

Hipertensão arterial: novos paradigmas e velhos desafios

Poucas áreas da cardiologia têm sido tão privilegiadas em publicações como o que se verifica na hipertensão arterial sistêmica.

Assim, novos paradigmas foram surgindo enquanto há velhos desafios a serem ainda vencidos.

Dentre aqueles poder-se-ia citar: 1) A hipertensão mais que uma doença é uma síndrome além dos números que definem a pressão arterial; 2) A importância prognóstica da pressão sistólica e da hipertensão sistólica isolada; 3) A necessidade da estratificação de risco de conformidade com os fatores de risco e/ou doenças associadas; e 4) A importância de mais intensivo controle.

Quanto a esses problemas que caminham pareados à hipertensão, podem ser listados como desafios a serem vencidos: 1) As dificuldades de diagnóstico; 2) Os problemas com o seguimento e o controle; e 3) A implementação e continuidade das modificações de estilo de vida.

Weber, em 1994, redefiniu a hipertensão como síndrome composta por três pontos fundamentais identificados por componentes hemodinâmicos, como a própria elevação da pressão arterial; tróficos, como hipertrofia da parede dos vasos e do próprio ventrículo esquerdo e metabólicos, tais como dislipidemias, hiperinsulinemia e resistência à insulina.

Criava-se, destarte, um novo paradigma com todas as repercussões de ordem prática que o fato suscitara.

Recentes estudos prospectivos e randomizados têm demonstrado a importância, e a conseqüente necessidade, de redução da pressão arterial sistólica, sugerindo que esse aspecto possa ser mesmo mais importante que as intervenções sobre a pressão diastólica, especialmente para proteção cardiovascular e renal.

Três importantes estudos, nessa linha de pesquisa, respectivamente o Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP), o Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial e o Systolic Hypertension in China (Syst-China) demonstraram um significativo benefício na prevenção de acidentes vasculares encefálicos e outros eventos cardiovasculares nos pacientes submetidos ao tratamento ativo.

O tratamento com um antagonista de canais de cálcio, a nitrendipina, nos estudos Syst-Eur e Syst-China, foi particularmente benéfico em pacientes também diabéticos.

Stäessen e cols. (*The Lancet* 355: 865-72, 2000), em metanálise incluindo os pacientes desses três estudos acima citados, e outros cinco, encontraram



correlação positiva com mortalidade para a pressão sistólica enquanto essa correlação foi negativa para a pressão diastólica.

O risco relativo relacionado a aumento de 10 mmHg na pressão sistólica foi 1,12 para acidente vascular encefálico, porém somente 1,04 para doença arterial coronariana. Por outro lado, para um aumento de 5 mmHg de pressão diastólica a correlação foi negativa e correspondente a 0,95.

Nesta metanálise, reduções de risco foram respectivamente de 13%, 18%, 26%, 30% e 23% para mortalidade total, eventos cardiovasculares, acidentes vasculares encefálicos fatais ou não e eventos coronarianos em geral, quando todos os oito estudos foram analisados. Esta publicação remete-nos ainda a uma conclusão importante relacionada ao fato de que a elevação da pressão sistólica aumenta o risco, enquanto reduzir a diastólica correlaciona-se negativamente com diminuição de eventos ressaltando a importância da pressão de pulso.

Define-se, desse modo, outro paradigma a ser seguido.

Por outro lado, dois pacientes com os mesmos níveis de pressão arterial podem representar prognósticos absolutamente diversos.

Este fato fica muito claro quando se compulsa as orientações do VI Joint National Committee, da ISH-WHO e mesmo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão.

Em todos esses documentos, define-se esses objetivos a serem necessariamente perseguidos quando a melhor condução do paciente é o desiderato de quem trata o hipertenso.

Por isso, neste momento, a análise dos níveis de pressão e a avaliação global dos fatores de risco eventualmente presentes, e as doenças ocasionalmente associadas, constituem-se em modelo a ser criteriosamente alcançado.

Recentes diretrizes sobre diagnóstico, seguimento e tratamento da hipertensão têm sido unânimes em estabelecer que um mais intensivo controle de pressão pode redundar em melhor prognóstico.

Isto pode ser sustentado por estudos recentes, tais como o United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), Hypertension Optimal Treatment (HOT Study) e o Syst-Eur, que enfatizaram a necessidade de mais agressivo controle na população de hipertensos, particularmente naqueles com fatores de risco ou doenças associadas.

Este foi o último dentre os novos objetivos a serem perseguidos a bem do apropriado cuidado ao paciente com hipertensão.

A despeito dos avanços na condução dos pacientes hipertensos e da farta documentação de que novos objetivos, como os acima explicitados, podem melhorar o prognóstico, reduzir a morbidade e atenuar as taxas de mortalidade, velhos e consistentes desafios ainda persistem e nos provocam.

Primeiramente, apesar da aparente simplicidade do diagnóstico de hipertensão, conhecimentos novos têm povoado de dúvidas nossa compreensão sobre o assunto.

Assim, conceitos sobre hipertensão e normotensão do avental branco vieram incorporar-se à nossa prática diária e merecem ser vistos e reconhecidos.

Mesmo diante dessas novas porfias, recorrer-se às medidas casuais e bem conduzidas medidas de pressão arterial deve ainda ser prática incorporada a todos os atos médicos. As disponibilizações da MAPA e das Medidas Residenciais da Pressão Arterial devem ser juntadas às nossas atividades a bem de melhor e mais segura oportunidade de apropriado diagnóstico.

Outro problema que acompanha e desafia a todos os que trabalham com pacientes hipertensos está afeito ao adequado seguimento e apropriado controle do hipertenso.

Neste sentido, talvez, no mais velho e importante de todos os desafios, repousam alguns dos mais insolúveis problemas na condução do indivíduo hipertenso.

Mesmo que todos nós conheçamos os riscos advindos da hipertensão, não conseguimos convencer nossos pacientes a apropriado tratamento e adequado controle da hipertensão arterial.

Seguramente, múltiplos fatores concorrem para esta expressiva dificuldade, sendo ações sobre todos eles imperativas. Boa relação médico-paciente, sem dúvida, é fundamental, associada à adequada instrução.

A implementação de mudanças de estilo de vida, apesar das fortes evidências de seus benefícios, é de difícil incorporação à vida de nossos pacientes.

O poder de convencimento para o permanente tratamento e o contínuo controle da pressão têm, certamente, necessidade de intervenções tão enérgicas quanto para a implementação de medidas não medicamentosas ou mudanças de estilo de vida.

De todas as formas, quer na incorporação de novos paradigmas ou para vencer velhos desafios, é imperativa uma ação enérgica, sistemática e contínua a favor do bem maior que nossa prática médica pode realizar: o benefício dos pacientes.

Fernando Nobre
Editor