

Comentários sobre VII JOINT

Otávio Rizzi Coelho
*Chefe da Disciplina de Cardiologia da Faculdade de
 Ciências Médicas de Campinas – UNICAMP*

Apesar de todos os avanços diagnósticos e terapêuticos, a hipertensão arterial sistêmica (HA) continua sendo uma das mais importantes causas de óbito. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), hipertensão é a terceira causa de morte do mundo, e de cada oito óbitos que ocorrem um é devido a ela.

A recente publicação do JVII Joint (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and the Treatment of High Blood Pressure) reforça a importância da HA como fator de risco cardiovascular e ressalta que podemos reduzir as suas consequências com o diagnóstico correto e condutas medicamentosas ou não. Esta nova edição do JNC-VII destaca alguns tópicos. Entre eles ressalta a importância da hipertensão arterial sistólica, que deve ser o foco prefe-

rencial do tratamento no paciente hipertenso. Destaca também que o risco cardiovascular começa a aumentar desde níveis de pressão arterial sistólica de 115 mmHg e de pressão arterial diastólica de 75 mmHg. Traz-nos a informação epidemiológica de que a probabilidade de uma pessoa de 55 anos de idade normotensa tornar-se hipertenso nos próximos 25 anos é de 90%. Informa, ainda, que reduzir a pressão arterial para níveis de 120/80 mmHg reduz a ocorrência de insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular encefálico (AVE), doença renal e doença arterial coronária (DAC), reduzindo a mortalidade global.

O JNC-VII ressalta a falha do sistema de saúde como um todo em transformar o conhecimento adquirido pela medicina nestes últimos anos em vantagens para os pacientes não

conseguindo controlar adequadamente a pressão arterial da grande maioria dos hipertensos. Assim, o número de hipertensos diagnosticados aumentou somente em 2% de 1991 para 2000; o número de pacientes tratados aumentou somente de 5% nesse período; e número de pacientes controlados aumentou apenas 7%. Ainda existem 66% de hipertensos não controlados nos EUA.

Os números da tabela 1 mostram que o conjunto de pessoas que compõe o sistema de saúde como um todo tem que fazer um enorme esforço no sentido de que a maioria dos pacientes com HA seja diagnosticada e adequadamente tratada, utilizando-se para esse fim diversos modelos já testados com sucesso, como o realizado na Finlândia.

O JNC-VII também introduziu importantes alterações na classifi-

Tabela 1 – Modificações no diagnóstico, tratamento e controle da HAS* em adultos de 18 a 74 anos
NHANES (%)

	1976-80 II	(Fase 1) 1988-91 III	(Fase 2) 1991-94) III	1999-2000
Diagnóstico	51	73	68	70
Tratamento	31	55	54	59
Controle [†]	10	29	27	34

* Hipertensão é PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg ou usando anti-hipertensivos

[†] PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg

Fontes: Dados não publicados 1999-2000 computados por M. Wolz, National Heart, Lung, and Blood Institute; JNC 6.

ção da HA, criando a classe de “pré-hipertensão” e classificando os hipertensos em apenas dois estágios (Tabela 2).

Essa edição do JNC, de número sete, reforça a idéia de risco cardiovascular e realça a participação da HA nesse contexto.

Para pessoas com idade entre 40 e 70 anos o aumento de 20 mmHg na PAS e de 10 mmHg na PAD dobra o risco de eventos cardiovasculares. Esses dados valem para pessoas que apresentem a pressão arterial entre 115/75 mmHg e 185/115 mmHg.

O VII Joint reforça o fato de que com o adequado controle da pressão arterial ocorre uma importante redução de risco cardiovascular. Estudos clínicos bem conduzidos demonstraram que o controle da pressão arterial reduz a ocorrência de AVE entre 35% e 40%, IAM entre 20% a 25% e ICC em até 50%. Esses dados, mais uma vez, reforçam a importância do tratamento correto. Estima-se que tratar pacientes com HA estágio I e reduzir a PAS em 12

mmHg por 10 anos salve uma vida a cada 11 pacientes tratados.

Nesse documento há destaque para a importância da correta técnica de se medir a pressão arterial e da utilização da monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA).

Em relação ao tratamento, prioriza os diuréticos tiazídicos entre as medicações mais eficientes para o tratamento dos hipertensos sem condições clínicas associadas, porém sem excluir a possibilidade de se utilizar fármacos das outras classes terapêuticas como primeira opção, tais como: IECA, antagonistas dos receptores da angiotensina, antagonistas dos canais de cálcio e bloqueadores beta-adrenérgicos. Salienta também, que os pacientes que se encontram no estágio 2 deverão receber preferencialmente, como tratamento inicial, uma associação de dois medicamentos (Tabela 3).

Pacientes com condições clínicas associadas necessitam de tratamentos específicos como primeira escolha. (Tabela 4).

Em conclusão, deve-se destacar alguns pontos importantes, entre outros, deste novo documento, a saber:

a) a importância do controle da PAS na prevenção do risco cardiovascular;

b) em pacientes com pressão arterial a partir de 115/75 mmHg, a cada aumento de 20 mmHg na PAS ou de 10 mmHg na PAD duplica-se o risco para eventos cardiovasculares;

c) uma pessoa de 55 anos sem HA tem uma probabilidade de 90% de se tornar hipertensa nos próximos 25 anos;

d) os indivíduos incluídos na classificação de “pré-hipertensão” (PAS de 120 a 139 mmHg e PAD de 80 a 89 mmHg) estão com risco cardiovascular aumentado e deverão ser submetidos a tratamento não-medicamentoso;

e) pacientes com condições clínicas associadas têm indicações especiais de medicamentos específicos para o controle da HA;

f-) hipertensos no estágio 2 deverão iniciar o tratamento com associação de pelo menos duas medicações.

Tabela 2 – Classificação da PA em adultos

PA Classificação	PAS mmHg		PAD mmHg
Normal	< 120	e	< 80
Pré-hipertensão	120-139	ou	80-89
Estágio 1 Hipertensão	140-159	ou	90-99
Estágio 2 Hipertensão	≥ 160	ou	≥ 100

JNC-VII – JAMA 2003; (May 21) 289:2560-72.

Tabela 3 – Classificação e manuseio da PA em adultos

PA Classificação	PAS mmHg	PAD mmHg	Modificação de estilo de vida	Droga inicial	
				Sem indicações obrigatórias	Com indicações obrigatórias
Normal	< 120	e < 80	Encorajar		
Pré- hipertensão	120-139	ou 80-89	Sim	Não há indicação para uso de drogas	Droga(s) para as indicações obrigatórias
Estágio 1 Hipertensão	140-159	ou 90-99	Sim	Diuréticos tiazídicos para maioria. Considerar inibidores da IECA, ARA, ARA, BB, ACC ou combinações	Droga (s) para as indicações obrigatórias
Estágio 2 Hipertensão	≥ 160	ou ≥ 100	Sim	Combinação de duas drogas (usualmente diurético tiazídico e ou bloqueadores dos receptores da angiotendina (BRAS) ou BB ou ACC)	Outras drogas anti-hipertensivas (diuréticos, IECA, ARA, BB, ACC) como necessitado

JNC-VII – JAMA 2003, May 21; 289:2560-72.

Tabela 4 – Indicações específicas para classes individuais de drogas

Indicações obrigatórias	Drogas recomendadas						Base do <i>trial</i> clínico
	Diurético	BB	Inibidores da IECA	BRAS	ACC	Anti-aldo	
							ACC/AHA Heart Failure
Insuficiência cardíaca	•	•	•	•		•	Guideline, MERIT-HF, COPERNICUS, CIBIS, SOLVD, AIRE, TRACE, ValHEFT, Rales
Pós-infarto		•	•			•	ACC/AHA Post-MI Guideline, BHAT, SAVE, Capricorn, EPHEBUS
Alto risco para DAC	•	•	•		•		ALLHAT, HOPE, ANBP, LIFE, CONVINCENCE
Diabetes	•	•	•	•	•		NKF-ADA Guideline, UKPDS, ALLHAT
IRC			•	•			NKF Guideline, Captopril Trial, RENAAL, IDNT, REIN, AASK
Prevenção de AVE	•		•				PROGRESS

JNC-VII – JAMA 2003, May 21; 289:2560-72.

Bibliografia

1. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, Switzerland:World Health Organization, 2002,58.
2. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289:2560-72.
3. Kastarinen MJ, Salomaa VV, Vartiainen EA et al. Trends in blood pressure levels and control of hypertension in Finland from 1982 to 1997. *J Hypertens* 1998;16:1379-87.
4. Lewington S, Clark R, Qizilbas N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality. *Lancet* 2002;360:1903-13.
5. Neal B, MacMahon S, Chapman N. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood pressure-lowering drugs. *Lancet* 2000;356:1956-64.
6. Ogden LG, He J, Lydick E, Whelton PK. Long term absolute benefit of lowering blood pressure in hypertensive patients according to the JNC VI risk stratification. *Hypertension* 2000;35:539-43.
7. Pickering T. Recommendations for the use of home(self) and ambulatory blood pressure monitoring. *Am J Hypertens* 1996;9:1-11.