubro de 2002 e inaugurada em 2003. Situa-se fora da cidade mas numa importante rota de transportes e é gerida pela ONG de parceria local, a Fundacion Oftalmologica del Valle (FOV). A fotografia (Fig. 4.7) indica o exterior alegre e inteligente que reflete bem o carácter de boas-vindas e eficientemente organizado do projeto.

Fig. 4.7 Clínica Ocular de Yaruquí



Fig. 4.8 Equipe de recursos humanos na Clínica Ocular de Yaruquí

4.5.1 Recursos humanos

No início em 1995, existia um oftalmologista, um enfermeiro, um assistente de oftalmologia e um administrador. Em 2002, a equipe aumentou para 2 oftalmologistas, 2 enfermeiros, 6 assistentes de oftalmologia e 1 administrador. A situação atual com 15 funcionários em dedicação exclusiva e 4 em tempo parcial é indicada na Fig. 4.8.

O sucesso da clínica oftalmológica de Yaruquí está evidentemente associado ao caráter e estabilidade da equipe de RH. Sob a liderança do Diretor Médico, desenvolveu-se uma estrutura distintamente não-hierárquica que promove o trabalho em equipe e uma propriedade partilhada do projeto, com uma responsabilidade de grupo para o planejamento adiantado e um orgulho no valor e reputação de sucesso do trabalho da clínica na comunidade.

Funções profissionais

1 Diretor Médico

A experiência adquirida pelo DM com outros projetos facilitou a evolução e

Fig. 4.9 Diretor Médico atuando como oftalmologista, com o paciente após cirurgia de catarata bem sucedida



implementação de um programa na clínica de Yaruquí que segue os princípios do VISÃO 2020 no que diz respeito aos RH, infraestrutura e controle de doenças. A sua contribuição para a gestão do projeto reflete a compreensão da importância dos clínicos e administradores trabalharem juntos para a eficiência do programa. A sua função envolve:

- Planejar objetivos oftalmológicos com uma equipe de cinco.
- Trabalhar como oftalmologista em regime de dedicação exclusiva.
- Rever as necessidades de avanço em termos de equipamento e provisões.
- Liderar para assegurar a sensibilização da equipe.
- Promover e contribuir para a formação dos funcionários.
- Estabelecer ligações com a IAPB, CBMI (como Diretor Médico da América Latina) e várias entidades externas (incluindo como presidente da AEPREC).
- Assumir responsabilidade geral pela imagem pública da clínica e respectivos serviços.

Vestuário casual, atitudes atenciosas e qualidade do ambiente de trabalho são uma característica muito evidente da clínica, da sua equipe e das relações com os pacientes – reconhecida como sendo importante para atrair pessoas eventualmente nervosas com necessidades de cuidados oculares até aos seus serviços de sucesso.

2 Oftalmologistas

- A equipe de oftalmologistas oferece alguma, mas não exclusivamente, especialização em catarata, por parte dos cirurgiões com dedicação exclusiva e em doenças da retina por parte dos

oftalmologistas que trabalham em tempo parcial.

- Os oftalmologistas em tempo parcial são provenientes de Quito, apesar dos 40 km de viagem, pelo número de operações, tecnologia moderna, motivação social e incentivos econômicos. É contudo difícil satisfazer a enorme pressão do tempo de cirurgia que surge da demanda da comunidade – 60 a 100 pacientes por dia visitam a clínica.
- As seções de tratamento pediátrico são organizadas 3 ou 4 vezes por ano com o apoio de um anestesista de Quito.
- A formação em oftalmologia está disponível em Quito, embora muitos estudem fora do Equador. São necessários 6 – 8 anos para obter o diploma de médico, segue-se 1 ano no exercício prático em zonas rurais e 3 anos de especialização. Aqueles que obtiverem formação no Equador têm de trabalhar num hospital público durante os primeiros três anos como oftalmologistas.

3 Assistentes de Oftalmologia (AO)

- Este quadro é treinado em consultas externas, auxílio em cirurgia e trabalho comunitário.
- Possuem funções rotativas, cobrindo várias responsabilidades, por exemplo, utilizar equipamento especializado, preparação do paciente, assistência na cirurgia, anestesia local antes da cirurgia, triagem escolar e intervenção direta.
- Não existindo formação a nível nacional disponível, os AO são na sua maioria formados internamente com alguns cursos externos. Os estagiários vêm da área local e são entrevistados em parte pela sua atitude, como integração na equipe é visto como vital, bem como o cuidado com o paciente. Existe inicialmente um mês de formação com metade do salário em grupos de dois ou três, começando pelo trabalho teórico e prático, seguido de uma quinzena de responsabilidade supervisionada. Uma avaliação escrita é concluída por um enfermeiro e uma reunião da equipe decide sobre o encontro. Os AOs não são certificados externamente.

4 Enfermeiros

- Possuem funções flexíveis no: (1) apoio ao centro cirúrgico e formação de RH; (2) consultoria externa e treinamento.

Fig. 4.10 Assistente de Oftalmologia na preparação do paciente



- Os enfermeiros são admitidos com cursos de enfermagem geral e são formados internamente e não são certificados externamente.

5 Administrador – tempo parcial

O administrador (uma posição voluntária em que o detentor da função provém de uma posição responsável na indústria) possui uma função muito significativa, complementando a equipe clínica:

- Coordena a campanha comunitária
- Coordena o programa de triagem escolar
- Assegura que todos os departamentos da organização funcionem corretamente, interferindo se necessário
- Contribui para a informação – coordena as contribuições da ótica, recepção, cirurgia, farmácia e campanhas
- Mantém um sistema seguro para a contabilidade e os bancos
- Organiza a angariação de fundos.

6 Pessoal auxiliar

Este inclui recepcionistas, (Fig. 4.12) que dão as boas-vindas aos pacientes, realizam agendamentos, organizam a agenda de cirurgias e cobram o valor das consultas; um motorista; um cozinheiro e um porteiro (Fig. 4.11).

Um dos porteiros tem a função de receber os pacientes no seu dia de consulta. Ele lhes dá um intervalo de tempo para assegurar que não haja congestionamentos no edifício. Os pacientes sentam-se lá fora, tal como a fotografia indica, até a hora da consulta chegar. Este arranjo é organizado de forma amigável e relaxada, acalmando a ansiedade dos pacientes numa situação nova e provavelmente preocupante.

Ao entrar na clínica, o paciente é recebido na agradável e acessível área de recepção, antes de aguardar num local marcado para o tratamento. Por detrás da recepção situa-se a porta para a área de cirurgias. Quando os pacientes tiverem sido operados de catarata, regressam e sentam-se do lado exterior na área de recepção ao ar livre. Bebidas podem ser servidas. Os pacientes em espera podem ver as suas preocupações reduzidas pela oportunidade que lhes é dada de conversar com o paciente recentemente operado.

Fig. 4.11 Pacientes com porteiro à chegada à clínica de Yaruquí



Fig. 4.12 Recepção na clínica Yaruquí



Fig. 4.13 Pacientes aguardam para consulta com o assistente de oftalmologia e com o médico



Esta ampla área de recepção possui uma agradável vista para os jardins bem tratados. Na fotografia, à esquerda em segundo plano, é possível ver a lanchonete aberta a todos. Este espaço aberto com todas as áreas funcionantes a partir desse ponto, está confortavelmente mobiliado, decorado e bem limpo. O controle do número de pacientes evita a superlotação e encoraja uma abordagem relaxada antes do tratamento.

7 Voluntários

- É difícil obter trabalhadores voluntários a longo prazo. As oportunidades são inibidas pela falta de bons cuidados de saúde primária por parte do governo.
- Cursos de promoção de saúde têm como alvo trabalhadores assalariados da comunidade. A formação leva-os a uma função de referência com alguns incentivos como cuidados oculares prioritários.
- Alguns voluntários apoiam as campanhas, distribuindo panfletos e fornecendo alojamento.
- Alguns curandeiros tradicionais, o primeiro ponto de referência para as pessoas pobres e analfabetas, estão lentamente sendo considerados trabalhadores não-oficiais de saúde para a promoção sanitária, nos cursos para “eliminar barreiras”.

4.5.2 Infraestrutura

As fotografias anteriores ajudam a indicar a elevada qualidade do ambiente de cuidados oculares na clínica de Yaruquí.

Em resumo:

- O edifício é composto por:
 - **andar térreo** – área da recepção (Fig. 4.12); área de espera (Fig. 4.13) com duas áreas de preparação; 2 salas de consulta totalmente equipadas (Fig. 4.9); 1 sala de exames especial entre as 2 salas de consultas com equipamento compartilhado; outra sala de consultas (quando necessário); 2 blocos cirúrgicos; espaço de acompanhamento e aconselhamento; uma sala de óptica com estrutura de vidro; farmácia; lanchonete; salas de repouso; lavanderia; almoxarifado; alojamento de hóspedes; casa do porteiro com duas salas de guarda
 - **andar superior** – auditório; área administrativa; residência.
- **Consultas**, dadas antecipadamente, são em blocos de meia hora das 7:30 – 11:00. Apenas os pacientes novos ou urgentes podem interromper esta agenda que evita o congestionamento. Os intervalos de consulta estão dispostos de forma simples à porta na chegada (Fig. 4.11).
- Poderá ser necessária uma espera de até um mês para a marcação da primeira consulta, se necessário cirurgia segue-se de 2 dias a 2 semanas após.
- 99% das operações necessitam de alojamento noturno, reduzindo os custos e acelerando a capacidade produtiva.
- O padrão normal de **tratamento** é:
 - Dia 1: consulta geralmente com um agendamento pré-marcado.
 - De 2 dias a 2 semanas mais tarde cirurgia.
 - Dia seguinte: verificação.
 - Após 8 dias: verificação final para 50% dos pacientes.
 - Após mais 3 semanas: verificação final para os pacientes restantes.
- A clínica adquire diretamente 70% **material de consumo**. A CBMI fornece os restantes.
- Existe uma grande variedade de **equipamentos** modernos com contratos de serviço.
- A substituição será efetuada numa base alternada com a procura de financiamento externo.
- As reparações e manutenções internas são realizadas, na sua maioria, pelos porteiros.
- O orgulho do edifício e as suas instalações é muito evidente. Os funcionários e os pacientes preocupam-se com o ambiente que oferece um ambiente de trabalho e tratamento agradável, descontraído e eficiente.
- A infraestrutura também apoia o papel **educativo** de Yaruquí. Isto é um paralelo com a sua função clínica e é apoiado pela CMBI para minimizar custos. As provisões incluem:
 - Oficinas para os promotores da saúde para familiarizar os líderes comunitários com olhos normais,

sinais de catarata e noções de acuidade visual – para agir como agentes de encaminhamento. Duas ou três comunidades por ano são representadas, uma repetida no ano seguinte.

- Oficinas individuais para os professores, enfermeiros e médicos com objetivos conforme acima num contexto escolar.
- Cursos internacionais – CMBI, IAPB/CISO.
- Programas de desenvolvimento para enfermeiros.
- Formação para oftalmologistas em técnicas cirúrgicas.
- Também são oferecidas palestras educativas externas nas escolas sobre tópicos tais como nutrição, higiene e trauma.

4.5.3 Recursos financeiros

- Tal como explicado na página 28, o atual edifício da clínica foi financiado por um pequeno grupo de ONGIs (majoritariamente CBMI) e médicos privados. Inaugurado em 2003.
- O objetivo de ser sustentável a partir do rendimento proveniente das consultas com o objetivo de cobrir os custos fixos foi bem sucedido em 98%. O apoio da CBMI para os consumíveis e os problemas de substituição de equipamentos realçam a necessidade para a continuação do financiamento externo.
- Os salários são pagos acima do nível básico mínimo, nacional e profissional. Uma porcentagem de rendimentos partilhados de cirurgia é um incentivo adicional para os funcionários dedicados a aumentar a captação de pacientes e encorajar um aumento do número de cirurgias.
- O rendimento proveniente dos pacientes é escalonado e pago após o tratamento.
 - Consultas – 50c a 7US\$ – quantia decidida pelo médico ou recepção (5 faixas).
 - Cirurgia – \$0 (muito ocasional) – \$350 – novamente flexível de acordo com as condições econômicas do paciente (US\$90 é a média, \$67 é o custo real). O custo inclui biometria e primeira consulta pós-operatória.
 - Pagamentos graduais para colírios através da farmácia.
- Outros rendimentos derivam do papel educativo da clínica, dos subsídios do governo e dos esforços de angariação de fundos por parte dos funcionários.

4.6 Yaruquí – O Programa Distrital VISÃO 2020

O atual Diretor Médico encontrava-se trabalhando em um programa de oncocercose e prevenção de cegueira em Esmeraldas em 1989, quando foi convidado pela CBMI para um curso de SOC em Bucaramanga na Colômbia. Foi-lhe então sugerido a implementação de um programa SOC no Equador, selecionando Portoviejo,

na zona costeira da Província de Manabi, para o local da clínica oftalmológica. Este continua a ser, atualmente, um centro de sucesso para a prevenção de cegueira no Equador. Em 1995, a decisão evoluiu para o desenvolvimento de uma clínica oftalmológica líder em Yaruquí, um processo que levou à utilização de dois edifícios separados para a abertura da atual clínica há três anos. O plano original para a CBMI em 2001, requisitando \$300.000, foi esboçado e enviado pelo DM e administrador após discussão com a equipe de RH. O programa foi inaugurado no hospital público de Yaruquí em abril de 1995. Desde agosto de 1995, utilizou os edifícios existentes e modificados até que a nova clínica estivesse disponível em 2003. O trabalho realizado em Yaruquí reflete as prioridades do VISÃO 2020 que foram reconhecidas pelo governo de Quito ao assinar o programa em 2003, o mesmo ano da abertura desta clínica. Denominado **Programa do Vale e Saúde Ocular Comunitária**, oferece um excelente modelo para o planejamento e implementação do **VISÃO 2020 ao nível distrital**, no centro de uma área rural pobre e sem possibilidade de acesso aos serviços públicos de saúde ocular – clínicos ou educativos.

4.6.1 De que forma foram definidos a meta, os objetivos e as atividades?

O programa SOC de Yaruquí possui como a principal meta a redução da cegueira evitável oferecendo cuidados oculares de alta qualidade, equitativos, acessíveis em Yaruquí, Vale de Tumbaco e populações mais distantes nas Províncias de Pichincha, Cotopaxi, Imbabura e Esmeraldas. Irá reduzir a cegueira nas áreas rurais através da combinação da educação, triagem e tratamento. Também será dada atenção aos problemas derivados de cegueira não-tratável.

O programa oferecerá às pessoas afetadas e às respectivas famílias os meios para aumentar a sua independência financeira, a sua qualidade de vida e a sua dignidade. Este aspecto é muito importante para as mulheres que são fundamentais para o cuidado familiar e o emprego. A ênfase é colocada em um amplo serviço da comunidade, de modo que o rendimento proveniente dos pacientes que podem pagar possa subsidiar os custos de tratamento daqueles que não podem pagar a totalidade dos custos com os seus próprios recursos. Não existe qualquer diferença no padrão dos cuidados prestados entre os níveis de rendimento. A atmosfera agradável à porta de entrada da clínica assegura que esta equiparidade de cuidados seja é muito evidente equiparidade o início da visita do paciente. O intuito de alcançar a subsídio cruzada **sustentável** levou a uma mudança de ênfase do programa. No início visava os grupos mais pobres,

aos quais o estado não conseguia ter acesso. Mais recentemente, foi notada a necessidade de visar também as pessoas com rendimentos médios – daí a ampla amostra representada pelo fluxo diário de pacientes na clínica, mostrado nas primeiras fotografias. Existe um equilíbrio difícil entre cuidados de saúde/financiamento, considerando as prioridades morais e pragmáticas.

Os **objetivos** do programa procuraram:

- Consolidar progressivamente e aumentar as **atividades de prevenção de cegueira** e os sucessos em Yaruquí e nas regiões vizinhas, especialmente para **pessoas com baixos** rendimentos.
- Intensificar a **formação profissional e a educação comunitária** em SOC.
- Planejar e implementar o progresso no sentido da eventual **independência financeira** da FOV – 20% pagando totalmente pelos serviços médicos é considerado o estímulo mínimo para o provisionamento de bons serviços para as pessoas pobres.

As **estratégias** para alcançar estes objetivos foram amplamente planejadas para:

1. Criar um **edifício apto para as necessidades** – alcançado em 2003, conforme indicado na Fig. 4.7 e na página 28.
2. **Melhorar os serviços da clínica base**, aumentando a capacidade produtiva e extendendo a cobertura das doenças, concentrando-se inicialmente em catarata e glaucoma, acrescentando, mais recentemente, os erros de refração e a retinopatia diabética e, no futuro, extender os serviços ao trabalho de reabilitação para portadores de Baixa Visão através da colaboração com Quito – os cálculos sugerem que uma captação de 1 milhão de pessoas tornará estes objetivos viáveis
3. **Ampliar as atividades de campanhas** às áreas rurais de baixos rendimentos através de programas regulares e convites individuais – utilizando instalações móveis e hospitais distritais.

As **atividades** para realizar as estratégias 2 – 3 são resumidas no diagrama a seguir, Fig. 4.14 e abordadas com maior detalhe na Tabela 4.3 mais à frente. São cuidadosamente orçadas, agendadas e monitorizadas, com planos anuais de sucesso e objetivos revistos.

4.6.2 Quais as estratégias utilizadas no programa?

Melhorar os serviços da clínica base em Yaruquí

Atualmente, 60 – 100 pacientes visitam a clínica todos os dias.

O primeiro objetivo tem sido o reforço dos serviços oftalmológicos primários e preventivos, especialmente para a

população mais pobre. O programa começa por oferecer cuidados médicos para evitar a cegueira e oferecer reabilitação.

- Um objetivo central do programa VISÃO 2020 da OMS é a **eliminação da cegueira causada por catarata**. Para fazer com que isso aconteça, calcula-se que para a América Latina sejam necessárias 3.000 cirurgias de catarata por cada milhão de pessoas. No início do programa de Yaruquí, a CBMI estimou uma Taxa de Cirurgias de Catarata de 700 para o Equador e de 150 – 180 para a área do projeto – oferecendo uma justificativa clara para o programa e um objetivo central a ser alcançado. Quase todas as cirurgias terão de ser com lentes intra-oculares. Foram definidos objetivos ambiciosos (Fig. 4.14 e Tabela 4.2) para reduzir a prevalência de catarata, focalizando-se nas pessoas cegas e quase cegas.
- O **glaucoma** foi reconhecido como a segunda causa de cegueira na área, com aproximadamente 120 casos novos por ano. De modo a diagnosticar e tratar as doenças numa fase precoce, a infraestrutura necessária – têm de estar disponível para prevenir o desenvolvimento da cegueira por

glaucoma não tratável. Os cuidados especializados estão agora disponíveis e os pacientes já não necessitam ser consultados numa clínica em Quito. Um aumento de três vezes do número de cirurgias foi projetado, mas isso provou ser desnecessário através da melhoria dos medicamentos e da redução da incidência.

- Os **objetivos de cirurgia** foram definidos anualmente para os primeiros anos do programa.
- A Tabela 4.2 define o objetivo de alcançar as 1.100 cirurgias por ano após três anos do programa, à medida que a infraestrutura e os recursos humanos melhorem e os pacientes tenham confiança para realizar a cirurgia. Para isso, é necessário não só recursos assegurados mas, muito importante, um registro amplamente conhecido do tratamento bem sucedido e economicamente acessível.
- Os exames especializados e as instalações para tratamento dos pacientes com **retinopatia diabética** serão disponibilizados, indicando uma expansão bem sucedida no sentido de um tratamento mais abrangente das doenças oculares e, uma vez mais, na maioria dos casos, dispensando a necessidade de encaminhamento do

paciente para consulta em Quito, conforme proposto na estratégia do programa.

- As **crianças** que necessitem de cirurgia são detectadas, em parte, através do programa de triagem escolar (ver sessão seguinte). Outras são referidas através de outros pacientes diretamente para a clínica. As cirurgias sempre necessitam de anestesia geral e um anestesista de Quito dá o suporte necessário.
- Também foram introduzidos serviços de **refração** com o emprego de um profissional de nível médio especializado em refração. O preço estratificado nesta instalação assegura a recuperação dos custos do programa da clínica refletida em cada uma das suas iniciativas. Nenhum paciente necessitado deverá sair da clínica sem óculos.
- Foram traçados planos para **aumentar a empregabilidade dos profissionais de saúde ocular** em todos os níveis – oftalmologistas, assistentes de oftalmologia e enfermeiros de oftalmologia. Isso reforçaria a variedade de serviços e a capacidade da clínica base em Yaruquí, bem como permitiria o desenvolvimento de pessoal dedicado e com boa formação para novas clínicas em

Fig. 4.14 Atividades e objetivos do programa distrital de Yaruquí para os cuidados oculares comunitários

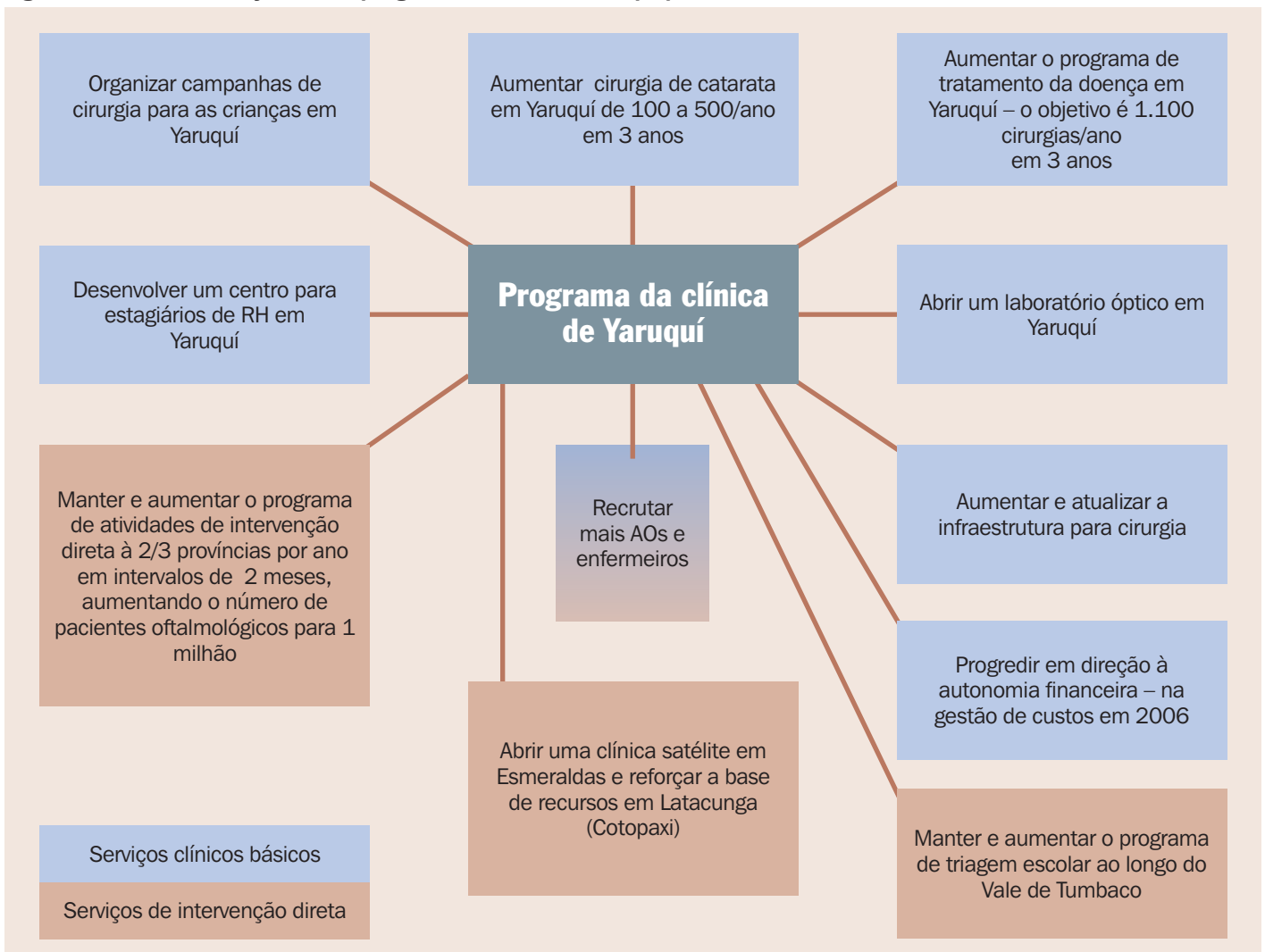


Tabela 4.2 Números de cirurgias esperado para o programa de Yaruquí

Doença	2001	2002	2003	2004
Catarata	120	300	500	500
Glaucoma	50	100	150	150
Outras	100	200	450	450
TOTAL	270	600	1.100	1.100

Esmeraldas e em Latacunga (Fig. 4.5) na província de Cotopaxi (ver a seção posterior sobre as atividades de intervenção direta). O provisionamento de formação para AO e EO seria organizado na clínica base e envolveria o recrutamento de pessoas locais. O recrutamento de oftalmologistas seria através do amplo provisionamento da formação nacional, mas teria sempre de buscar indivíduos com disponibilidade de ajudar os setores mais pobres da população e trabalhar em locais mais isolados.

- Com relação ao segundo objetivo do projeto, foi reconhecida a importância de **oferecer** formação de **prevenção de cegueira** para oftalmologistas, bem como agentes sanitários com histórico social e localidade semelhante aos pacientes. Estes seriam profissionais de saúde ocular de nível médio, agentes de saúde comunitário e também aqueles envolvidos voluntariamente na promoção da saúde especialmente nas áreas rurais. Os pequenos cursos e seminários no centro de formação de Yaruquí, oferecidos com a assistência externa (financeira e docentes), são criados para permitir aos participantes:
 - **umentar a sensibilização da população para a saúde ocular**, os seus problemas relacionados à doença e as formas de prevenção;
 - **ultrapassar as barreiras** existentes para obtenção do tratamento da cegueira evitável e sustêm a perda pessoal e financeira familiar que daí resulta.
- Seria procurada assistência para assegurar o fornecimento regular e confiável de **material de consumo** acessível para tratamentos e também os acréscimos e substituição de **equipamento** cirúrgico quando necessário – em Yaruquí e nas clínicas satélite. Este apoio às infraestruturas permitirá a expansão sustentável dos cuidados oculares para maior variedade de tratamentos, conforme acima resumido. Foi reconhecido que o programa de recuperação de custos em curso poderá apoiar o provisionamento de material de consumo mas a aquisição de equipamentos caros necessitará de contribuições contínuas de financiamento externo.
- O sucesso destas atividades

programadas na melhoria da saúde ocular nas comunidades de captação também será reforçado através da concretização do terceiro objetivo do projeto – assegurar tanto quanto possível a **independência financeira** da FOV. Contudo, os planos reconheceram a necessidade primária de ampliar o provisionamento dos serviços sem superar as pressões financeiras, trabalhando simultaneamente no sentido deste objetivo de auto-sustentabilidade.

- Em 1995, a CBMI ofereceu apoio para 80% dos custos anuais com salários na FOV. Em 1999, esta contribuição caiu para 30% e desde 2002 tem sido de apenas de 1–2%.
- Desde 2003, o planejamento almeja uma responsabilidade crescente com as despesas com material de consumo e custos de gestão. Espera-se que o apoio da CBMI para as despesas de funcionamento seja reduzido gradualmente em 2006.
- Tal como anteriormente mencionado, a expansão da clínica e respectivos serviços atrairão os pacientes com um potencial para o pagamento de honorários para exceder os custos hospitalares, subsidiando as necessidades de tratamento para as pessoas pobres das zonas rurais.

Aumentar as campanhas comunitárias em áreas rurais de baixos rendimentos

A campanha comunitária a partir de Yaruquí dirige-se às comunidades como um todo e às escolas.

As campanhas comunitárias são organizadas do seguinte modo:

- É identificada uma área para triagem ou triagem com cirurgia com base nas experiências anteriores de prevenção de cegueira.
- Dois funcionários da clínica contactam as organizações comunitárias no local proposto aproximadamente dois meses antes da visita.
- A data e o local são acordados – idealmente uma clínica pequena.
- São distribuídos folhetos e apostilas duas semanas antes da realização da campanha.
- Com uma semana de antecedência, a rádio comunitária (e eventualmente a TV) e os alto-falantes móveis avisam sobre a hora, local e a necessidade da consulta. Esta campanha dirige-se ao grupo etário de 50+ e apenas com catarata.
- Dia 1 da campanha – 1 ou 2 AOs e um enfermeiro chegam para efetuar a campanha e a pré-selecção para cirurgia se a AV for <20/200. Se o próximo passo for a cirurgia, é combinada uma data para a cirurgia com a família, os preços são determinados e a cirurgia é explicada. Apenas a cirurgia, e não a consulta, é cobrada aos pacientes da campanha. Além da AV, a triagem inclui biomicroscopia, pressão intraocular e oftalmoscopia.
- Dia 2 (uma semana após a triagem) – Os médicos definem o seu diagnóstico e indicam cirurgia ou consulta.
- Dia 3 – Os pacientes são consultados pela manhã e é organizado um evento social para a equipe durante a tarde

Fig. 4.15 Clínica de campanha comunitária para pacientes mais velhos (com os seus acompanhantes)



- A equipe completa de triagem e cirurgia consiste de 2 oftalmologistas, 2 enfermeiros, 4 assistentes de oftalmologia, 2 motoristas e 2 funcionários administrativos. São utilizados dois veículos e um trailer. 90% da subsistência da equipe é paga por Yaruquí (com a ajuda da CBMI) e 10% poderá provir da comunidade local. A campanha cirúrgica poderá durar 2-3 dias, normalmente durante o fim de semana
- Uma semana mais tarde, um enfermeiro e um AO regressam para verificar os pacientes – que poderá resultar em uma consulta em Yaruquí
- Os resultados da campanha são compartilhados com a comunidade como um todo. O padrão dos resultados reflete o mesmo da clínica base. Levando-se em conta que a maioria dos pacientes são pobres e analfabetos, a capacidade de ver é recompensa suficiente. Poucos procuram óculos, uma vez que a necessidade visual já está plenamente satisfeita pela cirurgia, não sendo necessária uma visão “perfeita”. Se forem solicitados óculos, é efetuado um agendamento em Yaruquí
- Esta campanha comunitária funciona com um programa regular no Vale local de Tumbaco na Província de Pichincha, bem como de forma crescente nas Províncias de Imbabura, Cotopaxi e Esmeraldas (Fig. 4.16) – 3 ou 4 visitas/província/ano. A CBMI está projetando uma extensão no futuro para a província oeste de Napo. Adicionalmente, a campanha é, por vezes, organizada como resultado de convites diretos. A necessidade mais urgente para prevenção de cegueira na zona mais isolada de Esmeraldas (Figs. 4.16, 4.21) levou a que a FOV submetesse uma proposta à CBMI para a implementação de uma clínica satélite completa, permanente no local, não obstante a abordagem cubana aos pacientes e os problemas com recrutamento de RH.

As **campanhas escolares** (Fig. 4.17) são agendadas em um programa acordado com o Ministro da Educação Pública.

Realiza-se nas escolas básicas públicas em todo o Vale de Tumbaco (oito pequenas cidades) com crianças de 6 e 11 anos.

Fig. 4.16 Serviços de campanha

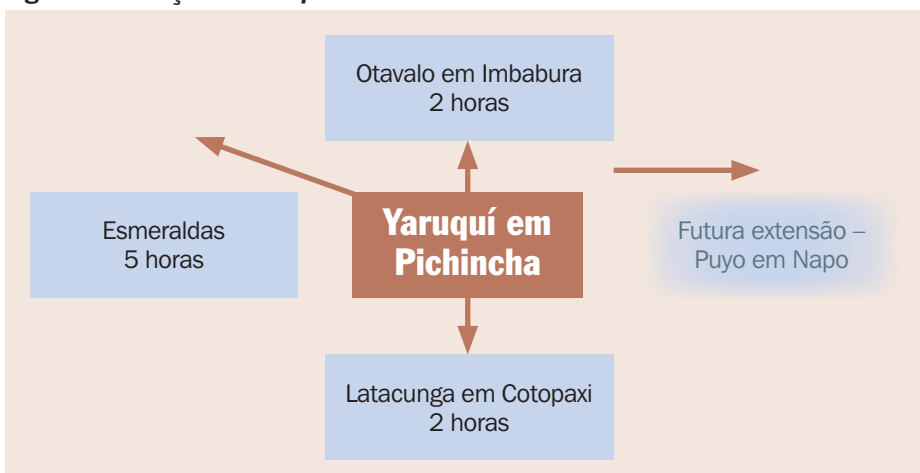


Fig. 4.17 Triagem de crianças de 6 anos numa escola no Vale Tumbaco



É planejada uma agenda com os diretores escolares e são realizadas visitas com 1 enfermeiro de oftalmologia e 2 assistentes de oftalmologia, um dia por semana durante o período agendado. São medidas a acuidade visual e a refração. As crianças com <math><20/40</math> ou erros de refração significativos são encaminhados para uma consulta gratuita na clínica de Yaruquí com um oftalmologista. Caso seja necessário o uso de óculos, a clínica subsidia parte dos custos, com os pais a pagando o restante. Os pacientes com necessidade de cirurgia são incluídos no programa de anestesia geral na clínica base. O programa é repetido anualmente com novos estudantes e uma consulta de verificação realizada com aqueles tratados no ano anterior.

4.6.3 De que forma o programa é administrado?

- Apesar das funções principais do DM e do administrador, esta é uma estrutura de gestão horizontal sob vários pontos de vista, com uma parte considerável de partilha de tarefas e apoio. As pessoas indispensáveis estão amplamente ausentes. Os desenvolvimentos e as iniciativas provêm em grande parte da equipe e os sucessos do programa

refletem esse espírito de partilha e orgulho.

- Como parceiro da CBMI, desde 1996 tem havido a necessidade de uma organização parceira para co-existir juntamente com a CBMI. Isso confere à clínica um estatuto totalmente legal aos olhos do MS. Esta ONG parceira, a Fundação (FOV), possui um mínimo de 9 membros, selecionados pelas suas experiências e responsabilidades comunitárias. Atualmente existem 16 membros. Realizam uma assembléia uma vez por ano e um relatório sobre as atividades da Clínica é enviado para o MS.
- De dois em dois anos, a Fundação elege cinco membros para formar o Conselho de Diretores com poderes executivos. Estes encontram-se com maior frequência e possuem responsabilidades particulares, por exemplo, decidir o orçamento da clínica e, através de um auditor nomeado, assegurar que as contas da Yaruquí se encontrem em dia na sua gestão.
- O estatuto da clínica é reconhecido na imprensa. As pessoas influentes na comunidade local elogiaram a clínica como um vizinho de valor e ofereceram o seu apoio como e quando necessário.

4.6.4 De que forma é monitorizado o programa?

É um processo bidirecional.

- A clínica envia relatórios trimestrais detalhados para a CBMI, indicando objetivos a curto prazo, estatísticas de pacientes, atividades de treinamento, problemas com o programa e comentários gerais sobre atividades específicas e intenções planejadas para o trimestre seguinte.
- Os representantes da CBMI de Quito visitam Yaruquí anualmente. Apresentam um relatório que reflete a responsabilidade da CBMI para assegurar que os objetivos acordados do projeto sejam alcançados com

sucesso. O relatório oferece atualizações sobre os serviços prestados e os pacientes vistos na própria clínica e em campanha.

As estatísticas definem os números de triagens e cirurgias de catarata (comparativamente aos objetivos), bem como a informação financeira cobrindo o esquema de pagamento do paciente e o recebimento de subsídios.

Os comentários proporcionaram uma avaliação das atividades da Clínica, referindo-se também a problemas recentes e atuais, bem como a planos futuros. Por fim, existem recomendações quer para a ONG parceira (FOV) quer para a CBMI para o ano seguinte. Estes relatórios têm sido muito positivos e servem de apoio ao progresso alcançado.

O progresso indicado nestes relatórios de monitorização e representado nos gráficos abaixo (Figs. 4.18–4.20) indicam bem o momento efetivo do **Programa Comunitário da Saúde Ocular do Vale**, na clínica base e na campanha.

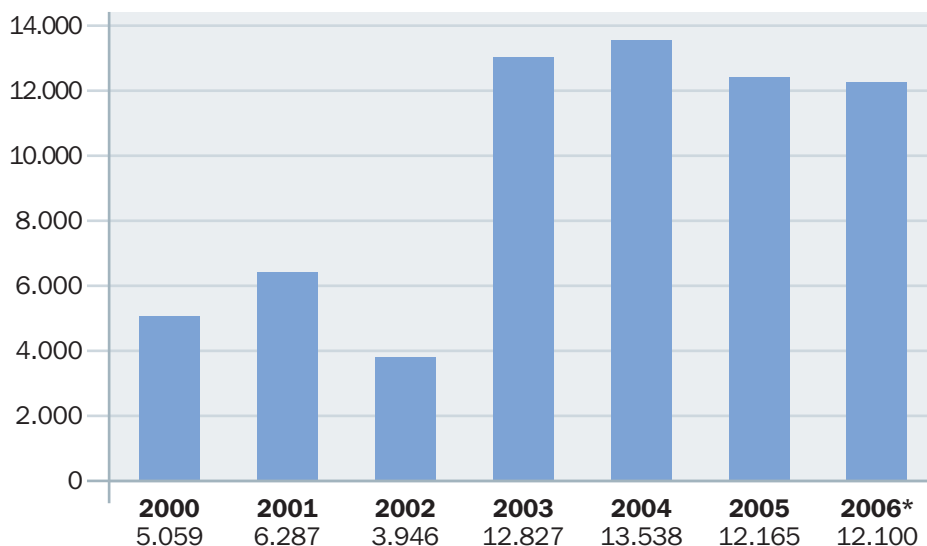
Uma tentativa para se destacar e comentar sempre que necessário sobre as fases no desenvolvimento do programa total desde o seu início até o dia atual é apresentada na Tabela 4.3 (ver página 36).

Este padrão de consultas de pacientes em Yaruquí indica três fases:

2000 – 2002	Anos iniciais quando o tamanho da clínica e instalações limitavam os números de pacientes. O programa começou em três salas do hospital público local em 1995.
2003	A abertura da atual clínica duplicou a admissão. O crescimento foi apoiado por uma reputação de serviço econômico e acessível para as famílias de baixa renda no Vale de Tumbaco (Província de Pichincha) assim como o conhecimento dos resultados excelentes.
2004 – 2006	Os números foram retidos com uma esfera de influência aumentada através do contato pessoal e de campanhas nas províncias vizinhas. Além de 2006, o crescimento em Yaruquí será lento devido à área física e às limitações de RH, mas será maior para as duas clínicas satélite no programa de intervenção directa.

Desde 2003, a contribuição dos serviços de campanhas para o número total de consultas foi de aproximadamente 20%. Com projetos em Esmeraldas e Latacunga (Cotopaxi), relatados nas últimas páginas, a parcela das campanhas deverá aumentar. Seguindo o crescimento nas consultas dos

Fig. 4.18 Crescimento das consultas dos pacientes no programa de Yaruquí 2000-2006



* O número para 2006 é extrapolado a partir dos retornos para os primeiros seis meses

Fig. 4.19 Cirurgias oculares no programa de Yaruquí 2000–2006

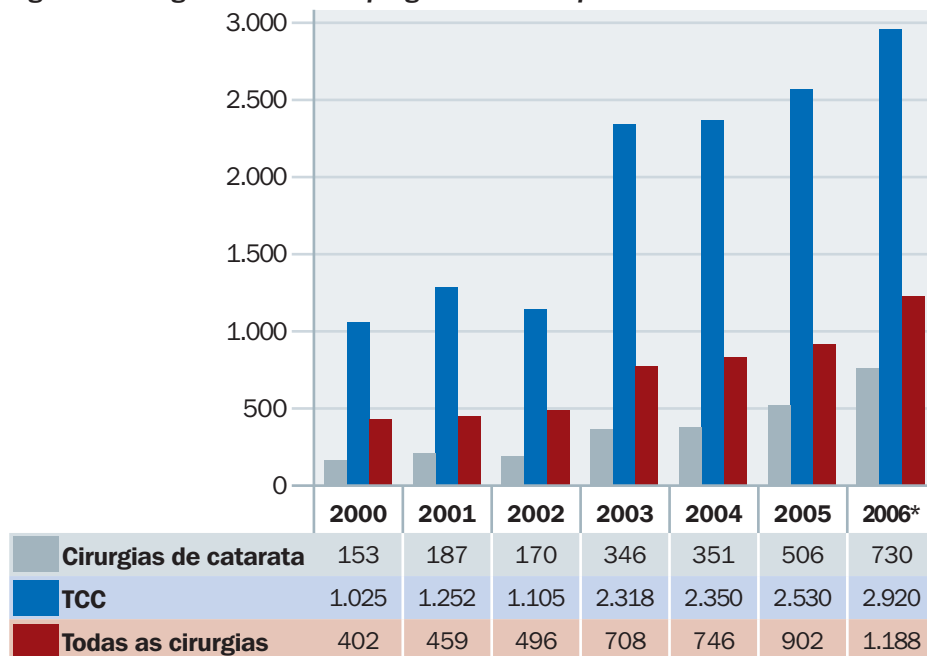
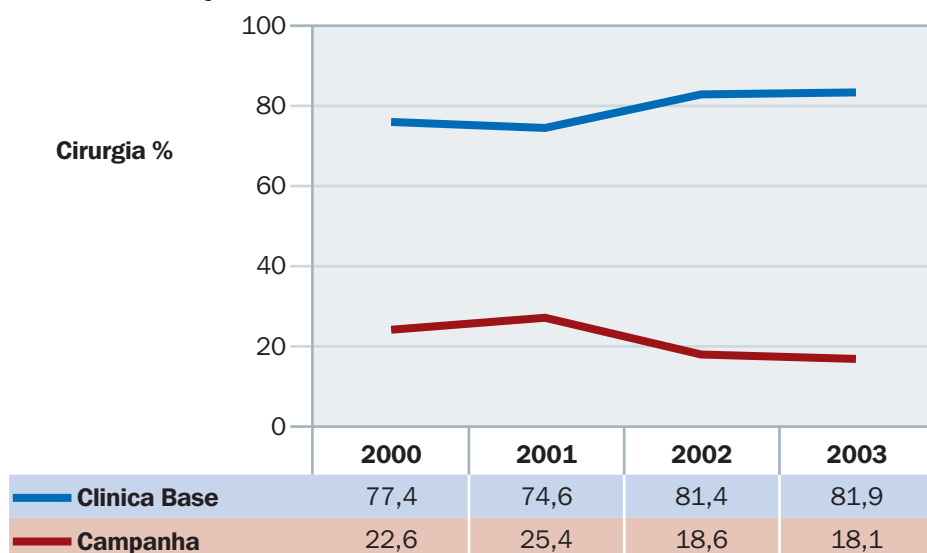


Fig. 4.20 Localização das cirurgias de catarata no programa de Yaruquí 2003–2006



* O números para 2006 são extrapolados a partir dos retornos para os primeiros seis meses nas Figs 4.19 e 4.20

pacientes, o número de cirurgias oculares resultantes são indicados na Fig. 4.19 e nas respectivas clínica base/ locais de campanha na Fig. 4.20.

Podemos verificar que o objetivo original de 500 cirurgias de catarata em 2004 foi alcançado com apenas um ano de atraso e o objetivo de aproximadamente 1.100 cirurgias foi alcançado um ano mais tarde em 2006. A escassez inicial em termos de profissionais de saúde ocular qualificados (oftalmologistas e assistentes de oftalmologia) foi um fator para este crescimento atrasado.

Esta escassez foi agora reduzida e espera-se que o aumento do número de cirurgia faça com que a TCC atinja o

objetivo de 3.000 muito antes da data planejada de 2010.

O desenvolvimento e objetivos alcançados apresentados na Tabela 4.3 demonstram o considerável sucesso do programa de saúde ocular de Yaruquí. As estratégias subjacentes estão sendo realizadas através de atividades cuidadosamente traçadas e monitorizadas, as quais estão reduzindo a cegueira entre a população rural pobre de Pichincha e províncias vizinhas – tal como os gráficos e as tabelas estatísticas demonstram. Nas conclusões que se seguem tenta-se extrair os elementos essenciais do programa e apresentá-los estrutura que ofereça

idéias para criação de programas em outros locais.

4.7 Quais as conclusões que podem ser tiradas?

Uma tentativa para resumir e compreender os pontos fortes do programa de Yaruquí, como um modelo para o planejamento e implementação do VISÃO 2020 ao nível distrital, inicia-se por relembrar as influências que contribuíram para a sua origem (Tabela 4.4). Só assim é possível compreender como e porquê os elementos centrais do programa (Fig. 4.22) se desenvolveram.

O sucesso do programa de Yaruquí, destacado através dos elementos indicados

Tabela 4.3 Fases de desenvolvimento no programa de cuidados oculares de Yaruquí (sem escala)

Ano	Desenvolvimentos e objetivos dos serviços	Objetivos alcançados dos serviços
1995	<ul style="list-style-type: none"> O Programa do Vale para a Saúde Ocular Comunitária começa no Hospital público de Yaruquí A ótica e a farmácia oferecem preços estratificados 	<ul style="list-style-type: none"> 1.000 consultas de pacientes 65 cirurgias de catarata 50 outras cirurgias
1996 2001	<ul style="list-style-type: none"> 1º de abril – O programa move-se para três edifícios distintos do local atual Acordada a necessidade de um novo edifício com a CBMI e outras ONGs alemãs Começa a construção da nova clínica Equipamento e veículo obtidos com o apoio de ONGs 	<ul style="list-style-type: none"> 6.287 consultas de pacientes 187 cirurgias de catarata 272 outras cirurgias
2002	<ul style="list-style-type: none"> A embaixada japonesa financia equipamento para a clínica Construção concluída e edifício entregue em dezembro 	<ul style="list-style-type: none"> 3.946 consultas de pacientes 165 cirurgias de catarata / 331 outras cirurgias
2003	<p>Clínica base</p> <ul style="list-style-type: none"> Atual clínica abre sob a gestão da FOV Consultas planejadas 5 dias/semana e 8 horas/dia na base Cirurgia, na maioria de catarata, 2 dias/semanas na base 2 dias de cirurgia infantil/ano na base com anestesia geral <p>Campanha comunitária</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 visitas de campanha cirúrgica, na maioria de cataratas (2 em Esmeraldas) Triagem comunitária no Vale de Tumbaco e Imbabura <p>Formação</p> <p>Começam os cursos para os profissionais de saúde ocular e promotores da saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> 12.827 consultas de pacientes (19% em campanhas) 4.050 pacientes triados na comunidade (1.818 menores) 346 cirurgias de catarata (22,6% em campanhas) 99% LIO 362 outras cirurgias 71,5% de pacientes que pagam pela cirurgia de catarata no grupo de pessoas pobres – subsídio disponível conforme necessário da CBMI e Quito Los Chillos Rotarians
2004	<p>Clínica base</p> <ul style="list-style-type: none"> Estabilizar a agenda de consultas e cirurgias na base – não totalmente alcançado em 2003 – necessidade de uma otimização mais completa na utilização dos recursos Equipamento no local e rastreio/tratamento iniciado para R.D e glaucoma <p>Campanha</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 clínicas e 4 visitas cirúrgicas em Esmeraldas Acordo alcançado para abrir a futura clínica satélite permanente em Esmeraldas com base na boa reputação da FOV – acordo com CBMI para financiar a construção e os custos de formação de RH; uma ONGI espanhola (Fundacion Mirada Solidaria) financia o equipamento 2 visitas cirúrgicas a Cotopaxi Formar a equipe RH para a clínica no hospital geral público de Latacunga (Cotopaxi) Aumentar a publicidade no rádio para a comunidade para visitas de intervenção directa <p>Formação para os profissionais dos cuidados oculares e voluntários continua, por exemplo, para voluntários no combate às barreiras impostas à aceitação da cirurgia entre a comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> 13.308 consultas de pacientes (18% através da intervenção directa) 351 cirurgias de catarata (25,4% através de campanhas) – o objectivo para 2004 foi 360 100% LIO 398 outras cirurgias Problema com as visitas cirúrgicas a Imbabura (cidade de Otavalo) com a oposição de curandeiros tradicionais 90% sustentabilidade nos custos de operação alcançada Apenas 57% dos pacientes pagam pelas cirurgias de catarata classificados como pobres, com aumento dos níveis de tarifas – o subsídio da CBMI continua a prestar apoio

Continua na página seguinte

posteriormente na Fig. 4.22, possui muitas causas que contribuem para isso. Uma investigação resumida das quatro questões principais, envolvidas no planejamento do distrito para o VISÃO 2020 em qualquer local, ajuda-nos a compreender os fatores que devem ser considerados.

1. De que forma os pacientes são encorajados a ir à consulta para cirurgia?

Vários fatores influenciam o aumento da admissão dos pacientes com catarata, particularmente aqueles com renda insignificante, tanto na clínica base quanto durante as campanhas em expansão. As muitas barreiras existentes necessitam ser ultrapassadas.

Ignorância

Promotores voluntários de saúde, formados em Yaruquí, trabalharam para aumentar a compreensão e aceitação da prevenção de cegueira nas comunidades, com a ajuda muito ocasional dos curandeiros tradicionais. Também este grupo começa agora a receber orientação e a ser persuadido através das iniciativas do programa. A barreira da ignorância também pode ser ultrapassada com a “visão” dos amigos e a informação vinda da comunidade que a melhoria da visão pode ser alcançada. Os resultados positivos das cirurgias são um excelente estímulo para captação de novos pacientes

Custo

Um sistema de subsídio necessita assegurar que aqueles que possuem rendimentos acima da média possam financiar as necessidades dos menos afortunados. Por isso, todos podem ter acesso ao tratamento sem preocupações financeiras. O sistema de Yaruquí utiliza para tal uma abordagem escalonada que cobre as aquisições, bem como o tratamento. Esse sistema apenas entra em vigor após a realização do tratamento. Tenta oferecer dignidade a todos, evitando a cirurgia totalmente gratuita, se possível, e facilitando o reembolso através do sistema alternado. A divulgação boca a boca e as atividades promocionais

Tabela 4.3 (continuação)

Ano	Desenvolvimentos e objetivos dos serviços	Objetivos alcançados dos serviços
2005	<p>Clínica base</p> <ul style="list-style-type: none"> Estabilizar a agenda de consulta na base, 5 dias por semana, 8:00–16:00 (ainda não alcançado no ano passado, em parte devido à escassez dos recursos humanos) e aumentar a agenda de cirurgia para 3 dias/semana com a ajuda do recrutamento de um especialista em retina – 2 oftalmologistas disponíveis (1 restrito à catarata) mais 2 AOs nomeados este ano – restante da equipe de RH estável Aumentar os 2 dias de cirurgia infantil/ano na base com anestesia geral para 4 dias – 6/7 crianças/dia Clínica de refração na base abre com um optometrista um dia/semana <p>Campanhas</p> <ul style="list-style-type: none"> Manter o programa de Esmeraldas para as clínicas e cirurgia – problema com a investigação de pacientes em Esmeraldas através da atividade cubana no final do ano 3 visitas cirúrgicas a Cotopaxi Planos para campanhas seguidos de convite para as Províncias de Bolivar e Chimborazo, ao sul de Pichincha Programa de triagem para as classes 1 e 6 nas escolas públicas – um programa anual com a autorização do ME – cautela é necessária para (1) assegurar a coordenação dependente e (2) assegurar o acompanhamento confiável, dado que algumas escolas apresentavam sinais de ceticismo após os serviços fracos de outras fundações no passado Acelerar a identificação do paciente com retinopatia diabética Continuação da triagem comunitária na frequência planejada de 1 visita/semana – necessidade do aumento da admissão para cirurgia de pacientes pobres – ver problema de 2004 <p>Treinamento</p> <p>Continua (1) a aumentar as habilidades profissionais e encorajar a motivação e, (2) particularmente para os voluntários, apoiar a promoção sanitária na comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> 12.165 consultas de pacientes – planejamento programado de extensão não alcançado 506 cirurgias de catarata, um aumento de 44% ao longo de 2004 (o objetivo para 2005 foi 520) 99% LIO 18,6% das cirurgias de catarata realizadas na campanha 396 outras cirurgias O programa de erros refrativos abrange 52 escolas no Vale de Tumbaco – triagem de 2.979 crianças para problemas de acuidade, bem como detecção de patologias 1.504 óculos fornecidos a todos os pacientes – clínica, campanha, programa escolar 75% dos valores pagos para a cirurgia de catarata pertenceram ao grupo de pessoas pobres – o subsídio da CBMI continua para os pacientes mais pobres O aumento da variedade de equipamentos e as competências dos RH permite um número crescente de patologias a serem tratadas na clínica base, reduzindo as consultas em Quito e, como tal, tornando o tratamento mais econômico bem como acessível 93% de sustentabilidade nos custos operacionais
2006	<ul style="list-style-type: none"> Dia nacional de catarata planejado em Maio – FOV participa ativamente Desenvolver um bom programa de retinopatia diabética – 2005 pouco desenvolvido Aumentar o programa de erros refrativos nas escolas de 62 para 4.000 crianças Alcançar até 550 cirurgias de catarata, resultando numa TCC de 2.500 Alcançar 5.000 consultas de pacientes fora da clínica base Começar a construção do edifício e obter equipamento para a clínica satélite em Esmeraldas (TCC actual 165) Aumentar o provisionamento da clínica de Latacunga – 3 dias/quinzena com centro cirúrgico em seguida 	<p>Até o meio do ano:</p> <ul style="list-style-type: none"> 6.050 consultas de pacientes 365 cirurgias de catarata (18,1% em campanha) 229 outras cirurgias 741 óculos fornecidos 1.534 crianças em idade escolar triadas Promotores de saúde formados para as clínicas de Esmeraldas e Latacunga

Tabela 4.4 Ativos e desafios para o programa de cuidados oculares de Yaruquí

Ativos	Desafios
Clara compreensão de prevenção de cegueira pelo Diretor Médico, permitindo o planejamento e a implementação de objetivos e estratégias bem delimitados	Um governo nacional que se alinhou ao VISÃO 2020 em junho de 2003 mas que desde então não promove as iniciativas de prevenção de cegueira.
Apoio firme por parte da principal ONG/I – CBMI – e os seus funcionários principais sem confundir os conflitos de interesses com com outras ONGs	Instabilidade política que passou por frequentes mudanças no Ministério da Saúde – desencorajando a necessidade de criar um plano nacional VISÃO 2020
Localização da clínica – a aproximadamente 40 kms/até 1 hora de ônibus desde Quito – suficientemente distante, permitindo o crescimento de um centro de prevenção de cegueira com uma captação que não oferece uma aparente competição com os oftalmologistas em Quito	Um país pobre com muitas prioridades de planejamento que não classifica a prevenção da cegueira como uma prioridade máxima
Os serviços de ônibus seguem nas auto-estradas do norte e sul ao longo da Avenida dos Vulcões, permitindo aos pacientes, por exemplo provenientes de Latacunga e Imbabura alcançar Yaruquí para consultas e tratamento – embora as viagens de leste para oeste a partir de Esmeraldas e Puyo não sejam favorecidas de forma semelhante tal com a Fig. 5.21 sugere	Um estilo de governo que é tradicionalmente centralizado (embora existam agora ligeiras perspectivas de mudança) – uma situação ímpar na promoção das iniciativas de saúde ao nível distrital
Desenvolvimento de AEPREC, presidido pelo DM de Yaruquí, uma organização que promove contactos e que visa reduzir as barreiras burocráticas, encorajar o envolvimento na saúde pública através dos atuais oftalmologistas privados mantendo o foco nas doenças prioritárias do VISÃO 2020	Uma Sociedade Oftalmológica Nacional que representa fortemente os clínicos privados na saúde ocular e considera as iniciativas no âmbito da saúde ocular comunitária como uma ameaça aos seus rendimentos e padrão de vida
Uma população local amplamente urbana, com uma forte vertente comunitária, bons níveis de leitura e condições de saúde pública, com apoio à promoção e partilha das iniciativas de saúde ocular. Suficientemente numeroso para garantir a sustentabilidade a longo prazo.	Estruturas familiares, enfraquecidas pelas pressões econômicas que possuem pais emigrantes trabalhando, frequentemente em locais longínquos, deixando as crianças aos cuidados dos avós tradicionalmente educados e que favorecem as iniciativas educativas e sanitárias e, como tal, poderão resistir às medidas de prevenção de cegueira.
Sem serviços públicos de cuidados oculares.	Falta de uma boa rede de serviço público de saúde, proporcionando uma barreira à promoção da saúde ocular

asseguram que o sistema seja progressivamente compreendido pelas comunidades e conseqüente aumento do número de pacientes.

Medo

A promoção sanitária e a triagem são de responsabilidade, sempre que possível, de indivíduos recrutados da comunidade alvo que compartilham os mesmos valores e cultura. As apresentações a grupos comunitários ou as conversas individuais podem levar a uma melhor compreensão da prevenção da cegueira. Também é possível comunicar a facilidade e confiabilidade de uma eventual cirurgia, bem como as conseqüências benéficas da melhoria da acuidade visual para os indivíduos e famílias em termos de qualidade de vida e independência financeira. A promoção precede a triagem e a intervenção cirúrgica direta.

Todas as vias de comunicação disponíveis têm de ser utilizadas mas o toque pessoal de um indivíduo que conhece e tem entendido empatia local é a chave para conquistar os indivíduos e grupos relutantes.

Os medos também são reduzidos na clínica base, ao permitir que os pacientes que aguardam cirurgia socializem no espaço central aberto com os pacientes que acabaram de passar

Fig. 4.21 – O mapa das divisões de relevo do Equador, indica Quito e Latacunga na acessível Avenida dos Vulcões. Esmeraldas localiza-se contudo ao longo das montanhas na Costa do Pacífico a noroeste e Puyo ao longo das cadeias montanhosas no Oriente a sudeste – ambas envolvendo viagens mais longas e mais difíceis.



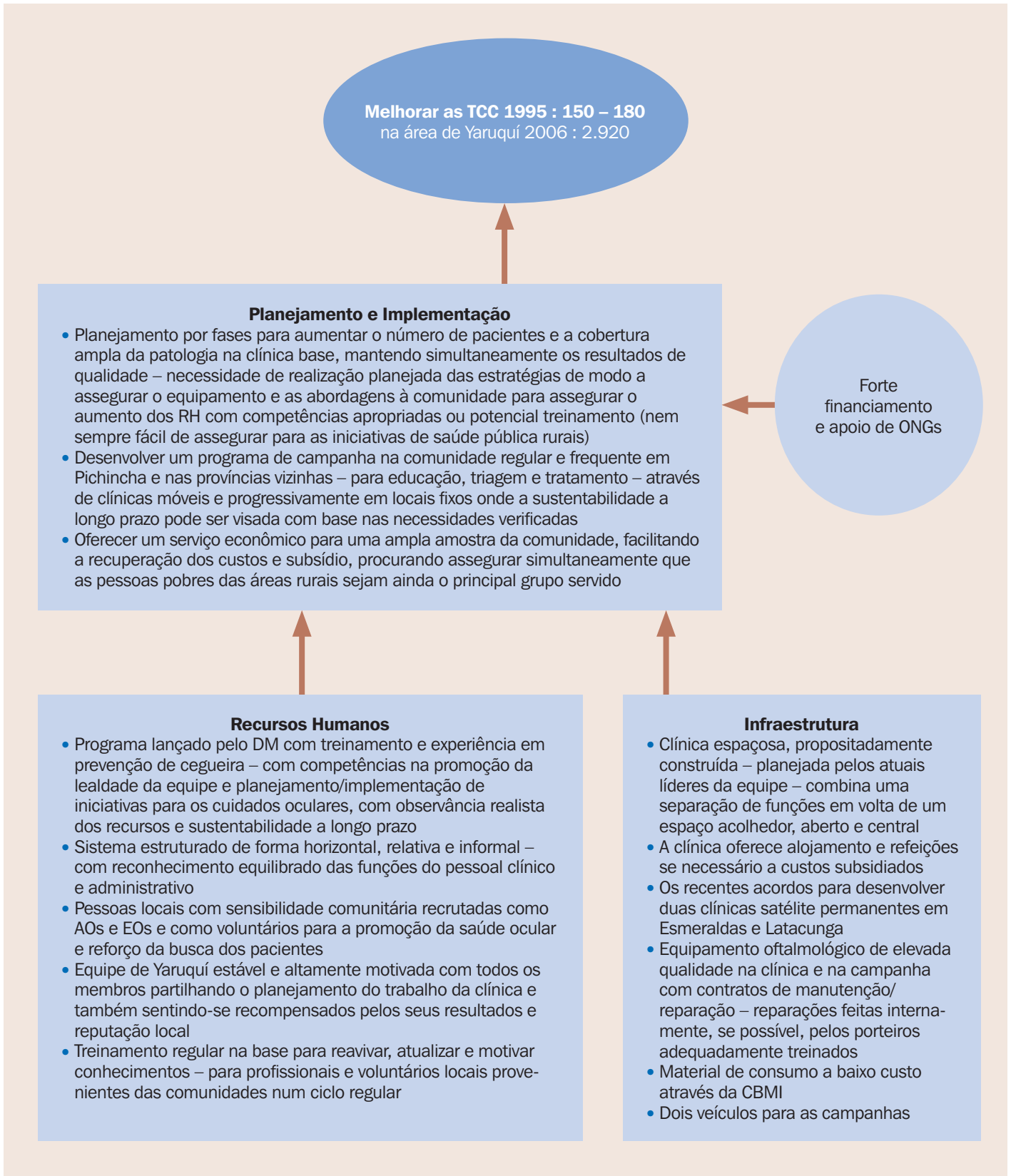
pela operação. A atmosfera de simpatia e descontração na área de espera da clínica também é um grande fator contribuinte para a eliminação da preocupação. Os medos são também reduzidos ao assegurar que a cirurgia ocorrerá imediatamente após a triagem e a consulta para reduzir o tempo dispendido com preocupações. A admissão para cirurgia dos pacientes é 70%.

Acessibilidade

A localização das clínicas para a triagem e/ou cirurgia tem de permitir a facilidade de acesso para os potenciais pacientes, em termos de distância e tempo – diminuir preocupações de viagens longas e dispendiosas para locais desconhecidos, bem como interromper responsabilidades domésticas/rurais. O programa Yaruquí emprega algumas medidas simples para

reduzir estes efeitos: (1) Um crescente programa de campanhas, baseado nas comunidades bem populosas e antecipadamente bem informadas, aproxima as comunidades – reduzindo os deslocamentos para triagem e tratamento, facilitando o apoio dos amigos, assegurando que o tratamento prossiga juntamente com outros da mesma localidade, bem como assegurando uma maior probabilidade

Fig. 4.22 Principais elementos do programa de cuidados oculares de Yaruquí como modelo do VISÃO 2020



das verificações pós-cirurgia serem realizadas; (2) De modo geral não é necessário o pernoite após a cirurgia de catarata, mas para o pequeno número de pacientes que necessite dessa facilidade é oferecido um alojamento confortável e gratuito com refeições subsidiadas, além da permanência de um acompanhante. (3) A utilização de um sistema de marcações minimiza o tempo desperdiçado e assegura que o espaço de espera seja bem controlado – sem multidões, bom humor e um lugar para todos.

2. De que forma é mantido o alto nível de motivação dos funcionários?

Existem duas forças primárias para assegurar que os recursos humanos ofereçam um serviço de sucesso:

Liderança

Tal como indicado anteriormente e reforçado na Fig. 4.22, o atual diretor médico tem sido eficaz na condução do progresso do programa desde os seus primeiros dias em 1995, através da construção do serviço nesse ano e expansão do mesmo em 2001 e novamente em 2003. A pessoa certa na hora certa é muito importante. A CBMI, a ONG/I instrumental, reconheceu as suas motivações e capacidades e acabou por assegurar a sua posição no novo programa Yaruquí em 1995. As suas qualidades e estatuto internacional foram subsequentemente vitais para garantir a lealdade, indústria e estabilidade da equipe clínica. O apoio e respeito mútuos são bastante evidentes e a consequente equipe de trabalho assegurou que as iniciativas em expansão e a capacidade produtiva dos pacientes sempre se basearam na preocupação primária pelo cuidado com o paciente e uma motivação para os melhores resultados possíveis. Habilidades cirúrgicas, formação, administração e relações externas foram testadas num plano de fundo de mudanças cuidadosamente planejadas e implementadas de modo a assegurar que o programa Yaruquí ofereça um sólido modelo entre os esquemas fragmentados e, por vezes, com objetivos fracos noutros locais do Equador.

Recompensa

Todos os funcionários são encorajados a participar no planeamento e desenvolvimento das atividades FOV. Retiram uma recompensa evidente de todos os aspectos do programa – desde assegurar a aparência limpa e bem organizada da clínica, passando pela simpatia para com os pacientes até o compartilhamento do orgulho dos resultados conjuntamente assegurados que justificadamente trazem uma elevada a estima da comunidade e ao nível nacional. As recompensas, através do recebimento de uma % do rendimento proveniente de

cirurgias e salários acima dos valores nacionais, ajudam a assegurar que esta equipe continuará a demonstrar a lealdade e estabilidade de que a FOV necessita.

3. De que forma é financiado o projeto?

Os níveis de pobreza no Equador são elevados, conforme indicado na Tabela 4.1. A discussão na sequência da tabela realçou que a área de captação de Yaruquí possui níveis consideravelmente piores do que a média com 67% da população abaixo da linha de pobreza no último recenseamento.

Assim que o projeto foi lançado e estendido consideravelmente em 2003, com a ajuda substancial da CBMI e algumas outras ONGs, tem sido o objetivo contínuo da FOV alcançar a auto-sustentabilidade nos custos de funcionamento, incluindo salários. Os números alcançaram já os 98%, uma indicação em si da excelente gestão do programa após um período de atividade relativamente curto. O fato de que a população é predominantemente pobre despertou a necessidade de criar um sistema de pagamento que cuidadosamente assegurasse que (1) as taxas cobradas aos grupos com rendimentos superiores garantissem um serviço equitativo para os pobres e (2) este sistema pudesse ser sustentável não somente na clínica base mas também nas campanhas. Ao assegurar que as pessoas pobres sejam bem servidas, é claramente necessário servir uma amostra ampla de grupos de diferentes faixas de rendimento. Estas pessoas, que poderiam pagar os serviços de uma clínica em Quito, teriam de ser persuadidas de que proximidade de Yaruquí e a qualidade dos seus serviços a um preço bastante competitivo de modo a assegurar que os pacientes que pagam as taxas continuem a visitar esta clínica e, desse modo, a apoiar o seu atual programa e futuras ambições. É uma questão difícil de equilibrar, moralidade versus pragmatismo – assegurando que as pessoas pobres sejam visadas em bom número comparativamente aos objetivos do programa, aceitando contudo que os pacientes que podem pagar os serviços têm de ser consultados em números suficientes de modo a tornar o programa sustentável. Os números indicados na Tabela 4.3 para os anos 2003 – 2005 indicam que é difícil atingir e manter o equilíbrio. Além dos custos de funcionamento, existem outras despesas consideráveis e ocasionais que têm de ser financiadas por entidades externas. A aquisição, atualização e substituição de equipamento cirúrgico para a clínica base e as novas clínicas satélite podem ser atualmente financiadas apenas através das ONGs. No futuro, espera-se que o MS assuma a crescente responsabilidade por estas necessidades.

4. De que forma é gerido o projeto?

Existem três níveis complementares de gestão:

1. O DM trabalha com uma equipe de cinco pessoas, representando a administração e os quadros principais da clínica, na realidade, o comitê executivo, para gerir os recursos disponíveis, implementar as estratégias do programa e reportar à CBMI. Enquanto a equipe possui esta responsabilidade oficial, resta a sempre presente e prestativa equipe de Yaruquí a sugestão de idéias e tomada de iniciativas.
2. Duas ONGs, CBMI e FOV (a última representando a comunidade profissional local), partilham a responsabilidade externa pela totalidade do programa de Yaruquí. É um pré-requisito do governo que uma ONG externa seja equilibrada por uma organização local bem fundada para conceder um estatuto legal à organização. A FOV possui no mínimo 9 membros, contando atualmente com 16. Anualmente, a FOV reporta ao MS. Tal serve para comparar os objetivos planejados e demonstrar os alcançados. Não existe qualquer interferência externa como consequência.
3. Um Conselho de Diretores, composto por representantes eleitos pela FOV, possui responsabilidades específicas na supervisão das atividades e gestão do programa, por exemplo, assegurando que os procedimentos de contabilidade sejam mantidos corretamente.

O programa de saúde ocular de Yaruquí é definido em um ambiente de cuidados de saúde que reflete muitos dos problemas encontrados em outras economias em desenvolvimento do mundo – escassez de financiamento, recursos humanos deficientes em número e/ou competências, uma TCC insuficiente, sistemas de cuidados de saúde nacionais e distritais ineficientes e profissionais de saúde preocupados com as às iniciativas públicas direcionadas aos cuidados de saúde – apenas para nomear alguns. Este estudo de caso demonstra que, dada uma base física a partir da qual se pode trabalhar, os programas cuidadosamente estruturados, concretizados por profissionais e voluntários empenhados na SOC, podem ser desenvolvidos de modo a alcançar um serviço sustentável de cuidados de saúde. Tal permitirá no futuro uma amostra amplamente representativa da sociedade local para compartilhar equitativamente um sistema ampliado e economicamente acessível, de modo a prevenir e curar a cegueira – o centro do programa VISÃO 2020. Para Yaruquí, a TCC de 3.000 não está longe de ser alcançada – um sinal de que nesta captação, a prevalência de catarata e, conseqüentemente, a cegueira irão começar a apresentar uma redução constante e estável.

5 Sumário – Criar um Programa Distrital para o VISÃO 2020

5.1 Dois estudos de caso


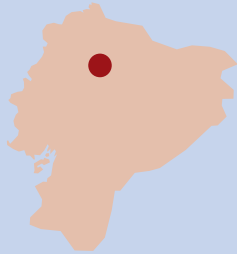
O objetivo deste manual tem sido destacar o que foi alcançado no planejamento distrital em duas diferentes situações. Nenhuma tentativa foi ou deverá ser feita para comparar estes programas em desenvolvimento, embora esteja claro que possuíam muitas prioridades idênticas. A ênfase deve recair na análise das circunstâncias locais e entender como esse

contexto levou às medidas descritas para desenvolver o VISÃO 2020 e reduzir a cegueira em cada distrito. Estes procedimentos podem eventualmente oferecer-lhes possíveis ideias para planejar ou modificar o planejamento de um programa no seu próprio distrito.

Antes de sugerir alguns passos de planejamento a serem adotados (no 5.2, 5.3), é apresentado abaixo um breve resumo dos dois estudos. É realçado tanto as circunstâncias

negativas como as positivas, além dos elementos essenciais para a criação de cada programa. Foram incluídos alguns pontos em branco para poder serem adicionados às listas oferecidas depois de ler e considerar cada estudo de caso.

Na página 43, usando a tabela em branco pode-se registrar as circunstâncias e a estrutura do atual programa. Isto irá ajudar a avaliar onde se está agora e auxiliar no processo de avanço.

Exemplo de estudo	Circunstâncias locais	Elementos de programa
Kitwe Zâmbia 	<ul style="list-style-type: none"> Um elevado nível de pobreza nacional e individual Outras doenças graves disputam os escassos recursos financeiros Problemas de recrutamento de funcionários qualificados adequados e ausência de provisionamento de treino no país Pequena mudança do planejamento nacional para o distrital para o VISÃO 2020 Infraestruturas nacionais de saúde oculares que não abrangem muitas pessoas Algumas vantagens no distrito seleccionado, no que diz respeito à centralização na Zâmbia, alfabetização, higiene e redução da pobreza. Apoio governamental (nacional e ao nível da província) e investimento pessoal Apoio considerável das ONGs (financeiro e ideias para o programa) e o hospital terciário central Independência na gestão apesar da dependência financeira 	<ul style="list-style-type: none"> Capacidades individuais do diretor médico nomeado, líder do programa Uma equipe motivada e estável, apoiada pelo DM e um administrador com formação Dois objetivos mensuráveis específicos e um programa de revisão anual de atividades com objetivos monitorizados, implementados e planejados de modo eficiente Melhoramento dos recursos humanos em todos os quadros para (1) aumentar os resultados assegurando ao mesmo tempo a qualidade dos resultados e (2) ampliar as capacidades disponíveis e alcançar um serviço mais adequado Ampliação do alcance das campanhas para servir as pessoas em localidades distantes e reduzir os seus deslocamentos para o tratamento Provisionamento dos cuidados oculares primários através da rede CSP, em boa coordenação com o a clínica satélite e os hospitais base Cuidados de saúde ocular voltados para a população de menor renda, através da educação sanitária ativa e programas de rastreio com tratamento subsidiado ou gratuito Envolvimento da comunidade para reduzir barreiras, melhorar o número de pacientes e assegurar uma reputação em assistência Constatação de que a sustentabilidade econômica tem de ser buscada como um objetivo a longo prazo
Yaruquí Equador 	<ul style="list-style-type: none"> Elevados níveis de pobreza rural mas com as vantagens de um elevado nível de alfabetização e boas condições de água potável/higiene Sistema de saúde fortemente centralizado com escassos recursos de saúde pública e saúde ocular deficiente. Instabilidade política e reduzido apoio profissional não trouxeram iniciativas à comunidade nacional de saúde ocular. Clínicas privadas de cuidados oculares com pagamento de taxas fora de Quito, acima dos níveis de rendimento da maioria da população local mas não competitivas com os serviços da clínica de Yaruquí Oportunidades de formação nacional restritas abaixo do nível oftalmológico Recursos humanos nacionais numerosos mas seletivos no local de emprego Local da clínica acessível através de transporte público e bem populada localmente para promover o uso em massa Excelente apoio de ONGI no início e para necessidades futuras 	<ul style="list-style-type: none"> Competências individuais do diretor médico nomeado para o programa. Uma equipe motivada e estável, totalmente apoiada pelo DM e administrador clínico Um ambiente para o paciente acolhedor que dá as boas vindas, que oferece garantias e apoio ao longo do processo de tratamento Concentração em três objetivos mensuráveis – melhorar o serviço na clínica base e expandir a intervenção direta especialmente para as pessoas pobres; melhorar a formação dos RH e a educação sanitária; procurar a sustentabilidade financeira – cada uma definida e monitorizada através de actividades marcadas, revistas anualmente Provisionamento no local de formação SOC e VISÃO 2020 como modelo nacional e internacional Forte envolvimento da comunidade – encorajar o recrutamento profissional e voluntário, promover a educação sanitária e remover barreiras na aceitação do tratamento – e assim chegar a mais pobres

O seu distrito	Circunstâncias locais	Atuais elementos do programa

5.2 Passos no planejamento

Capítulo 1, seção 1.3 (página 4) do presente manual listou as características essenciais de um programa distrital para o VISÃO 2020. O capítulo 2 define um modelo genérico para criar e implementar o tal programa.

Todos nós reconhecemos que para atingir uma mudança real no provisionamento de cuidados oculares e prevenção da cegueira existe uma necessidade essencial de planejar serviços de provisionamento ao nível distrital – onde as necessidades são conhecidas, os recursos são mensuráveis e o apoio comunitário está presente. Para avançar desta sensibilização para um plano de ação pode ser mais difícil. Num encontro de profissionais envolvidos em 2005 em Uganda, na África Oriental, foi acordado que este progresso foi frequentemente prejudicado pela incerteza sobre o modo como proceder. Como podemos abordar um exercício de planejamento de tal maneira que resultados bem sucedidos sejam garantidos e o provisionamento de cuidados oculares sejam sustentavelmente melhorados? Foi sugerido que é necessário tomar algumas medidas:

- Determinar quem são os principais tomadores de decisão do distrito e assegurar o seu envolvimento desde o início.
- Listar os diferentes funcionários de saúde ocular e determinar as falhas nas competências.
- Analisar a informação clínica disponível e listar a informação sobre a distribuição dos serviços do ano anterior.
- Solicitar aos responsáveis pela saúde ocular uma lista das suas prioridades para um plano VISÃO 2020 (por exemplo para controle da doença, sistemas de gestão e estratégias de parceria).
- Listar os potenciais doadores e parceiros

- Dividir o distrito em setores com base na população e distância para o hospital, lembrando o tamanho da população ideal para um programa distrital – 0,5 a 2 milhões.

Estes passos refletem as preocupações reais de indivíduos fundamentais com vontade de promover o planejamento distrital num país, Uganda – mas a sua relevância é global. Estes passos são também explícitos e fundamentais no desenvolvimento do modelo genérico no Capítulo 2. Por isso agora é necessário pensar o modo como cada distrito poderá trabalhar através deste processo. Na prática, que passos deverão ser tomados?

As sugestões vão desde construir o conhecimento necessário e traçar o seu plano de atuação – de modo a oferecer uma estrutura sobre a qual é possível construir um programa seguro para o desenvolvimento dos cuidados oculares ao nível do distrito. Muitos dos procedimentos práticos sugeridos estão disponíveis no apêndice deste manual e as referências numéricas cruzadas estão nas seções relevantes no Capítulo 2.

5.3 Planejamento de exercícios

Antes de iniciar o plano distrital, poderá ser útil relembrar as principais diferenças entre os objetivos dos **planos distrital e nacional**. Estes são indicados no **Ap1**.

Onde se encontra agora? Uma análise situacional das necessidades e dos recursos

Apenas considere a informação de que necessitará para o seu planejamento – é demasiado fácil extrapolar, mas do ponto de vista dos recursos é um desperdício.

1. Prepare um MAPA do seu distrito

Com a escala o mais próxima possível. Mostre as características principais do

planejamento dos serviços de saúde ocular, por exemplo:

- distribuição da população
- informação ambiental relevante – especialmente barreiras físicas
- itinerários de transporte
- unidades de serviço de saúde ocular
- ligações com unidades de serviços externos.

2. Colete e elabore tabelas informativas sobre os indicadores populacionais quando conhecidos

Por exemplo:

- número e densidade em cada sub-distrito
- sexo e faixa etária
- grupos econômicos
- níveis de alfabetização
- problemas de saúde
- normas culturais e religiosas.

3. Colete e elabore tabelas informativas sobre doenças oculares e cegueira

Por exemplo:

- a prevalência e incidência da cegueira e baixa visão no distrito com base nos níveis de acuidade visual previamente estabelecidos
- as principais causas da cegueira evitável e tratável e a sua magnitude.

Uma eventual folha de registro é dada no Ap2.

4. Fazer uma avaliação dos recursos disponíveis – funcionários e infraestruturas

Dois exercícios alternativos são dados no Ap3, 4. São bastante extensos e podem necessitar de modificação para ir de encontro à sua situação local.

Será também útil para completar o Ap5 que fornece uma ideia geral dos recursos institucionais e RH em relação às necessidades.

Tal como realçado no Capítulo 2.3 (páginas 6–7), o comitê de planejamento distrital, composto pelos principais tomadores de

decisão e partes interessadas, poderão identificar lacunas na provisão e iniciar uma discussão sobre os objetivos principais a cumprir.

Onde quer chegar? Definir metas e objetivos

O **Ap6** fornece uma abordagem para considerar o modo como melhorar o atual serviço para lidar com as doenças oculares causadoras de cegueira. São destacadas as deficiências, os alvos são definidos e as atividades médicas são propostas. Alcançar os objetivos pretendidos estará relacionado com os desenvolvimentos dos recursos humanos, melhorias das infraestruturas e estratégias de controle da doença. Os dois estudos

de caso descritos neste manual têm mostrado a necessidade de visar a melhoria das clínicas/hospitais e provisão de intervenção direta através destas estratégias.

Como vai chegar lá? Acordar um plano, agenda e orçamento

O **Ap7** mostra um plano de ação completo para visar a doença tratável mais predominante, catarata – através de um exemplo fictício. As idéias são facilmente utilizadas/modificadas para a sua própria situação. É importante lembrar que enquanto os Planos Nacionais irão cobrir 5 anos de duração, os Planos Distritais devem ser criados para um ano de cada vez e sujeitos a um programa de revisão anual.

Monitorizar o progresso e a gestão dos recursos

Uma ferramenta usada é o diagrama de Gantt. Este define as atividades e sub-atividades (a estratégia) para alcançar o objetivo de um programa, mostrando o progresso pretendido e atual ao longo de um ano. Permite, por isso, que o progresso seja monitorizado e fornece uma ferramenta que possibilita uma avaliação do programa e sugere ajustes, se necessário, para os anos seguintes. A abordagem definida no Ap8 é apenas uma forma de apresentar este Diagrama. Baseia-se no exemplo apresentado no Capítulo 2.4 (página 7), o qual continua no Capítulo 2.10 (página 10).

5.4 Conclusão

O nosso problema global

A prevenção da cegueira evitável até 2020 através do VISÃO 2020

Os obstáculos repetem-se a si próprios

Governos sem impulso ou meios para investir nos serviços de saúde ocular

Profissionais sem o entendimento ou inclinação para contribuir para a comunidade de saúde ocular

Oportunidades de formação inadequadas para fornecer aos líderes, gestores e profissionais soluções práticas

Comunidades que necessitam se envolver para contornar um problema comunitário

ONGs/I que estão sobrecarregadas e das quais se espera muito

Recursos desiguais na sua distribuição e acessibilidade

Resultados que não correspondem as expectativas

Campanhas que deixam muitas pessoas sem acesso

Pessoas que deveriam ser pacientes mas não tem sucesso na busca

Colaboração que não se materializa e desilude a população

E muito, muito mais

Alguns destes obstáculos que conhecemos agora estão sendo revertidos

Kitwe

Yaruquí

Foram apresentados os objetivos alcançados nestes dois programas de saúde ocular. Os seus problemas não eram únicos; as suas soluções ao nível distrital podem ser repetidas.

A cegueira evitável está começando a diminuir globalmente e continuará assim de forma mais sustentável através das abordagens destes e de outros modelos de programas.

O que devemos fazer?

Apêndices

Ap1. O Foco dos Planos Nacional e Distrital VISÃO 2020

Planejamento Nacional	Planejamento Distrital
Política e linhas de orientação para a qualidade dos cuidados	Análise da situação em relação aos cuidados oculares no distrito
Promoção do VISÃO 2020 para o governo e outros setores	Estabelecimento de objetivos para a distribuição de serviços (por exemplo, taxa de cirurgia de catarata e carga cirúrgica)
Diretrizes para gestão de doenças	Atividades necessárias para atingir os objetivos.
Normas para pessoal, equipamento, treinamento, etc.	Questões pessoais (lacunas em termos de pessoal e competências) para alcançar os objetivos
Planos para coleta de informação por “distrito” e divulgação desta informação às partes interessadas e outros (e voltar ao “distrito”)	Determinar as lacunas em termos de equipamento, instrumentos e provisões e implementar atividades dirigidas a estas lacunas.
Conexão com doadores para assistência com a priorização dos distritos e atividades nacionais	Promoção e mobilização nas comunidades. Educação sanitária através de mecanismos relevantes
Coordenação de atividades de treinamento para assegurar que os quadros de saúde sejam definidos de acordo com as necessidades do país	Estabelecer ou reforçar a coordenação e parcerias. Estabelecer um comitê distrital VISÃO 2020 para guiar o progresso
Monitorização/avaliação do desenvolvimento dos recursos humanos para identificar lacunas	Determinar quem é responsável pela execução de actividades específicas
Coordenar nacionalmente o Dia Mundial da Visão	Criação de um fundo para executar atividades planejadas
Coordenação de parceiros e partes interessadas para identificar lacunas nas parcerias e ajudar a identificar novos parceiros em potencial	Determinar o espaço de tempo necessário para realizar o projeto
Mobilização de recursos	
Estratégia de obtenção de consumíveis para o país e negociações com o Ministério das Finanças	Monitorização e prestação de contas, conforme requerido pelo MS nacional, parceiros e necessário pelas autoridades distritais para realizar revisões necessárias.
Recomendações relativas a informação nacional, educação e estratégias de comunicação	Lobby com as autoridades distritais para identificar fontes de apoio local às atividades de cuidados oculares
Desenvolvimento de linhas de orientação amplas das estratégias de mobilização e implementação	

Ap2. Avaliação das necessidades

País / região:

Tamanho da população do distrito:

Prevalência estimada de cegueira:

Estimativa do número de cegos no distrito:

Principais causas da cegueira:

Causa	%	Estimativa do número de afetados
1		
2		
3		
4		
5		
6 Outros		
Total:	100	

Principais causas evitáveis

1		
2		
3		

Ap3. Análise da situação

Infraestrutura	
	Equipamento (em funcionamento?)
	Eletricidade/água
	Veículo
	Estradas (distância)
	Edifícios
	Bloco cirúrgico
	Número de quartos (espaço)
	Número de mesas de operação
	Compartilhadas ou exclusivas?
	Número de dias de cirurgia por semana
	Número de dias com anestesia geral
	Equipamento no centro cirúrgico
	Número de caixas cirúrgicas de catarata (# funcional)
	Microscópio cirúrgico (funcionante)
	Equipamento de esterilização
	Equipamento de anestesia (compartilhada ou exclusivas?)
	Enfermaria
	Número de camas (masculino e feminino)
	Preço ordenado
	Área de isolamento na enfermaria
	Distância do centro cirúrgico
	Banheiro exclusivos ou compartilhados
	Duração média de internação
	Ambulatório
	Salas de exame
	Sala de espera do paciente
	# Tabelas AV
	Registro
	Localização rápida /Clínica de agendamento
	Serviço de aconselhamento
	Equipamento
	Lâmpada de fenda
	Oftalmoscópio
	Tonômetro
	Conjunto de refração
	Lanterna
	Yag
	Scan A e Scan B
	Comunicação e gestão
	Telefone
	Acesso à internet
	Computador

Recursos humanos (número, alocação, quem determina a colocação)	
	Oftalmologistas
	Cirurgião de catarata
	Refractionistas/Técnicos de Óptica
	Enfermeiras apoiando os serviços de cuidados oculares/RCO
	Técnicos (para AV, Scan A e B etc.)
	Consultor/Assistente social
	Funcionários de apoio (motoristas/guardas/empregados de limpeza)
	Gerente
	Trabalhadores de saúde ocular primária (agentes comunitários treinados)
	Técnicos de manutenção
	Funcionários locais para produção de colírio
	Técnico de baixa visão
Campanhas	
	Triagem (cobertura)
	Consulta e transporte dos pacientes para o hospital
	Cirúrgico (número, frequência e alocação)
	Mobilização da aceitação
	Recursos e logística
Produtividade do pessoal de cuidados oculares existente	
	Número de pacientes examinados/examinadores
	Número de cirurgias de catarata por cirurgião
	Número total de cirurgias por cirurgião
	Número de cirurgias por dia
	Número de óculos prescritos refractionista ou optometrista
	Número de refrações por refractionista
	Número de óculos feitos localmente por técnico
	Número de colírios produzidos
Produtividade dos serviços	
	Número de dias na enfermaria/admissão
	Número de dias/ casos cirúrgicos
População servida	
	Tamanho (população) da área de captação – para distrito e sub-distrito
	Distribuição etária
	Distância – para o hospital e os campos de campanha
	Nível de alfabetização (adultos)
	Renda
	Grupos religiosos e culturais
Uso do serviço pela população	
	Taxa de cirurgia de catarata (por sub-distrito, por sexo)
	% de casos recomendados que foram submetidos à cirurgia
	Qualidade dos serviços de catarata
	Taxa de complicações
	Resultado (AV)
	Tipo de cirurgia (facoemulsificação, EECC)
	Catarata infantil
	% de crianças identificadas com catarata traumática/congênita e de desenvolvimento

	% de crianças identificadas que foram submetidas à cirurgia
	Resultado cirúrgico (AV)
	% de crianças necessitadas de óculos que os receberam
	% de crianças que necessitam de serviços de baixa visão que os receberam
	Serviços de refração
	Número de crianças triadas
	% de pessoas submetidas à refração precisando de óculos que os receberam
	Número de pessoas submetidas à refração
Custo e preço dos serviços	
	Preço da cirurgia
	% de pacientes que pagam / gratuitos
	Preço do pacote ou não
	Preço de inscrição
	Preço do acompanhamento
	Custos indiretos para o paciente
	Custo da cirurgia
	Custo dos consumíveis, óculos e colírio
	Quantas verbas são disponibilizadas para o hospital e quanto está disponível para o fundo central?
	Conta bancária separada?
	Seguro de saúde?
Provisões	
	Óculos: disponibilidade (regularidade)
	Óculos: acessibilidade (preço)
	Óculos: qualidade
	Óculos: doado, adquirido ou combinado
	Consumíveis: (LIOs/suturas/visco): disponibilidade e regularidade
	Consumíveis: doado, adquirido ou combinado
	Consumíveis: Qualidade (onde são adquiridos)
	Consumíveis: Variedade (poder LIO)
	Outras provisões cirúrgicas: quem fornece, como são solicitados
	Farmácia: disponibilidade, provisões, preço
Coordenação e parceria	
	Coordenador de cuidados oculares para o distrito?
	Coordenadores de cuidados oculares para sub-distritos?
	Comitê distrital VISÃO 2020 presente
	Frequência das reuniões
	Sócio
	Colaboração interprofissional
	Ligações com os grupos de decisão locais
	Doadores/ONGs
	Tipo (fornecer dinheiro, equipamento, provisões ou grupo de implementação)
	Apoiando treinamento
	Contribuição regular ou esporádica
	Tamanho e tipo de relações (parceria e acordo)
	Contribuição MS (financeira)
	Sistemas de monitorização e informação

Ap4. Questionário sobre os recursos humanos disponíveis, infraestruturas e equipamento

(para ser completado pelos serviços de cuidados oculares no distrito)

Serviço de cuidados oculares: Distrito: Data:

Recursos humanos

Equipe	Disponível no distrito	Capacidade de treinamento no distrito	Local da função
Oftalmologistas (total)			
Oftalmologistas – cirurgião			
Oftalmologistas – não cirurgião			
Funcionário de saúde ocular em tempo integral – não médico			
Cirurgião de catarata			
Ortoptistas			
Assistente de oftalmologia			
Enfermeiras de oftalmologia			
Especialista de baixa visão			
Outro pessoal de nível médio de cuidados oculares			
Refracionista / Ortoptista			
Funcionários de cuidados oculares primários			
Trabalhadores CDTI para oncocercose			
Funcionários de Cuidados de Saúde primários			
Funcionários Comunitários			
Funcionários de reabilitação baseada na comunidade			
Trabalhadores aliados da saúde ocular			
Gestores de cuidados oculares			
Técnico de equipamento			
Oftalmologistas operando catarata			
Pessoal de cuidados oculares realizando cirurgia de pálpebras			
Pessoal de cuidados oculares fornecendo serviços de refração			

Capacidade máxima:

Por favor indique o que considera ser a capacidade máxima de funcionários de saúde ocular por ano sobre condições ideais: (caso que se apresentam, pessoal de apoio suficiente, instalações suficientes, equipamento e reservas, mas levando em consideração outras tarefas e responsabilidades)

Operações de catarata por cirurgião por ano:	
Operações de Triquíase por cirurgião palpebral por ano:	
Cuidados de baixa visão por especialista de baixa visão por ano:	

Infraestruturas e Equipamento

Instrumento	Nº disponível	Nº em boas condições de trabalho	Nº sem reparação
Leitos oftalmológicos			
Bloco cirúrgico			
Macas cirúrgicas			
Departamento para pacientes ambulatoriais			
Veículo			
Peças sobressalentes			
Moto			
Bicicleta			
Lâmpada de fenda			
Tonômetro de aplanção			
Oftalmoscópio direto			
Oftalmoscópio indireto			
Lentes 20D			
Lente de gonioscopia			
Lentes para exame de fundo de olho			
Retinoscópio			
Lupa Binomag com faixa para fixar à cabeça			
Lâmpada de fenda portátil			
Ceratômetro			
Autorrefrator			
Scan A			
Scan B			
Campímetro			
YAG Laser			
Laser de argônio			
Dilator de ponto lacrimal			
Cânula de irrigação			
Retratores de pálpebra			
T Schiotz			
Lupa com faixa para fixar à cabeça			
Lupa de mão			
Conjunto de caixa de prova de lentes			
Armações de prova			
Tabela de acuidade visual de longe			

Instrumento	Nº disponível	Nº em boas condições de trabalho	Nº sem reparação
Lensômetro			
Lanterna			
Lupa			
Autoclave			
Cilindros de esterilização			
Redutor de pressão ocular			
Suporte de infusão			
Lâmpada operacional			
Microscópio cirúrgico			
Microscópio binocular auxiliar			
Conjuntos cirúrgicos de catarata EECC/ICCE			
Kit de Glaucoma			
Conjunto cirúrgico de pálpebra			
Conjunto de calázio			
Conjunto de pterígio			
Conjunto para enucleação/ evisceração			
Crioterapia			
Cautério bipolar			
Projektor de slides com bandeja			
Tela com tripé			
Projektor superior			
Canetas e transparências			
Conjunto de slides para aulas			
Livros da biblioteca			
Computador e acessórios			
Software			
Fotocopiadora			
Máquina de estencil			
Sobressalentes			
Materiais de sutura			
LIO de CP			
LIO de CA			
Próteses			

Ap5. Infraestrutura de cuidados oculares e recursos humanos em relação às necessidades

1. Infraestrutura

	Governo	Privado visando lucro	ONG	Total
Unidades de cuidados oculares onde a cirurgia de catarata é ou pode ser executada				

2. Recursos humanos

	Número da captação populacional	Número / por milhão de habitantes
Oftalmologista /cirurgião de catarata		
Ortoptistas/Especialistas em baixa visão		
Enfermeira de oftamologia/ assistente/técnicos		
Gestores de cuidados oculares		
Pessoal treinado de cuidados oculares primários		

Ap6. Apresentar em tabela a necessidade e meios para melhoria do tratamento de doenças oculares

Análise situacional – Serviços de Saúde Ocular (preencha um formulário por cada prioridade de cuidados oculares)					
Área:	Problema de saúde ocular:		População total:		
Número estimado de pessoas em risco de problemas de saúde ocular:					
Número estimado de casos:					
	Situação atual “onde nós estamos agora?”	Adequado? Sim / Não	Se não, como aumentar o resultado? “onde estão os ‘funis’?”	Alvo ou objetivo futuro “onde queremos ir?”	Entradas / atividades “o que temos de fazer?”
Investigação de casos					
Tratamento					
Acompanhamento					
Prevenção					

Pessoas em risco de ter catarata – todas as pessoas acima dos 40 anos; Pessoas em risco de tracoma – crianças entre os 0-10 anos e adultos com 40+ em áreas onde o tracoma é hiper-endêmico;

Pessoas em risco de oncocercose – todas as idades em áreas identificadas pela REMO como afetadas Oncocercose; Pessoas em risco de erros de refração – 5–10% de todas as crianças; todas as pessoas com idades 40+ (presbiopia) e pacientes operados de catarata com (pseudo)afacia; Pessoas em risco de cegueira infantil – estimativa de crianças afetadas com idades entre 0-15

Ap7. Um plano de ação para melhorar os serviços de cirurgia de catarata (num exemplo fictício)

	Atividade	Sub-atividade	Data de início	Data de conclusão	Responsável pela implementação	Custos
1.	Aumentar os casos de catarata encontrados e motivação para o caso					
1.1		Desenvolver materiais de treinamento para funcionários de saúde local e para o público em geral	01-01-04	01-06-04	Comitê distrital VISÃO 2020	50.000
1.2		Formar 50 funcionários de saúde local sobre como reconhecer e encaminhar as cataratas (2 lotes, curso de 3 dias)	15-06-04	30-06-04	Cirurgião ocular do distrito	15.000
1.3		Fornecer educação sanitária e panfletos às comunidades locais sobre como reconhecer catarata	01-08-04	Contínuo	Assistentes de oftalmologia	2.000
2.	Aumentar captação de cirurgia de catarata aproximando as instalações cirúrgicas dos pacientes					
2.1		Identificar possíveis centros satélite com instalações CC	01-01-04	01-03-04	Cirurgião Oftalmológico do Distrito	
2.2		Obter permissão para criar 6 centros satélite para diagnóstico e/ou intervenção cirúrgica no distrito	01-03-04	01-05-04	Ministério da Saúde e Bem-estar Familiar	
2.3		Providenciar transporte para diagnóstico e equipes de cirurgia	01-05-04	01-09-04	Cirurgião oftalmológico do distrito	10.000
2.4		Providenciar equipamento para diagnóstico e equipes de cirurgia	01-05-04	01-09-04	Cirurgião oftalmológico do distrito	20.000
2.5		Agendar visitas regulares a todas as clínicas satélite	01-07-04	Contínuo	Comitê distrital VISÃO 2020	
3.	Aumentar o resultado cirúrgico melhorando as instalações cirúrgicas					
3.1		Adicionar mesas extra no Centro Cirúrgico (CC)	01-05-04	01-08-04	Diretor do hospital	15.000
3.2		Comprar conjuntos extra de catarata	01-05-04	01-08-04	Diretor do hospital	15.000
3.3		Formar pessoal extra para CC	01-04-04	01-07-04	Diretor do hospital	5.000
3.4		Instalar ar condicionado no CC e fornecer ventoinhas aos serviços	01-06-04	01-09-04	Diretor do hospital	11.000
3.5		Convencer os pacientes acerca da segurança das cirurgias no verão	01-03-04	contínuo	Comitê distrital VISÃO 2020	3.000
3.6		Providenciar gerador de reserva	01-05-04	01-08-04	Diretor do hospital	14.000
4	Melhorar o resultado das operações de cataratas					
4.1		Formar técnicos de manutenção e reparação	01-10-04	31-12-04	Distr V2020 Com.	5.000
4.2		Formar pessoal cirúrgico na monitorização de resultados	01-01-05	31-01-05	Distr V2020 Com.	1.000
4.3		Adquirir computador, impressora, software para monitorização dos resultados de cirurgias	01-01-05	01-03-05	Diretor do hospital	3.000
4.4		Obter software de monitorização de resultados e instalá-lo no computador	01-01-05	01-03-05	Diretor do hospital	
4.5		Abrir ótica no hospital	01-07-05	01-09-05	Distr. V2020 Com	25.000
4.6		Sub-contratar o fornecimento de óculos a preços acessíveis	01-09-04	contínuo	Diretor do hospital	15.000 (-)

Ap8. Diagrama de Gantt – Um ano de duração ano para as atividades de planejamento ao nível distrital do VISÃO 2020 – uma ferramenta de rastreabilidade para auxiliar o processo de monitorização

Um exemplo possível

Objetivo: Reduzir a incidência da cegueira por erros erro de refração					
Estratégia: Triar todas as crianças em idade escolar com idades entre 10-15 anos com erros de refração					
Atividade: Treinar 1 – 2 professores por escola no uso de um método de triagem simples para identificar crianças que podem ou não ver um 'E' do tamanho 6/9 a 6 metros com cada olho. Aquelas que não conseguirem são encaminhadas para um assistente oftalmológico para refração.					
	Sub-atividades	Ano 1			
		Q1	Q2	Q3	Q4
1	Obter apoio do responsável distrital da educação				
2	Desenvolver uma metodologia simples de triagem que pode ser usada com professores				
3	Desenvolver materiais de treinamento				
4	Desenvolver um kit de triagem ocular do escolar				
5	Desenvolver um sistema de monitorização e avaliação				
6	Formar professores no uso do método de triagem				
7	Organizar um sistema de consultas para os assistentes de oftalmologia				
8	Providenciar um fornecimento regular de óculos				

Obs:

O planejamento do programa irá mostrar o trimestre do ano em que cada atividade será concluída. A rastreabilidade irá indicar o trimestre real em que cada atividade é concluída.

Com base no WHO/IAPB Kit de ferramentas – Desenvolvimento de um Plano de Acção para o VISÃO 2020

Recursos e referências úteis

1. Geral

OMS e IAPB – Desenvolvendo um plano de ação para VISÃO 2020; o Direito à Visão – Conjunto de ferramentas disponível em CD-ROM (2ª edição - 2004). Este é um guia detalhado para a defesa, projeto, planejamento, execução e monitorização dos planos de ação do VISÃO 2020. Distribuição pela IAPB, LV Prasad Eye Institute, LV Prasad Marg, Banjara Hills, Hyderabad 500 034 Índia.

Também disponível on-line em www.v2020.org – o capítulo 4.1 tem um exemplo sobre o planejamento regional

Community Eye Health Journal – um número de edições recentes contém muitos artigos diretamente úteis com casos de estudo:

Volume 18: Número 54: junho de 2005 – VISÃO 2020 a nível regional

Volume 18: Número 56: dezembro de 2005 – Prestadores de cuidados oculares: gestão de recursos humanos

Volume 19: Número 58: junho de 2006 – Assistência: unir pessoas aos cuidados oculares

Questionário sobre a recepção do jornal ou obtenção de cópias atrasadas dirigidos a Sue Stevens, International Resource

Centre, International Centre for Eye Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, UK.

Também estão disponíveis números atrasados em www.cehjournal.org

OMS e IAPB – Estado da visão a nível mundial – VISÃO 2020; o Direito à Visão 1999–2005

Foster A., Resnikoff S. – O impacto do VISÃO 2020 na cegueira global (*Eye* 2005 19, pp 1133-1135) Johnson G., Minassian D., Weale R. – E das doenças oculares (1ª edição – 1998), cap.17 Planejamento, gestão e avaliação dos serviços de cuidados oculares

Conforme acima, mas 2ª edição - 2003, ch. 22 – VISÃO 2020: da epidemiologia ao programa

2. Kitwe/Provincia Copperbelt, Zâmbia

I Comissão Nacional para a Prevenção da Cegueira – Plano Estratégico Nacional para a prevenção da cegueira no Zâmbia 2003–2008 (outubro de 2003)

CBM Delegação regional da África do Sul – Conceito de país do Zâmbia (dezembro de 2004)

Ministério da Saúde, Zâmbia e Sightsavers International – Proposta e acordo nacional de projeto de coordenação de cuidados oculares agosto de 2005 – dezembro de 2008

Kitwe Central Hospital Departamento de Oftalmologia – Relatórios anuais para 2003, 2004, 2005

3. Yaruqui/Pichincha, Equador

FOV – Relatórios de Projetos Anuais, 2003, 2004, 2005, 2006

FOV – Estabelecer uma clínica oftalmológica em Yaruqui, Equador – descrição de um projeto (2000)

Chiriboga F. – Um programa contínuo distrital VISÃO 2020 – *Community Eye Health Journal* Volume 18, Número 54, junho de 2005

