



COMITÉ REGIONAL AFRICANO

ORIGINAL: INGLÊS

Quinquagésima-oitava sessão
Yaoundé, República dos Camarões, 1–5 de Setembro de 2008

Ponto 7.5 da ordem do dia provisória

**PERTURBAÇÕES CAUSADAS POR CARÊNCIA DE IODO
NA REGIÃO AFRICANA DA OMS:
ANÁLISE DA SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS**

Relatório do Director Regional

ÍNDICE

	<i>Parágrafos</i>
ANTECEDENTES	1–12
PROBLEMAS E DESAFIOS	13–24
ACÇÕES PROPOSTAS	25–39

ANTECEDENTES

1. Perturbações causadas por carência de iodo (IDD) são os numerosos problemas de saúde associados à carência de iodo¹, numa determinada população. Esses problemas são o bócio, partos de nados-mortos, atrasos no crescimento (cretinismo), problemas de tiróide e problemas mentais (deficiente desenvolvimento neurocognitivo), todos eles evitáveis por uma ingestão adequada de iodo. As grávidas e as crianças pequenas que vivem em regiões afectadas pela carência de iodo constituem os principais grupos de risco.
2. A carência de iodo é causada por uma baixa presença de iodo nos regimes alimentares. As populações, que vivem em áreas em que o teor de iodo no solo foi desgastado, por repetidas passagens de água e por chuvas intensas, são especialmente afectadas. As colheitas feitas nesses solos têm níveis insuficientes de iodo.
3. As perturbações causadas pela carência de iodo são um problema de saúde pública nas populações em que a presença média de iodo na urina é inferior a 100 µg/l ou em que mais de 5% das crianças com 6 a 12 anos têm bócio. Nas zonas com graves carências de iodo, o cretinismo pode afectar entre 5% a 15% da população, podendo causar uma perda média no quociente de inteligência de 13,5 pontos².
4. Em 1990, a Resolução WHA43.2, da Assembleia Mundial da Saúde, aprovou o objectivo de eliminar a IDD como problema de saúde pública³. Em 1993, a OMS, o UNICEF e o Conselho Internacional para o Controlo das Perturbações causadas pela Carência de Iodo (ICCIDD) recomendaram a utilização universal de sal iodado, como principal estratégia para se conseguir a eliminação das IDD⁴. Nas áreas de alto risco, recomenda-se o óleo iodado para os grupos mais vulneráveis, nomeadamente, as grávidas e as crianças pequenas.
5. Actualmente, entre um quarto e um terço da população mundial não está protegida contra as IDD. Por esta razão, em 2005 e 2007, a Assembleia Mundial da Saúde, através das resoluções WHA58.24 e WHA60.21 sobre a eliminação continuada das perturbações causadas pela carência de iodo, apelava aos países para estabelecerem coligações multidisciplinares nacionais cujo objectivo seria o de monitorizar o estado nutricional relativamente ao iodo de três em três anos e apresentar relatórios sobre os progressos efectuados à Assembleia Mundial da Saúde.
6. A eliminação das perturbações causadas pela carência de iodo contribuirá para melhorar o desenvolvimento cognitivo das crianças, reduzir o número de nados-mortos e reduzir o número de casos de atraso no crescimento. Essa eliminação contribuirá para melhorar o aproveitamento no ensino primário, reduzir a subnutrição, reduzir a morbilidade e a mortalidade infantil, reduzir o número de abortos espontâneos e melhorar a saúde materna, contribuindo, desse modo, para a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (1, 2, 4 e 5).

¹ World Health Organization, Executive Board EB103/27: Iodine deficiency, *Report by the Secretariat*, 1999.

² Bleichrodt N, Born MP, A meta-analysis of research on iodine and its relationship to cognitive development. In: Stanbury JB (ed), *The damaged brain of iodine deficiency*, New York, Cognizant Communication, 1994, pp. 195–200.

³ Resolution WHA43.2, The prevention and control of iodine deficiency disorders. In: Forty-third World Health Assembly, Geneva, World Health Organization, 1990.

⁴ WHO, UNICEF, ICCIDD, Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers, second edition, Geneva, World Health Organization, 2001.

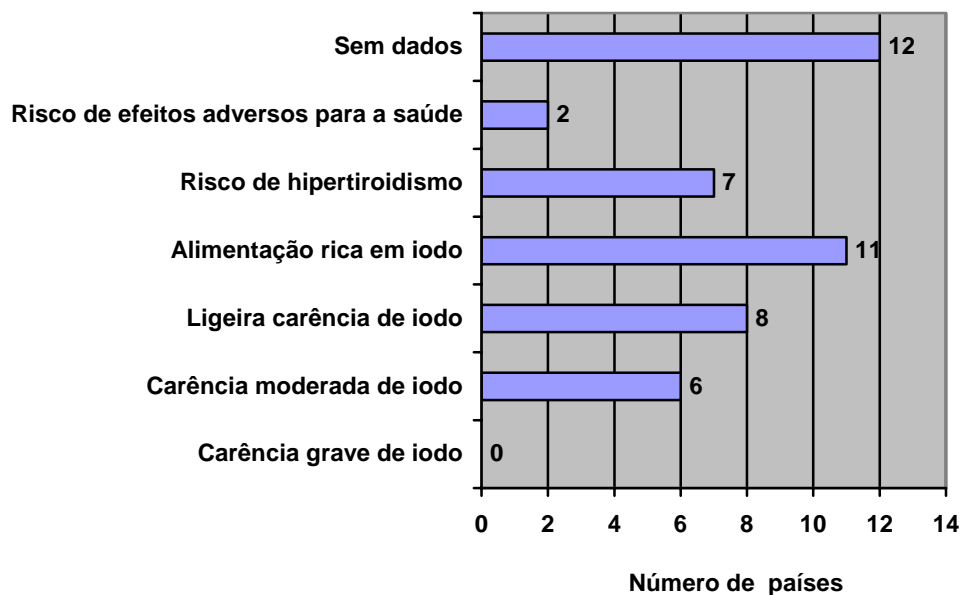
7. Na década de 1990, registaram-se, na Região Africana, alguns progressos regulares no controlo das IDD. As acções que contribuíram para esses progressos foram a advocacia, a colaboração inter-agências, a disponibilidade de sal iodado, a sensibilização, a monitorização eficaz, a existência de fortes parcerias públicas-privadas e a coordenação por equipas de intervenção multisectoriais na área das IDD, a nível regional e nacional.⁵

8. Os dados constantes da base de dados mundial da OMS⁶ revelam que 54 países, em todo o mundo, têm populações com ingestão insuficiente de iodo, conforme indica a mediana de iodo na urina, que se situa abaixo dos 100 µg/l. Desses 54 países, 14 pertencem à Região Africana.

9. De 1997 a 2007, a percentagem de famílias que usam sal iodado, na Região, aumentou em 20%. Contudo, 15% desse aumento ocorreu entre 1997 e 2000 e apenas 5% entre 2001 e 2007⁷, devido a um abrandamento nos esforços de controlo das IDD.

10. Onze dos 34 países que reportaram resultados à OMS têm uma alimentação rica em iodo (mediana do iodo urinário entre 100–199 µg/l), conforme demonstra a Figura 1. Não há dados disponíveis para 12 países. Nenhum país da Região tem IDD graves; todavia, persiste em muitos países uma ingestão de iodo insuficiente ou excessiva.

Figura 1: Número de países classificados por ingestão de iodo nos alunos da Região Africana



*Source: WHO, Iodine status worldwide, WHO Global database on iodine deficiency, World Health Organization, 2004.

⁵ Hetzel BS et al (eds), *Towards the global elimination of brain damage due to iodine deficiency*, New Delhi, Oxford University Press, 2004.

⁶ WHO, Iodine status worldwide: WHO global database on iodine deficiency, Geneva, World Health Organization, 2004.

⁷ Anon, UNICEF report suggests global progress against iodine deficiency is slowing, *IDD Newsletter* 23:10–11, 2007.

11. Presentemente, apenas a Nigéria foi certificada como tendo atingido o objectivo da eliminação sustentada das IDD na Região Africana. Tal foi possível devido a um sistema de monitorização descentralizado, um eficiente e ultra-moderno laboratório de análises, um mercado de sal higienizado, uma inspecção rigorosa e aplicação das leis de iodização universal do sal, campanhas intensivas na comunicação social, *marketing* social, parcerias públicas-privadas, colaboração com organizações internacionais e advocacia a alto nível⁸.

12. O presente documento identifica os problemas e os desafios, propondo acções destinadas a revitalizar os programas de eliminação das perturbações causadas por carência de iodo, na Região Africana.

PROBLEMAS E DESAFIOS

13. Embora os programas sobre as perturbações causadas por carência de iodo em África tenham feito alguns progressos, existem alguns problemas que continuam a dificultar a referida eliminação na Região. Os dois principais desafios são garantir a sustentabilidade, a longo prazo, dos programas de iodização do sal e fornecer sal iodado a todas as comunidades-alvo, nomeadamente as populações pobres, deslocadas ou remotas.

14. A harmonização das leis sobre iodização do sal, para facilitar o comércio do sal entre os países, tem sido difícil. No entanto, é preciso envolver todas as comunidades económicas regionais na harmonização dos regulamentos.

15. A falta de capacidade para fazer aplicar a legislação facilita, a alguns fabricantes e comerciantes, a venda de sal não iodado. Os agentes de aplicação da lei poderão não ter a formação adequada nem as capacidades de monitorização necessárias, para fazer aplicar eficazmente a legislação existente. As diferenças entre as leis dos vários países relativamente à iodização do sal colocam dificuldades injustificadas aos produtores e exportadores de sal.

16. As equipas ou comissões multisectoriais nacionais de alguns países deixaram de funcionar ou funcionam mal, porque alguns dos seus membros são atraídos para programas mais lucrativos; por esse motivo, não têm conseguido defender com eficácia um empenho contínuo na eliminação das IDD. O resultado tem sido uma capacidade limitada para conceber, supervisionar e implementar planos de controlo das IDD ou monitorizar e coordenar as actividades de vários sectores e parceiros participantes.

17. O custo estimado do sal iodado é de, aproximadamente, 0,07 dólares por pessoa e por ano e o do óleo iodado é de 0,20 por pessoa e por ano. O custo-benefício da prevenção das IDD tem sido reconhecido. O Banco Mundial indica que o investimento de 1,00 dólar na prevenção das IDD gera um retorno de 28,00 dólares⁹. No entanto, os fundos do governo e dos doadores são limitados e os programas de IDD têm de competir com outros problemas prioritários de saúde. O desafio é encontrar forma de fornecer informação e convencer os políticos a atribuírem fundos adequados aos programas de eliminação das IDD.

⁸ Akunyili DN, Achieving and sustaining universal salt iodization (USI): doing it well through regulation and enforcement. Lessons learned from USI in Nigeria, *SCN News* 35: 43–47, 2007.

⁹ Levin HM et al, *Enriching lives: overcoming vitamin and mineral malnutrition in developing countries*, Washington, DC, World Bank, 1993.

18. Muitos países produtores de sal têm um grande número de produtores em pequena escala, cujas operações são, muitas vezes, difíceis de controlar. Consequentemente, existe uma grande variação na qualidade do sal iodado, em termos de níveis de iodo e de pureza do sal.

19. Embora anteriormente eliminada em muitos países, a carência de iodo está a reaparecer devido à insuficiente monitorização dos programas de iodização do sal. Os problemas são a inadequação das instalações laboratoriais para a monitorização dos níveis de sal e de iodo na urina, a inadequada capacidade de monitorização e a ausência de motivação do pessoal. Consequentemente, aparecem muitas vezes no mercado, sem serem detectados, sais não iodados ou inadequadamente iodados.

20. São necessários recursos adicionais para prestar apoio técnico aos produtores e reguladores de sal iodado, reforçar os sistemas de controlo de qualidade e melhorar os serviços laboratoriais, a fim de que estes possam fazer estimativas sobre a ingestão de iodo. É necessária mais ajuda para formar capacidades nacionais adequadas de monitorização e avaliação.

21. Em alguns países, tem-se verificado um aumento da incidência do hipertiroidismo em indivíduos mais susceptíveis, após a introdução da iodização do sal. A mediana excessiva de iodo na urina indica uma possível toxicidade do iodo. Em 2006, um rastreio sentinela da situação relativa ao iodo, feito nos Camarões, indicava uma mediana de iodo na urina de 389 µg/l, enquanto que, em 1991, essa mediana era de 30 µg/l¹⁰.

22. O actual nível de iodização recomendado pelo Conselho Internacional para o Controlo das Perturbações por Carência de Iodo, OMS e UNICEF é de 20–40 partes por milhão¹¹ de iodo. Alguns países mostram relutância em alterar regulamentação já anteriormente aprovada sobre o sal, que recomendava níveis mais elevados de iodização. Outro desafio consiste em ajustar os níveis de iodo, para garantir que a ingestão do sal está em conformidade com a Estratégia Mundial da OMS sobre Dietas, Actividade Física e Saúde, que recomenda um consumo moderado de sal (sódio), de todas as fontes.

23. A resistência dos consumidores à mudança existe quando o processo de adicionar iodato de potássio ao sal é visto como a adição de substâncias não naturais. Os conceitos erróneos e a má compreensão podem reforçar a resistência do consumidor. O inadequado conhecimento do consumidor acerca dos benefícios do iodo explica a fraca procura de sal iodado.

24. Sensibilizar as populações que não têm acesso ao sal iodado e reforçar o seu empenho no aumento da respectiva ingestão continuam a constituir importantes desafios. São necessárias capacidades e determinação para divulgar as mensagens apropriadas para contrariar os conceitos erróneos e o cepticismo entre os consumidores.

ACÇÕES PROPOSTAS

25. Apesar dos vários esforços feitos para resolver a questão da eliminação das perturbações causadas por carência de iodo na Região Africana, os principais desafios permanecem. Todas as

¹⁰ Lantum DN et al, Sentinel screening of iodine status in western Cameroon finds excess iodine intake, *IDD Newsletter* 23:15–16, 2007.

¹¹ WHO, UNICEF, ICCIDD, *Progress towards the elimination of iodine deficiency disorders (IDD)*, Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/NHD/99.4).

partes interessadas, incluindo as comunidades, os governos e os parceiros, terão de trabalhar juntos para ultrapassar esses obstáculos, através das seguintes acções concretas:

26. **Mobilizar o apoio e o empenho político a todos os níveis.** O apoio político deve ser mobilizado através do envolvimento do governo e da comunidade. O empenho político terá de ser sustentado através da advocacia contínua e da criação de parcerias eficazes.

27. **Mobilizar a comunidade internacional e as autoridades de saúde pública.** A eliminação das perturbações causadas por carência de iodo deverá ter um lugar de relevo nas agendas internacionais e nacionais de saúde pública. A advocacia junto dos principais líderes, aos níveis nacional e internacional, terá de ser reforçada.

28. **Rever e actualizar a legislação e as políticas existentes sobre iodização do sal.** Nos países em que as IDD constituem um problema significativo de saúde pública, é preciso aprovar e aplicar legislação relativa à iodização do sal, legislação que deve, igualmente, controlar as actividades dos pequenos produtores e o comércio informal do sal. Políticas actualizadas devem definir claramente os papéis e as responsabilidades de todas as partes interessadas. As leis e políticas, novas ou revistas, deverão reflectir o nível de iodização actualmente recomendado pela OMS, UNICEF e ICCIDD.

29. **Criar ou reforçar estruturas multisectoriais nacionais.** É preciso revitalizar as equipas ou comissões nacionais multisectoriais que estejam inactivas. Esses grupos deverão ter a autoridade política e legislativa para executar as suas funções. Devem conceber mecanismos práticos e eficazes, para suscitar e sustentar o empenho na eliminação das perturbações causadas pela carência de iodo, através de uma coordenação eficaz, a vários níveis. As comissões deverão monitorizar o estado da nutrição relativa ao iodo de três em três anos e apresentar relatórios sobre os progressos realizados à Assembleia Mundial da Saúde

30. **Consolidar a colaboração com as principais partes interessadas.** Deve reforçar-se a colaboração com as agências das Nações Unidas, nomeadamente com a OMS e a UNICEF, assim como com outros intervenientes-chave, como o Conselho Internacional para o Controlo das Perturbações causadas por Carência de Iodo, a Rede para a Eliminação Sustentável das Perturbações por Carência de Iodo, a Iniciativa dos Micronutrientes e o instituto Helen Keller International. A colaboração deverá apoiar e mobilizar recursos financeiros e materiais, para que os países possam implementar os programas de controlo das IDD.

31. **Reforçar as parcerias públicas-privadas.** As parcerias existentes entre o sector público, sector privado e sociedade civil deverão ser reforçadas, através de uma colaboração eficaz entre o Ministério da Saúde e outros ministérios relevantes. As parcerias entre os produtores de sal, os organismos de protecção dos consumidores, as autoridades nacionais dos medicamentos e dos alimentos e as agências de desenvolvimento são fundamentais para a harmonização dos regulamentos.

32. **Expandir os programas de iodização universal do sal, para chegar às populações de risco.** É preciso elaborar planos para aumentar a iodização universal do sal. A indústria do sal deve ser ajudada a produzir sal iodado de qualidade e a preço acessível. Os produtores de sal de pequena escala deverão receber apoio, através da constituição de cooperativas, para a compra de iodato de potássio e da criação de fundos renováveis, para o abastecimento regular em iodo, a fabricação local de máquinas simples de iodização e a criação de redes de distribuição e *marketing* do sal iodado.

33. **Mobilizar recursos financeiros.** Os benefícios sociais e económicos do controlo das IDD deverão ser defendidos, de forma a convencer os decisores a investirem em programas de IDD. As comissões nacionais deverão elaborar planos de reforço, com previsão dos custos, que possam ser utilizados na mobilização de recursos.

34. **Formular estratégias de comunicação eficazes.** Os resultados dos inquéritos sobre IDD devem ser divulgados junto dos administradores, políticos, profissionais de saúde e público em geral. O impacto da carência de iodo sobre a saúde, o crescimento e o desenvolvimento terá de voltar a ser alvo de grande atenção, através de acções de sensibilização apropriadas. A sensibilização das comunidades e dos políticos deverá sublinhar que as consequências da carência de iodo são absolutamente evitáveis. A resistência dos consumidores deve ser estudada através de investigação, com vista a uma melhor compreensão e à formulação de mensagens apropriadas. Essas mensagens devem ter em linha de conta factores culturais e ser transmitidas através de meios interactivos, às comunidades em risco.

35. **Medir os progressos rumo ao objectivo da eliminação das IDD, através de uma monitorização regular.** Os sistemas de monitorização do sal garantem a qualidade, a nível da produção, venda por grosso e retalho e a nível doméstico. O sistema de monitorização deve estar ligado à informação sobre a situação relativa ao iodo e à aplicação das leis. A monitorização deverá, portanto, ajudar a reforçar a sensibilização a vários níveis, nomeadamente a nível dos governos, da produção, da distribuição e da comunidade.

36. **Fornecer elementos essenciais para a vigilância das IDD.** Os níveis de sal e de iodo na urina devem ser medidos regularmente, para reforçar a vigilância das IDD. Uma avaliação fiável do iodo no sal, a nível das fábricas, comércio retalhista e domicílios, terá de ser garantida, através da medição regular do iodo urinário em amostras retiradas de crianças em idade escolar e nas famílias.

37. **Melhorar os sistemas de controlo de qualidade.** A OMS, a UNICEF e o ICCIDD deverão facilitar a criação de uma rede de laboratórios de referência, que possam controlar a qualidade do sal iodado e fazer estimativas sobre a ingestão de iodo. É preciso formar técnicos de laboratório e outros agentes de saúde relevantes. É indispensável a existência de equipamento, reagentes e material apropriado, para medir a quantidade normal de iodo ingerido e para garantir a utilização dos necessários controlos de qualidade internos e externos, a fim de tornar possível uma recolha de dados que seja fiável.

38. **Divulgação das melhores práticas.** As experiências de melhores práticas de eliminação de IDD devem ser documentadas e partilhadas com os países da Região, para melhorar os resultados dos programas nacionais.

39. O Comité Regional é convidado a analisar e adoptar as acções propostas.