

# 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)<br>1988-91 III | (Fase 2)<br>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<br>Classificação      | PAS<br>mmHg | PAD<br>mmHg | Modificação<br>de<br>estilo de<br>vida | Droga inicial   |  |
|--------------------------|-------------|-------------|--|---|--|
|                          |             |             |  | Sem indicações obrigatórias   | Com indicações obrigatórias  |
| Normal                   | < 120       | e < 80      | Encorajar                              |   |  |
| Pré-<br>hipertensão      | 120-139     | ou 80-89    | Sim                                    | Não há indicação para uso de drogas   | Droga(s) para as indicações obrigatórias   |
| Estágio 1<br>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<br>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.