

ANTECEDENTES

1. A incidência de Doenças Cardiovasculares (DCV) está a aumentar rapidamente em África e este grupo de doenças está agora a tornar-se um problema de saúde pública na Região Africana da OMS. De acordo com o Relatório Mundial de Saúde 2001, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 9,2% do total de mortes na Região em 2000 (mais do que as mortes provocadas pelo paludismo) em comparação com 8,15% em 1990. No entanto, não existe uma consciencialização adequada da magnitude do problema e das potencialidades da prevenção.
2. Por definição, as doenças cardiovasculares afectam o coração e os vasos sanguíneos do corpo. As Doenças Cardiovasculares (DCV) podem ser congénitas ou adquiridas. As mais influentes doenças cardiovasculares adquiridas são: hipertensão¹, ataques cardíacos, cardiomiopatias e doenças das artérias coronárias.
3. Os ataques cardíacos e as paragens cardíacas, geralmente associados à hipertensão, são as formas mais comuns de doenças cardíacas na Região Africana. O número de casos de doenças coronárias está a aumentar, embora a um nível mais lento do que nos países ocidentais. A doença cardíaca reumática continua a ser uma grande preocupação em termos sanitários na Região.
4. O crescimento da incidência das doenças cardiovasculares em África está ligado à adopção de estilos de vida que, em conjunto com outros factores, aumentam a possibilidade de risco destas doenças. Trata-se dos denominados factores de risco. O primeiro conjunto de factores de risco para as doenças cardiovasculares, que inclui uma *história familiar ou pessoal de doenças cardiovasculares, raça*,² *género*³ e *idade*,⁴ não é modificável por intervenções.
5. Outros factores de risco bem definidos para as doenças cardiovasculares são: *hipertensão, tabagismo, obesidade, inactividade física, alimentação pouco saudável, colesterol elevado, consumo de álcool em excesso e diabetes*.^{5, 6} Estes factores de risco, são contemplados na prevenção ou controlo através da adopção de políticas sanitárias adequadas por parte dos governos, que encorajam os indivíduos a adoptar estilos de vida saudáveis.

¹A hipertensão é um factor de risco para as DCV e uma DCV por si só. Consoante o contexto, a hipertensão é mencionada neste documento como factor de risco ou como doença.

²Os negros são mais propensos à hipertensão grave e a ataques cardíacos do que os brancos.

³Os homens tendem a desenvolver doenças cardíacas numa idade mais jovem do que as mulheres.

⁴Quanto mais idade as pessoas tiverem, maiores são as probabilidades de elas desenvolverem doenças cardíacas e ataques cardíacos.

⁵A diabetes é uma doença que afecta vários órgãos do corpo e é também um factor de risco para as DCV.

⁶Foram identificados outros factores de risco enraizados ou prováveis. Por exemplo, é agora evidente que o crescimento dos fetos e das crianças está relacionado com a incidência de doenças coronárias na idade adulta; o stress como factor determinante da hipertensão é ainda controverso; nos países mais afectados, a epidemia de HIV/SIDA fez aumentar o número de cardiomiopatias. No entanto, estes factores já estão a ser abordados através de outras iniciativas ou programas (saúde reprodutiva, prevenção e controlo do HIV/SIDA), necessitam de mais investigação ou não cabem em intervenções preventivas com boa relação custo-eficácia. Assim, o destaque está apenas nos factores de risco de DCV Aessenciais@ considerados neste documento.

6. A **hipertensão** está intimamente relacionada com o risco de ataques cardíacos, doenças coronárias e insuficiência cardíaca e renal. A prevalência é muito elevada em alguns países.⁷ Alguns estudos realizados na Região mostram uma inequívoca relação entre o nível de pressão sanguínea, o consumo de sal e de gordura e o peso do corpo. Alguns estudos no Gana, África do Sul e Zimbabwe demonstraram um aumento na prevalência e na mortalidade devida a ataques cardíacos, fazendo corresponder o aumento dos factores de risco, especialmente hipertensão, obesidade, tabagismo e diabetes.⁸

7. O **tabaco**, cujo consumo está a aumentar na Região Africana, é uma importante causa de ataques cardíacos e doenças vasculares dos periféricos; também faz aumentar o risco de ataques cardíacos.

8. A **obesidade**, nomeadamente quando associada à inactividade física, é uma causa importante da diabetes, colesterol elevado e hipertensão. A *alimentação pouco saudável*, isto é, a ingestão de alimentos em excesso e/ou dieta desequilibrada com grandes quantidades de sal, açúcar e gorduras saturadas e o fraco consumo de frutas e vegetais aumentam o colesterol e o peso, conduzindo assim a hipertensão, diabetes e doenças coronárias.

9. O risco de doenças coronárias e ataques cardíacos aumenta à medida que o nível de *colesterol* aumenta. Os factores responsáveis pelo aumento do colesterol são: anomalias geneticamente determinadas envolvendo o metabolismo do colesterol, a ingestão de gorduras, a inactividade física, a obesidade e o tabagismo.

10. O **consumo de álcool em excesso** é um importante factor de risco para a hipertensão e a diabetes, o que pode levar também a alterações degenerativas do coração.

11. A **diabetes**, cuja incidência está a aumentar na Região, representa um grande risco para as doenças cardíacas, ataques cardíacos, doenças vasculares dos periféricos e insuficiência cardíaca e renal.

12. As pessoas com um ou mais factores de risco são mais propensas as Doenças Cardiovasculares (DCV) do que as pessoas que não registam nenhum factor de risco. Na maior parte dos casos, os factores de risco não ocorrem isolados; estão geralmente associados e interagem de uma forma que resulta numa mais forte probabilidade de desenvolvimento da doença. Este facto é a base onde deve ser desenvolvida uma abordagem global da redução dos factores de risco.

⁷A prevalência varia entre 15/100 e 30/100 em determinadas áreas urbanas do Gana, Maurícias, Nigéria e Zimbabwe, enquanto nas áreas rurais dos mesmos países a prevalência é muito mais reduzida, variando entre 3/100 e 9/100.

⁸Nyame PK, Jumah KB, Adjei S. CT análise da avaliação dos ataques cardíacos nos habitantes do Gana. East Afr Med J 1998; 75(11):637-9; Bam WJ, Yako PM. Correlação entre a hipertensão e os acidentes cardiovasculares em doentes de raça negra. S Afr Med J 1984; 65(16):638-41; Matenga J, Kitai I, Levy L. Ataques cardíacos no seio da comunidade negra em Harare, Zimbabwe. Br Med J 1986(21)292:1649-51.

13. A pobreza e a exposição aos factores de risco para Doenças Cardiovasculares (DCV) estão profundamente relacionadas. Seguem-se dois exemplos: o rápido aumento do consumo de tabaco e respectiva relação com um baixo nível de escolaridade entre os fumadores; e o aumento do consumo de alimentos ricos em gorduras e pobres em fibras, substituindo os vegetais e as frutas entre os mais desfavorecidos.

14. As deficiências e a mortalidade provocadas pelas doenças cardiovasculares são mais frequentes nas camadas mais desfavorecidas e ocorrem mais prematuramente na Região Africana do que nos países ocidentais, alimentando o círculo vicioso de estados precários de saúde/pobreza/estados precários de saúde.

15. Outras doenças cardiovasculares que suscita grande preocupação de saúde pública é a Doença Cardíaca Reumática (RHD). A RHD afecta em primeiro lugar as válvulas cardíacas e é provocada pela Febre Reumática (RF) que se segue a uma infecção estreptocócica. É a causa mais comum de doenças cardíacas adquiridas das crianças e adolescentes. A RHD é uma doença típica da pobreza e é uma importante causa de deficiências e morte em África, apesar da existência de intervenções preventivas com boa relação custo-eficácia.

ENQUADRAMENTO

16. Alguns passos importantes dados na luta pela prevenção e controlo das doenças cardiovasculares através da redução dos factores de risco foram a adopção de estratégias regionais para a promoção da saúde e a prevenção e controlo de doenças não-transmissíveis (DNT). Estas duas estratégias visam uma abordagem abrangente dos factores de risco interrelacionados.⁹

17. A exposição a factores de risco pode ser impedida através de medidas relativamente pouco dispendiosas com base na população, tais como acções legislativas e fiscais que possam criar um ambiente favorável à adopção de estilos de vida saudáveis. Estas decisões políticas podem ser reforçadas através de esforços de ensino para a saúde de forma a encorajar actividade física contínua, impedir as pessoas de começarem a fumar e a promover uma alimentação que restrinja a ingestão de gorduras saturadas e sal. Esta medida é conhecida como **prevenção primordial**.¹⁰

18. Num grande estudo realizado nos Estados Unidos da América, foi demonstrado que alterações modestas nos estilos de vida em grupos de risco B ingerir menos gorduras, fazer exercício duas horas e meia por semana e perder peso moderadamente B podem reduzir para menos de metade a incidência¹¹ de diabetes. Um sistema de vigilância bem adaptado pode identificar pessoas com factores de risco muito antes da ocorrência de doenças cardiovasculares e do respectivo tratamento. Esta medida é conhecida como **prevenção primária**. Intervenções como

⁹Estes documentos estão de acordo com as recomendações da OMS relevantes, expressas na Carta de Ottawa e nas declarações de Adelaide e Jacarta (documentos WHO/HPR/HEP/95.2, WHO/HPR/HEP/95.1 e WHO/HPR/HEP/41CHP/BR/97.4).

¹⁰Um exemplo da história de sucesso na Região chega das Maurícias, onde as acções legislativas governamentais relativas à alteração da composição do óleo alimentar de óleo de palma (rico em ácidos gordos saturados) para óleo de soja resultou numa descida dos níveis de colesterol do sangue da população (Ebrahim S, Davey Smith G. Exportar as insuficiências? Doenças coronárias nos países em vias de desenvolvimento. Int J Epidemiol 2001;30:201-205).

¹¹Número de novos casos de uma doença.

ajudar as pessoas a deixar de fumar e a gerir a hipertensão e a obesidade (dietas e actividade física) podem reduzir substancialmente o risco de DCV.

AFR/RC52/RT/2

Página 4

19. Através de despistagens sistemáticas, pode conseguir-se a detecção precoce das DCV e dos respectivos factores de risco. O controlo dos factores de risco associado a medidas de gestão adequadas pode ajudar a impedir complicações tais como morte súbita, ataque cardíaco e paragem cardíaca. Esta medida é conhecida como **prevenção secundária**.

20. A prevenção primordial e a primária são abordagens com base na população e são as formas mais rentáveis de reduzir a prevalência¹² dos factores de risco para as DCV que, entre outros aspectos, reduz a incidência global das DCV na comunidade. A prevenção secundária dirige-se aos grupos de alto risco e pretende reduzir as complicações das DCV, mas não reduz a incidência da doença.

21. Constituir um sistema de vigilância com base na abordagem dos factores de riscos é fundamental para o sucesso de qualquer programa que pretenda impedir e controlar as DCV, uma vez que permite a identificação de grupos de alto risco e a monitorização das tendências ao longo do tempo.

22. A investigação é também uma prioridade, devido à escassez de dados sobre as DCV, os respectivos factores de risco e os factores determinantes e à necessidade de avaliar a eficácia de determinadas intervenções na Região.

23. A prevenção de RF/RHD assenta na despistagem sistemática e no tratamento de infecções estreptocócicas da garganta entre os grupos mais vulneráveis: a camada mais desfavorecida e as crianças e adolescentes carenciados.

DESAFIOS

24. Na maior parte dos países, as DCV ainda não recebem a atenção que merecem. Existe a necessidade de fortalecer a advocacia, de forma a assegurar o empenhamento político dos governos e melhorar o papel de administração geral dos Ministérios da Saúde na abordagem multisectorial de redução/eliminação dos factores de risco para as DCV.

25. A magnitude real dos factores de risco das DCV (e das próprias DCV) na Região não é totalmente compreendida, havendo necessidade de mais investigação e da criação de sistemas de vigilância para ampliar o conhecimento do problema e monitorizar as tendências.

26. Uma abordagem integrada da prevenção e controlo dos factores de risco das DCV a todos os níveis do sistema de saúde, especialmente ao nível dos cuidados de saúde primários, é a chave para a abordagem das DCV.

27. Os programas nacionais para a prevenção e o controlo da RF/RHD não estão bem implementados em muitos países em que a incidência da doença é elevada.

28. A mobilização de mais recursos e a redistribuição de alguns dos fundos dos cuidados terciários para as actividades de redução de factores de risco das DCV B no âmbito de um

¹²Número total de casos de uma doença.

programa abrangente de prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis B será um bom indicador de uma opção política reorientada para a redução da incidência de DCV.

TEMAS DE DISCUSSÃO

29. Como reforçar as capacidades dos Ministérios da Saúde de forma a permitir-lhes o desempenho de uma função de administração geral abordagem multisectorial à redução dos factores de risco das DCV?

30. Como obter mais dados fiáveis sobre os factores de risco das DCV na Região? Como retirar proveito da tendência da OMS de vigilância das Doenças Não-Transmissíveis (DNT) (ASTEPS@¹³)?

31. Como assegurar que as infra-estruturas de cuidados de saúde adequadas e os profissionais de saúde e médicos vençam o desafio apresentado pelas DNT em geral e pelos factores de risco das DCV em particular?

32. Como assegurar a distribuição/redistribuição adequadas dos recursos para a abordagem dos factores de risco das DCV?

33. Como assegurar a implementação/reforço dos programas nacionais para a prevenção e o controlo da RF/RHD?

RESULTADOS ESPERADOS

34. Recomendações para os Estados-Membros e a OMS sobre o emprego de formas mais rentáveis de melhorar a prevenção e o controlo de DCV através da abordagem de redução dos factores de risco.

35. Propostas sobre os mecanismos de obtenção de informações adicionais e fiáveis sobre os factores de risco das DCV na Região.

36. Propostas sobre como assegurar que as infra-estruturas adequadas de cuidados de saúde e os profissionais de saúde e médicos ultrapassem a situação actual das doenças não-transmissíveis, especialmente os factores de risco das Doenças Cardiovasculares (DCV).

37. Recomendações sobre formas de assegurar uma maior dotação de recursos para a implementação de programas de prevenção e controlo das DCV através da prevenção e controlo dos factores de risco.

38. Recomendações sobre como iniciar/reforçar a implementação dos programas nacionais para a prevenção e o controlo da RF/RHD.

¹³STEPS: Trata-se de uma nova iniciativa normalizada, desenvolvida pela OMS para ajudar os países em vias de desenvolvimento a abordar o problema da falta de dados e da vigilância das DNT em geral e dos factores de risco das DCV em particular. Podem ser encontradas mais informações no Web site da WHO (www.who.ch).



WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR AFRICA

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
BUREAU REGIONAL DE L'AFRIQUE

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

AFR/RC52/RT/2
21 de Abril de 2002

Quinquagésima-segunda sessão
Brazzaville, Congo, 19 - 23 de Agosto de 2002

ORIGINAL: INGLÊS

Ponto 9.2 da ordem do dia provisória

**ABORDAGEM DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES ATRAVÉS DA REDUÇÃO DOS
FACTORES DE RISCO**

Mesa-redonda n1 2

ÍNDICE

Parágrafos

ANTECEDENTES	1-15
ENQUADRAMENTO.....	16-23
DESAFIOS	24-28
TEMAS DE DISCUSSÃO	29-33
RESULTADOS ESPERADOS	34-38