



COMITÉ REGIONAL AFRICANO

ORIGINAL : FRANCÊS

Quinquagésima-sétima sessão
Brazzaville, República do Congo, 27-31 de Agosto de 2007

Ponto 7.5 da ordem do dia provisória

**PREVENÇÃO E CONTROLO DA DIABETES:
ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA DA OMS**

Relatório do Director Regional

RESUMO

1. A *diabetes mellitus* é uma doença crónica, caracterizada por uma hiperglicémia persistente que necessita de tratamento vitalício. Em África, a sua prevalência varia entre 1 % e 20 %. A diabetes tipo 2, que é a forma mais corrente da doença, torna-se grave devido às suas complicações, em especial as cardiovasculares, e constitui um problema de saúde pública.
2. Na Região, tal como as outras doenças não-transmissíveis, a diabetes é alvo de muito pouca atenção, apesar das suas repercussões sociais, humanas e económicas. Poucos países possuem programas nacionais e estruturas de base apropriadas à luta contra esta doença.
3. A actual estratégia propõe aos Estados-Membros que procedam à avaliação da amplitude da diabetes, que identifiquem e melhorem os eixos de intervenção baseados em acções de prevenção primária, secundária e terciária.
4. Os países são encorajados a criar as condições necessárias à prevenção, ao despiste, diagnóstico, tratamento precoce e garantia de um justo acesso aos cuidados e medicamentos, no seio dos centros de cuidados já existentes.
5. O Comité Regional é convidado a examinar e adoptar a presente estratégia.

ÍNDICE

Parágrafos

INTRODUÇÃO	1–6
ANÁLISE DA SITUAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO	7–16
ESTRATÉGIA REGIONAL	17–39
MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO.....	40
CONCLUSÃO	41–43

RESOLUÇÃO

AFR/RC57/R4: Prevenção e Controlo da Diabetes: Estratégia para a Região Africana da OMS

INTRODUÇÃO

1. A *diabetes mellitus* é uma doença crónica cuja expansão a nível mundial lhe confere as características de uma pandemia. A sua forma mais frequente é a diabetes tipo 2, que representa mais de 85 % dos casos. As outras formas são: o tipo 1 (10 %), as diabetes específicas e a diabetes gestacional (5 %).¹
2. A doença engloba as anomalias metabólicas caracterizadas por uma hiperglicémia persistente, que resulta num défice da secreção ou numa resistência à insulina, ou em ambas simultaneamente. Define-se por uma glicémia ocasional superior a 2g/l (11.1 mmol) com sintomas de diabetes, ou uma glicémia em jejum superior a 1,26g/l (7.0 mmol/l) em duas medições, ou ainda uma glicémia superior à 2g/l (11.1 mmol), 2 horas após uma dose de glicose.²
3. A gravidade da diabetes encontra-se associada às suas complicações, nomeadamente as consequências cardiovasculares, os acidentes vasculares cerebrais, a insuficiência renal, a cegueira, a impotência sexual e as gangrenas dos pés, que estão na origem de amputações.
4. Aquando da sua Quadragésima-segunda Assembleia Mundial (1989), a OMS aprovou a Resolução WHA42.36 sobre a prevenção e o controlo da diabetes, convidando os Estados-Membros a avaliar a prevalência da diabetes a nível nacional, a aplicar medidas dirigidas às populações e adaptadas à situação local, bem como a criar um modelo para uma abordagem integrada de luta contra a diabetes, a nível comunitário.³
5. Na Região Africana, como exemplo de esforços desenvolvidos para criar um ambiente favorável à luta contra a diabetes, pode citar-se a aprovação das Resoluções AFR/RC50/R4: Controlo das Doenças Não-Transmissíveis: Estratégia para a Região Africana, em 2000, e AFR/RC55/R4: Doenças Cardiovasculares na Região Africana, em 2005. Para isso, contribuíram também outras actividades desenvolvidas conjuntamente pela OMS e pela Federação Internacional da Diabetes (FID).
6. O presente documento analisa a situação da diabetes (tipo 2) na Região Africana e propõe uma estratégia para a sua prevenção e controlo.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO

7. A *diabetes mellitus* já não é uma raridade em África (Figura 1). As estimativas da meta-análise e os dados recentes de inquéritos baseados na abordagem STEPwise^{4,5}(por etapas) de vigilância dos factores de risco das doenças não transmissíveis revelam uma prevalência entre 1% e 10%. Em certos países, como as Ilhas Maurícias, esta atinge 20 %.⁶ A prevalência mundial

¹ WHO, WHO/IDF report of consultation, *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications*, Geneva, World Health Organization, 1999.

² WHO, WHO/IDF report of consultation, *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia*, Geneva, World Health Organization, 2006.

³ OMS, Quadragésima-segunda Assembleia Mundial da Saúde; ponto 18.2 da ordem de trabalhos.

⁴ OMS, Escritório Regional Africano, Divisão da Luta contra as Doenças Não-Transmissíveis, Relatórios de Inquéritos baseados na abordagem por etapas, para a vigilância dos factores de risco das DNT, 2006.

⁵ Sobngwi E et al; Diabetes in Africans, epidemiology and clinical specificities; *Diabetes and Metabolism*, 27(6):628 – 34, 2001.

⁶ http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBasePolicyMaker/Reports/reportListCountries.aspx (mars 2007)

11. A extrema penúria de especialistas e de agentes formados em diabetes torna difícil o seu tratamento. São muitas vezes os generalistas ou praticantes de medicina tradicional que asseguram o acompanhamento dos diabéticos.¹¹ Muito poucos países possuem estruturas de cuidados apropriados à diabetes. Nem sempre é possível fazer o teste da glicémia nos centros de saúde.

12. Na Região, as pessoas que sofrem de doenças crónicas como a diabetes, procuram consultas nas estruturas periféricas. Ainda orientadas para as doenças agudas, estas estruturas não são, na generalidade, adequadas aos cuidados às pessoas que sofrem de doenças crónicas.

13. A adesão a longo prazo a tratamentos para a diabetes torna-se problemática devido ao seu preço proibitivo, à sua indisponibilidade e à falta de subsídios estatais. Está estimado em 229 dólares americanos o custo anual directo de um tratamento com insulina, mais de 70 % dos quais se destinam à insulina.¹² O custo mensal da glibenclamida (especialidade) equivale a 6,1 dias de trabalho na Nigéria e a 16,6 dias de trabalho no Uganda, de um empregado com o salário mínimo.¹³ Em 2001, nos Camarões, o custo directo por doente era de 489 dólares americanos, dos quais 56,5 % se destinavam à hospitalização, 33,5 % aos medicamentos, 5,5 % a testes e 4, 5 % a consultas.

Justificação

14. A actual estratégia regional da diabetes resulta da resolução¹⁴ sobre as DNT na Região. Ela responde, de forma específica, à necessidade de aumentar o impacto, infelizmente ainda limitado, dos programas baseados na abordagem integrada de luta contra os factores de risco comuns das doenças não-transmissíveis.

15. Na Região, a vulnerabilidade à diabetes do grupo etário dos 45 aos 65 anos expõe-o a complicações e à morte prematura. Daí resulta um decréscimo da produtividade, cujo custo económico, associado ao custo dos tratamentos dos outros tipos de diabetes (tipo 1 e gestacional), constitui uma carga suplementar para os sistemas de saúde já fragilizados.

16. A diabetes tipo 2 pode ser evitada em 80 % dos casos, através de medidas simples. Os esforços consentidos de luta contra a diabetes em África mantêm-se aquém dos resultados esperados no terreno. Por isso, é aconselhável rever o modelo de cuidados em regime de internamento para a diabetes, integrando-o nos cuidados primários de saúde.

¹¹ Motala AA, Diabetes trends in Africa, *Diabetes and Metabolism Rev*; 18:(S3): S14-20, 2002.

¹² Chale SS, et al Must diabetes be a fatal disease in Africa? Study of costs of treatment, *British Medical Journal* 304: 1215-1218, 1992.

¹³ OMS, *Étude des prix des médicaments et interventions proposées pour améliorer l'accès aux médicaments dans 6 pays de l'Afrique subsaharienne*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

¹⁴ Resolução AFR/RC50/R4, Doenças Não-Transmissíveis: Estratégia para a Região Africana. In: *Quinquagésima sessão do Comité Regional Africano da OMS, Ouagadougou, Burkina Fasso, 28 de Agosto – 2 de Setembro de 2000*, Relatório final, Harare, Organização Mundial de Saúde, Escritório Regional Africano da OMS, 2000 (AFR/RC50/10), pp. 13-15.

ESTRATÉGIA REGIONAL

Finalidade e objectivos

17. A finalidade da actual estratégia regional é contribuir para a redução do peso da morbilidade e da mortalidade ligadas à diabetes e aos seus factores de risco associados.

18. A estratégia tem como objectivos:

- a) aumentar a sensibilização e a advocacia da luta contra a diabetes, com base em dados epidemiológicos fiáveis para os decisores e para a elaboração de políticas;
- b) promover as intervenções de prevenção primária, secundária e terciária em favor dos diabéticos;
- c) reforçar a qualidade dos cuidados de saúde, integrando a diabetes nos cuidados primários de saúde, para um acesso justo e equitativo;
- d) melhorar as capacidades do pessoal de saúde no tratamento da diabetes e doenças associadas;
- e) apoiar a investigação sobre as intervenções comunitárias, incluindo a medicina tradicional.

Princípios orientadores

19. Para prevenir e controlar a diabetes, a implementação da estratégia deve ser guiada pelos seguintes princípios:

- a) tratamento completo da diabetes, através de intervenções custo-eficazes preventivas, curativas, de reabilitação e participativas;
- b) integração da diabetes num programa nacional de prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis;
- c) equidade e acessibilidade a cuidados de qualidade para pessoas atingidas pela diabetes;
- d) acções multisectoriais e de parcerias, com papel predominante do sector da saúde, com implicação da sociedade civil e favorecendo a cooperação com as associações de diabéticos;
- e) participação das comunidades, respeitando a dimensão de género e as crenças locais, para uma melhor sensibilização para esta doença.

Intervenções prioritárias

20. A fim de melhor prevenir e controlar a diabetes, serão dinamizadas as seguintes intervenções prioritárias:

- a) criação de condições favoráveis à advocacia e acção em prol da diabetes;
- b) prevenção da diabetes e factores de risco associados;
- c) despiste direccionado para a diabetes e suas complicações;
- d) diagnóstico precoce e tratamento adequado à diabetes e suas complicações;
- e) reforço das capacidades dos sistemas de saúde;

- f) reorganização dos cuidados centrados no doente, sua família e sua comunidade;
- g) apoio à investigação operacional e fundamental.

Condições favoráveis à advocacia e à acção

21. A **advocacia** basear-se-á na importância da diabetes face às principais DNT, que são as doenças cardiovasculares e o cancro. Ela deverá apoiar-se em parcerias sólidas para uma **sensibilização acrescida**. Deverá ainda dirigir-se ao **nível comunitário**, através de mensagens de prevenção e de informação sobre as populações de risco da diabetes.

22. A recolha de dados fiáveis permite orientar e planificar as acções em favor da diabetes e dos factores de risco associados. Para isso, os inquéritos STEPS deverão ser planeados e realizados por toda a África, em especial a etapa 3, necessária para o teste da glicémia.

23. A diabetes deverá figurar na **agenda das prioridades sanitárias**, ser reconhecida a nível legislativo como uma doença social, bem como de recursos adequados. As iniciativas e planos nacionais de luta contra a diabetes poderão servir de porta de entrada no programa das DNT.

Prevenção da diabetes e dos seus factores de risco

24. A maioria dos factores comuns de risco da diabetes e DNT são alteráveis e podem ser evitados. A implementação da estratégia mundial para a alimentação, o exercício físico e a saúde¹⁵ constitui a chave para a prevenção primária da diabetes. Ela será reforçada pela luta contra o tabaco e o abuso do álcool. Estas intervenções deveriam actuar desde a infância e dirigir-se aos meios escolares e aos adolescentes.

Despiste da diabetes e suas complicações

25. O despiste centrado nos sujeitos de risco deverá ser encorajado nos centros de saúde. A realização do teste da glicémia permitirá diagnosticar a diabetes desconhecida para o indivíduo, por estar a evoluir silenciosamente e, muitas vezes, só revelada através das complicações.

26. Os estados moderados de hiperglicémia (pré-diabetes) deverão ser objecto de uma especial atenção nos indivíduos de risco. O seu diagnóstico precoce permite um tratamento que se mostrou positivo na prevenção da diabetes.

Diagnóstico precoce e tratamento rápido e eficaz

27. O tratamento da diabetes deveria ser sempre imediato. Com efeito, existe uma relação directa entre o aumento dos níveis da glicémia, o aparecimento da diabetes, das suas complicações e o impacto do tratamento. O teste regular de glicémia pode impedir ou retardar as complicações.

28. O teste da glicémia deveria ser realizado em todos os centros de saúde, se houvesse disponibilidade de glicómetros de fiabilidade comprovada. Uma vez estabelecido o diagnóstico, serão dados conselhos e orientações, com base em protocolos definidos nos países.

¹⁵ Résolution WHA57.17, Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. In: *Cinquante-Sptième Assemblée mondiale de la Santé, 22 mai 2004, Volume 1; Résolutions et décisions*, pp.39-41. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

29. As actividades de prevenção secundária serão baseadas no tratamento dos casos declarados, a fim de evitar ou retardar as complicações. O tratamento da diabetes será global, integrando a terapêutica eficaz da diabetes, da hipertensão arterial, dos distúrbios lipídicos e a paragem do consumo de álcool. A diabetes de tipo 1 e a gestacional serão objecto de um tratamento especializado.

30. Deverá ser garantido o acesso a anti-diabéticos orais, à insulina e aos acessórios básicos. Uma boa política de medicamentos deveria permitir a acessibilidade e a redução dos preços desses medicamentos. Os centros de saúde e os hospitais deverão ser abastecidos em medicamentos essenciais e genéricos de preço comportável. No que se refere aos anti-diabéticos orais, a metformina e a glibenclamida são aconselhados por consenso.¹⁶

31. A prevenção terciária continua a ser essencial, dado o grande número de complicações ligadas ao diagnóstico tardio. Será dada especial atenção à prevenção da cegueira, da insuficiência renal e sobretudo das lesões dos pés, causa de amputação. Os cuidados com os pés diabéticos serão prioritários nos centros de saúde.

Reforço das capacidades dos sistemas de saúde

32. A necessidade de integrar o tratamento da diabetes **nos centros primários de saúde** impõe-se através da prestação de um pacote mínimo de actividades que inclui a identificação dos indivíduos (grupos) de alto risco e requer a sua transferência para despiste, acompanhamento e supervisão dos cuidados. O pessoal de saúde será formado em prevenção e tratamento da diabetes nos centros primários de saúde. Isto permitirá que os cuidados anteriormente dispensados por um só médico possam evoluir para uma equipa multidisciplinar, formada e integrada nos centros de saúde.

33. Os primeiros níveis de referência e os níveis elevados de cuidados apoiarão os centros primários de saúde no despiste, diagnóstico e início do tratamento dos pacientes. Encarregar-se-ão também das complicações. Isto poderá também fazer-se em clínicas especiais integradas.

Concentração dos cuidados no doente

34. Os cuidados quotidianos da diabetes exigem uma mudança de modo de vida. O papel do doente e a sua responsabilidade nos cuidados devem transformá-lo num interveniente activo. Os agentes de saúde deverão acompanhá-lo na sua autonomização. Na gestão pró-activa da diabetes, o papel da família e da comunidade otimizará o seu tratamento.

Apoio à investigação

35. Para melhor visar os domínios prioritários na investigação e para melhor prevenir e controlar a diabetes, os países serão encorajados a apoiar e financiar os trabalhos de investigação, integrando neles a medicina tradicional. Será útil promover a formação dos investigadores, equipar as universidades, as instituições de investigação, as escolas de medicina e os centros de formação.

¹⁶ FID, Guide de prise en charge du diabète de type 2 pour l'Afrique sub-saharienne, Dar-es-Salaam, Fédération Internationale du Diabète, 2006.

Funções e responsabilidades

Papel dos países

36. Os países deverão:

- a) elaborar e executar as políticas e planos de luta contra a diabetes, integrados nos programas nacionais de prevenção e de controlo das DNT; implementar a nível nacional sistemas de vigilância integrada;
- b) reforçar os seus sistemas de saúde e as capacidades de luta contra a diabetes, favorecendo: i) a participação dos indivíduos e das comunidades nos cuidados e apoio aos diabéticos; ii) a colaboração com os parceiros; iii) a investigação fundamental e operacional sobre a diabetes;
- c) mobilizar recursos internos e externos e afectá-los com regularidade, assegurar a coordenação das intervenções dos diferentes intervenientes, garantir o acompanhamento dos programas de luta contra a diabetes e as DNT;
- d) incentivar os Estados-Membros a finalizar e publicar os seus inquéritos por etapas (STEPwise);
- e) reforçar as parcerias com todas as partes interessadas.

Papel da OMS e dos parceiros

37. A OMS e os parceiros deverão:

- a) fornecer assistência técnica aos países para a análise e a elaboração das políticas, para a recolha e a análise dos dados, bem como para a sua divulgação;
- b) elaborar e distribuir as normas e orientações para o diagnóstico e o tratamento da diabetes, suas complicações e factores de risco associados;
- c) incitar os principais parceiros, nomeadamente a Federação Internacional da Diabetes e outros, a afectarem recursos adicionais para as intervenções em prol dos diabéticos;
- d) encorajar e apoiar a investigação sobre a diabetes, a fim de melhor prevenir e melhorar a qualidade de vida dos diabéticos.

Implicações dos recursos

38. A maioria dos países atribui já recursos financeiros substanciais, sobretudo ao tratamento clínico da diabetes. As intervenções propostas neste documento carecem de uma reorganização e de uma concentração de recursos para facilitar a sua implementação. Tratar-se-á, mais particularmente, de assegurar e de garantir a disponibilidade, por um lado, de recursos humanos convenientemente formados, a todos os níveis do sistema de cuidados de saúde e, por outro lado, a de medicamentos e consumíveis necessários ao despiste e tratamento dos diabéticos, assim como de um mecanismo de monitorização da comunidade.

39. Em vários países, os recursos adicionais têm de ser mobilizados, primeiro a nível interno e, em seguida, junto dos parceiros. Para este fim, os países que utilizam as informações disponíveis sobre os custos dos medicamentos e de outros consumíveis necessários, deveriam calcular as suas necessidades, para facilitar o trabalho do seu programa de mobilização de recursos.

MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

40. A vigilância da diabetes e dos seus factores de risco continua a ser uma das principais componentes da monitorização e da avaliação. Os inquéritos STEPS constituem um dos instrumentos indispensáveis, assim como os registos dos diabéticos.

CONCLUSÃO

41. A diabetes representa um problema real e crescente para a saúde na Região. O empenhamento sustentado das autoridades permitirá dar uma resposta ao duplo desafio colocado em termos de prevenção e de tratamento, por um lado e, por outro, do peso fatal das complicações, especialmente das cardiovasculares.

42. As abordagens multidisciplinares e multisectoriais são indispensáveis para a prevenção e o controlo da diabetes. Elas constituem em África, mais do que nas outras regiões, a pedra angular das intervenções que se centrarão no doente e na comunidade, no quadro dos cuidados primários de saúde.

43. O Comité Regional é convidado a analisar e a adoptar a presente estratégia.