

Hipertensão leve: tratamento contínuo ou intermitente?

SARA KRASILCIC

**MÉDICA NEFROLOGISTA DA UNIDADE DE HIPERTENSÃO DO HC-FMUSP –
SÃO PAULO – SP**

Considerando-se que muitos pacientes quando têm suspensa a medicação anti-hipertensiva, mantêm-se por longos períodos ainda com pressão normal, poder-se-ia propor tratamento anti-hipertensivo por períodos intermitentes?

Definitivamente não. De maneira alguma recomendo tratamento anti-hipertensivo por períodos intermitentes.

Demoramos décadas para alcançar conhecimentos científicos precisos a respeito da doença crônica e degenerativa denominada hipertensão arterial. Desde sua identificação, muito se acumulou em conhecimentos: sua classificação, seu papel como fator de risco cardiovascular, a associação com outras moléstias, sua história natural e as inúmeras possibilidades terapêuticas atuais. Longo, ainda, deve ser o caminho para a formação de profissionais de saúde, em todos os níveis, que compartilhem de informações adequadas para o diagnóstico e manejo da hipertensão arterial. Mais precisa e coerente deve ser a informação que passaremos ao leigo, principalmente para os menos privilegiados em recursos econômicos e de acesso aos serviços de saúde. Os efeitos maléficos sugeridos por um tratamento intermitente colocariam em risco todas as informações adquiridas até hoje pela medicina científica que pretendemos exercer.

Resumidamente, quais são os objetivos atuais do tratamento da hipertensão arterial? Conforme o Sexto Relatório Internacional do Joint National Committee sobre o tratamento de hipertensão arterial objetiva-se “redução da morbidade e mortalidade da forma menos invasiva possível mantendo-se uma PAS abaixo de 140 mmHg e uma PAD abaixo de 90 mmHg, ou menor se tolerado, controlando, ao mesmo tempo, outros fatores de risco modificáveis de doença cardiovascular. O tratamento para a redução dos níveis tensionais pode ser útil, particularmente para a prevenção do AVC, para preservar a função renal e para prevenir ou retardar a progressão da insuficiência cardíaca. Esse objetivo pode ser atingido apenas pela modificação do estilo de vida, ou em associação ao tratamento farmacológico”.

Os resultados eficazes demonstrados nos mais diversos trabalhos nessas áreas foram conseguidos por controle rígido e eficaz da hipertensão arterial, por período razoável (meses a anos), em grande número de indivíduos. Não há qualquer trabalho sério, desde a década de 70, que simplesmente acompanhe hipertensos com placebo além de um tempo mínimo para o chamado *wash-out*. Existe, sim, retirada de anti-hipertensivos em indivíduos controlados após mudanças eficazes no estilo de vida, sempre supervisionadas. Portanto, se baseados na literatura médica, devemos manter o controle regular e rigoroso dos níveis de pressão arterial para se atingir os objetivos propostos.

Na prática, acredito que devemos ser ainda mais rigorosos, tanto no discurso para o paciente, quanto na conduta médica propriamente dita. À exceção de indivíduos idosos ou muito idosos, os acidentes vasculares que atendemos em nossos plantões sempre contam a interrupção do uso de medicação, o abuso alimentar ou de álcool, quando não o total descaso ao diagnóstico de hipertensão já feito. Quem já não ouviu: “era fim de semana, ia beber e não tomei o remédio, acabou a caixa, ia mesmo comprar mais, fui viajar, abusei do sal, teve um churrasquinho...” O tempo observado entre a interrupção do tratamento e o evento mórbido nem sempre é regular ou previsível, e aí reside um dos maiores riscos do chamado tratamento intermitente. Pode-se sugerir, pela prática, que a interrupção necessária para a nova elevação de pressão arterial de indivíduos verdadeiramente hipertensos seja particularmente subjetiva, devendo sofrer variações pela idade, peso, alimentação, fatores ambientais, atividade física e moléstias associadas. Ainda assim, a relação entre abandono ao tratamento anti-hipertensivo e o evento mórbido é evidente para os profissionais presentes nas emergências médicas. Essa relação pode não ser tão nítida para episódios de insuficiência coronariana aguda (pela interação com outros fatores de risco cardiovascular) ou na progressão das insuficiências renal e cardíaca. Nesses casos, vale lembrar o papel atual demons-

trado pelo uso contínuo dos inibidores da enzima conversora da angiotensina, em que se recomendam doses acima daquelas destinadas para controle sintomático apenas, para, de fato, se atingir mudanças na sobrevida a longo prazo. A doença é crônica, suas lesões são progressivas e seu tratamento também deve ser contínuo.

Disponos, atualmente, de inúmeras facilidades no manejo da hipertensão arterial: fiscaliza-se a hipertensão e o efeito do jaleco branco com monitorização de 24 horas, acerta-se o diagnóstico, ajusta-se o medicamento e orienta-se a automensuração como se fazia apenas com o *diabetes mellitus*. Com esses recursos, com o leque de drogas existentes no mercado e um pouco de paciência, fica muito difícil propor uma terapêutica que não seja tolerável a longo prazo.

Quando finalmente estamos convencidos, pela literatura médica e pelas experiências pessoais, que devemos recomendar tratamento anti-hipertensivo para manutenção das cifras adequadas, o próximo passo é persuadir o paciente a manter esse tratamento. Geralmente assintomático e à parte de nossas experiências, indisciplinado e negando sua mortalidade, nosso paciente é extremamente humano. À exceção de uma minoria bem informada e coerente em suas atitudes, a maior parte do indivíduos abandona o tratamento a longo prazo, mesmo que se recomende tratamento contínuo. O abandono me parece ser o segundo maior risco, após a possibilidade de eventos mórbidos ou fatais, de se recomendar tratamento intermitente. A prescrição por um médico de tratamento intermitente pode sugerir ao paciente que a hipertensão arterial seja uma doença aguda ou limitada, e essa crença errônea pode contribuir para o abandono.

Entre os fatores relacionados à adesão ao tratamento de doenças crônicas compreendem-se variáveis demográficas, fatores estruturais (custo, duração, efeitos colaterais, acesso à medicação e ao atendimento), atitudes, qualidade e continuidade da equipe profissional, vínculo médico-paciente e as experiências pessoais e familiares prévias. Sabe-se, por exemplo, que a troca de um

anti-hipertensivo por outro, qualquer que seja ele, aumenta o abandono ao tratamento. Da experiência com a tuberculose, concluiu-se que o uso diário da terapêutica leva ao menor abandono que quando o mesmo esquema é prescrito em dias alternados. A partir dessas informações, e de minha experiência profissional, sugiro que o tratamento seja proposto como hábito diário, até que seja atingido automatismo comparável aos nossos hábitos de higiene.

O que será que um paciente espera de nós? Provavelmente ele espera que tenhamos conhecimentos técnicos amplos e atualizados, que mostremos caminhos terapêuticos a serem seguidos, que possamos protegê-los de algo... de sua vulnerabilidade. Como um bom pai ou uma boa mãe, que possamos sugerir uma segurança para a longevidade com qualidade de vida.

E nós, o que esperamos de nossos pacientes? Muito mais que uma sala de espera lotada de obedientes, esperamos que sejam autônomos nas suas escolhas e que seus caminhos sejam saudáveis. Devemos procurar, enfim, vínculos afetivos que produzam resultados efetivos. Acredito que, no tratamento da hipertensão arterial somente com a continuidade atingiremos nossas metas.

LEITURA RECOMENDADA

- 1 Compliance – sobre o encontro paciente-médico. Luiz Gonçalves Paulo e Antonio Carlos Zanini. São Roque, SP. Ipex Editora, 1997.
- 2 Sexto Relatório Internacional do Joint National Committee sobre prevenção, detecção, avaliação e tratamento da hipertensão arterial. Publicação dos NIH. Novembro de 1997.
- 3 Manual of Nonpharmacological Control of Hypertension. Viskoper JR. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 1990.
- 4 Jones JK, Gorkin L, Lian JF, Staffa J, Fletcher P. Interrupção e mudanças no tratamento após o início de novas terapias anti-hipertensivas: um estudo populacional no Reino Unido. BMJ jul. 1995;v. 311.