



Avaliação do Sistema de Saúde Ocular em Moçambique

Novembro de 2018



Ministério da Saúde
O nosso maior valor é a vida



Sightsavers

Autores

Mariamo Abdala¹; Margarida Chagunda¹; Izidine Hassane³; Sérgio Chicumbe²; Pedro Pedroso²; Ana Mutola²; Ofélia Rambique²; Mariza Chivangue²; Mohomed Saide²; Mércia Cumaio³; Hélder Nhamaze⁴ & Stevens Bechange³

Do ¹Programa Nacional de Saúde Ocular: Ministério da Saúde, Moçambique; ²Instituto Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Moçambique; ³Programa da Sightsavers Moçambique; e ⁴KULA: Studies and Applied Research, Ltd Mozambique.

Índice

| | |
|---|----|
| Autores | 2 |
| Agradecimentos | 5 |
| Abreviaturas chave e acrónimos | 6 |
| Sumário Executivo | 8 |
| Informação de Base | 8 |
| Metodologia | 8 |
| Principais conclusões | 9 |
| Introdução | 15 |
| Objectivos do estudo | 16 |
| Objectivo geral | 16 |
| Objectivos específicos | 16 |
| Metodologia | 17 |
| Desenho do estudo | 17 |
| Amostragem | 17 |
| Recolha de dados, gestão e análise | 17 |
| Aprovação ética | 17 |
| Visão geral do Sistema de saúde em Moçambique | 18 |
| Contexto do país | 18 |
| Estrutura dos serviços de saúde | 18 |
| Financiamento de cuidados de saúde | 18 |
| Recursos humanos para a saúde | 19 |
| Gestão de serviços de saúde | 19 |
| Produtos medicos e tecnologia | 20 |
| Prestação de serviços | 22 |
| Sistema de gestão de informação em saúde | 23 |
| Visão geral do Sistema de saúde ocular em Moçambique | 24 |
| Estado da saúde ocular | 24 |
| Governança da saúde ocular | 24 |
| Financiamento da saúde ocular | 27 |
| Prestação de serviços de saúde ocular | 29 |
| Recursos humanos para saúde ocular | 31 |
| Medicamentos, produtos medicos e equipamentos para saúde ocular | 38 |

| | |
|---|----|
| Sistemas de informação para a saúde ocular | 38 |
| Conclusões | 40 |
| Governança de saúde ocular | 40 |
| Financiamento da saúde ocular | 40 |
| Prestação de serviços de saúde ocular | 42 |
| Recursos Humanos para saúde ocular | 42 |
| Medicamentos e produtos médicos de saúde ocular | 43 |
| Sistema de informação de saúde ocular | 44 |
| Referências bibliográficas | 46 |
| Apêndices | 49 |
| Apêndice 1: Entrevistados do estudo | 49 |
| Apêndice 2: Relatório anual do MECC – 2016 | 51 |

Agradecimentos

Esta publicação é o resultado de esforços e contribuições de várias pessoas e organizações. Gostaríamos de agradecer:

- O governo de Moçambique e o Ministério da Saúde pela sua liderança em todos os aspectos do estudo.
- A equipe global da Sightsavers, especificamente a Sra. Bhavisha Virendrakumar, a Sra. Ziporah Mugwang'a, ao Sr. Moses Chege e a Dra. Elena Schmidt pelo seu envolvimento e assistência técnica geral e metodológica.
- Ao escritório nacional da Sightsavers em Moçambique pelo seu apoio organizacional e logístico.
- Sr. Hélder Nhamaze e a Sra. Rita Sousa pela facilitação da oficina de análise de dados e elaboração do relatório preliminar.
- Os numerosos entrevistados do estudo pelo seu tempo e vontade de fazer parte da avaliação.

Este estudo foi financiado pelo Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID) através de uma subvenção concedida à Sightsavers. No entanto, as opiniões expressas neste relatório são da responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente as políticas oficiais do governo do Reino Unido.

Principais abreviaturas e acrónimos

| | |
|-----------------|--|
| ACAMO | Associação Cegos e Amblíopes de Moçambique |
| APE | Agente Polivalente Elementar |
| AR | Autoridade Regulatória |
| ASS | Avaliação do Sistema de Saúde |
| ASSO | Avaliação do Sistema de Saúde Ocular |
| BHV | Instituto Brien Holden Vision |
| BM | Banco Mundial |
| CA | Centro de Abastecimentos |
| CIBS-INS | Comité Nacional de Bioética para Saúde do INS |
| CMAM | Central de Medicamentos e Artigos Médicos |
| CNSO | Coordenador Nacional de Saúde Ocular |
| COP | Cuidados Oculares Primários |
| DAF | Direcção de Administração e Finanças |
| DF | Departamento de Farmácia |
| DNAM | Direcção Nacional de Assistência Médica |
| DNSP | Direcção Nacional de Saúde Pública |
| DPC | Departamento de Planificação e Cooperação |
| DRH | Direcção de Recursos Humanos |
| EPI | Equipamento de Protecção Individual |
| FAMOD | Fórum de Associações Moçambicanas de Deficiência |
| FNM | Formulário Nacional de Medicamentos |
| FSSO | Fortalecimento do Sistema de Saúde Ocular |
| GAAC | Grupos de Associações de Apoio à Comunidade |
| GEMT | Gabinete de Estudos e Medicina Tradicional |
| HCM | Hospital Central de Maputo |
| HIV | Vírus de Imunodeficiência Humana |
| INS | Instituto Nacional de Saúde |

| | |
|----------------|---|
| ICEH | Centro Internacional de Saúde Ocular |
| IMT | Instituto de Medicina Tradicional |
| LNCQM | Laboratório Nacional para controlo de Qualidade de Medicamentos |
| LOLE | Lei das Autarquias Locais do Governo |
| LSHTM | Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres |
| MINED | Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano |
| MISAU | Ministério da Saúde |
| MONASO | Rede Moçambicana de organizações contra o Sida |
| NABP | Associação Norueguesa dos cegos e parcialmente cegos |
| NAIMA | Rede de Organizações Internacionais Trabalhando na Saúde e HIV |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONGs | Organizações Não-governamentais |
| OPD | Organização de Pessoas com Deficiência |
| PCI | Programa de Prevenção e Controle de Infecções |
| PEPFAIR | Plano Presidencial de Emergência para combate ao SIDA |
| PPE | Profilaxia Pós-exposição |
| PVT | Prevenção de Transmissão Vertical |
| SdS | Sistema de Saúde |
| SS | Sightsavers |
| SMI | Saúde Materna e Infantil |
| SISMA | Sistema de Informação de Saúde para Monitoria e Avaliação |
| SO | Saúde Ocular |
| SSO | Sistema de Saúde Ocular |
| TARV | Tratamento Antirretroviral |
| TB | Tuberculose |
| TO | Técnicos de Oftalmologia |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para Crianças |
| USAID | Agencia dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional |

Sumário Executivo

Informação de Base

Existem 253 milhões de pessoas com deficiência visual no mundo, incluindo 36 milhões de cegos e 217 milhões com baixa visão [2]. A maioria das pessoas com deficiências visuais vive em países de baixa e média renda (LMICs). No entanto, o escopo das intervenções de saúde ocular em muitos desses ambientes é limitado devido às fraquezas dos sistemas de saúde em geral. É amplamente reconhecido que a eficácia dos programas de cuidados oculares somente pode ser melhorada através de uma melhor compreensão de como os sistemas de saúde ocular funcionam e estão integrados nos sistemas de saúde em geral.

O objectivo desta avaliação foi de examinar os diferentes componentes do sistema de saúde ocular em Moçambique e avaliar as suas ligações com o sistema de saúde geral, fornecendo evidências para melhorar a programação da saúde ocular e fortalecer o sistema.

Objectivos específicos do estudo:

- Descrever a natureza e funções do Sistema de Saúde em Moçambique no seu todo.
- Descrever a natureza, escopo e funções do sistema de saúde ocular e como este está integrado no sistema de saúde geral.
- Documentar boas práticas e principais lições aprendidas a ser consideradas em futuras revisões e desenvolvimento de políticas.
- Determinar pontos fortes e fracos relativos ao sistema de saúde ocular para orientar as acções específicas do país com vista ao fortalecimento do sistema de saúde ocular.

Metodologia

O estudo utilizou a metodologia Avaliação do Sistema de Saúde Ocular (ASSO) desenvolvida em 2012 por um consórcio de especialistas em cuidados oculares e saúde, coordenado pelo Centro Internacional de Saúde Ocular (ICEH) da Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres (LSHTM) com financiamento da Sightsavers. A metodologia baseia-se na abordagem geral de Avaliação de Sistemas de Saúde (ASS), usando os seis pilares, anteriormente desenvolvida pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID).

O estudo utilizou principalmente métodos de coleta de dados qualitativos, uma revisão documental e entrevistas profundas com os principais interessados directos. O trabalho de campo foi realizado de Junho a Agosto de 2017.

Das 11 províncias que compõem Moçambique, sete foram incluídas neste estudo: Manica, Gaza, Cidade de Maputo, Niassa, Nampula, Maputo província e Zambézia. Os entrevistados foram seleccionados tendo em consideração o seu envolvimento no atendimento oftalmológico e no sector da saúde em geral. Um total de 45 entrevistas foram realizadas usando um guião semiestruturado.

O estudo obteve aprovação ética através do Comité Nacional de Bioética para Saúde em Moçambique. Toda a participação foi voluntária e foi obtido consentimento por escrito dos entrevistados.

Principais conclusões

Governança da Saúde ocular

Pontos fortes

- O programa nacional de saúde ocular (PNO) está estabelecido pelo Ministério da Saúde (MISAU) e faz parte da Direção Nacional de Assistência Médica.
- Existe um coordenador nacional de saúde ocular, que lidera o programa nacional e é responsável pela implementação de políticas de saúde ocular em todo o país.
- O governo, através do MISAU, estabeleceu parcerias com várias organizações não-governamentais internacionais (ONGIs), que apoiam a prestação de serviços de saúde ocular em todo o país.
- O sistema de saúde ocular em Moçambique cumpre os mesmos regulamentos que o sistema de saúde geral. As normas, protocolos, códigos de conduta e procedimentos de certificação são os mesmos do sistema geral de saúde.
- Existe também a Coligação Moçambicana de Saúde Ocular (MECC), um órgão consultivo do PNO em assuntos relacionados com a saúde ocular. A coligação é composta principalmente por organizações não-governamentais e especialistas técnicos do MISAU.

Pontos fracos

- As partes interessadas na saúde ocular, e particularmente as organizações da sociedade civil (OSCs) e as organizações de pessoas com deficiência (OPDs), não estão adequadamente envolvidas na definição de prioridades e nos orçamentos para a saúde ocular em todos os níveis.
- A visibilidade da saúde ocular tanto na tomada de decisão quanto na alocação de recursos é limitada, já que outras doenças com alta morbidade e mortalidade - como malária, HIV/AIDS e tuberculose - recebem mais atenção do governo e dos doadores de desenvolvimento.
- A capacidade do programa nacional de saúde ocular é limitada, uma vez que tem que contar com contribuições voluntárias de pessoal técnico envolvido em múltiplas actividades; no momento, não há especialistas técnicos seniores que estejam exclusivamente envolvidos na formulação de políticas de saúde ocular.
- Embora os esforços de advocacia com foco na inclusão social tenham começado a dar frutos, e várias instituições públicas tenham começado a instalar rampas para melhorar o acesso de pessoas com problemas de mobilidade, há reservas sobre a eficácia de tais acções; as rampas muitas vezes não cumprem com as especificações técnicas, e muitos outros aspectos da acomodação razoável para pessoas com deficiência são negligenciados.

Financiamento da saúde ocular

Pontos fortes

- O governo financia os custos fixos, como salários dos profissionais de saúde ocular, infraestrutura, contas de serviços públicos e administração em unidades oftalmológicas.
- Existem várias ONGs e outros parceiros de desenvolvimento que fornecem apoio financeiro para atendimento oftalmológico - em grande parte, custos operacionais de actividades, clínicas móveis, equipamentos e consumíveis, campanhas de educação em saúde, treinamento e supervisão.
- Há uma política de isenção de taxas para grupos vulneráveis, incluindo crianças menores de cinco anos, mulheres grávidas, idosos, ex-combatentes e pessoas com doenças crônicas, embora o estudo não tenha encontrado nenhuma informação sobre como as isenções funcionam e sua eficácia na prática.
- O financiamento da saúde baseia-se nos princípios da descentralização, que visam dar autonomia financeira às áreas locais e melhorar a planificação e a prestação de serviços junto aos usuários.
- Existe um esquema para funcionários do sector público que fornece acesso a cuidados de saúde incluindo atendimento oftalmológico.
- Existem esquemas de seguro privado para trabalhadores do sector privado e trabalhadores autônomos com renda moderada a alta.

Pontos fracos

- Os serviços de cuidados oculares recebem recursos financeiros limitados do governo devido ao escasso financiamento dentro do sistema geral de saúde e uma grande carga de outras condições consideradas prioritárias, como saúde materna e infantil, malária, HIV/SIDA e tuberculose.
- Os recursos disponíveis através do governo não são suficientes para cobrir todos os custos de atendimento ocular; como resultado, o programa de saúde ocular depende muito do apoio financeiro de ONG's e outros parceiros de desenvolvimento.
- Existem desafios na implementação das políticas de descentralização, com demarcação pouco clara e duplicação de funções e despesas entre os níveis provincial, distrital e comunitário.
- Apenas uma pequena minoria de pacientes é capaz de cobrir os custos de viagens para grandes hospitais, onde as cirurgias de catarata são fornecidas de forma contínua. Isso leva a uma necessidade de fornecer campanhas de cirurgias mais próximas da comunidade e aumenta os custos gerais das cirurgias, que o governo não pode sustentar sem um subsídio de financiadores externos.
- Existem informações limitadas sobre os gastos com atendimento ocular, pois os recursos alocados pelo governo não são destinados à saúde ocular e muitos programas financiados externamente nas províncias não relatam seus gastos.
- Não existe um esquema de seguro social ou público que cubra os custos do tratamento ocular.

Prestação de Serviços

Pontos fortes

- Os serviços de saúde ocular são prestados predominantemente no sector público.
- A saúde ocular é prestada em três níveis: primário, secundário e terciário.
- O número de cirurgias de catarata aumentou significativamente em 2015, maioritariamente devido ao aumento de actividades de campanhas.
- Existem padrões de qualidade em cuidados gerais de saúde que se aplicam à saúde ocular e são seguidos por trabalhadores de saúde ocular.
- Existem programas de saúde escolar realizados através de campanhas em áreas urbanas e rurais. A triagem ocular é integrada a essas campanhas, quando possível.
- Existe um programa vertical com bons recursos para a eliminação do tracoma que causa cegueira, que desenvolveu sistemas para garantia da qualidade e supervisão do pessoal.

Pontos fracos

- A taxa cirúrgica de catarata (TCC) - número de cirurgias por milhão de habitantes por ano – estimada é de aproximadamente 333 por milhão. Isto é muito mais abaixo do nível recomendado para a África de 2000 por milhão e é declaradamente o mais baixo na região da SADC.
- A infraestrutura de saúde ocular permanece muito limitada e os serviços muitas vezes só estão disponíveis a partir do nível secundário para cima; uma grande parte da população não recebe serviços porque não pode viajar para a capital provincial onde serviços estão disponíveis.
- Actividades e programas de saúde escolar dependem frequentemente de fundos disponíveis através de ONGs e outros parceiros de desenvolvimento.
- O acesso aos óculos é limitado por preços altos, que são proibitivos para a maioria da população.

Recursos humanos para saúde ocular

Pontos fortes

- O país possui diferentes quadros de saúde ocular implantados no sistema nacional de saúde: oftalmologistas, optometristas, técnicos de oftalmologia, ortoptistas e ópticos.
- Existem cinco instituições de treinamento no país que oferecem programas para oftalmologistas, técnicos de oftalmologia e optometristas. O departamento de oftalmologia do Hospital Central de Maputo é financiado pelo governo e é a instituição que forma oftalmologistas. A Universidade Lúrio é a instituição de formação em Optometria, com 20 vagas por ano; enquanto técnicos de oftalmologia são treinados nos institutos de ciências de saúde em Maputo, Beira e Nampula.
- O número de profissionais de cuidados oculares, particularmente os técnicos de oftalmologia, aumentou na última década. No momento da avaliação foram contabilizados 236 profissionais oftálmicos em Moçambique. A maioria (74,2%) são técnicos de oftalmologia.
- O pessoal de saúde ocular é treinado seguindo os mesmos regulamentos que outros profissionais de saúde. Todo o treinamento é aprovado pelo Ministério da Saúde (MISAU) e os

currículos nacionais são padronizados e obrigatórios para todas as instituições de ensino. O currículo em oftalmologia é revisto pelo MISAU a cada 10 anos.

- Existem organismos de acreditação para diferentes quadros: Colégio de Oftalmologia para oftalmologistas, Ministério do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia para optometristas e Quadro do Ministério da Saúde para técnicos de oftalmologia.
- A política de Recursos Humanos para a Saúde abrange recursos humanos para a saúde ocular, e o actual Plano Nacional de Recursos Humanos para o Desenvolvimento da Saúde (PNDRHS 2016-2025) inclui metas para treinamento de oftalmologistas e técnicos de oftalmologia. Além da força de trabalho actual, o plano visa formar 26 oftalmologistas e 197 técnicos oftalmológicos até 2025. O plano também visa uma distribuição mais igualitária da força de trabalho de saúde ocular nas províncias.
- Existe um sistema nacional de informação de recursos humanos (SIRH) que utiliza uma plataforma electrónica local (eSIP) e inclui dados sobre o pessoal de saúde ocular. O sistema é actualizado regularmente.

Pontos fracos

- O número de oftalmologistas e pessoal de nível intermediário está bem abaixo dos níveis recomendados para a África. No momento da avaliação, havia apenas 20 oftalmologistas, o que é menos de 0,7 por milhão de habitantes - 5,5 vezes menos que os níveis recomendados (quatro por milhão). A proporção de técnicos de oftalmologia para a população é de cerca de seis por milhão, o que também é inferior ao nível recomendado de 10 por milhão.
- Existe um número insuficiente de graduados em medicina e um número limitado de interessados em especialização em oftalmologia, em grande parte porque o sistema tem capacidade limitada para implantar adequadamente os recém-formados. O número de unidades sanitárias com infraestrutura adequada é limitado, e a equipe oftalmológica geralmente precisa realizar outras tarefas de assistência médica ou administrativas, já que não dispõem de equipamentos ou consumíveis para prestar serviços oftalmológicos. Existem também limitações impostas pelo Ministério da Saúde, que regulamenta a subespecialização médica em favor de outras doenças consideradas prioritárias.
- Os oftalmologistas tendem a permanecer em grandes áreas urbanas, onde há hospitais com infraestrutura cirúrgica e oportunidades de prática privada. Como resultado, existem desigualdades significativas na distribuição geográfica do pessoal em Moçambique, e grande parte do país continua carente. Mais de 40% de todo o pessoal oftálmico em serviço está sediado nas províncias de Sofala e Nampula. Juntas, essas duas províncias detêm 96 de 236 (40,7%) profissionais de saúde ocular que atendem apenas 27,4% da população do país. Os dois únicos ortoptistas disponíveis no país estão a trabalhar no Hospital Central de Maputo (HCM).
- Existem desequilíbrios de género na força de trabalho de tratamento ocular, pois a especialização oftalmológica de nível médio é realizada principalmente por homens, porque as enfermeiras preferem se especializar em saúde materna.
- O apoio dos parceiros de desenvolvimento para recursos humanos para a saúde ocular (HReH) é mal coordenado com o Ministério da Saúde no que concerne a formação de técnicos de oftalmologia e oftalmologistas.

- O âmbito do trabalho de optometria em Moçambique permanece pouco claro. No momento desta avaliação, o curso de quatro anos oferecido para optometristas ainda não estava incluído na estrutura da carreira do profissional de saúde e não havia metas para o treinamento de optometristas no plano nacional de RHS.
- No momento da avaliação, não havia treinamento em saúde ocular para o pessoal auxiliar ou assistentes técnicos, e os cirurgiões de catarata não existem dentro do sistema nacional de saúde

Medicamentos e produtos médicos de saúde ocular

Pontos fortes

- Os medicamentos essenciais para a saúde ocular estão incluídos na lista nacional de medicamentos essenciais. O formulário nacional de medicamentos (FNM) contém 36 medicamentos para a saúde ocular.
- Existe um sistema nacional de compras com agências designadas para regulamentar, comprar e distribuir equipamentos e suprimentos médicos.

Pontos fracos

- A disponibilidade de medicamentos e consumíveis para a saúde ocular varia de acordo com as unidades sanitárias, e há interrupções regulares no fornecimento dos produtos essenciais.
- O fornecimento de equipamento de cuidados oculares é muito limitado e apenas os hospitais provinciais e centrais estão devidamente equipados, particularmente quando recebem apoio de ONG's.
- A manutenção do equipamento existente é um desafio, pois os técnicos dos hospitais não conseguem reparar as peças avariadas e o equipamento é muitas vezes abandonado.
- A maioria dos medicamentos e consumíveis para cirurgias estão disponíveis apenas através do apoio de ONG's.

Sistema de informação em saúde ocular

Pontos fortes

- Existem plataformas eletrônicas para reportar dados de saúde em Moçambique.
- O programa nacional de saúde ocular tem cinco indicadores: número de pacientes operados por catarata, número de pacientes com glaucoma, número de pacientes com erros de refração, número de pacientes com tracoma e número de pacientes operados por triquíase tracomatosa (TT).
- Os dados das unidades sanitárias são reportados mensalmente aos distritos e depois ao nível provincial. Existe um departamento distrital de estatística (NED) em cada distrito. Os dados para o nível nacional são reportados trimestralmente.
- Todos os funcionários do sector da saúde que estão registrados para usar o SIS têm acesso ao banco de dados. Os dados de saúde ocular, quando disponíveis, são usados para fins de avaliação e planificação.

- ONGs e outros parceiros de desenvolvimento apoiam a concepção e manutenção de bases de dados e formação relacionada.

Pontos fracos

- No momento da avaliação a saúde ocular ainda não era parte integrante do sistema nacional de informação em saúde. O Departamento de Monitoria e Avaliação (M&A) do Ministério da Saúde não agrupa dados de saúde ocular, e não há indicadores de saúde ocular relatados no sistema nacional de informações de saúde para monitoria e avaliação (SISMA).
- Existem variações na forma como os dados são reportados dos níveis mais baixos para os níveis superiores do sistema. Há uma escassez de recursos humanos necessários para agrupar, processar e analisar os dados em diferentes níveis, resultando na submissão tardia e dados incompletos.
- Existem diferentes modelos de relatórios em vários níveis do sistema de saúde e sistemas paralelos para agrupar dados.
- Existem problemas com a utilidade dos dados coletados, pois as pessoas que enviam dados dos níveis mais baixos do sistema nem sempre sabem quais dados são necessários para fins de planificação e gestão.
- O sector privado não reporta dados com regularidade.

Introdução

Há 253 milhões de pessoas com deficiência visual no mundo, incluindo 36 milhões de cegos e 217 milhões com baixa visão [3]. A maioria das pessoas com deficiências visuais vive em países de baixa e média renda (LMICs) [7]. No entanto, o escopo das intervenções de saúde ocular em muitos desses ambientes é limitado devido às fraquezas dos sistemas de saúde gerais [3, 6]. Ademais, em muitos serviços de saúde periféricos, os serviços de saúde ocular não estão totalmente integrados aos sistemas de saúde gerais, resultando numa planificação inadequada, falta de coordenação e prestação inadequada de serviços [1].

A África Subsaariana tem uma carga desproporcional de cegueira e baixa visão, em grande parte devido à alta prevalência de doenças tropicais negligenciadas, como tracoma e oncocercose, e fraca resposta às condições de cegueira não transmissíveis, como catarata e glaucoma [22]. Essa dupla carga é agravada por sistemas de saúde fracos, caracterizados por liderança e governação deficientes, força de trabalho de saúde inadequada e recursos financeiros limitados [4].

É amplamente reconhecido que a eficácia dos programas de cuidados oculares somente pode ser melhorada através de uma melhor compreensão de como os sistemas de saúde ocular funcionam e estão integrados nos sistemas de saúde gerais [1]. Na última década, foram investidos recursos para explorar a relação entre os sistemas de saúde ocular e os sistemas gerais de saúde nos países [8, 10, 13-14, 28, 31]. Em 2012, financiado pela Sightsavers, um consórcio de especialistas em saúde ocular e saúde, coordenado pelo Centro Internacional de Saúde Ocular da Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres (LSHTM), desenvolveu a ferramenta ASSO (Avaliação do Sistema de Saúde Ocular). Esta ferramenta baseia-se na abordagem mais geral de Avaliação dos Sistemas de Saúde (ASS) [9] previamente desenvolvida e promovida pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID).

Esta avaliação é motivada pelo compromisso da Sightsavers em fortalecer os sistemas de saúde, que é um dos princípios-chave do seu trabalho. As ASSOs ajudam a coletar dados que permitem que os governos e outras partes interessadas nacionais e internacionais avaliem os pontos fortes e fracos da prestação de cuidados oculares e planifiquem melhor os futuros investimentos no sector. Os dados são vitais para que os actores do sector de saúde possam diagnosticar os pontos fracos do sistema de saúde ocular e priorizar áreas para intervenções e fortalecimento do sistema.

Esta ASSO foi liderada pelo Ministério da Saúde de Moçambique e implicou uma abordagem colaborativa e consultiva que envolveu os principais intervenientes na programação de cuidados oculares: decisores políticos, fornecedores de serviços e agências parceiras de desenvolvimento.

A Sightsavers trabalha em parceria com o governo de Moçambique há mais de uma década, contribuindo para a prestação de serviços oculares e criando capacidade e infraestrutura no país para a programação de atendimento ocular. Prevê-se que esta avaliação forneça evidências para apoiar a advocacia, tomada de decisões e planificação mais eficazes aos níveis nacional e local.

Objectivos do estudo

Objectivo geral

O objectivo geral desta avaliação foi examinar diferentes componentes do sistema de saúde ocular em Moçambique e avaliar as suas ligações com o sistema de saúde mais amplo, fornecendo evidências para melhorar a programação da saúde ocular e fortalecer o sistema.

Objectivos específicos

- Descrever a natureza e funções do Sistema de saúde em Moçambique no seu todo.
- Descrever a natureza, escopo e funções do sistema de saúde ocular e a sua integração no Sistema de saúde mais amplo.
- Documentar boas práticas e lições chave aprendidas para consideração em futuras revisões e desenvolvimento de políticas.
- Determinar pontos fortes e fracos relativos do sistema de saúde ocular para orientar as acções específicas do país para o fortalecimento do sistema de saúde ocular.

Metodologia

Desenho do estudo

O estudo seguiu a abordagem da Avaliação do Sistema de Saúde Ocular (ASSO) descrita no Manual de Avaliação dos Sistemas de Saúde Ocular [2] e utilizou principalmente métodos de coleta de dados qualitativos, uma revisão documental e entrevistas detalhadas com os principais interessados na área da saúde ocular e sistema de saúde. O trabalho de campo foi realizado durante um período de dois meses em Junho-Agosto de 2017.

Amostragem

Das 11 províncias que compõem Moçambique, sete foram incluídas neste estudo: Manica, Gaza, Cidade de Maputo, Niassa, Nampula, Maputo província e Zambézia. As províncias foram escolhidas propositadamente para ter uma representação regional da diversidade e para fornecer dados sobre os pontos fortes e fracos dos sistemas de saúde ocular com infraestruturas mais e menos desenvolvidas.

Os respondentes das entrevistas foram selecionados, levando em consideração suas funções no atendimento oftalmológico e no sistema de saúde mais amplo. Os entrevistados representavam provedores de cuidados oculares, gestores de serviços de saúde, chefes de várias unidades do Ministério da Saúde e equipes provinciais e distritais de saúde (ver apêndice 1).

Recolha de dados, gestão e análise

Um total de 45 entrevistas foram realizadas usando um guião tópico semiestruturado. A análise documental foi realizada antes das entrevistas, e os documentos foram consultados regularmente durante a etapa de entrevistas para validar e triangular as informações obtidas das entrevistas. Em adição, no final da entrevista, foi solicitado a cada respondente quaisquer documentos ou relatórios relevantes. Essas fontes foram adicionadas à revisão documental e posteriormente analisadas.

Todas as entrevistas foram realizadas em português e duraram entre 45 minutos a uma hora. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Notas manuscritas também foram tomadas para complementar e triangular as gravações. As transcrições foram codificadas e analisadas tematicamente.

Aprovação ética

O estudo obteve aprovação ética através do Comité Nacional de Bioética para Saúde em Moçambique. Toda a participação foi voluntária e o consentimento por escrito do informante foi obtido em todos os casos. Um consentimento separado foi dado para gravações de áudio. Anonimato e confidencialidade foram protegidos durante todo o estudo. Todas as informações identificáveis foram removidas no estágio da análise.

Visão geral do Sistema de saúde em Moçambique

Contexto do país

Moçambique é um país no sudeste da África, limitado pelo Oceano Índico a leste, Tanzânia ao norte, Malawi e Zâmbia a noroeste, Zimbábue a oeste, e Suazilândia e África do Sul a sudoeste. O país é predominantemente rural e está dividido em 11 províncias. As províncias subdividem-se por sua vez em 154 distritos, enquanto os distritos subdividem-se em 405 postos administrativos e depois em localidades, bairros e povoações a nível comunitário.

Embora o Produto Interno Bruto (PIB) do país tenha crescido rapidamente desde 2001, Moçambique continua a ser um dos países mais pobres do mundo, com uma classificação baixa no PIB, no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e na esperança de vida. O PIB nacional *per capita* foi de \$ 382 (dólares americanos) em 2016 [35].

O recenseamento da população e habitação de 2017 estimou a população de Moçambique em cerca de 29 milhões de pessoas. A taxa de alfabetização é estimada em 56% e a esperança de vida média ao nascer é de 56,7 anos. Doenças transmissíveis, como malária, HIV / AIDS, diarreia, infecções respiratórias agudas e tuberculose, são as principais causas de morte, mas doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares e cancro, estão a aumentar [34].

Estrutura dos serviços de saúde

O Sistema nacional de saúde (SNS) está organizado em quatro níveis:

- **Nível primário** que inclui serviços básicos de cuidados comunitários. A este nível, as actividades de promoção e prevenção da saúde são prestados às famílias nos bairros e povoações, muitas vezes ao lado dos programas de controlo de doenças.
- **Nível secundário** que inclui cuidados intermédios e serviços distritais.
- **Nível terciário** que inclui cuidados ao nível provincial e hospitais centrais regionais
- **Nível quaternário** que inclui o hospital central de Maputo.

Financiamento de cuidados de saúde

O gasto total com saúde (AE) *per capita* em Moçambique foi estimado em US \$ 42 (dólares actuais) e US \$ 79 (dólares internacionais) em 2014. Isto representou cerca de 7% do PIB nacional, mas está bem abaixo da despesa média para os países da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC), estimada em US \$ 146.

As fontes de financiamento para o sector da saúde podem ser agrupadas em três categorias principais: 1) recursos provenientes das receitas fiscais e contribuições dos doadores para o orçamento do governo; 2) financiamento para programas verticais; e 3) outras fontes de

financiamento. A primeira categoria inclui recursos das receitas do governo e fundos externos através de apoio directo ao orçamento e fundos do PROSAUDE¹. O segundo grupo inclui fundos destinados a doenças específicas, que geralmente têm sistemas de distribuição diferentes (verticais). O terceiro grupo inclui contribuições privadas e desembolsos em clínicas privadas, compra de medicamentos em farmácias e acordos de partilha de custos em unidades sanitárias do governo.

Os fundos do governo são usados em três níveis: 1) o nível central, onde todos os medicamentos e insumos adquiridos publicamente são comprados e a planificação e gestão dos programas de saúde são realizados; 2) o nível provincial que desembolsa recursos através das direcções provinciais de saúde e apoia as despesas operacionais; e 3) o nível distrital que gere a rede primária de serviços, incluindo hospitais e actividades rurais. O apoio dos parceiros de desenvolvimento abrange os três níveis.

A alocação de recursos segue a lógica da descentralização. O Ministério da Saúde não tem papel preponderante na alocação de fundos para as diferentes províncias. Territórios têm autonomia orçamentária. No entanto, de acordo com alguns entrevistados do estudo, isso torna os hospitais e centros de saúde rurais dependentes das secretarias territoriais e resulta em atrasos no desembolso de recursos.

Recursos humanos para a saúde

Entre 2006 e 2015, houve um aumento significativo no número de trabalhadores da saúde no país, de aproximadamente 26.000 para 48.000 [19]. Em particular, o número de técnicos de medicina, saúde materna e infantil (SMI), farmácia e medicina preventiva quase triplicou nesses anos.

A formação de profissionais de saúde é uma responsabilidade compartilhada entre o Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano (MINEDH) e o Ministério da Saúde (MISAU). O MINEDH emite licenças para instituições de ensino, aprova o currículo e alinha os graus locais às qualificações obtidas no exterior. O MISAU desenvolve políticas e planos nacionais para recursos humanos para a saúde (HRH).

A educação médica de nível superior é actualmente oferecida por quatro faculdades: Universidade Eduardo Mondlane, Universidade Católica da Beira, UniLúrio e UniZambeze e mais outras duas universidades privadas que fazem o curso de medicina geral. Existe um plano nacional de recursos humanos para saúde, desenvolvido com o apoio do Observatório de Recursos Humanos para a Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Gestão de serviços de saúde

O Ministério da Saúde (MISAU) é o órgão do governo designado para regular o sector da saúde. O Ministério define padrões e supervisiona actividades. Para além do seu papel de supervisão, o MISAU é também um importante provedor de actividades preventivas e curativas. Dentro do

¹ Common Support Fund to Health Sector with the contribution of several cooperation partners, in operationalisation of what is known as Sector Wide Approach (SWAp).

Ministério, a Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM) é o órgão responsável pela prestação de serviços de saúde dos níveis secundário a quaternário, enquanto a Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP) supervisiona programas verticais (MCH, malária, tuberculose, nutrição e outras) e prestação de serviços de nível primário

A governação do sector da saúde em Moçambique é grandemente influenciada pelos princípios da descentralização. A Lei das Autarquias Locais do Governo (LOLE) (Lei no 2/97 e Decreto n.º 33/2006) define as competências das autoridades governamentais e os poderes dos municípios, embora alguns indícios sugiram que muitos dos poderes atribuídos aos órgãos descentralizados no âmbito do quadro legal não estão a ser executados na prática [17].

A descentralização foi descrita por algumas fontes como um dilema complexo. Por um lado, os instrumentos normativos identificam as competências e responsabilidades dos órgãos municipais no sector da saúde. Por outro lado, a transferência das principais funções e competências para os municípios requer um acordo entre o governo da província e o município. Isto resulta em complicações sobre a divisão de competências e investimentos entre os três níveis (provincial, distrital e local), bem como a duplicação de competências e despesas. O processo de descentralização é particularmente desafiador em políticas e orçamentos multissetoriais.

Existem dois artigos (89 e 116) na Constituição de Moçambique que declaram formalmente o direito à saúde para todos os cidadãos. Os planos sectoriais priorizam o envolvimento da comunidade na planificação e prestação de serviços de saúde no nível primário. Existem 134 comités de saúde em 38 distritos de seis províncias e seis comités de cogestão em unidades sanitárias estabelecidos para supervisionar a prestação de serviços.

Existem também duas plataformas (NAIMA e MONASO) para apoiar a participação da sociedade civil na tomada de decisões a nível nacional. As plataformas se concentraram inicialmente em HIV/SIDA e infecções sexualmente transmissíveis (DSTs), mas agora têm outras atribuições de saúde pública. No nível distrital, a planificação e o orçamento da saúde são coordenados pelos Conselhos Consultivos Locais (CCL). Esses órgãos envolvem membros da comunidade. No entanto, alguns entrevistados indicaram que o envolvimento de funcionários do governo e membros da comunidade, muitos dos quais têm baixos níveis de educação, resulta numa representação pública ineficaz.

Produtos médicos e tecnologia

O sistema de compras de medicamentos e produtos médicos do sector público é representado centralmente por duas instituições: A Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM) e o Centro de Abastecimento (CA). Ambas as estruturas são replicadas a nível local pelos depósitos e centros provinciais de medicamentos e seus equivalentes distritais. Unidades sanitárias maiores geralmente têm seus próprios depósitos. A central de Medicamentos e Artigos Médicos reporta-se ao departamento farmacêutico e o Centro de Abastecimento reporta-se à Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM). O primeiro órgão é responsável pela aquisição e distribuição de

medicamentos e consumíveis médicos, o segundo trata de móveis hospitalares, equipamentos médicos, veículos e produtos relacionados.

Os pedidos de produtos são definidos pela Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM) ou programas específicos. Os produtos são comprados pelo Centro de Medicamentos e Artigos Médicos, pela da Unidade de Gestão de Aquisições (UGEA) do Ministério da Saúde, pela Direcção de Administração e Finanças (DAF) ou diretamente pelos parceiros de desenvolvimento.

O financiamento para medicamentos e consumíveis médicos provém de três fontes principais: o orçamento do governo, o Ministério da Saúde (MISAU) e os parceiros de desenvolvimento. Os pedidos de compra baseiam-se na análise epidemiológica e no consumo de farmácias de serviços de saúde. Os pedidos vão para as autoridades distritais, depois para a província e para a CMAM.

“... a nossa dificuldade está nos medicamentos. O que nós estipulamos não determina os tipos de medicamentos que devem ser usados para certas doenças, mas pode ser que o paciente vá até a farmácia e não consiga encontrá-los ou eles estejam indisponíveis internamente.”
(dados da entrevista)

Em algumas farmácias, uma plataforma eletrônica foi testada para gerar solicitações automáticas com base no estoque existente, no número de consultas, no consumo passado e no perfil de doenças.

As necessidades de medicamentos são calculadas usando o formulário

nacional de medicamentos (FNM), que inclui aproximadamente 800 itens; 338 são considerados vitais. O MISAU pode autorizar a compra de medicamentos que não estejam listados no FNM apenas em situações excepcionais. Os entrevistados do estudo apontaram que, no período de 1997 a 2004, os medicamentos foram comprados com base no princípio VEN (vital, essencial e necessário). No entanto, desde que o FNM de 2008 foi aprovado, há falta de clareza sobre os critérios a serem usados na situação de escassos recursos financeiros.

Os procedimentos de aquisição usam a legislação actual sobre a contratação de bens e serviços pelo governo. O procedimento mais comumente utilizado é o sistema público de licitação (baseado no critério de menor preço), aberto tanto a fornecedores nacionais e estrangeiros pré-qualificados pela OMS (no caso de antirretrovirais, AZT e anti-tuberculostáticos) ou o Departamento Farmacêutico (DF) (para todos os outros).

Embora a CMAM tenha recebido a responsabilidade pela compra de medicamentos em 2008, o órgão não foi treinado para desempenhar essa função, o que resultou num número limitado de fornecedores nacionais e num aumento de 30% nos custos de aquisição. Há também evidências que sugerem que o sistema de monitoria dos pedidos e preparação de propostas pela CMAM é fraco, e alguns relatórios sugerem que os preços em que alguns produtos são comprados são mais altos do que os preços dos produtos no mercado internacional.

A distribuição de produtos farmacêuticos é suportada por dois sistemas informatizados: MACS (sistema informatizado de gestão de armazém) e SIMAM (Sistema informatizado de gestão de medicamentos). O primeiro serve o armazém de Maputo com a responsabilidade de ajudar as zonas sul e norte, enquanto o último está localizado na Beira e liga-se a todos os armazéns provinciais na área central. As pesquisas de estoques realizadas pelo FHI 360 e o projecto do sistema de gestão da cadeia de suprimentos relataram várias falhas no sistema, com o

fornecimento atendendo apenas a 10% das necessidades. O sistema pontuou 25 pontos contra os 100.

O Departamento Farmacêutico (DF) é responsável pela regulamentação, inspeção e garantia da qualidade dos medicamentos. O departamento regula e regista medicamentos; Este também faz a revisão e actualização do FNM a cada 10 anos. No entanto, de acordo com alguns entrevistados do estudo, o processo de registo actual não está a funcionar bem e, como resultado, um grande número de produtos não passa por este processo.

Uma cadeia de coleta de dados foi estabelecida para garantir a eficácia, qualidade e segurança dos produtos farmacêuticos. A nível nacional, existe o Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade de Medicamentos (LNCQM), que subordina-se à Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP). No nível provincial, a inspeção de produtos é liderada por técnicos de farmácia e unidades de saúde, que controlam as propriedades organolépticas de cada medicamento. A pré-inspeção internacional (no local de partida) é realizada pela ITS (*Intertek Testing Services/serviços de teste*), uma empresa global reconhecida pela OMS.

Prestação de serviços

Segundo o relatório da Estatística Nacional [23], existiam 1.596 unidades de saúde no sector público em Moçambique em 2017. Um dos principais desafios do actual sistema de prestação de serviços é a qualidade do atendimento, que é agravado pela baixa motivação do pessoal, condições de trabalho difíceis, baixa remuneração, infraestrutura precária e supervisão deficiente.

Várias iniciativas foram implementadas em Moçambique para melhorar a qualidade do atendimento. O Programa de Prevenção e Controlo de Infecções (ICP) concede prémios anuais às unidades de saúde que atendem a 80% dos padrões de desempenho em todos os serviços. Esta iniciativa foi acompanhada pela distribuição de equipamentos de proteção individual (EPI) para a equipe de saúde, embora a cobertura não seja universal. Existe também um programa de treinamento de profissionais de saúde em profilaxia pós-exposição (PPE) e prevenção de acidentes ocupacionais, notificação de exposição ocupacional ao HIV, supervisão das actividades de PPE nas unidades de saúde e monitoria das acções de gestão de risco hospitalar para garantir a segurança nos hospitais.

Os padrões de Enfermarias Modelos e Atendimento Humanizado são duas outras iniciativas que visam resolver o problema da má qualidade dos serviços. O objectivo da enfermaria modelo é de oferecer atendimento de qualidade e facilitar a aquisição de habilidades e competências por parte dos técnicos de saúde. Até o final de 2010, 30 enfermarias de 13 hospitais adoptaram o modelo; a cada ano, mais hospitais solicitam esse *status* e são avaliados em relação aos padrões. Os entrevistados do estudo explicaram que o processo não é fácil, e pode levar até cinco anos para que uma instituição de saúde pontue 100% em todos os padrões. Além disso, o Departamento de Enfermagem da DNAM iniciou uma campanha de atendimento humanizado nas unidades sanitárias com vista assegurar cuidados sensíveis e centrados no paciente.

A prestação de serviços públicos de saúde é complementada pelo sector privado. Esse sector surgiu devido aos altos níveis de insatisfação com a qualidade do atendimento no sector público e

é também um sinal da crescente classe média e dos pacientes com maior renda. Aproximadamente 600 instalações de saúde privadas foram registadas em Moçambique em 2011, incluindo centros de saúde e clínicas, laboratórios, institutos e farmácias, concentrados principalmente na cidade e província de Maputo. Embora haja um sector de medicina privada no DNAM, nenhuma informação detalhada sobre este sector estava disponível no momento desta avaliação, e alguns entrevistados disseram que não havia um quadro legal claro para regular o desempenho do sector privado.

A saúde comunitária é o primeiro elo entre a população e o serviço nacional de saúde (SNS). Esta parte do sistema inclui uma variedade de abordagens, como o GAAC (grupos de apoio e adesão comunitária) para melhorar a adesão à terapia antirretroviral (TARV) e grupos de apoio mãe-a-mãe através dos quais informações sobre cuidados SMI, nutrição e PTV (prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho) é disseminada. As estruturas de saúde da comunidade também incluem agentes polivalentes elementares (APEs) que estão presentes nos distritos em todo o país.

Cerca de 70% da população de Moçambique usa a medicina tradicional, como produtos naturais e práticas espirituais. Algumas estimativas sugerem que há um praticante tradicional por 200 habitantes. Em 1990, o Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional (GEMT) foi criado para estudar, registar e documentar plantas de medicina tradicional usadas no país. Vinte anos depois (2010), o Instituto de Medicina Tradicional (IMT) foi criado para pesquisar plantas com potencial terapêutico. No entanto, o desafio de regular os praticantes de medicina tradicional permanece.

Sistema de gestão de informação em saúde

O sistema de gestão de informações em saúde (SIS) está em operação em todo o país desde 1990 e é usado para coletar todos os dados de saúde e administrativos básicos das unidades sanitárias. Existe um departamento de monitoria e avaliação (M&A) no Departamento de Planificação e Cooperação do MISAU que trabalha em estreita colaboração com o Departamento de Informação de Saúde (DIS) e com outras unidades do ministério.

Visão geral do Sistema de saúde ocular em Moçambique

Estado da saúde ocular

Tal como em muitos países da África subsariana, não houve uma pesquisa de prevalência de cegueira representativa com base na população e de nível nacional em Moçambique. Os dados disponíveis sobre a deficiência visual baseiam-se principalmente nos resultados de três estudos de avaliação rápida da cegueira evitável (ARCE, - sigla inglesa RAAB) realizados em Nampula em 2011 [11, 29], Sofala em 2012 [5] e Inhambane em 2016 [16]. Em adição a esses, uma rápida avaliação de erros de refração (RARE), realizada em Nampula em 2014 [20], forneceu dados sobre a prevalência de erros de refração e captação de óculos. Esses dados são usados para planificar serviços oftalmológicos no país.

A ARCE de 2011, em Nampula, estimou a prevalência de cegueira entre as pessoas com mais de 50 anos em 7,1% [11]; os respectivos números em Sofala e Inhambane foram de 3,2% [5] e 6,4% [16]. A principal causa de cegueira nas três províncias foi a catarata (73% em Nampula, 54% em Sofala e 65% em Inhambane). A cobertura cirúrgica da catarata (CCC) em V / A <3/60 foi de 12,9% em Nampula, 29% em Inhambane e 33,1% em Sofala. A prevalência ajustada por idade e sexo da deficiência visual grave (DVG) foi de 3,0% em Inhambane, 2,6% em Nampula e 3,5% em Sofala. A principal causa do DVG foi a catarata (68,9% em Nampula, 71,2% em Inhambane e 48,4% em Sofala). Os erros de refração e doenças do segmento posterior são as outras causas principais de DVG nas três províncias.

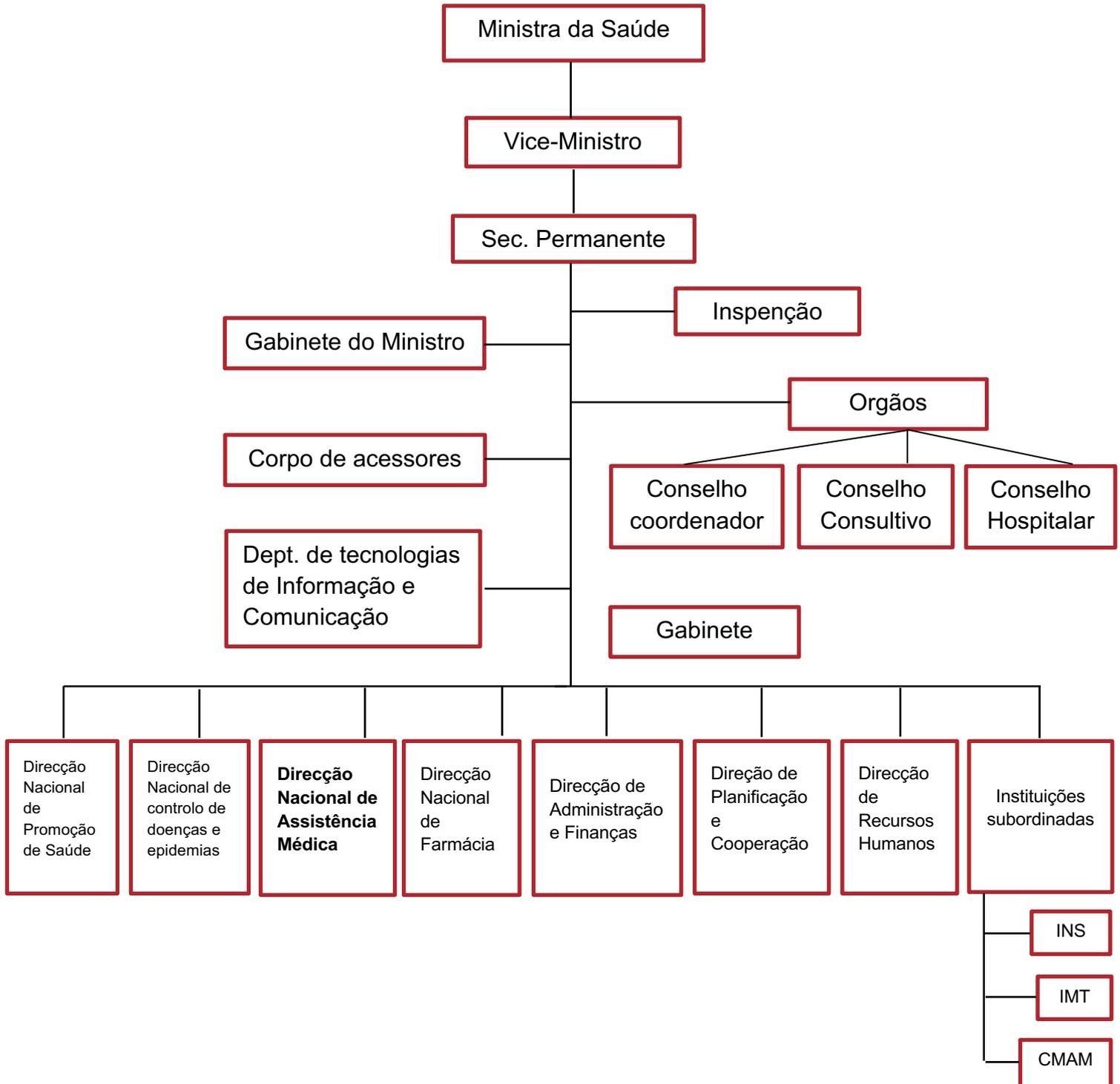
O estudo RARE realizado em Nampula entre pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 50 estima a prevalência de baixa visão (deficiência visual grave e moderada) em 3,5%, sendo que 65,8% das pessoas com baixa visão tinham mais de 35 anos [20]. A prevalência de erros de refração entre pessoas de 15 a 50 anos foi de 2,6%; os erros de refração foram responsáveis por 64,5% de toda a visão subnormal.

Governança da saúde ocular

Os serviços de saúde ocular em Moçambique são fornecidos quase inteiramente pelo sistema nacional de saúde (SNS) sob a supervisão do Ministério da Saúde (MISAU). O programa nacional de saúde ocular (PNO) é estabelecido ao nível do MISAU e faz parte da Direção Nacional de Assistência Médica (ver figura 1). O PNO, sob a liderança do coordenador nacional de cuidados oculares, é responsável pela implementação de políticas de saúde ocular por meio de programas de saúde ocular. Existe também a Coligação Moçambicana de Saúde Ocular (MECC), um órgão consultivo do MISAU em assuntos relacionados com a saúde ocular. A coligação é composta, em grande parte, por organizações não-governamentais que trabalham com saúde ocular no país e especialistas técnicos do MISAU. Alguns entrevistados, no entanto, observaram que as partes interessadas na saúde ocular não estão envolvidas adequadamente na definição de prioridades e orçamentos de saúde em todos os níveis. Além disso, não existe uma representação activa das

organizações de pessoas com deficiência (OPDs), como a Associação dos Cegos e Amblíopes de Moçambique (ACAMO), nas estruturas de tomada de decisão sobre a saúde ocular.

Figura 1: Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde



O objectivo do programa nacional de oftalmologia é reduzir a cegueira evitável até o ano 2020 através da criação e promoção de serviços de saúde ocular de boa qualidade, sustentáveis e acessíveis para toda a população.

Os objectivos específicos do programa são:

- Desenvolver dentro do Serviço Nacional de Saúde (SNS) um serviço de saúde ocular de qualidade e acessível a toda população.
- Fortalecer as estratégias para controle das doenças que causam cegueira em todos os níveis.
- Integrar os cuidados de saúde ocular nos cuidados de saúde primários.
- Promover a formação de recursos humanos capazes de preencher as necessidades aos diferentes níveis de atenção de saúde.
- Melhorar a infraestrutura de Oftalmologia nas unidades sanitárias e aumentar o número de unidades sanitárias com capacidade para a prestação de cuidados de saúde ocular.
- Promover a participação da comunidade no desenvolvimento dos cuidados de saúde ocular.
- Estabelecer um mecanismo de avaliação e controle regular das actividades.
- Promover a formação contínua e investigação na área da Oftalmologia.
- Contribuir para a sensibilização das comunidades e das estruturas governamentais para a necessidade de integração dos cegos e deficientes visuais na sociedade moçambicana [18].

O programa nacional de oftalmologia enfrenta dois desafios de governação. Primeiro, a inclusão da saúde ocular nas grandes diretorias de saúde, juntamente com outros programas de controlo de doenças com alta morbilidade e mortalidade - como malária, HIV / AIDS e tuberculose - pode minar a visibilidade da saúde ocular tanto na tomada de decisões como na alocação de recursos. Em segundo lugar, o programa enfrenta o desafio de ter que contar com contribuições voluntárias de equipas especializadas que estão envolvidas em múltiplas actividades porque, actualmente, não há especialistas que estejam exclusivamente envolvidos e dedicados à gestão do programa de saúde ocular.

Existe um processo de planificação a nível nacional que começa no último mês de cada ano civil; durante este processo, as actividades a serem implementadas no ano seguinte são identificadas. A planificação leva em conta as conquistas do programa de saúde ocular nos níveis local e nacional. No entanto, alguns entrevistados apontaram que as actividades propostas nem sempre são implementadas devido aos recursos limitados e às maiores prioridades dadas a outras doenças, como malária, HIV / AIDS e tuberculose.

“Nós normalmente fazemos alguns encontros comunitários, auscultação comunitária e algumas outras actividades que realizamos a nível da comunidade. E nessas auscultações também estão envolvidos os líderes comunitários, e explicamos o seu papel na área de saúde ocular.” (dados da entrevista)

O processo de planificação é realizado pela equipe técnica sénior dentro do sistema de saúde ocular. O envolvimento de outros actores, por exemplo, organizações da sociedade civil (OSCs), é muito limitado e o sector privado ainda é relativamente pequeno. Alguns distritos também realizam uma avaliação das necessidades, que inclui as discussões dos objectivos a serem alcançados e a estrutura de alocação de recursos.

Os padrões e regulamentos do sector de saúde aplicam-se à saúde ocular, particularmente em aspectos como higiene, esterilização de material médico, classificação de lixo, direitos dos pacientes e ética profissional.

Esses padrões são do conhecimento de todos no sector, embora as cópias impressas nem sempre estivessem disponíveis no momento da avaliação. O objectivo dos padrões é atingir o mesmo nível de qualidade entre os serviços.

A nível nacional, a Associação de Cegos e Amblíopes de Moçambique (ACAMO) é a principal organização para pessoas com deficiência visual. A organização concentra-se na advocacia, mas a sua presença é mais proeminente a nível nacional e provincial (com representação em cada província); ainda não conseguiu chegar a todos os distritos. Como resultado, as actividades de defesa de direitos em nome de pessoas com deficiências visuais ainda são limitadas em termos geográfico e temático.

“ O envolvimento da Sociedade Civil (...) são as campanhas que nós realizamos. Aquilo que nós chamamos ‘brigadas móveis’, em que nós vamos à população.” (dados da entrevista)

A monitoria das actividades de saúde ocular é realizada pelos comités de cogestão (CCG), que envolvem pessoal técnico sénior do sector, líderes comunitários, curandeiros tradicionais e ONGIs parceiras. Embora existam CCGs na maioria dos distritos e unidades sanitárias, as questões de saúde ocular nem sempre são levadas em conta, particularmente se não houver partes interessadas, como OPDs ou ONGIs no distrito, para defender a saúde ocular.

O Governo de Moçambique, através do MISAU, tem Memorandos de Entendimento (MoU) com várias ONGs parceiras, incluindo a Light for the World, Olhos do Mundo, Sightsavers, o Research Training Institute (RTI), a Associação Norueguesa de pessoas Cegas e Amblíopes (NABP) e outros. Alguns entrevistados argumentaram que, embora exista um envolvimento activo de vários parceiros da saúde ocular, não existe uma figura proeminente ou uma organização que defenda com veemência a saúde ocular e os princípios e acções da agenda da Visão 2020.

Alguns entrevistados apontaram que os esforços de advocacia com foco na inclusão social estavam a começar a dar frutos, uma vez que várias instituições públicas instalaram rampas para melhorar o acesso de pessoas com problemas de mobilidade. Outros entrevistados, no entanto, tinham reservas sobre a eficácia de tais acções - alguns argumentaram que as rampas não estavam de acordo com as especificações técnicas, como altura e/ou ângulo de inclinação, e muitos outros aspectos da acomodação razoável para pessoas com deficiência foram negligenciados.

Financiamento da saúde ocular

O sector de saúde ocular em Moçambique é afetado pela escassez de recursos financeiros no sistema de saúde mais amplo. Ademais, a saúde ocular não é vista como uma prioridade quando comparada a outras áreas da saúde pública. O PNO é quase totalmente dependente do apoio de ONGIs e outros parceiros de desenvolvimento. Portanto, há uma maior cobertura e melhor qualidade dos serviços de saúde ocular nas províncias que têm apoio directo de ONGIs. As

principais organizações de doadores que apoiam a saúde ocular em Moçambique incluem Sightsavers, Light for the World, Irish Aid, Olhos do Mundo e HelpAge International.

“ Os funcionários do Estado são descontados [sic] 1% sobre o salário base como contribuição na despesa da assistência médica e medicamentosa. Que inclui assistência médica no país e fora do país assim como no funeral” (dados da entrevista)

O Ministério da Saúde não tem alocações orçamentárias específicas para a saúde ocular. Os fundos de saúde são alocados como um montante fixo sem desagregação por projecto ou programa. A alocação de recursos é geralmente baseada em despesas históricas, e não na avaliação de necessidades, e a maior parte das alocações do governo é gasta em custos fixos, como salários e custos de operação das unidades sanitárias (água,

eletricidade, manutenção, etc.).

Não há informações precisas sobre os recursos disponíveis para a saúde ocular. Apesar da alocação de fundos por parte do governo ser baseada na análise de vários documentos

estratégicos, tais como: Plano Quinquenal do Governo (PQG), o Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS), o Quadro de Avaliação de Desempenho (QAD) e o Cenário Fiscal de meio prazo (CFMP). Por outro lado existem alguns projectos cujo apoio directo às províncias não passa pela Conta Única do Tesouro (CUT). Este emaranhado de canais dificulta a obtenção de informação exacta de que porção do investimento vai para a SO.

“Para tracoma, nós temos um parceiro, a RTI [Research and Training Institute] que apoia as campanhas de tratamento massivo. Também temos outros implementadores como a Sightsavers e a Light for the World.” (dados da entrevista)

A alocação de fundos para o sector da saúde como um todo é descentralizada, com uma série de importantes tarefas de gestão e planificação transferidas do nível provincial para o nível distrital. A intenção é dar maior autonomia ao nível local e melhorar a prestação de serviços mais próximos dos usuários. Sob este sistema, o Ministério das Finanças aloca um orçamento para a direcção provincial de saúde e para a direcção distrital de saúde, que gere fundos e reporta directamente ao tribunal administrativo. É esperado que esses fundos sejam usados para salários, infraestrutura e bens e serviços para todas as instalações públicas. Alguns entrevistados, no entanto, apontaram que, apesar desse arranjo descentralizado, os salários dos funcionários de saúde continuavam a ser alocados e administrados pelo departamento financeiro da província; os fundos para infraestrutura continuavam a ser administrados pela direcção provincial de saúde, enquanto os distritos ficavam apenas a administrar os orçamentos de bens e serviços.

Os entrevistados do estudo foram questionados sobre as informações concernentes às taxas de usuários no nível das unidades sanitárias. A maioria disse que a exibição de tais informações nas unidades sanitárias era rara; essas informações eram geralmente comunicadas verbalmente, embora a maioria dos pacientes tivesse conhecimento das taxas cobradas por vários serviços. As taxas citadas durante as entrevistas foram de 1,00 Metical (US 0,016) para uma consulta oftalmológica e de 5,00 Meticais (US 0,082) para medicamentos. Outrossim, foi reportado que as cirurgias são grátis nas unidades sanitárias. Igualmente foi explicado que a maioria dos pacientes que precisava de cirurgia de catarata teve acesso. No entanto, o custo total de uma cirurgia inclui

os custos de equipamentos, consumíveis e medicamentos e, se forem adicionados os custos de transporte e alimentação para os pacientes, os recursos alocados para os hospitais não são suficientes para prover cirurgias gratuitas nos pontos de campanha. Como resultado, os pacientes somente podem obter cirurgias gratuitas em caso de disponibilidade de fundos externos de agências parceiras. Portanto, em caso de indisponibilidade de tais fundos, apenas uma minoria de pacientes pode aceder às cirurgias - a maioria seria incapaz de viajar para hospitais e o governo não pode financiar campanhas em todo o país. Foi ainda explicado que os pacientes pagam o custo dos óculos, mas esses preços variam.

Os entrevistados do estudo explicaram que as receitas arrecadadas pelos departamentos de oftalmologia são registadas e devolvidas às unidades de saúde, enquanto as receitas arrecadadas de óculos são consideradas como sendo do departamento e podem ser usadas conforme necessário.

Os entrevistados do estudo também apontaram que não havia nenhum esquema de seguro de saúde público que cobrisse os gastos com cuidados oculares. Existe um procedimento comumente chamado de "assistência médica e medicamentosa", através do qual os funcionários do sector público podem ter livre acesso a qualquer serviço de saúde, incluindo a saúde ocular. Existem também esquemas de seguros privados que cobrem funcionários de empresas privadas e indivíduos autónomos com rendimentos médios a altos.

Os entrevistados do estudo também apontaram que o acesso a serviços de saúde ocular para populações vulneráveis é promovido através de isenções para certos grupos sociais, incluindo crianças menores de cinco anos, pessoas com deficiência, portadores de certificado de pobreza, idosos, ex-combatentes, mulheres grávidas, pessoas com albinismo e aqueles com doenças crónicas. As isenções são aplicáveis apenas no sector público. No entanto, o estudo não encontrou informações sobre a exacta funcionalidade e eficácia das excepções.

Prestação de serviços de saúde ocular

Mais de 80% de todos os serviços de saúde ocular em Moçambique são fornecidos pelo sector público (sistema nacional de saúde). O sistema de prestação de serviços de saúde ocular consiste em três níveis: primário, secundário e terciário.

Nível primário

Os componentes da atenção primária à saúde ocular incluem educação sobre a saúde ocular, identificação dos sintomas, medição da acuidade visual e da refração, exame ocular básico, diagnóstico e encaminhamento. Estes serviços são prestados por enfermeiros, praticantes de medicina tradicional na comunidade e agentes polivalentes elementares. Técnicos de oftalmologia trabalham em centros de saúde e hospitais distritais e rurais. Eles são a única equipe no nível primário qualificada para realizar a refração.

O pessoal de saúde qualificado que trabalha em centros de saúde e hospitais distritais e rurais inclui enfermeiras básicas e gerais, agentes médicos, técnicos de medicina e clínicos gerais. Seu conhecimento sobre oftalmologia é limitado, mas eles são os únicos profissionais de saúde que

trabalham em centros de saúde sem técnicos de oftalmologia. Os agentes polivalentes elementares são uma categoria cujo âmbito de trabalho e treinamento é definido pelo governo e por ONGIs parceiras. Os agentes polivalentes elementares concentram-se num amplo espectro de problemas de saúde pública. Eles são treinados para encaminhar seus pacientes com problemas oculares para o serviço de saúde mais próximo. No entanto, no momento, não há informações precisas sobre o número exacto de agentes polivalentes elementares que trabalham no sistema.

Nível secundário

Pacientes com problemas oculares que não podem ser geridos no nível primário são encaminhados para o nível secundário. Este nível inclui hospitais distritais, gerais e provinciais. Aqui, os serviços são prestados por técnicos de oftalmologia e optometristas. Os optometristas recém-formados são colocados para trabalhar neste nível, embora seu número ainda seja muito pequeno.

Nível terciário

As unidades de nível terciário gerem condições que exigem equipamentos complexos e equipes especializadas; os especialistas em saúde ocular também são treinados nesse nível. Os serviços a este nível são prestados por oftalmologistas, optometristas e técnicos de oftalmologia que trabalham em hospitais gerais, provinciais e centrais.

Os serviços de saúde ocular continuam a ser limitados e estão frequentemente disponíveis apenas a partir do nível secundário. Isto significa que muitos pacientes que vivem em áreas rurais remotas não têm acesso a cuidados de saúde ocular, pois não podem viajar para hospitais de nível secundário e terciário.

No nível distrital, não há camas hospitalares para pacientes com problemas oculares, o que significa que pacientes com problemas oculares usam camas destinadas a outras subespecialidades. No nível provincial, há camas que são compartilhadas entre pacientes oculares e pacientes de cirurgia; apenas hospitais centrais (quatro em todo o país) possuem camas específicos para pacientes da oftalmologia.

Quase todas as cirurgias de catarata (com a exceção de duas clínicas em Maputo) são realizadas no sector público. Os inquiridos do estudo estimam que cerca de 5.500 cirurgias de catarata são realizadas em Moçambique anualmente. Outros, no entanto, disseram que em 2015 o número de cirurgias realizadas aumentou significativamente (estimadas 8.580 cirurgias) (ver apêndice 2), em grande parte devido ao aumento do número de actividades de campanha, com cerca de 43% do total de cirurgias realizadas naquele ano. A taxa cirúrgica de catarata (TCC) foi estimada em cerca de 333 por milhão. Isto é muito mais baixo do que o nível recomendado para a África de 2000 por milhão, e é claramente o mais baixo na região da SADC. A baixa TCC não é surpreendente, uma vez que as cirurgias ocorrem principalmente em grandes hospitais localizados centralmente ou através de campanhas de cirurgias nas províncias apoiadas pelas ONGIs.

As actividades de saúde escolar são realizadas por meio de campanhas em áreas urbanas e rurais. Técnicos de oftalmologia geralmente são informados sobre tais actividades conduzidas por



outros departamentos do governo e integram triagem e tratamentos de visão em tais campanhas. Alguns entrevistados disseram que os técnicos de oftalmologia costumam realizar actividades nas escolas em torno dos seus locais de trabalho devido à falta de recursos para cobrir suas despesas de viagem para ir a outros lugares. As províncias, que têm apoio de ONGs, realizam mais programas de saúde escolar do que os financiados exclusivamente pelo governo.

O sector privado não tem capacidade hospitalar para a saúde ocular. Por outro lado, o sector público não pode dispensar óculos, o que significa que eles só podem ser adquiridos no sector privado. Os preços dos óculos no sector privado foram apontados como altos e proibitivos para a maioria da população. O número de bancos de óculos permanece limitado e longe das necessidades da população.

Os entrevistados do estudo explicaram ainda que, na saúde ocular, existe um programa vertical - Eliminação da cegueira por Tracoma, financiado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e pelo Fundo de Jubileu de Diamante da Rainha Elizabeth II (QEDJT).

“Nós temos um programa chamado saúde escolar. De entre os vários técnicos que lá participam (medicina preventiva, otorrinolaringologia, enfermeira de SMI) temos também o técnico de oftalmologia que faz parte. Mesmo quando se fazem brigadas móveis para uma escola, também estou a falar de saúde oral, todos esses fazem parte daquilo que é a saúde escolar.” (dados da entrevista).

A qualidade da implementação deste programa é assegurada através dos protocolos da OMS e do MISAU; estes estavam disponíveis em todas as unidades incluídas nesta avaliação. Existem também protocolos locais disponíveis em algumas províncias. As actividades de tracoma são monitoradas através do sistema de supervisão integrada; alguns entrevistados disseram que o sistema às vezes apresenta desafios logísticos.

Existem padrões de qualidade desenvolvidos para cuidados gerais de saúde que também se aplicam à saúde ocular e são seguidos por trabalhadores de oftalmologia.

Recursos humanos para saúde ocular

Os entrevistados do estudo explicaram a estrutura e os processos de formação e implantação de recursos humanos para a saúde ocular (HReH) em Moçambique. O país tem os seguintes quadros de saúde ocular: oftalmologistas, optometristas, técnicos de oftalmologia, ortoptistas, oculistas e trabalhadores de cuidados oculares primários (COP).

No nível nacional, existem programas de treinamento para oftalmologistas, técnicos oftalmológicos e optometristas. Os ortoptistas só podem ser treinados fora do país; Nos últimos 10 anos, nenhum novo ortoptista foi treinado, portanto este quadro deixará de existir quando o pessoal actual (dois no momento da avaliação) reformar.

No total, existem 236 profissionais de oftalmologia em Moçambique. A maioria (74,2%) deles são técnicos de oftalmologia. Os entrevistados do estudo apontaram que a situação dos recursos humanos para a saúde ocular não é diferente da situação do sistema de saúde mais amplo e,

embora o número de funcionários de saúde ocular tenha crescido nos últimos anos, estes são ainda insuficientes para atender às necessidades da população.

O número de oftalmologistas em Moçambique está bem abaixo dos níveis recomendados para a África de quatro oftalmologistas/cirurgiões por milhão de habitantes. De acordo com estes padrões, Moçambique precisa de 116 oftalmologistas/cirurgiões. No momento da avaliação, havia apenas 20 oftalmologistas (8,5% da força de trabalho oftalmológica total), que incluíam oftalmologistas formados em Moçambique e oftalmologistas expatriados.

Os entrevistados do estudo explicaram que o número limitado de oftalmologistas no país foi em grande parte devido a três razões: i) capacidade insuficiente das instituições de formação que oferecem especialização em oftalmologia; ii) número insuficiente de diplomados em medicina interessados em oftalmologia; e iii) capacidade insuficiente do sistema de acomodar adequadamente os oftalmologistas treinados. Quase todos os entrevistados do estudo observaram que os oftalmologistas tendem a permanecer em grandes áreas urbanas, onde há hospitais com infraestrutura cirúrgica e oportunidades de prática privada. Como resultado, grande parte do país permaneceu carente. Observou-se também que algumas limitações foram impostas pelo Ministério da Saúde, que regulamenta a subespecialização médica em favor de outras doenças consideradas prioritárias em saúde pública.

Devido à escassez de oftalmologistas, os Técnicos de oftalmologia (TO) são treinados em Moçambique desde meados da década de 1980. A sua principal tarefa é identificar e tratar pacientes com problemas oculares comuns, como conjuntivite, olhos secos ou pequenos traumas - particularmente em áreas rurais, onde essas doenças são prevalentes, mas o número de oftalmologistas é muito pequeno quando disponível. Em 2010, havia 34 TOs no país e outros 26 formaram-se naquele ano; em 2016, Moçambique tinha 175 TOs. Apesar desse aumento significativo, o número de profissionais de atendimento oftalmológico de nível médio continua abaixo do nível recomendado de 10 por milhão de habitantes. Com base nesta recomendação, Moçambique precisa de 290 funcionários de nível médio (enfermeiros ou técnicos de oftalmologia).

Deve notar-se que enquanto a força de trabalho do TO consiste exclusivamente em pessoal nacional, apenas 40% dos oftalmologistas eram nacionais de Moçambique.

O âmbito do trabalho de optometria em Moçambique ainda não está claro. O currículo actual permite que os optometristas realizem funções até a categoria três do modelo de competência do Conselho Mundial de Optometria (OMA), ou seja, detectar, diagnosticar e tratar uma doença ocular. No momento da avaliação, 24 optometristas estavam a trabalhar no sistema nacional de saúde.

Para além do número insuficiente de pessoal de oftalmologia, há também desigualdades na sua distribuição geográfica. Quase metade de todo o pessoal de atendimento ocular em serviço está localizado nas províncias de Sofala e Nampula.

“ Nampula e Sofala foram as duas únicas províncias que conseguiram um número de técnicos suficientes para cumprir com as recomendações da OMS.” (dados da entrevista)

Juntas, essas duas províncias empregam 96 (incluindo cinco optometristas) de 236 (40%) profissionais de cuidados oculares, que atendem a 27,4% da população do país. Os dois únicos ortoptistas disponíveis no país estavam a trabalhar no Hospital Central de Maputo (HCM) na altura desta avaliação. A distribuição de oftalmologistas e técnicos de oftalmologia que trabalham em unidades de saúde pública em diferentes províncias de Moçambique em 2016 é mostrada na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos profissionais de saúde ocular. Fonte: Relatório Anual de Oftalmologia para 2017

| Província | População | Recursos Humanos | Em serviço em 2016 |
|---------------------|-----------|------------------|--------------------|
| Cabo Delgado | 1,605,549 | Oftalmologistas | 1 |
| | | TO | 9 |
| Gaza | 1,226,272 | Oftalmologistas | 0 |
| | | TO | 7 |
| Inhambane | 1,252,479 | Oftalmologistas | 2 |
| | | TO | 6 |
| Manica | 1,412,029 | Oftalmologistas | 1 |
| | | TO | 16 |
| Cidade de Maputo | 1,094,315 | Oftalmologistas | 2 |
| | | TO | 11 |
| Província de Maputo | 1,205,553 | Oftalmologistas | 1 |
| | | TO | 6 |
| Nampula | 3,985,274 | Oftalmologistas | 3 |
| | | TO | 47 |
| Niassa | 1,169,837 | Oftalmologistas | 1 |
| | | TO | 10 |
| Sofala | 1,642,636 | Oftalmologistas | 3 |
| | | TO | 38 |

| Província | População | Recursos Humanos | Em serviço em 2016 |
|----------------------------|------------------------------------|------------------|--------------------|
| Tete | 1,783,967 | Oftalmologistas | 0 |
| | | TO | 10 |
| Hospital Central de Maputo | Hospital de referência para o país | Oftalmologistas | 4 |
| | | TO | 3 |
| Zambézia | 3,848,274 | Oftalmologistas | 2 |
| | | TO | 12 |

Existem cinco instituições onde os profissionais de saúde ocular podem receber formação em Moçambique. Estes são o Hospital Central de Nampula, Universidade de Lúrio e três institutos de saúde localizados em Maputo, Beira e Nampula.

O Departamento de Oftalmologia do Hospital Central de Maputo é financiado pelo governo e é a única instituição onde os oftalmologistas podem ser treinados. A Universidade Lúrio é a única instituição de formação em optometria, com 20 vagas por ano [18]. Cursos TO estão disponíveis nos três institutos de saúde.

Toda a formação é aprovada pelo Ministério da Saúde (MISAU), que especifica uma gama de serviços oftalmológicos que as categorias treinadas de profissionais podem providenciar, incluindo procedimentos de diagnóstico e tratamento. Os currículos nacionais estão disponíveis para oftalmologistas, optometristas e TOs e são obrigatórios para todas as instituições de ensino. O currículo para formação em oftalmologia é revisto pelo MISAU com contribuições dos níveis mais baixos de 10 em 10 anos.

Existem organismos de acreditação para diferentes quadros: Colégio de Oftalmologia para oftalmologistas, Ministério do Ensino Superior Ciência e Tecnologia para optometristas, e Quadro do Ministério da Saúde para TOs.

A equipe de cuidados oculares é treinada seguindo os mesmos regulamentos de outros profissionais de saúde. Os critérios de entrada para os programas de nível médio (técnico oftalmológico) requerem um agente médico ou qualificação básica de enfermeiro e experiência no sector de saúde. A duração do programa é de 18 meses. Alguns entrevistados disseram que um curso de formação de 24 meses para técnicos de oftalmologia seria mais apropriado, já que encorajará candidatos mais jovens a entrar na especialização. Ademais, alguns técnicos de

oftalmologia que actualmente trabalham no sistema foram formados em Cuba - eles entraram na formação após o décimo ano do ensino médio; a duração do programa foi de três anos.

Alguns entrevistados disseram que o aumento no número de técnicos de oftalmologia e optometristas nos últimos anos foi à custa de outras especializações e pessoal de nível médio de forma mais ampla. Em algumas províncias, os enfermeiros foram "retirados" do sistema para serem treinados nesta subespecialidade quando, em muitos casos, eles eram a única equipe disponível para prestar serviços de saúde.

Alguns entrevistados também falaram sobre os desequilíbrios de género na força de trabalho de oftalmologia, pois a especialização oftalmológica é realizada principalmente por homens, porque as enfermeiras preferem se especializar em saúde materna.

Para se especializar em oftalmologia, os candidatos precisam de uma qualificação médica geral como médico. O treinamento envolve quatro anos de especialização terciária supervisionada pelo Colégio de oftalmologia e Ordem dos Médicos. No entanto, actualmente, os critérios de elegibilidade para esta formação não são claros e os requisitos para as instituições de ensino em termos de capacidade, equipamento e suprimentos ainda não estão totalmente desenvolvidos. Uma grande parte da formação de pós-graduação em oftalmologia ocorre em Moçambique. Entretanto, antes da graduação, os formandos visitam universidades internacionais em Portugal ou Espanha, onde também fazem exames e são graduados. As ONGs também financiam programas de formação no Quênia, Tanzânia e Cuba, mas essa opção é muito cara.

O curso de quatro anos oferecido para optometristas ainda não está incluído na estrutura da carreira profissional de saúde, mas é provável que seja incluído na categoria técnico superior de N1 (titulares de nível de licenciatura), comparável a farmacêuticos e dentistas com diploma universitário. No momento da avaliação, as informações sobre os graduados em optometria estavam disponíveis para 2012, 2013 e 2014, com nove, seis e 13 formandos por ano, respectivamente.

Actualmente, não há formação em saúde ocular para auxiliares ou assistentes técnicos.

A política de Recursos Humanos para Saúde abrange recursos humanos para a saúde ocular e o actual Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (PNDRHS 2016-2025) inclui metas para formação de oftalmologistas e técnicos em oftalmologia. Para além da força de trabalho actual, o plano visa formar 26 oftalmologistas e 197 técnicos de oftalmologia até o ano de 2025. Também visa uma distribuição mais igualitária da força de trabalho de saúde ocular nas províncias. O PNDRHS, no entanto, considera apenas as categorias profissionais reconhecidas no actual quadro de cuidadores, o que deixa de fora os optometristas que estão a ser treinados, mas ainda não inclusos no quadro. O plano inclui a implantação de optometristas, mas o treinamento deste quadro é de responsabilidade do Ministério da Ciência e Tecnologia, e não do Ministério da Saúde. O plano também exclui os cirurgiões de catarata, que não são reconhecidos dentro do sistema.

O sistema de informação de recursos humanos (SIRH) em Moçambique utiliza uma plataforma electrónica local (eSIP) e inclui quadros de saúde ocular. O sistema é actualizado regularmente.

Alguns entrevistados disseram que, embora as ONGs e outros parceiros de desenvolvimento apoiassem a formação de pessoal oftalmológico, havia uma coordenação deficiente dessa formação com o Ministério da Saúde.

Medicamentos, produtos médicos e equipamentos para saúde ocular

O formulário nacional de medicamentos (FNM) contém 36 medicamentos para a saúde ocular. No entanto, a disponibilidade destes medicamentos varia. Por exemplo, a tetraciclina está quase sempre disponível e raramente há ruptura de estoque. O cloranfenicol, por outro lado, é mais problemático e pode ser de difícil acesso. Costuma haver ruptura de estoque de colírios por cerca de três meses. Existem também desigualdades na distribuição geográfica dos medicamentos. Os entrevistados da província da Zambézia, por exemplo, indicaram que, dos 36 medicamentos oftálmicos incluídos na lista, apenas 16 estão disponíveis na sua província e que o acesso a alguns deles é limitado. Alguns entrevistados disseram que a escassez de medicamentos a nível provincial é muitas vezes devido à escassez no nível central.

Equipamentos de saúde ocular são adquiridos pelo sistema com base nas requisições e disponibilidade de fundos. A oferta é muito limitada e apenas os hospitais provinciais e centrais estão bem equipados, particularmente quando recebem apoio de ONGs. A manutenção dos equipamentos existentes também é um desafio, pois os técnicos dos hospitais muitas vezes não conseguem reparar peças quebradas e o equipamento fica abandonado.

A maioria dos funcionários das unidades sanitárias entrevistados disse que não havia guiões nacionais para a gestão de problemas comuns de saúde ocular. Eles também estavam pouco seguros sobre a necessidade de tais diretrizes. Os entrevistados disseram que o currículo de formação padronizado assegurou a consistência da gestão de casos e é usado como diretrizes clínicas. Em casos em que uma nova estratégia de tratamento é desenvolvida, um novo curso de treinamento para profissionais de saúde pode ser organizado.

Sistemas de informação para a saúde ocular

A saúde ocular ainda não está integrada no Sistema de Informação de Saúde para Monitoria e Avaliação (SISMA) em Moçambique.

O programa nacional de saúde ocular tem cinco indicadores: número de pacientes operados por catarata, número de pacientes com glaucoma, número de pacientes com erros de refração, número de pacientes com tracoma e número de pacientes operados por triquíase tracomatosa (TT). Estes dados são reportados mensalmente pelos distritos e depois aos programas de saúde ocular a nível provincial. Em cada distrito, há um escritório distrital de estatísticas (NED) que reúne todos os dados relevantes até o décimo dia de cada mês.

Os dados são apresentados trimestralmente ao nível nacional por meio do programa nacional de saúde ocular e através da DNAM, mas o Departamento de M&A do Ministério da Saúde não agrupa quaisquer dados de saúde ocular para além dos relatórios enviados por todos os programas ao Departamento de Planificação e Cooperação. Isto significa que no momento da avaliação não existiam indicadores de saúde ocular relatados no sistema nacional de informações de saúde para monitoria e avaliação (SISMA). Existem discussões a nível nacional para integrar

os dados de saúde ocular nos SIS nacionais, mas o processo está atrasado devido a mudanças contínuas introduzidas no sistema nacional.

Algumas entrevistas também disseram que há variações no fluxo de reporte de dados dos níveis mais baixos aos mais altos. Por exemplo, os dados ao nível das unidades nem sempre são transmitidos aos distritos e os distritos, por vezes, enviam informações apenas quando solicitados. Há também problemas com recursos humanos necessários para agrupar, processar e analisar dados em diferentes níveis, resultando em envios tardios e dados incompletos.

Todos os funcionários do sector de saúde que estão registados para usar o SISMA podem ter acesso ao banco de dados. Os dados de saúde ocular, quando disponíveis, são usados para fins de avaliação e planificação.

No entanto, alguns entrevistados observaram problemas com a utilidade

das informações disponíveis, pois as pessoas que submetem os dados dos níveis mais baixos do sistema nem sempre sabem quais dados são necessários para fins de planificação e gestão. Os relatórios geralmente têm apenas dados estatísticos e não fornecem explicações narrativas. O sector privado não reporta dados regularmente e envia informações somente quando solicitado. As ONGs e outros parceiros de desenvolvimento apoiam o projecto e a manutenção de bancos de dados e treinamentos relacionados, focando geralmente nos formulários de coleta de dados específicos. No entanto, muitas vezes há modelos de relatórios diferentes usados em vários níveis, bem como sistemas paralelos para agrupar dados.

“ O SISMA não tem nada que diga respeito à saúde ocular, infelizmente não está integrado nenhum resumo. Já manifestamos interesse em ver os indicadores incluídos dentro da própria plataforma mas houve uma limitação por parte do próprio programa e não sabemos porquê ”(Dados da entrevista).

Conclusões

Este estudo teve como objectivo examinar diferentes componentes do sistema de saúde ocular em Moçambique e avaliar as suas ligações com o sistema de saúde mais amplo. O estudo descreve a natureza, o âmbito e as funções do sistema e identificou várias fraquezas e pontos fortes que precisam ser levados em conta ao planificar políticas e programas futuros de cuidados oculares. Estes são resumidos abaixo.

Governança de saúde ocular

Pontos fortes

- O programa nacional de saúde ocular (PNO) está estabelecido pelo Ministério da Saúde (MISAU) e faz parte da Direção Nacional de Assistência Médica.
- Existe um coordenador nacional saúde ocular, que fornece liderança ao programa nacional e é responsável pela implementação de políticas de saúde ocular em todo o país.
- O governo, através do MISAU, estabeleceu parcerias com várias organizações ONGs, que apoiam a prestação de serviços de saúde ocular em todo o país.
- O sistema de saúde ocular em Moçambique cumpre os mesmos regulamentos que o sistema de saúde mais amplo. Normas, protocolos, códigos de conduta e procedimentos de certificação são os mesmos do sistema geral de saúde.
- Existe também a MECC, um órgão consultivo do Ministério da Saúde (MISAU) em assuntos relacionados com a saúde ocular. O comité é composto principalmente por organizações não-governamentais e especialistas técnicos do MISAU.

Pontos fracos

- As partes interessadas na saúde ocular, e particularmente as OSCs e as OPDs, não estão adequadamente envolvidas na definição de prioridades e orçamentos para a saúde ocular em todos os níveis.
- A visibilidade da saúde ocular tanto na tomada de decisão quanto na alocação de recursos é limitada, já que outras doenças com alta morbidade e mortalidade - como malária, HIV / AIDS e tuberculose - recebem mais atenção do governo e dos doadores de desenvolvimento.
- A capacidade do programa nacional de saúde ocular é limitada, uma vez que tem que contar com contribuições voluntárias de pessoal técnico envolvido em múltiplas actividades; no momento, não há especialistas técnicos seniores que estejam exclusivamente envolvidos na formulação de políticas de saúde ocular.
- Embora os esforços de advocacia com foco na inclusão social tenham começado a dar frutos, e várias instituições públicas tenham começado a instalar rampas para melhorar o acesso de pessoas com problemas de mobilidade, há reservas sobre a eficácia de tais acções; as rampas muitas vezes não cumprem com as especificações técnicas, e muitos outros aspectos da acomodação razoável para pessoas com deficiência são negligenciados.

Financiamento da saúde ocular

Pontos fortes

- O governo oferece financiamento para apoiar os custos fixos, como salários dos profissionais de saúde ocular, infraestrutura, contas de serviços públicos e administração em unidades oftalmológicas.
- Existem várias ONGs e outros parceiros de desenvolvimento que apoiam financeiramente o atendimento oftalmológico - em grande parte, custos operacionais de actividades, clínicas móveis, equipamentos e suprimentos, campanhas de educação em saúde, treinamento e supervisão.
- Há uma política de isenção de taxas para grupos vulneráveis, incluindo crianças menores de cinco anos, mulheres grávidas, idosos, ex-combatentes e pessoas com doenças crónicas, embora o estudo não tenha encontrado nenhuma informação sobre o funcionamento e eficácia das isenções na prática.
- O financiamento da saúde baseia-se nos princípios da descentralização, que visam dar autonomia financeira às áreas locais e melhorar a planificação e a prestação de serviços junto aos usuários.
- Existe um esquema para funcionários do sector público que fornece acesso a cuidados de saúde gratuitos, incluindo atendimento oftalmológico.
- Existem esquemas de seguro privado para trabalhadores do sector privado e trabalhadores autónomos com renda moderada a alta.

Pontos fracos

- Os serviços de cuidados oculares recebem recursos financeiros limitados do governo devido ao escasso financiamento dentro do sistema geral de saúde e uma grande carga de outras condições consideradas prioritárias, como saúde materna e infantil, malária, HIV/SIDA e tuberculose.
- Os recursos disponíveis através do governo não são suficientes para cobrir todos os custos de atendimento ocular; como resultado, o programa de saúde ocular depende muito do apoio financeiro de ONGs e outros parceiros de desenvolvimento.
- Existem desafios na implementação das políticas de descentralização, com demarcação pouco clara e duplicação de funções e despesas entre os níveis provincial, distrital e comunitário.
- Apenas uma pequena minoria de pacientes é capaz de cobrir os custos de viagens para grandes hospitais, onde as cirurgias de catarata são fornecidas de forma contínua. Isso leva a uma necessidade de fornecer campanhas de cirurgias mais próximas da comunidade e aumenta os custos gerais das cirurgias, que o governo não pode sustentar sem um subsídio de financiadores externos.
- Existem informações limitadas sobre os gastos com atendimento ocular, pois os recursos alocados pelo governo não são destinados à saúde ocular e muitos programas financiados externamente nas províncias não relatam seus gastos.
- Não existe um esquema de seguro social ou público que cubra os custos do tratamento ocular.

Prestação de serviços de saúde ocular

Pontos fortes

- Os serviços de saúde ocular são prestados predominantemente no sector público.
- A saúde ocular é prestada em três níveis: primário, secundário e terciário.
- O número de cirurgias de catarata aumentou significativamente em 2015, maioritariamente devido ao aumento de actividades de campanhas.
- Existem padrões de qualidade em cuidados gerais de saúde que se aplicam à saúde ocular e são seguidos por trabalhadores de saúde ocular.
- Existem programas de saúde escolar realizados através de campanhas em áreas urbanas e rurais. A triagem ocular é integrada a essas campanhas, quando possível.
- Existe um programa vertical com bons recursos para a eliminação do tracoma que causa cegueira, que desenvolveu sistemas para garantia da qualidade e supervisão do pessoal.

Pontos fracos

- A TCC - número de cirurgias por milhão de habitantes por ano – estimada é de aproximadamente 333 por milhão. Isto é muito mais baixo do que o nível recomendado para a África de 2000 por milhão e é declaradamente o mais baixo na região da SADC.
- A infraestrutura de saúde ocular permanece muito limitada e os serviços muitas vezes só estão disponíveis a partir do nível secundário para cima; uma grande parte da população não recebe serviços porque não pode viajar para grandes hospitais localizados no centro.
- Campanhas e programas de saúde escolar dependem frequentemente de fundos disponíveis através de ONGs e outros parceiros de desenvolvimento.
- O acesso aos óculos é limitado por preços altos, que são proibitivos para a maioria da população.

Recursos Humanos para saúde ocular

Pontos fortes

- O país possui diferentes quadros de saúde ocular implantados no sistema nacional de saúde: oftalmologistas, optometristas, técnicos de oftalmologia, ortoptistas e ópticos.
- Existem cinco instituições de formação no país que oferecem programas para oftalmologistas, técnicos de oftalmologia e optometristas. O departamento de oftalmologia do Hospital Central de Maputo é financiado pelo governo e é a instituição que treina oftalmologistas. A Universidade Lúrio é a instituição de formação em optometria, com 20 vagas por ano; enquanto técnicos de oftalmologia são treinados nos institutos de saúde em Maputo, Beira e Nampula.
- O número de profissionais de cuidados oculares, particularmente os técnicos de oftalmologia, aumentou na última década. No momento da avaliação, 236 profissionais oftalmológicos foram contabilizados em Moçambique. A maioria (74,2%) são técnicos de oftalmologia.
- O pessoal de saúde ocular é treinado seguindo os mesmos regulamentos que outros profissionais de saúde. Todo o treinamento é aprovado pelo Ministério da Saúde (MISAU) e os

currículos nacionais são padronizados e obrigatórios para todas as instituições de ensino. O currículo em oftalmologia é revisto pelo MISAU a cada 10 anos.

- Existem organismos de acreditação para diferentes quadros: Colégio de Oftalmologia para oftalmologistas, Ministério do Ensino Superior Ciência e Tecnologia para optometristas e Quadro do Ministério da Saúde para técnicos de oftalmologia.
- A política de Recursos Humanos para a Saúde abrange recursos humanos para a saúde ocular, e o actual PNDRHS 2016-2025 inclui metas para treinamento de oftalmologistas e técnicos oftalmológicos. Além da força de trabalho actual, o plano visa formar 26 oftalmologistas e 197 técnicos oftalmológicos até 2025. O plano também visa uma distribuição mais igualitária da força de trabalho de saúde ocular nas províncias.
- Existe um sistema nacional de informação de recursos humanos (SIRH) que utiliza uma plataforma electrónica local (eSIP) e inclui dados sobre o pessoal de saúde ocular. O sistema é actualizado regularmente.

Pontos fracos

- O número de oftalmologistas e pessoal de nível intermediário está bem abaixo dos níveis recomendados para a África. No momento da avaliação, havia apenas 20 oftalmologistas, o que é menos de 0,7 por milhão de habitantes - 5,5 vezes menos que os níveis recomendados (quatro por milhão). A proporção de técnicos de oftalmologia para a população é de cerca de seis por milhão, o que também é inferior ao nível recomendado de 10 por milhão.
- Existe um número insuficiente de graduados em medicina e um número limitado de interessados em especialização em oftalmologia, em grande parte porque o sistema tem capacidade limitada para implantar adequadamente os recém-formados. O número de unidades sanitárias com infraestrutura adequada é limitado, e a equipe oftalmológica geralmente precisa realizar outras tarefas de assistência médica ou administrativas, já que não dispõem de equipamentos ou consumíveis para prestar serviços oftalmológicos. Existem também limitações impostas pelo Ministério da Saúde, que regulamenta a especialização médica em favor de outras doenças consideradas prioritárias.
- Os oftalmologistas tendem a permanecer em grandes áreas urbanas, onde há hospitais com infraestrutura cirúrgica e oportunidades de prática privada. Como resultado, existem desigualdades significativas na distribuição geográfica do pessoal em Moçambique, e grande parte do país continua carente. Mais de 40% de todo o pessoal oftalmológico em serviço está sediado nas províncias de Sofala e Nampula. Juntas, essas duas províncias implantam 96 de 236 (40,7%) profissionais de saúde ocular que atendem apenas 27,4% da população do país. Os dois únicos ortoptistas disponíveis no país estão a trabalhar no Hospital Central de Maputo (HCM).
- Existem desequilíbrios de género na força de trabalho de cuidados oculares, pois a especialização oftalmológica é realizada principalmente por homens, porque as enfermeiras preferem se especializar em saúde materna.
- O apoio dos parceiros de desenvolvimento para recursos humanos para a saúde ocular (HReH) é mal coordenado com o Ministério da Saúde, no que concerne a formação de técnicos de oftalmologia e oftalmologistas.

- O âmbito do trabalho de optometria em Moçambique permanece pouco claro. No momento desta avaliação, o curso de quatro anos oferecido para optometristas ainda não estava incluído na estrutura da carreira do profissional de saúde e não havia metas para o treinamento de optometristas no plano nacional de RHS.
- No momento da avaliação, não havia treinamento em saúde ocular para o pessoal auxiliar ou assistentes técnicos, e os cirurgiões de catarata não existem dentro do sistema nacional de saúde.

Medicamentos e produtos médicos de saúde ocular

Pontos fortes

- Os medicamentos essenciais para a saúde ocular estão incluídos na lista nacional de medicamentos essenciais. O formulário nacional de medicamentos (FNM) contém 36 medicamentos para a saúde ocular.
- Existe um sistema nacional de compras com agências designadas para regulamentar, comprar e distribuir equipamentos e suprimentos médicos.

Pontos fracos

- A disponibilidade de medicamentos e consumíveis de saúde ocular varia de acordo com as unidades sanitárias, e há interrupções regulares no fornecimento dos produtos essenciais.
- O fornecimento de equipamento de cuidados oculares é muito limitado e apenas os hospitais provinciais e centrais estão devidamente equipados, particularmente quando recebem apoio de ONGs.
- A manutenção do equipamento existente é um desafio, pois os técnicos dos hospitais não conseguem reparar as peças avariadas e o equipamento é muitas vezes abandonado.
- A maioria dos medicamentos e consumíveis para cirurgias estão disponíveis apenas através do apoio de ONGs.

Sistema de informação de saúde ocular

Pontos fortes

- Existem plataformas eletrônicas para reportar dados de saúde em Moçambique.
 - O programa nacional de saúde ocular tem cinco indicadores: número de pacientes operados por catarata, número de pacientes com glaucoma, número de pacientes com erros de refração, número de pacientes com tracoma e número de pacientes operados por TT.
 - Os dados das unidades sanitárias são reportados mensalmente aos distritos e depois ao nível provincial. Existe um núcleo de estatística distrital (NED) em cada distrito. Os dados para o nível nacional são reportados trimestralmente.
 - Todos os funcionários do sector da saúde que estão registrados para usar o SIS têm acesso ao banco de dados. Os dados de saúde ocular, quando disponíveis, são usados para fins de avaliação e planificação.
-

- ONGs e outros parceiros de desenvolvimento apoiam a concepção e manutenção de bases de dados e formação relacionada.

Pontos fracos

- A saúde ocular ainda não é parte integrante do sistema nacional de informação em saúde. O Departamento de M&A do Ministério da Saúde não agrupa dados de saúde ocular, e não há indicadores de saúde ocular relatados no SISMA.
- Existem variações na forma como os dados são reportados dos níveis mais baixos para os níveis superiores do sistema. Há uma escassez de recursos humanos necessários para agrupar, processar e analisar os dados em diferentes níveis, resultando em submissão tardia e dados incompletos.
- Existem diferentes modelos de relatórios em vários níveis do sistema de saúde e sistemas paralelos para agrupar dados.
- Existem problemas com a utilidade dos dados coletados, pois as pessoas que enviam dados dos níveis mais baixos do sistema nem sempre sabem quais dados são necessários para fins de planificação e gestão.
- O sector privado não reporta dados com regularidade.

Referências bibliográficas

1. Blanchet K, Gilbert C, de Savigny D. 2014. Rethinking eye health systems to achieve universal coverage: the role of research. *British Journal of Ophthalmology*. Volume 98, Issue 10.
2. Blanchet, K., C. Gilbert, R. Lindfield & S. Crook (eds). 2012. *Eye Health Systems Assessment (EHSA): How to connect eye care with the general health system*, April 2012
3. Bourne RR, Flaxman SR, Braithwaite T, et al. 2017. Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*; 5: e888–97.
4. Bryan L, Conway M, Keesmaat T, McKenna S, Richardson B. 2010. Strengthening sub-Saharan Africa's health systems: a practical approach. *McKinsey Quarterly*.
5. Chagunda, M., Roba, A. R. & Machissa, T. 2012 *Avaliação Rápida de Cegueira Evitável (ARCE) na província de Sofala, Moçambique*.
6. *Eye Health System Assessment (EHSA): How to Connect Eye Care with the General Health System* [disponível em <http://iceh.lshtm.ac.uk/files/2014/03/Eye-health-systems-assessment.pdf>] (acessado August 2018).
7. Flaxman SR, Bourne RR, Resnikoff S, et. 2017. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990–2020: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*; 5: e1221–34
8. Ghana Ministry of Health. 2013. *Eye health systems assessment: Ghana Country Report*. Ghana: Ghana Health Service, International Centre for Eye Health, Sightsavers.
9. Health Systems 20/20. 2012. *The Health System Assessment Approach: A How-To Manual*. Version 2.0. www.healthsystemassessment.org.
10. Instituto Nacional de Estatística. 2017. *Estatísticas Anuais 2017*.
11. Kenya Ministry of Health. 2017. *Kenya eye health systems assessment*. Kenya: Ministry of Health Kenya and Sightsavers.
12. Kimani, K., Vilanculos, A. J., Oye, J. E. 2011. *Avaliação Rápida de Cegueira Evitável na Província de Nampula*.
13. Light for the World. 2015. *Moçambique: Plano Estratégico 2016-2020*.
14. Malawi Ministry of Health. 2017. *Eye care service assessment Malawi*. Malawi Ministry of Health and Sightsavers.
15. Mali Ministry of Health. 2017. *Mali Eye Health Systems Assessment Report*. Ministry of Health Mali and Sightsavers.

16. Massingue, L. *et al.* 2017. *Fortalecimento do Sistema de Saúde*, Junho.
17. Minnies, D. 2016. *Avaliação Rápida de Cegueira Evitável na Província de Inhambane*, Moçambique, ICEH.
18. MISAU. 2012. *Relatório Da Revisão Do Sector De Saúde*.
19. MISAU. 2017. *Plano Nacional Visão 2020 Moçambique, 2015-2019*
20. MISAU. 2016. *Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, 2016-2025*.
21. Mozambique Eye Care Project. 2014. *Avaliação Rápida de Erros de Refracção e Estudo da Qualidade de Vida em Moçambique. Nampula, Mozambique*.
22. Mozambique Eye Health Advocacy Group. 2014. *Cuidados Oculares Primários Integrados na Saúde Primária em Moçambique: Recursos humanos, prestação de serviços e mobilização comunitária [Papel de Posição]*
23. Naidoo K, Gichuhi S, Basáñez M-G, Flaxman SR, Jonas JB, Keeffe J, *et al.* 2014. Prevalence and causes of vision loss in sub-Saharan Africa: 1990–2010. *British Journal of Ophthalmology*; 98(5):612-8.
24. Olhos do Mundo, 2016. *Avaliação Rápida de Cegueira Evitável: província de Inhambane*, Moçambique, 2016.
25. Parceiros do MECC. 2011. *The Mozambique Eye Care Coalition: Preparation of 2012-2017 National Eye Care Plan 2011: Annual Report to MISAU*. Maputo.
26. Shah, K. 2015 *Refraction in Mozambique: Assessments of Practice and Development of Competency Frameworks for Eye Care Staff*, Doctoral Thesis, Dublin Institute of Technology. doi: 10.21427/D7V300.
27. Sherr K, Cuembelo F, Michel C, *et al.*, 2013. Strengthening integrated primary health care in Sofala, Mozambique. *BMC Health Services Research.*, 13(Suppl 2):S4.
28. Sierra Leone Ministry of Health. 2013. *Eye health systems assessment: Sierra Leone Country Report*. Sierra Leone: Ministry of Health and Sanitation, International Centre for Eye Health, Sightsavers.
29. Sightsavers, 2011. *Rapid Assessment of Avoidable of Avoidable Blindness: Nampula, Mozambique*.
30. Singano, C. 2016. *A Epidemiologia de Tracoma e factores associados em Moçambique*
31. Tanzania Ministry of Health. 2017. *Eye health systems assessment: Mainland Tanzania*. Ministry of Health Tanzania and Sightsavers.
32. WHO. 2000. *Elimination of avoidable visual disability due to refractive errors*. Report of an Informal Planning Meeting, Geneva, 3-5 July 2000.

33. WHO. 2007. Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. World Health Organization: Geneva
34. WHO World Health Statistics. 2017. Monitoring health for the SDGs. World Health Organization: Geneva.
35. World Bank. Databank: GDP per capita 1960-2016. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> (acessado Agosto 2018)
36. Zambujo, Y. 2010. "A Situação Assistencial Oftalmológica Moçambicana" in *Oftalmologia*. Vol. 34, Julho-Setembro 2010, pp 417-419.

Apêndices

Apêndice 1: Entrevistados do estudo

| Região | Província | Distrito | Nível de prestação de serviços | Nº de entrevistados | Ponto de situação |
|-----------------------|-----------|--------------|---|---------------------|-------------------|
| ONGs e sector privado | | | LftW | 4 | Feito |
| | | | OMS | | Recusou |
| | | | Sunshine | | Feito |
| | | | H. do Olho | | Feito |
| MISAU | | | Seis blocos de construção do sistema de saúde | 10 | Feito |
| | | | | | Recusou |
| | | | | | Feito |
| | | | | | Recusou |
| Sul | Gaza | Bilene Macia | Fraco | 3 | Feito |
| | | | | | Feito |
| | | | | | Feito |
| | Maputo | Manhiça | Médio | 3 | Feito |
| | | | | | Feito |
| | | | | | Feito |

| Região | Província | Distrito | Nível | Nº de entrevistados | Ponto de situação | |
|--------|-----------|-----------------|-------|---------------------|-------------------|-------|
| Centro | Manica | Gondola | Médio | 3 | Feito | |
| | | | | | Feito | |
| | | | | | Feito | |
| | | Hosp P. Chimoio | Bom | 3 | Feito | |
| | | | | | Feito | |
| | | | | | Feito | |
| | Zambézia | Quelimane DPS | Bom | 5 | Feito | |
| | | | | | Feito | |
| | | | | | Feito | |
| | | | | | Feito | |
| | | | | | Feito | |
| | | Mocuba | Fraco | 3 | Feito | |
| Feito | | | | | | |
| Feito | | | | | | |
| Norte | Nampula | Angoche | Fraco | 3 | Feito | |
| | | | | | Feito | |
| | | | | | Feito | |
| | | DPS | | | 4 | Feito |
| | | | | | | Feito |
| | | | | | | Feito |
| | | | | | | Feito |
| | Niassa | H. P. Lichinga | Médio | 3 | Feito | |
| | | | | | Feito | |
| | | | | | Feito | |
| | | Cuamba | Fraco | 4 | Feito | |
| | | | | | Feito | |
| Feito | | | | | | |
| Feito | | | | | | |

Apêndice 2: Relatório anual do MECC – 2016

RESUMO DOS DADOS NACIONAIS DE OFTALMOLOGIA

2016

Este documento resume os dados produzidos ao nível do país na área de oftalmologia no período de Janeiro à Dezembro de 2016 incluindo as organizações que apoiam a saúde ocular.

Tabela 1: Membros do MECC no país

| Membros e ONGs | Área geográfica | Áreas de apoio |
|----------------------------|-------------------------------------|--|
| Sightsavers | Nampula | <ol style="list-style-type: none">1. Controle de doença (cuidados clínicos, clínicas moveis, campanhas de cirurgias de catarata e outras doenças oculares, consultas de rotinas e prevenção).2. Desenvolvimento de Recursos Humanos (bolsas de estudos para oftalmologistas na Cuba e Quênia, apoio da formação de técnicos de oftalmologia no ICSN e formações contínuas).3. Infraestruturas e equipamentos (construção do blocos cirúrgicos nos distritos, fornecimento de medicamentos, Consumíveis e Kits Cirúrgicos, óculos, equipamentos e consumíveis na província).4. Meios Circulantes (Viaturas e Motorizadas)5. Advocacia |
| Light for the World | Sofala, Tete, Niassa e Cabo Delgado | <ol style="list-style-type: none">1. Controle de doença (cuidados clínicos, campanhas compreensivas de cirurgias de catarata, consultas de rotinas e prevenção) |

| | | |
|-----------------------|------------------------|--|
| | | <p>2. Desenvolvimento de Recursos Humanos (bolsas de estudos para oftalmologistas em Quênia e Tanzânia, apoio da formação de técnicos de oftalmologia no ICSB e formações contínuas).</p> <p>3. Infraestruturas (construção do bloco de oftalmologia no HCB, fornecimento de medicamentos, equipamentos e consumíveis nas 4 províncias).</p> |
| Membros e ONGs | Área geográfica | Áreas de apoio |
| Uls del Mudo | Inhamabane | Controle de doença (cuidados clínicos, campanhas compreensivas de cirurgias de catarata, consultas de rotinas e prevenção); banco de óculos |
| MISAU | Nacional | Recursos Humanos, infraestrutura, custos administrativos, Medicamentos, equipamentos... |
| Envision RTI | Nacional | DTNs |

Tabela 2: Desenvolvimento Recursos Humanos

Esta tabela mostra o número de recursos humanos por tipo existentes em cada província do país.

| PROVINCIA / População | ONG/Apoio | Oftalmologistas | T. oftalmologia | Optometristas | Ortopistas | Aux/oculistas |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------|---------------|------------|---------------|
| Maputo Cidade | Só MISAU | 6 | 16 | 5 | 2 | 2 |
| Maputo Província | Só MISAU | 1 | 6 | 3 | 0 | 1 |
| Gaza | Só MISAU | 0 | 7 | 1 | 0 | 0 |
| Inhambane | Uls del Mundo | 2 | 7 | 2 | 0 | 0 |
| Manica | NABP | 1 | 16 | 1 | 0 | 1 |
| Sofala | LIGHT FOR THE WORLD INTERNATIONAL | 3 (1 nacional, 1 Koreano e 1 Cubano) | 42 | 2 | 0 | 2 |
| Tete | LIGHT FOR THE WORLD INTERNATIONAL | 0 | 11 | 2 | 0 | 0 |
| Zambézia | Light for the world | 2 | 12 | 3 | 0 | 2 |
| Nampula | SIGHTSAVERS | 3 (1 Nacional e 2 Cubanas) | 47 | 0 | 0 | 2 |
| Niassa | LIGHT FOR THE WORLD | 1 Koreano | 10 | 2 | 0 | 1 |

| | | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------------------|------------|------------|-----------|----------|-----------|--|----|
| | INTERNATIONAL | | | | | | | |
| Cabo Delgado | LIGHT FOR THE WORLD INTERNATIONAL | 1 (Cubano) | 9 | 2 | 0 | 2 | | 13 |
| Totals | | 20 | 183 | 23 | 2 | 13 | | |

Tabela 2: Controle das doenças:

| PROVINCIA/ POPULACA O | ONG/Apoio | Pacientes observado s | Cataratas diagnostica das | Cataratas operada s | Erros de refracçã o | Casos de TF | Cirurgias de TT | Cirurgias de glaucoma |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------|--------------------|--------------------------|
| Maputo Cidade | Só MISAU | 43,468 | 1,970 | 707 | 16,233 | - | 86 | 86 |
| Maputo Província | Só MISAU | 22,426 | 830 | 1,010 | 3,788 | | 3 | 2 |
| Gaza | Só MISAU | 19,018 | 1,362 | 283 | 3,366 | | 3 | 6 |
| Inhambane | ULS DEL MUDO | 18,000 | 1,848 | 800 | 4,529 | 23 | 43 | 0 |
| Manica | NAPB | 35,113 | 2,382 | 786 | 2,209 | 237 | 54 | 776 |
| Sofala | LfW | 76,401 | 6,318 | 610 | 9,757 | 271 | 42 | |
| Tete | LfW | 30,107 | 1,267 | 258 | 2,880 | 464 | 18 | 0 |
| Zambézia | LfW | 22,549 | 4,189 | 994 | 3,725 | 115 | 17 | 8 |
| Nampula | SIGHTSAVERS | 95,205 | 4,340 | 2,747 | 20,797 | 670 | 775 | 10 |
| Niassa | LfW | 32,522 | 1,164 | 257 | 2,058 | 141 | 16 | 0 |
| Cabo Delgado | LfW | 20,772 | 2,554 | 301 | 3,719 | 60 | 580 | 0 |
| Totals | | 415,581 | 28,224 | 8,753 | 73,061 | 1,981 | 1,637 | 889 |

Tabela 3: Infraestrutura

Os indicadores chave para as infraestruturas de saúde ocular a nível terciário/secundário são:

- Microscópio de cirurgia e lâmpada de fenda
- Sala de cirurgia própria, sala de consulta própria, camas próprias.
- Abastecimento regular em consumíveis e capacidade de transporte para campanha de cirurgia.

Uma avaliação exaustiva das necessidades em infraestrutura deveria ser feita para o próximo Plano Nacional, para um melhor seguimento.

| PROVINCIAS | MISAU/INGO | 2016 |
|-------------------------|-------------------|-------------|
| Maputo Cidade | MISAU | |
| Maputo Província | MISAU | |
| Gaza | MISAU | |
| Inhambane | MISAU + UdM | |
| Manica | MISAU + NABP | |
| Sofala | MISAU + L-INT | OK |
| Tete | MISAU + L-INT | OK |
| Zambézia | MISAU + L-INT | |
| Nampula | MISAU + SSI | |
| Niassa | MISAU + L-INT | OK |
| Cabo Delgado | MISAU + L-INT | OK |
| Totals | | |

Tabela 4: Investimentos:

As ONGs apoiam o desenvolvimento dos serviços em parceria com o Governo.

Elas procuram recursos de varias maneiras, (doações privadas, financiamentos bilateral, doações de associações, etc.).

Esta tabela mostra unicamente os investimentos directos, não mostra investimentos indirectos como RH, Transporte, Pesquisas, Coordenação, Desenvolvimento de parceria e não inclui custos de Gestão (salários e custos de funcionamento do escritório,).

| Províncias | ONG | Investimento (Sector) £ | Total investido em MZN | Observações |
|-------------------------|-------------|--------------------------------|-------------------------------|---|
| Nacional | RTI | | | |
| Maputo Cidade | | | | |
| Maputo Província | | | | |
| Gaza | | | | |
| Inhamban e | UdM | | | |
| Manica | | | | |
| Sofala | Lftw | 242.377,64 | 22.056.366,00 | Inclui a construção do bloco de oftalmologia no HCB |
| Tete | LftW | 24.645,38 | 2.242.730,00 | |
| Zambézia | LftW | | | |
| Nampula Nampula | Sightsavers | 341.918,9£ | 31.114.620,71 | Incluí aquisição de viaturas do tipo ambulância. |
| Niassa | LftW | 19.180,2 | 1.745.400,00 | |
| Cabo Delgado | LftW | 30.883,15 | 2.810,367,00 | |
| Totals | | 659.005,27£ | 59.969.483,71MZN | |

4. Desafios

Cada organização ou província deverá listar aqui os desafios enfrentados durante o ano de 2016:

5. Coordenação e Planificação

Coligação Moçambicana de Saúde Ocular (MECC) organiza encontros entre os seus membros duas vezes por ano a fim de coordenar actividades. Depois de cada encontro elaboram-se minutas difundidas para cada membro.

7. Coligação Moçambicana de Saúde Ocular: Membros activos

| | Membros | Origem | Contacto | Experiência em África | Experiência em Moçambique |
|--------------------|--|-------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| MISAU | Programa Nacional de Oftalmologia | Moçambique | Mariamo Abdala/Margarida Chagunda | | |
| UdM | Ulls del Mon | Espanha | E. Lavis | 2001 | 2003 |
| LftW | Light for the World | Áustria | Z. Zicai | 1988 | 2003 |
| Sightsavers | Sight Savers International | Reino Unido | I. Hasane | 1949 | 2007 |
| BHVI | Instituto de Visão Brian Holden | Austrália | Mauricio Pene | 2004 | 2006 |
| IAPB | Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira | Reino Unido | A. Magave | 1978 | 2005 |
| ENVISION | Envision (RTI) | EUA | Augusto Gerito | 2011 | 2012 (trabalha com DTNs) |

We work with partners in
low and middle income countries
to eliminate avoidable blindness
and promote equal opportunities
for people with disabilities

www.sightsavers.org

Visit our research centre:

www.research.sightsavers.org



SightsaversUK



@Sightsavers @Sightsavers_Pol



@sightsavers



SightsaversTV

Bumpers Way
Bumpers Farm
Chippenham
SN14 6NG
UK

+44 (0)1444 446 600

info@sightsavers.org

