



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

AFR/RC55/12
17 de Junho de 2005

Quinquagésima-quinta sessão
Maputo, Moçambique, 22–26 de Agosto de 2005

ORIGINAL: INGLÊS

Ponto 8.6 da ordem do dia provisória

**DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA REGIÃO AFRICANA:
SITUAÇÃO ACTUAL E PERSPECTIVAS**

Relatório do Director Regional

RESUMO

1. A incidência das doenças cardiovasculares vem aumentando rapidamente em África, fazendo delas um grave problema de saúde pública na Região Africana. As mais importantes são a hipertensão, acidentes vasculares cerebrais, cardiomiopatias e doenças das artérias coronárias. A doença cardíaca reumática ainda causa grande preocupação.
2. Uma das razões para a expansão das doenças cardiovasculares (DCV) em todo o mundo é o aumento das populações idosas, outra razão advém da exposição a diversos factores de risco modificáveis, os quais são responsáveis por, pelo menos, 75% das doenças cardiovasculares.
3. Tal como acontece com outras doenças não-transmissíveis, as doenças cardiovasculares não recebem, muitas vezes, a atenção que merecem. Consequentemente, muitos países não têm programas ou estratégias nacionais para as combater. Também os sistemas de vigilância dos factores de risco são quase inexistentes na Região.
4. Entre as intervenções prioritárias que visam reduzir a incidência das doenças cardiovasculares na Região Africana, mencionam-se a criação de programas nacionais para as doenças não-transmissíveis, que incluam as doenças cardiovasculares; a instalação de sistemas de vigilância, com base nos factores de risco; o reforço das capacidades dos profissionais da saúde; a garantia de acesso a medicamentos com boa relação custo-eficácia; a implementação da Convenção-Quadro de Luta Anti-Tabaco e da Estratégia Mundial para a Dieta, a Actividade Física e a Saúde; e a integração da prevenção, tanto primária como secundária, da doença cardíaca reumática.
5. Convida-se o Comité Regional a analisar este documento e a dar orientações para a sua implementação nos Estados-Membros.

ÍNDICE

Parágrafos

INTRODUÇÃO	1-4
ANÁLISE DA SITUAÇÃO	5-20
DESAFIOS	21-23
OPORTUNIDADES.....	24-27
INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS	28-40
PAPÉIS E RESPONSABILIDADES	41-42
CONCLUSÃO.....	43-46

INTRODUÇÃO

1. A incidência das doenças cardiovasculares vem aumentando rapidamente em África, fazendo delas um grave problema de saúde pública na Região Africana. As doenças cardiovasculares têm um grande impacto sócio-económico sobre os indivíduos, as famílias e as sociedades, em termos do custo dos cuidados de saúde, do absentismo e da produtividade nacional. Na Região Africana, as doenças cardiovasculares (DCV) mais importantes são as que se relacionam com arterosclerose, cardiomiopatias e doença cardíaca reumática.
2. Uma das razões para a expansão das doenças cardiovasculares em todo o mundo é o aumento das populações idosas. Outro motivo é a exposição a factores de risco comportamentais e fisiológicos (Figura 1), responsáveis por 75% das doenças cardiovasculares.¹ Esses factores de risco foram organizados por prioridades, segundo o respectivo impacto na mortalidade e morbilidade, a possibilidade de serem modificados pela prevenção primária e a quantificação por meio de métodos normalizados, fáceis e acessíveis.
3. Um fenómeno importante das doenças cardiovasculares nos países em desenvolvimento é a tendência para as complicações ocorrerem em idades mais jovens. Assim, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca e renal vêm agravar ainda mais o ciclo vicioso da saúde precária e pobreza.
4. A abordagem à situação actual das doenças cardiovasculares na Região Africana assenta em estratégias promovidas pelos Chefes de Estado² e nas estratégias da OMS para as doenças não-transmissíveis e a promoção da saúde. Este documento foi elaborado para estimular a consciencialização face à cada vez maior importância das doenças cardiovasculares, enquanto grande problema de saúde pública na Região Africana, e para propor um conjunto de intervenções destinadas a reduzir a incidência das doenças cardiovasculares.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO

5. A abordagem faseada da OMS à vigilância das doenças não-transmissíveis em geral, e das doenças cardiovasculares em particular (também conhecida por STEPS), assenta na avaliação de oito factores de risco, na comunidade. O controlo desses factores de risco é a pedra angular da prevenção das doenças cardiovasculares, como se depreende da Figura 1.
6. O tabagismo está a aumentar na Região Africana, sendo uma das principais causas de ataques cardíacos, doenças vasculares periféricas e acidentes vasculares cerebrais; além disso, o tabaco é um dos grandes factores de risco de cancro. Segundo os dados do Inquérito Mundial sobre Juventude e Tabaco e de inquéritos dos países sobre o combate ao tabagismo, a prevalência do uso de tabaco entre os adolescentes com idades dos 13 aos 15 anos atinge os 28% nas Seychelles; no Quênia, a prevalência sobe aos 67% entre os homens com 20 ou mais anos de idade.
7. Uma alimentação pouco saudável caracteriza-se por um elevado teor em calorias, sal, açúcar e gorduras saturadas, sendo pobre em frutos e vegetais. Uma dieta pobre faz subir o colesterol no sangue e o peso corporal, resultando em hipertensão, diabetes e doença das artérias coronárias. A Região Africana debate-se com dois problemas relacionados com a dieta e a malnutrição: i) a subnutrição, que é ainda a principal causa de morbilidade e mortalidade entre as crianças e os

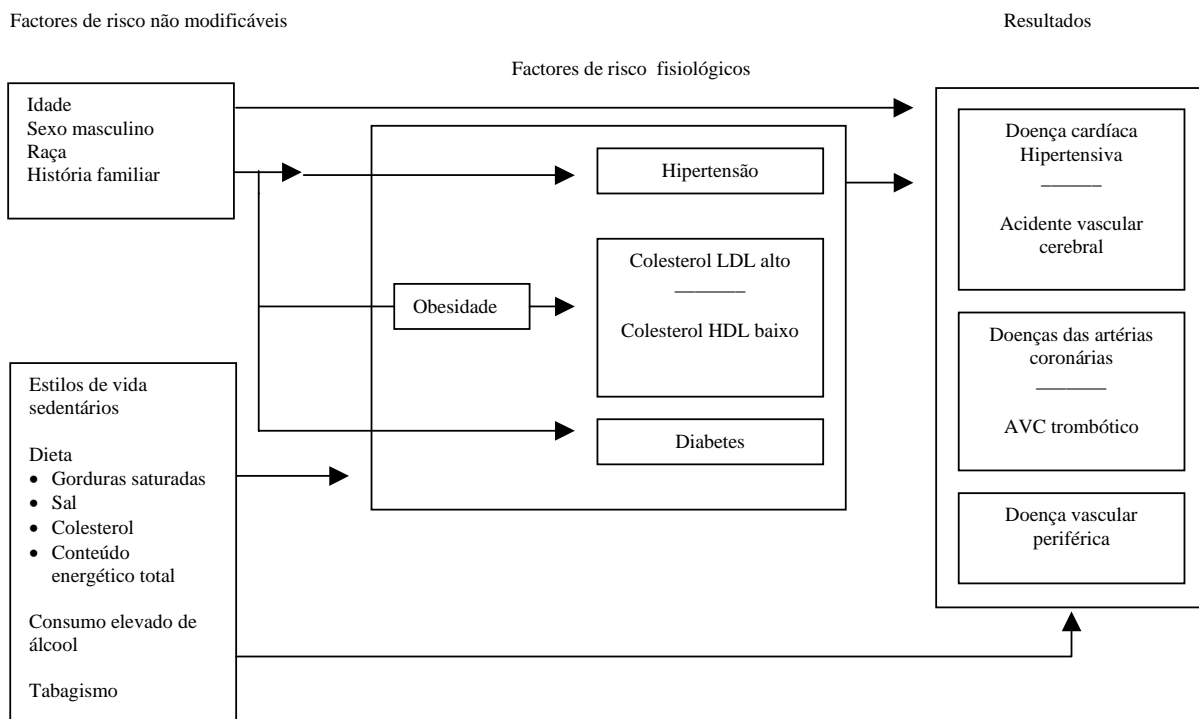
¹ OMS, *Atlas das doenças cardíacas e acidentes cerebrais*, Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2004.

² Decisão 179, Controlo da hipertensão arterial em África, Adis-Abeba, Organização da Unidade Africana, 2002 (AHG/Dec. 179 XXXVIII).

adolescentes; e ii) a obesidade, que se vai transformando num dos grandes factores de risco das doenças cardiovasculares e da diabetes, sobretudo nas zonas urbanas.

8. A industrialização, a urbanização e os transportes mecanizados reduziram a actividade física e suscitaram estilos de vida sedentários. Em todo o mundo, a inactividade física causa cerca de 1,9 milhões de mortes por ano. Embora a actividade física ainda seja elevada nas zonas rurais, ela tende a diminuir rapidamente nas urbanas.

Figura 1: Relações entre os factores de risco cardiovascular e as doenças



Fonte: Wong ND, Black HR e Gardin JM, *Cardiologia Preventiva: uma abordagem prática*, Chicago, McGraw-Hill, 2005.

9. O consumo elevado de álcool é um factor de risco para a hipertensão, podendo também originar alterações degenerativas do coração (cardiomiopatias). O álcool é uma das principais formas de abuso de substâncias psicoactivas em muitos países, vindo associado a vários outros factores prejudiciais à saúde.

10. A obesidade é uma importante causa de diabetes, colesterol elevado e hipertensão, em especial nas zonas urbanas. Surge associada a uma alimentação não saudável, com excesso de açúcar e gorduras saturadas e pobre em frutos e vegetais, bem como à falta de actividade física.

11. *O Relatório da Saúde no Mundo 2002*, demonstra que uma pressão sanguínea elevada é a principal causa de mortalidade evitável, em todas as regiões do mundo. A hipertensão comporta um importante risco de acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e renal e doença das artérias coronárias.

12. O risco de doença das artérias coronárias e de acidente vascular cerebral aumenta na medida em que sobe o colesterol no sangue. O colesterol alto é responsável por um terço de todas as doenças cardiovasculares no mundo.³ Os níveis altos de colesterol no sangue devem-se sobretudo à ingestão de gorduras em excesso, à inatividade física, à obesidade e ao tabaco.

13. Aumenta a prevalência da diabetes na Região Africana, o que a torna um grande factor de risco de doença das artérias coronárias, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca e renal. A crescente prevalência da diabetes está claramente relacionada com a epidemia mundial de obesidade, dieta não saudável e a inatividade física. Nas Maurícias, a prevalência da diabetes atinge 23% na meia idade. Esta situação deve funcionar como um alerta face às tendências, em África, dos factores de risco relacionados com os estilos de vida.

14. Os inquéritos levados a cabo em cinco países africanos usando a metodologia STEPS, mostram níveis elevados de prevalência dos factores de risco para as doenças cardiovasculares como mostra o Quadro 1.

15. As doenças cardiovasculares são as principais doenças não-transmissíveis e representam uma grande preocupação para a saúde pública, em todo o mundo. Segundo o *Relatório da Saúde no Mundo 2001*, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 9,2% do total das mortes na Região Africana em 2000, por comparação com 8,15% em 1990. As doenças cardiovasculares mais importantes são a hipertensão, acidente vascular cerebral, cardiomiopatias (especialmente a forma dilatada) e doença cardíaca reumática. A doença das artérias coronárias está em aumento, especialmente nas zonas urbanas.

16. A hipertensão é um importante factor de risco fisiológico para outras doenças cardiovasculares. Calcula-se que afecte mais de 20 milhões de pessoas na Região Africana, sobretudo em zonas urbanas. A sua prevalência oscila entre 25% a 35% nos adultos com idades de 25 a 64 anos. Certos estudos⁴ revelam uma clara relação entre o nível da tensão arterial, o consumo de sal e gorduras e o peso corporal. Estudos feitos no Gana, Maurícias, África do Sul e Zimbabwe revelam uma subida da mortalidade devida a acidentes cerebrais, que se pode relacionar com níveis crescentes de hipertensão, obesidade, tabagismo e diabetes.⁵ A prevenção e controlo da hipertensão podia evitar, no mínimo, 250 mil mortes por ano.

17. Os acidentes vasculares cerebrais são uma importante causa de morte e, só por si, são a primeira causa de incapacidades em todo o mundo. Em cada ano, 15 milhões de pessoas sofrem acidentes vasculares cerebrais. Delas, 5 milhões morrem e outros 5 milhões ficam com incapacidades permanentes, impondo um pesado fardo a indivíduos, famílias e comunidades. A Região Africana não tem sido poupada.

18. Para as crianças e adolescentes africanos, a doença cardíaca reumática é a manifestação mais importante da doença cardiovascular adquirida. Diversos estudos revelam uma prevalência da doença cardíaca reumática de 15-20 por 1.000 habitantes.⁶ Esta doença tem um impacto muito elevado nos

³ OMS, *Atlas das doenças cardíacas e acidentes cerebrais*, Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2004.

⁴ Amoah A, Kallen C, Relatório sobre acidentes hipertensivos no Gana, Accra, Ministério da Saúde, 2002; Kimbally Kaky G, Golanba JD, *Hipertension arterielle et autres facteurs de risque cardiovasculaire à Brazzaville: rapport d'enquête*, Brazzaville, Organização Mundial de Saúde, Escritório Regional Africano, 2004

⁵ Bam WJ, Yako PM, Correlação entre a hipertensão e os acidentes cardiovasculares em pacientes negros, *South African Medical Journal* 65: 638-641, 1984; Mantenga J, Kitai e Levy L, Acidentes vasculares cerebrais na população negra de Harare, Zimbabwe: resultados da tomografia computadorizada e factores de risco associados. *British Medical Journal* 75(11):637-639, 1998.

⁶ Longo-Mbenza B et al. Inquérito à doença cardíaca reumática nas crianças das escolas de Kinshasa, *International Journal of Cardiology*, 63(3): 287-294, 1988; Amoah AG, Kallen C, Etiologia da insuficiência cardíaca, do ponto de vista de um centro nacional de referência em África, *Cardiology*, 93 (1-2): 11-18, 2000.

pacientes e nas suas famílias, no sistema de saúde e na sociedade. Dos 18 milhões de pessoas actualmente afectadas por febre reumática ou doença cardíaca reumática, dois terços são crianças com idades entre os 5 e os 15 anos. Há cerca de 300.000 mortes por ano, com 2 milhões de pessoas a necessitarem de hospitalizações recorrentes; é provável que 1 milhão necessitem de cirurgia nos próximos 5 a 20 anos.

19. As doenças cardiovasculares podem diferir grandemente em certos grupos da população. Populações especiais podem ter exposições diferenciadas aos factores de risco, podem seguir estilos de vida não saudáveis, não ter acesso a cuidados de saúde ou podem ver-se, por qualquer motivo, privados deles. Estas desigualdades são aplicáveis a mulheres, migrantes ou outros grupos sócio-culturais.

20. A emergência da doença cardiovascular em África não tem sido acompanhada pelos correspondentes ajustamentos, nas estruturas e nos recursos humanos dos serviços de saúde. Os actuais sistemas de cuidados de saúde foram concebidos para prestar cuidados agudos e episódicos; encontram-se mal organizados e mal providos de recursos para tratarem pessoas com problemas crónicos, como as doenças cardiovasculares.

DESAFIOS

21. Um dos maiores desafios com que a Região se confronta é o duplo fardo das doenças. A África sofre uma incidência persistentemente elevada de doenças infecciosas e, ao mesmo tempo, suporta uma rápida emergência de doenças não-transmissíveis (NCD).

22. Não são conhecidas a real magnitude das dimensões sanitária e sócio-económica das doenças cardiovasculares nem as potencialidades para a sua prevenção, por faltarem dados exactos recolhidos junto das populações. Além disso, os sistemas de vigilância dos factores de risco são quase inexistentes na Região.

23. Existe o conceito errado de que o investimento na prevenção e controlo das doenças cardiovasculares e outras doenças não-transmissíveis resultaria em prejuízo para as doenças transmissíveis, que têm prioridade máxima na Região. Tal como acontece com outras doenças não-transmissíveis, as doenças cardiovasculares nem sempre recebem a atenção que lhes é devida, enquanto grandes responsáveis pela mortalidade e morbilidade. Por isso, muitos países não dispõem de programas ou estratégias nacionais para combater as doenças cardiovasculares e os sistemas de saúde são inadequados ao tratamento de doenças crónicas.

OPORTUNIDADES

24. Em África, alguns factores de risco têm níveis reduzidos; por isso, o desafio consiste em os manter assim. Por exemplo, são muitas as pessoas que ainda fazem exercício físico regularmente e que não fumam.

25. A exposição aos factores de risco pode ser evitada graças a legislação e a medidas fiscais ou de outra natureza, relativamente pouco dispendiosas, que ajudem a criar um ambiente propício à adopção de estilos de vida saudáveis. Entre elas deve-se incluir a prevenção primária e secundária da doença cardíaca reumática.

26. Na Declaração de Durban, África do Sul, a 8 de Julho de 2002, os Chefes de Estado e de Governo dos Estados-Membros da OUA afirmaram que a luta contra as doenças cardiovasculares em geral, e a hipertensão em particular, assumiria um lugar de destaque nas suas políticas para o desenvolvimento. As estratégias regionais da OMS para a prevenção e controlo das doenças não-

transmissíveis (documento AFR/RC50/10) e a promoção da saúde (documento AFR/RC51/12 Rev.1) foram aprovadas pelos Estados-Membros, como resposta a essas ameaças crescentes. Outras intervenções poderão ter impacto neste esforço, como a Convenção-Quadro de Luta Anti-Tabaco, a Estratégia Mundial para a Dieta, Actividade Física e Saúde e a Iniciativa “3 by 5”.

27. Para responder à escassez de dados sobre as doenças não-transmissíveis e à inexistência de sistemas de vigilância para as doenças cardiovasculares, vários Estados-Membros estão a proceder a inquéritos sobre os factores de risco pertinentes, aplicando à vigilância das doenças não-transmissíveis a abordagem faseada (também conhecida por STEPS) da OMS.

INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS

28. A implementação da STEPS em alguns países da Região demonstrou que esse método é exequível, acessível e fácil de adaptar aos diversos contextos nos países. Por isso sugere-se que se implementem em toda a Região inquéritos STEPS. Os inquéritos devem ser repetidos regularmente e os seus dados deverão servir para informar os programas pertinentes de prevenção e controlo.

29. A luta anti-tabaco é essencial na prevenção e controlo das doenças cardiovasculares. A implementação da Convenção-Quadro de Luta Anti-Tabaco será crítica para o controlo do tabagismo a nível de país. Os objectivos são evitar que as pessoas comecem a fumar, dar apoio aos fumadores que queiram abandonar o tabaco e proteger os não fumadores da exposição ao fumo do tabaco.

30. A prevenção primária inclui as intervenções visando as pessoas que não tenham uma patologia cardiovascular estabelecida e consiste fundamentalmente na redução da prevalência dos oito factores de risco supracitados a nível da comunidade.

31. A prevenção primária da alimentação pouco saudável inclui a promoção do consumo de frutos e vegetais locais, bem como a redução do sal, açúcares refinados e gordura animal. Pode-se promover a actividade física aumentando diariamente um exercício físico moderado e reduzindo a percentagem de inactividade. O controlo da alimentação e da actividade física resultarão na redução da obesidade, da hipertensão, do colesterol alto e da diabetes. É essencial que a Estratégia Mundial para a Dieta, Actividade Física e Saúde, da Assembleia Mundial da Saúde, seja implementada a nível de país, de modo relevante.

32. Também a hipertensão se pode prevenir com alimentação e exercício físico adequados. Um programa de controlo da hipertensão pode detectar indivíduos hipertensos não diagnosticados e sem tratamento, e desse modo reduzir significativamente os casos de acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e renal e doença vascular periférica.

33. Os programas de prevenção primária e secundária têm grande eficácia para a febre reumática e a doença cardíaca reumática, devendo ser reforçados nos países com prevalência elevada. Devem merecer atenção especial os grupos mais vulneráveis, incluindo as crianças desfavorecidas, as que vivem em instituições e os meninos da rua. Profissionais da saúde, assistentes sociais e professores devem receber formação em diagnóstico e tratamento destas doenças. Cabe aos governos garantir um fornecimento sustentado de medicamentos.

34. Para a promoção da saúde, bem como para a prevenção e controlo das doenças cardiovasculares, é necessária uma perspectiva ao longo de toda a vida. Esta abordagem inicia-se com a saúde materna, a nutrição pré-natal e o pós-parto, continuando com o aleitamento materno em exclusivo durante 6 meses e, depois, com a saúde das crianças e dos adolescentes. A promoção da saúde deverá estender-se às crianças das escolas, aos adultos e aos idosos, estimulando uma alimentação saudável e actividade física regular, desde a juventude à velhice.

35. A prevenção secundária abrange a intervenção médica e o comportamento do paciente, no sentido de reduzir os riscos de recorrência de acidentes cardiovasculares em pacientes com uma doença cardiovascular declarada. O primeiro objectivo é o diagnóstico precoce da doença cardiovascular e uma avaliação completa dos riscos do indivíduo. A modificação dos factores de risco é a via pela qual se concretiza a prevenção secundária.

36. Deverão ser elaboradas a nível nacional, ou adaptadas e actualizadas regularmente, directrizes para a prevenção e controlo das doenças cardiovasculares mais prevalentes e relevantes e dos respectivos factores de risco. Os profissionais da saúde deverão dominar um conjunto mínimo de procedimentos, com base nos dados recolhidos, nas situações e nos obstáculos de cada país.

37. A prevenção terciária inclui intervenções clínicas que impeçam uma maior deterioração ou agravamento da doença diagnosticada. Face à actual situação da prevenção e controlo das doenças cardiovasculares na Região, deve ser dada prioridade à prevenção primária e à secundária, tendo em conta a sua relação custo-eficácia.

38. Os profissionais da saúde e prestadores de cuidados nos níveis primário, secundário e terciário devem receber formação ou ser promovidos e integrados na prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares, a fim de prestarem os devidos cuidados na área cardiovascular, em todos os níveis do sistema de saúde. Os hospitais devem ser reforçados nas áreas técnica e tecnológica, para satisfazerem as necessidades dos pacientes.

39. Devem ser criados mecanismos que assegurem a disponibilidade sustentada de equipamento de base para o diagnóstico, e de medicamentos com boa relação custo-eficácia, a preço acessível, para a prevenção secundária de acidentes cardiovasculares e a prevenção primária das doenças cardiovasculares junto dos indivíduos seleccionados por serem de alto risco. Deverá proceder-se, na Região, a uma análise da situação quanto às capacidades técnicas e tecnológicas para lidar com as doenças cardiovasculares.

40. Far-se-á investigação para avaliar o impacto sócio-económico das doenças cardiovasculares na Região, dando-lhes visibilidade junto de outros sectores externos à saúde. É necessária investigação operacional no sector sanitário para adaptar, implementar e avaliar abordagens com boa relação custo-eficácia e de preço acessível, para a prevenção e controlo das doenças cardiovasculares.

PAPÉIS E RESPONSABILIDADES

41. Compete aos países:

- a) Criar programas nacionais das doenças cardiovasculares integrados no quadro da prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis; afectar-lhes uma dotação orçamental; e construir uma aliança nacional e funcional dos vários intervenientes, sob a liderança do Ministério da Saúde;
- b) instalar sistemas de vigilância das doenças cardiovasculares que possam ser integrados nos sistemas de vigilância já existentes, como uma componente das doenças não-transmissíveis;
- c) implementar a Convenção-Quadro de Luta Anti-Tabaco; a Estratégia Mundial para a Dieta, Actividade Física e Saúde; o Pacote Integrado para o Tratamento das Doenças Cardiovasculares; e as componentes da prevenção e controlo da febre reumática e da doença cardíaca reumática, na Atenção Integrada às Doenças da Infância;

- d) garantir a disponibilidade sustentada de um conjunto mínimo de medicamentos com boa relação custo-eficácia e de preço acessível para o tratamento das doenças cardiovasculares, e reforçar as competências dos profissionais da saúde e de outros prestadores de cuidados, na área da prevenção e controlo das doenças cardiovasculares.
42. À OMS e aos outros parceiros compete dar apoio técnico aos países para:
- a) Recolherem os dados necessários para influenciar as decisões políticas quanto ao controlo das doenças cardiovasculares pelos governos e criar programas nacionais de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares, integrados nos programas das doenças não-transmissíveis, incluindo o apoio para adaptar às realidades nacionais os documentos das políticas a nível global;
 - b) implementar intervenções prioritárias visando reduzir a incidência das doenças cardiovasculares e localizar mecanismos de financiamento para a prevenção e controlo das doenças cardiovasculares.

CONCLUSÃO

43. As doenças cardiovasculares são uma grande preocupação da saúde pública na Região Africana. São a principal causa de mortalidade nos adultos e os acidentes vasculares cerebrais, são, por si, a maior causa de incapacidades em muitos países africanos.
44. Os Estados-Membros deverão implementar rapidamente intervenções-chave para inverter a epidemia emergente de doenças cardiovasculares, dando grande prioridade à prevenção primária.
45. Uma prevenção e controlo eficazes das doenças cardiovasculares exigirá uma forte advocacia e um elevado empenhamento político a nível de país, bem como uma adaptação dos serviços de saúde, incluindo a formação adequada dos profissionais da saúde.
46. Convida-se o Comité Regional a analisar e discutir esta proposta de documento e a dar orientações para a sua implementação nos Estados-Membros.