BJCMR Brazilian Journal of Clinical Medicine and Review

PCAA PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS DE ACESSO ABERTO

Editorial

Saúde Cardiovascular na África: O Longo Caminho em Direção a Soluções Sustentáveis

Humberto Morais [1, 2, *], Fidel Manuel Caceres-Loriga [3]

[1] Hospital Militar Principal/Instituto Superior, Luanda, Angola.
[2] Girassol Clinic, Luanda, Angola.
[3] Doctors HealthCare, Florida, USA.

* Correspondence: hmorais1@gmail.com.

Citação: Morais H, Caceres - Loriga FM. Saúde Cardiovascular na África: O Longo Caminho em Direção a Soluções Sustentáveis. Brazilian Journal of Clinical Medicine and Review. 2026:Jan-Dec;04(1):bjcmr36.

https://doi.org/10.52600/2965-0968.bjcmr.2026.4.1.bjcmr36

Recebido: 21 Agosto 2025
Aceito: 29 Agosto 2025
Publicado: 10 Setembro 2025

Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

Resumo: A saúde cardiovascular na África tem sido objeto de observação médica por quase um século, mas continua sendo uma prioridade negligenciada nas agendas de saúde. Desde o relatório de Donnison e Lond em 1929 sobre a pressão arterial em populações africanas, o continente passou por uma transição epidemiológica marcada pelo aumento das doenças não transmissíveis. Atualmente, a doença cardiovascular (DCV) é uma das principais causas de mortalidade na África Subsaariana, com uma prevalência que aumentou mais de 130% entre 1990 e 2019. Ao contrário dos países de alta renda, onde a detecção precoce, os avanços farmacológicos e os programas robustos de prevenção impulsionaram uma queda constante na mortalidade por DCV, a África continua a enfrentar taxas desproporcionalmente altas de mortes prematuras. Entre os fatores contribuintes estão a hipertensão não controlada, o acesso limitado a diagnósticos, os serviços de cardiologia escassos e centralizados e os medicamentos essenciais inacessíveis. Esses desafios perpetuam a instabilidade econômica e aprofundam as desigualdades, constituindo uma "epidemia cardiovascular silenciosa.". As soluções futuras exigem estratégias adaptadas às realidades africanas, em vez da importação direta de modelos de países de alta renda. O controle da hipertensão deve ser a pedra angular, apoiado por monitoramento sistemático da pressão arterial, educação comunitária e políticas intersetoriais que promovam estilos de vida mais saudáveis. O fortalecimento dos sistemas de saúde por meio de capacitação, acesso a medicamentos acessíveis e ferramentas diagnósticas básicas é fundamental. A cooperação regional e a solidariedade internacional, inspiradas em programas bem-sucedidos de doenças infecciosas, são igualmente essenciais. Além disso, as inovações em saúde digital, incluindo plataformas móveis de saúde, telemedicina, dispositivos portáteis e inteligência artificial, oferecem oportunidades custo-efetivas para ampliar o acesso e aprimorar a tomada de decisão baseada em dados. A crise cardiovascular africana não é uma ameaça distante, mas uma realidade presente. Fechar essa lacuna exige vontade política, investimento e parcerias globais. Assim como HIV/AIDS e malária mobilizaram ações sem precedentes, a saúde cardiovascular na África deve agora ser reconhecida como prioridade para equidade, estabilidade econômica e direito à saúde.

Palavras-chave: África; Doença Cardiovascular; Hipertensão; Sistemas de Saúde; Saúde Digital.

Saúde cardiovascular na África tem atraído atenção médica há quase um século. Em janeiro de 1929, Donnison e Lond publicaram na The Lancet o artigo "Blood Pressure in the African Native: Its Bearing Upon the Aetiology of Hyperpiesia and Arterio-sclerosis", descrevendo padrões de pressão arterial em populações africanas e sua relação com hipertensão e arteriosclerose [1]. Essa observação inicial destacou um paradoxo: em um

continente sobrecarregado por doenças infecciosas e desnutrição, a patologia cardiovascular já estava presente, embora amplamente negligenciada nas agendas de saúde.

Durante grande parte do século XX, as prioridades de saúde pública na África focaram em malária, HIV/AIDS, tuberculose e outras doenças transmissíveis. Entretanto, a transição epidemiológica, impulsionada pela rápida urbanização, mudanças alimentares e envelhecimento populacional, levou a um aumento sustentado das doenças não transmissíveis, particularmente da doença cardiovascular (DCV) [2]. A hipertensão tornou-se disseminada, mal controlada, e a mortalidade cardiovascular prematura passou a substituir progressivamente os óbitos por doenças infecciosas. Estudos epidemiológicos recentes revelam um atraso histórico: enquanto países de alta renda alcançaram avanços significativos na prevenção, diagnóstico e tratamento da DCV, a África acumulou silenciosamente uma carga crescente, sem recursos ou estratégias suficientes para enfrentá-la [3].

1. Situação Atual

A DCV é atualmente uma das principais causas de morte na África Subsaariana, afetando homens e mulheres e impactando cada vez mais adultos jovens [2]. O Global Burden of Disease Study (1990–2019) relatou um aumento superior a 130% na prevalência absoluta [3]. Esse crescimento resulta em milhões de mortes e consequências econômicas profundas em sociedades já sobrecarregadas por múltiplos desafios de saúde. Análises comparativas indicam que, enquanto a mortalidade cardiovascular caiu drasticamente em países de alta renda devido ao controle eficaz de fatores de risco e terapias, a morte prematura por DCV na África permanece desproporcionalmente elevada [2]. Doença cerebrovascular, doença isquêmica do coração e insuficiência cardíaca hipertensiva predominam, frequentemente diagnosticadas tardiamente.

Globalmente, a mortalidade cardiovascular tem declinado de forma constante nas últimas cinco décadas, impulsionada por inovações farmacológicas (estatinas, anti-hipertensivos, anticoagulantes), cardiologia intervencionista, programas populacionais de prevenção e sistemas de saúde mais robustos [4]. O World Heart Report 2023 confirma que esses benefícios são distribuídos de forma desigual: Europa e América do Norte registram quedas históricas, enquanto a África não reproduziu essa trajetória [5]. Diversos fatores explicam essa lacuna. Primeiro, fatores de risco modificáveis são prevalentes. O estudo PURE, com mais de 155.000 participantes em 21 países, documentou que hipertensão não controlada, dietas não saudáveis, obesidade abdominal, tabagismo e baixa atividade física são determinantes importantes da mortalidade cardiovascular, com impacto ainda maior em contextos de baixa renda [4]. Segundo, as oportunidades de detecção precoce e controle são limitadas: menos de 20% dos africanos hipertensos têm conhecimento de sua condição e menos de 10% alcançam controle adequado [4].

As limitações do sistema de saúde também são críticas. Serviços especializados de cardiologia são escassos e concentrados em áreas urbanas, enquanto medicamentos essenciais estão disponíveis de forma inconsistente e frequentemente são inacessíveis [6]. Programas nacionais de prevenção de DCV permanecem limitados, e políticas de cobertura universal raramente garantem a continuidade do cuidado crônico [5]. As consequências são duplas: a mortalidade cardiovascular aumenta em termos absolutos, e a carga afeta de forma crescente populações economicamente ativas, perpetuando a pobreza e a desigualdade. A África enfrenta uma "epidemia cardiovascular silenciosa", amplamente negligenciada nas agendas políticas e no financiamento internacional [2, 5].

2. Direções Futuras

Soluções sustentáveis para a saúde cardiovascular na África exigem uma mudança de paradigma. As estratégias devem ser adaptadas às realidades sociais, econômicas e culturais de cada país, e não simplesmente importadas de contextos de alta renda [6]. A prevenção e a detecção precoce devem ser centrais. A hipertensão deve ser o alvo prin-

cipal, pois seu controle efetivo reduz o risco de acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca [4]. A aferição sistemática da pressão arterial na atenção primária, aliada à educação em saúde baseada na comunidade, pode gerar benefícios imediatos e custo-efetivos [2]. Intervenções de estilo de vida, incluindo dietas balanceadas, redução da ingestão de sal, prática de atividade física e cessação do tabagismo, requerem políticas intersetoriais que envolvam educação, agricultura, transporte e planejamento urbano [2,5].

O fortalecimento dos sistemas de saúde é essencial. O treinamento deve incluir cardiologistas, clínicos gerais e enfermeiros na gestão de fatores de risco [6]. Medicamentos essenciais devem ser tornados acessíveis por meio de compras centralizadas, produção local e subsídios para evitar exclusão financeira [5]. Ferramentas diagnósticas básicas, como eletrocardiografia e ecocardiografia portátil, devem ser progressivamente implementadas em hospitais distritais e regionais [6]. A cooperação internacional e regional é um pilar fundamental. Experiências em países africanos de língua portuguesa demonstram que a colaboração pode facilitar o compartilhamento de protocolos, a capacitação e o monitoramento digital de pacientes crônicos [7]. A comunidade global, incluindo organizações multilaterais e agências de desenvolvimento, deve reconhecer que investir na saúde cardiovascular da África é crítico para a estabilidade econômica e social [5].

A pesquisa local deve ser priorizada. Embora estudos como PURE e Global Burden of Disease forneçam insights valiosos, as evidências específicas do continente ainda são limitadas [3,4]. Registros nacionais, coortes populacionais e ensaios clínicos permitirão que as políticas sejam orientadas por dados locais, e não extrapoladas de outros contextos [6]. Como destacou Mocumbi, países de baixa e média renda já demonstraram resiliência e inovação no enfrentamento de doenças infecciosas. O compromisso político, financeiro e social que reduziu a mortalidade por HIV/AIDS e malária deve agora ser direcionado às doenças cardiovasculares [6].

Aproveitando a inovação digital no cuidado cardiovascular. A inovação digital oferece oportunidades promissoras para melhorar o cuidado cardiovascular na África, se adaptada às realidades locais. Plataformas móveis de saúde (mHealth), apoiadas pela alta penetração de telefones celulares, podem fornecer educação ao paciente, lembretes, automonitoramento e consultas remotas, ajudando a superar barreiras de distância e custo [6,7]. A telemedicina amplia a expertise em cardiologia além dos centros urbanos, enquanto dispositivos portáteis de baixo custo, como ecocardiografia de mão ou esfigmomanômetros baseados em smartphones, permitem triagem no ponto de atendimento em áreas rurais. A inteligência artificial pode apoiar ainda mais o diagnóstico precoce, interpretando ECGs, ecocardiogramas ou imagens de retina onde especialistas são escassos. Dispositivos vestíveis, especialmente na detecção de fibrilação atrial, exemplificam como a tecnologia pode melhorar o diagnóstico precoce e o monitoramento contínuo, embora também levantem desafios éticos e regulatórios [8].

A saúde digital também fortalece a coleta de dados para registros e vigilância, permitindo que governos monitorem tendências e avaliem intervenções [6,7]. No entanto, sua integração exige enfrentar lacunas de infraestrutura, falta de eletricidade e a exclusão digital. Garantir equidade, acessibilidade e interoperabilidade é essencial. Em última instância, a tecnologia deve complementar, e não substituir, o fortalecimento tradicional dos sistemas de saúde, atuando como catalisador para expandir o acesso, a eficiência e a qualidade do cuidado cardiovascular na África.

3. Conclusão

Das observações de Donnison em 1929 até os dados contemporâneos de carga de doença, a trajetória da saúde cardiovascular na África reflete atraso, iniquidade e desafios persistentes [1–3]. Enquanto conquistas globais na redução da mortalidade cardiovascular são celebradas, a África continua em um caminho difícil em busca de soluções sustentáveis. A evidência é clara: a epidemia cardiovascular africana não é um problema futuro, é uma realidade presente. O que falta não é conhecimento, mas ação decisiva. A

liderança, os recursos e a solidariedade internacional que transformaram o combate ao HIV/AIDS e à malária devem agora ser mobilizados para enfrentar a crise cardiovascular africana [5,6].

Até 2030, a comunidade global de saúde enfrentará uma escolha: continuar documentando disparidades ou mobilizar inovação, políticas e parcerias equitativas para fechar o abismo cardiovascular. O tempo da observação já passou. A próxima década deve ser dedicada a entregar soluções, salvar vidas e garantir que a saúde cardiovascular se torne um direito universal, não um privilégio.

Financiamentos: Nenhum.

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: Nenhum.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: The authors declare no conflict of interest.

Materiais Suplementares: Nenhum.

Referências

1. Donnison CP, Lond BS. Blood Pressure in the African Native: Its Bearing Upon the Aetiology of Hyperpiesia and Arterio-sclerosis. Lancet. 1929;213:6-7.
2. Yuyun MF, Sliwa K, Kengne AP, Mocumbi AO, Bukhman G. Cardiovascular Diseases in Sub-Saharan Africa Compared to High-Income Countries: An Epidemiological Perspective. Global Heart. 2020;15:15.
3. Alhuneafat L, Ta'ani OA, Tarawneh T, ElHamdani A, Al-Adayleh R, Al-Ajlouni Y, Naser A, Al-Abdouh A, Amoateng R, Taffe K, Alqarqaz M, Jabri A. Burden of cardiovascular disease in Sub-Saharan Africa, 1990–2019: An analysis of the Global Burden of Disease Study. Curr Probl Cardiol. 2024 Jun;49(6):102557. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2024.102557
4. Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S, Islam S, Mente A, Hystad P, Brauer M, Kutty VR, Gupta R, Wielgosz A, AlHabib KF, Dans A, Lopez-Jaramillo P, Avezum A, Lanas F, Oguz A, Kruger IM, Diaz R, Yusoff K, Mony P, Chifamba J, Yeates K, Kelishadi R, Yusufali A, Khatib R, Rahman O, Zatonska K, Iqbal R, Wei L, Bo H, Rosengren A, Kaur M, Mohan V, Lear SA, Teo KK, Leong D, O'Donnell M, McKee M, Dagenais G. Modifiable Risk Factors, Cardiovascular Disease, and Mortality in 155,722 Individuals from 21 Countries (PURE): A Prospective Cohort Study. Lancet. 2019;394:1025–1038.
5. WHO. World Heart Report 2023: Confronting the World's Number One Killer. World Heart Federation, Geneva, 2023
6. Mocumbi AO. Cardiovascular Health Care in Low- and Middle-Income Countries. Circulation. 2024;149:557–559.
7. Malta DC, Gomes CS, Veloso GA, de Souza JB, Vasconcelos de Oliveira PP, Ferreira AVL, Nagavi M, Ferrinho P, Carvalho de Freitas P, Ribeiro AL. The burden of Noncommunicable Diseases in Portuguese Language Countries. Ciência & Saúde Coletiva. 2023;28:1549-1562.
8. Francisco A, Pascoal C, Lamborne P, Morais H, Gonçalves M. Wearables and Atrial Fibrillation: Advances in Detection, Clinical Impact, Ethical Concerns, and Future Perspectives. Cureus. 2025 Jan 13;17(1):e77404. doi: 10.7759/cureus.77404. PMID: 39949464; PMCID: PMC11822239.