

Há indicação para medidas terapêuticas profiláticas para toda a população visando à prevenção de hipertensão?

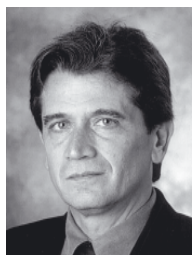
Paulo César B. Veiga Jardim

Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

Doutor em Cardiologia pela USP

Coordenador da Liga de Hipertensão Arterial

Agonista



É claro e evidente que sim!!!

Por que prevenir a hipertensão arterial?

É universalmente reconhecido que a hipertensão representa importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardíacas, renais e cerebrais¹⁻⁵. Conseqüentemente aumenta o risco da ocorrência de doenças coronarianas, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica^{1,5}. É síndrome de alta prevalência, eleva-se com a idade, acomete ambos os sexos e tem a gravidade de suas complicações aumentada em relação direta com os valores da pressão tanto diastólicos quanto sistólicos a partir dos valores considerados ótimos (< 120 e < 80 mmHg para pressão sistólica e diastólica respectivamente)¹⁻³.

Sabemos também que tratar o hipertenso modifica a história natural da doença diminuindo a morbimortalidade, e foi exatamente com esta visão que trabalhamos até hoje.

Encontrar meios mais eficazes para tratar o hipertenso.

Obtivemos enormes avanços no campo da terapêutica, as drogas disponíveis no momento são muito eficazes, virtualmente sem efeitos adversos, muitas delas trazendo benefícios adicionais. A pesquisa caminha a passos largos e a cada ano novos medicamentos são incorporados ao arsenal terapêutico.

Infelizmente não é o bastante!

A hipertensão é na maioria das vezes assintomática e só podemos intervir nos casos diagnosticados. Além disso, o *NHANES III* mostrou que nos Estados Unidos 68,4% da população tem conhecimento da sua hipertensão arterial, entretanto só 53,6% daqueles fazem tratamento e 27,4% têm sua pressão sob controle. No Brasil a situação é ainda pior. Em recente pesquisa epidemiológica de base populacional que realizamos em Goiânia (Projeto Centro-Oeste de Pesquisa, financiado pelo CNPq) e cujos resultados apresentamos no Congresso Brasileiro de Hipertensão em Porto Alegre, encontramos dados mais preocupantes, 64,4% sabiam de sua hipertensão, só 40,2% faziam tratamento e somente 15% estavam com sua pressão controlada⁶.

Por estes motivos temos acesso aos pacientes muitas vezes tardia-

mente, já com lesões de órgãos-alvo instaladas e mesmo nos detectados e tratados ainda esbarramos nestas dificuldades de tratamento.

Mas continuemos o raciocínio. Ainda que pudéssemos identificar e tratar adequadamente todos os hipertensos, sabemos que os indivíduos portadores de hipertensão arterial, mesmo adequadamente tratados, apresentam o risco cardiovascular aumentado quando comparado com normotensos com mesmos níveis de pressão⁷.

Mais ainda, manter sob tratamento todos os hipertensos de maneira correta, conseguindo estabelecer os valores de pressão preconizados, tem alto custo financeiro⁸.

Raciocinemos agora com relação a números. Nos Estados Unidos, de onde temos informações populacionais mais fidedignas, a cada ano cerca de 2 milhões de novos hipertensos são incorporados ao grupo já identificado⁹.

Como lidar com isto, apagar o fogo após sua propagação?

É muito pouco, é muito caro, não é efetivo.

Tratar a hipertensão estabelecida é obrigatório, traz benefícios sociais, devemos ser rigorosos com relação a esta frente de ação.

Mas não é suficiente!

A hipertensão arterial, como sabemos, é importante questão de saúde pública e como tal deve ser encarado.

Prevenir a hipertensão é prevenir o aparecimento das doenças cardiovasculares como um todo. Sabemos que a diminuição de apenas 2 mmHg na pressão sistólica diminui a mortalidade geral em 6%, a por AVC em 4% e as por doenças coronárias em 3%⁹.

Mas vamos aos fatos.

Como sabemos, quando se raciocina na perspectiva da prevenção primária (visando reduzir o aparecimento de novos casos), podemos trabalhar usando duas estratégias diferentes que na realidade são complementares.

A primeira, chamada *estratégia de massa*, procura estender as medidas preventivas a toda a população-alvo; a segunda, conhecida como *estratégia seletiva*, procura identificar dentro da população aqueles indivíduos que tenham um risco aumentado do desenvolvimento da patologia.

A estratégia populacional se justifica conceitualmente porque sabemos que uma doença só aparece em larga escala quando, além dos fatores intrínsecos, há a exposição a fatores ambientais significativos¹⁰⁻¹².

No caso da estratégia seletiva, na hipertensão podemos identificar aqueles de alto risco através de diferentes parâmetros, quais sejam:

- a) Em relação aos níveis de pressão – Devemos considerar aqueles com pressão “limítrofe” (nos adultos valores de pressão entre 130-139 e 85-89 mmHg; nas crianças valores de pressão nos percentis 90 e 95); sabemos através dos estudos de *Framingham* que tanto em homens quanto em mulheres, o risco de hipertensão é praticamente duplicado (RR: 2,25 com IC: 1,8-2,8 para homens e RR: 1,89 com IC: 1,5-2,3 para mulheres) quando se comparam va-

lores basais de PAD entre 85-89 mmHg com PAD < 85 mmHg¹².

- b) Em relação a fatores genéticos – Devemos considerar a história familiar de hipertensão, a presença de marcadores genéticos para hipertensão e a eventual predisposição racial.
- c) Em relação às influências ambientais – Devemos levar em conta o excesso de peso, a ingestão excessiva de sódio na alimentação, o sedentarismo, o uso excessivo de bebidas alcoólicas, a ingestão inadequada de potássio, etc.

A próxima pergunta que nos cabe responder é:

Estabelecer programas para diminuir a pressão naqueles com pressão limítrofe diminui o aparecimento da hipertensão arterial?

Mais uma vez a resposta é SIM!

Diversos estudos clínicos de intervenção visando baixar a pressão arterial mostraram que quedas na pressão diastólica de 1 a 3 mmHg promovem uma redução no aparecimento da hipertensão de 20% a 50%⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Com as informações que temos já podemos afirmar que a interferência em alguns fatores trará claros benefícios no sentido da prevenção primária da hipertensão arterial. Isto já é definitivo para o excesso de peso, a ingestão excessiva de sal (sódio), a inatividade física e o excessivo consumo de bebidas alcoólicas.

Peso

Com referência ao peso, a correlação entre excesso de peso e hipertensão é reconhecida. Isto é observado pela elevação da pressão com o aumento de peso, e também pela presença de valores mais baixos de pressão com aqueles de menor peso¹⁶.

Quando analisamos o efeito da diminuição de peso nos valores da pressão arterial, já temos informações suficientes através de diversos estudos

bem conduzidos, mostrando que há nítida redução da pressão arterial com a diminuição do peso corpóreo¹³⁻¹⁹. Além disso, o controle do peso corporal agrega benefícios adicionais ao controle dos lipídeos, do diabetes, etc.

Consumo de sódio

O benefício da diminuição do uso de sal na alimentação tem sido repetidamente demonstrado. Em um estudo envolvendo 24 comunidades com mais de 47.000 participantes ficou claro que uma diferença de 100 mmol/dia na ingestão de Na⁺ provoca uma diferença de 5 mmHg na PAS entre pessoas de 15 a 19 anos e de 10 mmHg entre aqueles de 60 a 69 anos²⁰.

Há um número enorme de trabalhos mostrando os benefícios na restrição do consumo de sal para diminuir o valor da pressão²¹. Isto é válido tanto para hipertensos quanto para normotensos, sendo a diferença mais visível entre os hipertensos (quanto maior o valor, maior o benefício). Cutler e colaboradores, analisando apenas trabalhos randomizados²¹, observou, mesmo para normotensos, uma diminuição na pressão sistólica de 2 mmHg e na pressão diastólica de 1 mmHg, e dois outros importantes estudos também com normotensos reforçaram o benefício da diminuição do sal^{15,22}.

Atividade física

A correlação de atividade física e seu benefício na pressão arterial tem sido estudada exaustivamente e de diversas maneiras²³⁻²⁵. Praticamente todos eles encontraram uma relação inversa entre a atividade física e a pressão arterial.

Apesar de haver limitações metodológicas em vários destes estudos, mais de 30 deles indicam a mesma direção. Há em média uma redução de 6 a 7 mmHg tanto na PAS quanto na PAD, e isto tem valor mesmo para os normotensos²⁶, indicando-nos mais um bom caminho também para a prevenção primária.

Consumo de bebidas alcoólicas

A correlação entre ingestão de álcool e pressão arterial é reconhecida através de um grande número de estudos^{1,27,28}. Por outro lado, a mudança no consumo e variações na pressão também estão bem definidas^{1,29,30}. A diminuição da pressão arterial tanto em hipertensos quanto em normotensos foi obtida em outros estudos^{1,13,18,29,30}.

Outros fatores (suplementação de potássio, controle do estresse, cálcio, magnésio, fibras, modificação na ingestão de macronutrientes)

A suplementação de potássio vem sendo reconhecida como importante, tanto no melhor controle da hipertensão, quanto na sua prevenção^{1,2,31,32}. Diversos estudos usando a suplementação de potássio em grupos de normotensos, mostraram tendência de diminuição dos valores de pressão. O fato é que o aumento da ingestão de potássio acaba por beneficiar também o indivíduo, pois na maioria das vezes é acompanhado da diminuição do consumo de sódio e a diminuição da relação sódio/potássio é sabidamente vantajosa.

Com relação ao estresse não há evidências que nos permita advogar esta recomendação para prevenção primária^{1,2,15}.

Com relação aos demais fatores, não temos ainda comprovação de que seu controle possa ser benéfico para a prevenção primária da hipertensão e por isso não podemos recomendá-las.

A associação de medidas

Vemos que mesmo estudando cada uma das medidas para prevenção implementadas isoladamente, em grupos de pessoas de meia-idade, ainda assim temos resultados inquestionáveis. Alguns poucos estudos que utilizaram múltiplas intervenções, tiveram resultados superiores^{13,15,18}.

Imaginemos agora todas essas medidas aplicadas em conjunto, para uma população mais jovem, de uma maneira contínua.

A expectativa é de que os resultados sejam muito mais significativos e conseqüentemente com maior repercussão para a saúde pública.

Como vemos, nosso conhecimento a respeito da importância da prevenção primária está bastante sedimentada. Os benefícios são incontestes e as vantagens em relação ao tratamento puro e simples indiscutíveis.

Priorizar medidas voltadas para a população geral ou para a população de risco não deve existir. Na realidade são medidas complementares e indissociáveis

A ação deve visar evidentemente toda a população, mas só terá a efetividade que queremos se também for orientada para a população de risco.

Os cétricos e os acomodados perguntarão por certo quanto à possibilidade de tornar estas medidas efetivas, questionando da adesão às orientações e outras dificuldades mais.

Na verdade, há alguns anos, já tínhamos claras demonstrações dadas por alguns estudos mostrando a exequibilidade de programas voltados para as populações³³⁻⁴⁰.

Por certo nossa “miopia” científica e a forte pressão industrial acabou por orientar grande parte dos recursos para pesquisas relativas ao tratamento.

Elas são evidentemente necessárias, devem crescer ainda mais. Porém, em momento algum, podemos ignorar a importância da ação preventiva como única forma de vencermos este grande desafio, que não é apenas a hipertensão arterial, mas todo o conjunto das doenças cardiovasculares, cuja epidemia assola o mundo como um todo.

Para a execução deste trabalho devemos investir em algumas frentes: a) grande programa de educação para saúde; b) ação sobre a indústria de alimentos visando a mudanças na preparação dos alimentos industrializados; c) ação nos locais que preparam grandes quantidades de alimentos (escolas, empresas, creches, hospitais, lanchonetes de refeições rápidas, etc) visando orientar o modo de preparo dos mesmos; d) incentivo à prática de atividades físicas; e) ação educativa aos profissionais da área de saúde no sentido de maior valorização da prevenção.

Temos enfim que trabalhar com vistas a um novo paradigma: a **prevenção primária**, ou seja, evitar o aparecimento da doença.

Mas este é um **novo** paradigma?

Vejam as afirmações abaixo:

Médicos superiores previnem doenças.

Médicos medíocres tratam doenças antes de se tornarem evidentes.

Médicos inferiores tratam doenças estabelecidas e suas consequências.

Huang Dee, Nai-Chang, 2600 a.C.

Chega a ser constrangedor.

Vamos ao trabalho!

differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 1990; 335: 765-74.

5. Whelton PK, Klag MJ. Hypertension as a risk factor for renal disease. Review of clinical and epidemiological evidence. *Hypertension* 1989; 13(Suppl 1): 119-27.

Referências

1. Working Group Report on Primary Prevention of Hypertension. *NIH Publication* 1993; 93: 2669.
2. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *NIH Publication* 1997; 98: 4080.
3. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. SBH, SBC, SBN, BG Cultural. São Paulo, 2002 40p.
4. MacMahon S, Peto R, Cutler J et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, prolonged

6. Jardim, PC, Moreira MR, Peixoto MR. Conhecimento e controle da hipertensão arterial em população adulta de uma capital brasileira. *Hipertensão* 2002; 5 (supl.): 40.
7. Abernethy JD. The need to treat mild hypertension. Misinterpretation of results from the Australian trial. *JAMA* 1986; 256: 3134-7.
8. Stason WB. Cost and quality trade-offs in the treatment of hypertension. *Hypertension*. 1989;13(Suppl 1): 1145-8.
9. Dannenberg AL, Garrison RJ, Kannel WB. Incidence of hypertension in the Framingham Study. *Am J Public Health* 1988; 78: 676-9.
10. Carvalho JJM, Baruzzi RG, Howard PF, et al. Blood pressure in four remote populations in the INTERSALT study. *Hypertension* 1989; 14: 238-46.
11. He J, Klag MJ, Whelton PK et al. Migration, blood pressure pattern, and hypertension: The Yi Migrant Study. *Am J Epidemiol* 1991; 134: 1085-101.
12. Leitschuh M, Cupples LA, Kannel W, Gagnon D, Chobanian A. High-normal blood pressure progression to hypertension in the Framingham Heart Study. *Hypertension* 1991; 17: 22-7.
13. Stamler R, Stamler J, Gosch FC et al. Primary prevention of hypertension by nutritional-hygienic means. Final report of a randomized, controlled trial. *JAMA*.1989; 262: 1801-7.
14. Hypertension Prevention Trial Research Group. The Hypertension Prevention Trial: three-year effects of dietary changes on blood pressure. *Arch Intern Med* 1990; 150: 153-62.
15. The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. The effects of nonpharmacologic interventions on blood pressure of persons with high normal levels. Results of the Trials of Hypertension Prevention, Phase I. *JAMA* 1992; 267: 1213-20.
16. National Institutes of Health Consensus Development Panel on the Health Implications of Obesity. Health implications of obesity: National Institutes of Health Consensus Development. *Ann Intern Med* 1985; 103: 981-1077.
17. MacMahon S, Cutler J, Brittain E, Higgins M. Obesity and hypertension: epidemiological and clinical issues. *Eur Heart J* 1987; 8: 57-70.
18. Stamler R, Stamler J, Grimm R et al. Nutritional therapy for high blood pressure. Final report of a four-year randomized controlled trial the Hypertension Control Program. *JAMA* 1987; 257: 1484-91.
19. Voors AW, Webber LS, Frerichs RR, Berenson GS. Body height and body mass as determinants of basal blood pressure in children the Bogalusa Heart Study. *Am J Epidemiol* 1977; 106: 101-8.
20. Law MR, Frost CD, Wald NJ. By how much does dietary salt reduction lower blood pressure? I analysis of observational data among populations. *Br Med J* 1991; 302: 811-5.
21. Cutler JA, Follmann D, Elliott P, Suh I. An overview of randomized trials of sodium reduction and blood pressure. *Hypertension* 1991;17(Suppl 1): 127-133.
22. Mascioli, S., Grimm R. Jr. Launer C et al. Sodium chloride raises blood pressure in normotensive subjects. The study of sodium and blood pressure. *Hypertension* 1991; 17 (Suppl. 1): 121-6.
23. Blair SN, Goodyear NN, Gibbons LW, Cooper KH. Physical fitness and incidence of hypertension in healthy normotensive men and women. *JAMA* 1984; 252: 487-90.
24. Montoye HJ, Metzner HL, Keller JB, Johnson BC, Epstein FH. Habitual physical activity and blood pressure. *Med Sci Sports* 1972; 4: 175-81.
25. Paffenbarger RS, Jung DL, Leung RW, Hyde RT. Physical activity and hypertension: an epidemiological view. *Ann Med* 1991; 23: 319-27.
26. Arroll B, Beaglehole R. Does physical activity lower blood pressure: a critical review of the clinical trials. *J Clin Epidemiol* 1992; 45: 439-47.
27. MacMahon S. Alcohol consumption and hypertension. *Hypertension* 1987; 9: 111-21.
28. MacMahon SW, Blackett RB, Macdonald GJ, Hall W. Obesity, alcohol consumption and blood pressure in Australian men and women. The National Heart Foundation of Australia Risk Factor Prevalence Study. *J Hypertens* 1984; 2: 85-91.
29. Potter JF, Beevers DG. Pressor effect of alcohol in hypertension. *Lancet* 1984; 1: 119-22.
30. Puddey IB, Beilin LJ, Vandongen R, Rouse IL, Rogers P. Evidence for a direct effect of alcohol consumption on blood pressure in normotensive men: a randomized controlled trial. *Hypertension* 1985; 7: 707-13.
31. Cappuccio FP, MacGregor GA. Does potassium supplementation lower blood pressure? A meta-analysis of published trials. *J Hypertens* 1991; 9: 465-73.
32. Overlack A, M•ller H-M, Kolloch R et al. Long-term antihypertensive effect of oral potassium in essential hypertension. *J Hypertens* 1983; 1(Suppl 2): 165-7.
33. Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J, et al. The community- based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia Project. *Ann Rev Public Health* 1985; 6: 147-93.
34. Puska P, Salonen JT, Nissinen A et al. Change in risk factors for coronary heart disease during 10 years of a community intervention programme (North Karelia project). *Br Med J* 1983; 287: 1840-4.
35. Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA et al. Effects of communitywide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project. *JAMA* 1990; 264: 359-65.
36. D'Atri DA, Fitzgerald EF, Freeman Jr. DH, Vitale JN, Ostfeld AM. The Connecticut High Blood Pressure Program: a program of public education and high blood pressure screening. *Prev Med* 1980; 9: 91-107.
37. Entwisle G, Scott JC, Apostolides AY et al. A survey of blood pressure in the state of Maryland. *Prev Med* 1983; 12: 695-708.
38. Kotchen JM, McKean HE, Jackson-Thayer S, Moore RW, Straus R, Kotchen TA. Impact of a rural high blood pressure control program on hypertension control and cardiovascular disease mortality. *JAMA* 1986; 255: 2177-82.
39. Levine DM, Bone L. The impact of a planned health education approach on the control of hypertension in a high risk population. *J Hum Hypertens* 1990; 4: 317-21.
40. Levine DM, Becker DM, Bone LR. Narrowing the gap in health status of minority populations: a community-academic medical center partnership. *Am J Prev Med* 1992; 8: 319-23.

Roberto Jorge da Silva Franco
Professor Assistente da Disciplina de Nefrologia do Departamento de Clínica
Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista

Antagonista



O IV Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial¹ tem como principal objetivo, para o tratamento não-medicamentoso, o de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares, por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. Entre as modificações, aquelas que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, práticas de exercícios físicos com regularidade e a não-utilização de drogas que elevam a pressão arterial. O propósito do presente artigo é discutir as razões de como esta estratégia, embora eficaz, não tem apresentado efetividade na prática médica real.

Outras medidas são recomendadas, como suplementação de cálcio e magnésio, dietas vegetarianas ricas em fibras, medidas antiestresse, porém, todas elas não têm uma avaliação definitiva e não serão abordadas.

As razões teóricas apontadas, que tornam essas modificações do estilo de vida úteis, são baixo custo, risco mínimo, redução da pressão e aumento da eficácia do tratamento medicamentoso e diminuição do risco cardiovascular.

Trabalho recente² mostrou evidência contundente que o estilo de vida e fatores ambientais influenciam o risco de mortalidade por doença coronariana. Neste estudo, 25.000 homens de seis populações diferentes, incluindo norte, sul-mediterrânea e balcânica da Europa, dos Estados Unidos e do

Japão, foram acompanhados durante 25 anos. O risco relativo de morte, associado a determinado aumento da PA, foi semelhante entre essa vasta e diversificada população. Entretanto, o risco absoluto de morte coronariana foi diferente entre os grupos, variando de 20 para 70 por 10.000, se fossem comparados os do Japão e da sul-mediterrânea contra os dos Estados Unidos e do norte da Europa. Embora a pressão arterial (PA) tenha importante papel no risco de morte cardiovascular, os outros fatores, que incluem o estilo de vida, poderiam ter eventual contribuição neste risco.

A principal razão de que as mudanças do estilo de vida, eventualmente adequadas para reduzir a PA, não são eficazes para reduzir risco de doença cardiovascular em longo prazo é a falta de um estudo randomizado, duplo-cego, de larga escala, controlado, em que um grupo é submetido a esse procedimento comparado a um grupo-controle, envolvendo morbidade e mortalidade para doença cardiovascular. Os resultados finais do *Treatment of Mild Hypertension Study (THOMS)*³ comparando 6 tipos de intervenções para o tratamento da hipertensão leve envolveu aproximadamente 900 hipertensos com pressão arterial diastólica menor que 100 mmHg distribuídos de forma randomizada entre 5 classes terapêuticas diferentes e um grupo-PLACEBO, acompanhados durante 4,5 anos. Em todos os grupos foi instituída a mudança do estilo de vida. Todos os grupos tiveram redução significativa da pressão arterial em relação ao placebo, com mais intensidade naqueles também tratados com anti-hipertensivo. A frequência de eventos clínicos foi significativamente menor no tratamento medicamentoso (11%) do que

no placebo (16%, $p < 0,03$) e a menor incidência de anormalidades eletrocardiográficas e melhor qualidade de vida também foi verificada no grupo submetido à terapêutica medicamentosa comparado àquele em que a intervenção não-farmacológica foi realizada. O estudo *TONE*⁴ (*Trial of Nonpharmacological Intervention in the Elderly*), em 975 idosos, entre 60 e 80 anos, com PA menor que 145/90 mmHg, tratados com monoterapia prévia, foram divididos em grupos com medidas para redução do peso, dieta hiposódica, ambas ou acompanhamento convencional e observados por três anos. Não houve diferenças na ocorrência de eventos cardiovasculares entre o grupo com insistência na tentativa de mudança de estilo de vida comparado àquele sem a relevância específica dessa ênfase. Portanto, a mudança de estilo de vida como conduta isolada para reduzir a morbimortalidade cardiovascular não tem evidência comprovada com base na medicina baseada em evidência.

Além disso, muitas dessas estratégias são difíceis de se manter ao longo do tempo, mesmo em estudos controlados em que se observou o efeito da perda de peso e redução da ingestão de sal sobre a pressão arterial⁶. Também, cada vez mais, os estudos com o uso de drogas, particularmente em pacientes de risco, têm evidenciado que o benefício do tratamento anti-hipertensivo não se deve unicamente à simples redução da pressão arterial, mas a outros efeitos independentes, específicos e intrínsecos a determinadas classes de medicação conforme verificado nos últimos resultados publicados dos estudos *IRMA II*⁷, *RENAAL*⁸, *IDNT*⁹, *LIFE*¹⁰.

Outros aspectos indicam que as medidas não-farmacológicas são insuficientes para o controle da pressão arterial ou sua eventual prevenção. Tais aspectos são a falta da sua aplicação pelos médicos ou pelos profissionais que assistem o paciente de risco para desenvolver hipertensão ou o hipertenso. Apesar do fácil acesso a literatura acadêmica que periodicamente renova as recomendações através dos consensos, não é hábito dos médicos generalistas a consulta a essas medidas. Também algumas disparidades nas recomendações poderiam causar confusão para sua aplicação. Por exemplo, os diversos consensos diferem quanto ao nível pressórico a ser atingido e o tempo de duração que a mudança do estilo de vida deve ser aplicada, antes da introdução da terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva, conforme pode ser visualizado na tabela 1.

Redução do peso corporal

Peso corporal em excesso, expresso pelo índice de massa corporal (peso em kg dividido pela altura em metros, ao quadrado) igual ou maior que 27, está relacionado com aumento da pressão arterial. Contribui para o aumento do nível da pressão arterial a partir da infância e é o fator de predisposição mais importante para causar hipertensão¹⁴. A deposição de gordura em excesso na parte superior do corpo, classificada como visceral ou abdominal, evidenciada pela circunferência

de cintura igual ou acima de 85 cm em mulheres ou 98 cm em homens, foi associado ao risco de hipertensão, dislipidemia, diabetes e mortalidade por doença arterial coronária¹⁵.

Uma redução de peso, mesmo que mínima como 5 kg, reduz a pressão arterial em grande parte de pessoas que tenham mais que 10% de excesso de peso e também apresenta benefícios sobre os fatores de risco associados como resistência à insulina, diabetes, dislipidemia e hipertrofia ventricular esquerda¹³. Segundo o Consenso Britânico de Hipertensão, a perda de peso através da restrição calórica resulta em redução de cerca de 2,5/1,5 mm/Hg da pressão arterial a cada kg de peso perdido¹¹. Além disso, em pacientes com sobrepeso e hipertensos, a redução de peso intensifica o efeito da redução da pressão arterial dos agentes anti-hipertensivos administrados simultaneamente. Entretanto, a recidiva é muito comum e extremamente desencorajante. Vários fatores contribuem para o insucesso dessa medida:

- O bombardeio incessante que o paciente recebe por meio de anúncios de alimentos calóricos em excesso veiculados por televisão, rádio e jornais.
- A proliferação de estabelecimentos que oferecem refeições rápidas, mais baratas, ricas em gorduras e carboidratos e a necessidade de utilizar essa via devido a curto intervalo para retornar a tempo para o trabalho.

- A impossibilidade de se fazer a refeição mais saudável e balanceada em casa devido à distância desta do local de trabalho.
- Na população menos favorecida, na qual as consequências da hipertensão são mais devastadoras e a incidência é elevada, a impossibilidade de se fazer uma dieta hipocalórica balanceada é mais difícil devido ao custo elevado dos alimentos mais ricos em proteínas e gordura insaturada. Prolifera-se então a ingestão de excesso de gordura saturada, carboidratos como embutidos, defumados e massas que, além do excesso de calorias, apresentam teor de sódio exagerado.
- As inconveniências da vida moderna como uso de controle remoto, automóvel, favorecem o comodismo, fazendo com que a necessidade de se locomover, por si próprio, seja desencorajada e, portanto, resulta cada vez mais numa vida sedentária.

Todas essas razões têm causado um aumento excessivo de obesos. No Brasil, no período de 1974 a 1989, a obesidade, considerada como IMC acima de 30 kg/m², aumentou 97% entre os homens e 70% entre as mulheres¹⁶.

Redução da ingestão de sal/sódio

O sódio, na forma de cloreto de sódio ou sal de cozinha, está vinculado ao desenvolvimento e à intensidade da hipertensão arterial. A resposta individual da pressão arterial às variações na ingestão de sódio difere amplamente entre os indivíduos. Afro-americanos, idosos e hipertensos diabéticos são mais sensíveis às alterações do sal na dieta do que outras pessoas em geral¹⁷. De modo geral, podemos dividir a população de hipertensos em

Tabela 1 – Indicação de mudança de estilo de vida como terapêutica inicial única*

Consenso	Intervalo de pressão arterial (mmHg)	Tempo (meses)
Brasileiro ¹	140-159/90-99	12
Britânico ¹¹	160-199/100-109	3
Canadense ¹²	SER	SRE
Americano ⁵	140-159/90-99	12
OMS ¹³	160-179/100-109	6

*Recomendado para pacientes com hipertensão não-complicada definida como sem fatores de risco maior, diabetes ou lesão de órgão-alvo. SRE = sem recomendação específica para tempo de início do tratamento anti-hipertensivo.

50% de sensíveis e os outros como não-sensíveis ao cloreto de sódio.

Dados epidemiológicos demonstram uma associação positiva entre a ingestão de sódio e o nível de pressão arterial¹⁸. Metanálises de estudos clínicos mostram que uma redução de 75 a 100 mmol (4,5 a 6 g de sal) na ingestão de sódio diminui a pressão arterial por períodos de várias semanas a alguns anos¹⁹. Os efeitos são mais intensos em idosos e aqueles com pressões mais elevadas^{19,20}. A análise de 17 ensaios controlados randomizados publicados, com amostras de pacientes hipertensos com idade igual ou acima de 45 anos, revelou um decréscimo médio de 6,3/2,2 mmHg com a redução do sódio urinário de 95 mmol por dia²⁰.

Os benefícios apontados para restrição de sódio da dieta, além da redução da pressão arterial, são a diminuição da mortalidade por acidente vascular encefálico, a regressão da hipertrofia ventricular esquerda, a redução na necessidade de medicação anti-hipertensiva, a evitação de perda de potássio pelos diuréticos, a proteção contra osteoporose e cálculos renais através da diminuição na excreção urinária de cálcio, redução na incidência de câncer de estômago e menos episódios de crises asmáticas^{3,21-25}.

Entretanto, a validação das recomendações para restrição de sódio, sob perspectiva de somente efeitos favoráveis, não apresenta resultados convincentes comprovados²⁷. Em determinados subgrupos, especificamente com atividade de renina plasmática elevada, observou-se aumento do risco de infarto do miocárdio com uso de dieta com baixo teor de sódio²⁸.

Várias são as dificuldades que tornam a restrição de sódio impossível de ser aplicada pelo paciente:

- Setenta e cinco por cento da ingestão de sódio é derivada de alimentos industrializados, que

cada vez mais fazem parte da dieta da população.

- Muitas das dificuldades apontadas para perda de peso também estão relacionadas à redução da ingestão de sódio. Preferência por embutidos e enlatados; refeições em estabelecimentos de atendimento rápido em consequência de retorno em tempo ao trabalho; refeições não-balanceadas distantes da residência; custo mais barato.
- O sal é excelente conservante que faz parte de forma arraigada da alimentação do brasileiro, como alimentos como charque, carne seca, lingüiça, etc.
- Não existe nenhuma iniciativa dos serviços governamentais de saúde alertando sobre os perigos do sal, ou da própria indústria, ao menos especificando o teor de sódio nos rótulos dos alimentos. Ao contrário, a indústria tem interesse em que haja aumento do consumo, pois o que seria dos produtores de refrigerantes e cerveja se não houvesse a sede estimulada pelo consumo de sal?

Redução do consumo de bebidas alcoólicas

A ingestão de álcool em excesso é fator de risco importante para elevação da pressão arterial²⁹ e acidente vascular encefálico³⁰, aumenta a resistência à terapia anti-hipertensiva³¹, além das implicações negativas do ponto de vista social. O risco de mortalidade e hipertensão aumenta significativamente nos alcoólatras que consomem grandes quantidades, isto é, acima de três doses ou mais por dia. Álcool é fonte de calorias e a ingestão aumenta o risco individual de obesidade e de hipertrigliceridemia. Muitos estudos têm demonstrado que o consumo

moderado de álcool (2 doses por dia para homens e 1 dose por dia para mulheres) reduz significativamente o risco de doença arterial coronária³², aumenta o HDL-colesterol³³ e diminui a agregação plaquetária³⁴. Portanto, apesar da ingestão de álcool causar elevação da pressão arterial, não existem evidências de que a sua restrição possa trazer benefícios quanto a eventos cardiovasculares, principalmente doença arterial coronariana.

Prática de exercícios físicos com regularidade

A prática de exercícios aeróbicos pode ser útil para a redução de peso e eventualmente pode causar reduções discretas da PA. Os mecanismos propostos envolvem o aumento da força de cisalhamento sobre o endotélio, causando liberação de óxido nítrico e outros vasodilatadores endotélio dependentes. As recomendações variam de 90 minutos⁵ a 240 minutos¹² por semana de atividade aeróbica moderada. O consenso da OMS¹³ desaconselha a prática de exercícios isométricos que poderiam ter efeitos pressores. Também, neste item sobre mudança de estilo de vida a literatura não apresenta evidências claras desta prática como fator de redução de mortalidade cardiovascular, em razão da redução da pressão arterial.

A realidade quanto à mudança do estilo de vida para controle da pressão arterial e da doença cardiovascular pode ser ilustrada na comparação entre os estudos *EUROASPIRE I* e *II*³⁵ (*European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events*). No *EUROASPIRE I*, os pacientes com doença cardiovascular estabelecida, avaliados em nove países entre 1995 e 1996, tiveram substancial redução de risco. O *EUROASPIRE II* foi feito entre 1999 e 2000, nos

mesmos países, para verificar se as medidas cardiológicas preventivas tiveram o mesmo sucesso. No primeiro estudo foram envolvidos 3.569 e no segundo 3.379 pacientes. Apesar de os pacientes já terem apresentado uma complicação cardiovascular e estarem conscientes do significado dessa

consequência, por serem exemplos vivos e terem sido expostos a um desses eventos, nada aprenderam com essa experiência. A prevalência de fumantes permaneceu inalterada em 19% e 21% em cada estudo, respectivamente. A obesidade aumentou substancialmente de 25% a 33%. A proporção de

hipertensos ($\geq 140/90$ mmHg) em ambos os estudos foi acima de 50% (55% e 54%, respectivamente). Houve falência coletiva na prática médica europeia para obter o benefício potencial de redução do risco de recorrência de complicação e de morte nos pacientes com doença cardiovascular.

Referências

- IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2002, 13-14.
- van den Hoogen PCW, Feskens EJM, Nagelkerke NUD et al. The relation between blood pressure and mortality due to coronary heart disease among men in different parts of the world. *New Engl J Med* 2000; 342: 1-8.
- Neaton JD, Grimm RH Jr, Prineas RJ, Stamler J, Grandits GA, Elmer PJ, Cutler JA, Flack JM, Schoenberger JA, McDonald R, Lewis CR, Liebson PR. Treatment of Mild Hypertension Study. Final results. Treatment of Mild Hypertension Study Research Group. *JAMA* 1993; 270: 713-24.
- Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger Jr WH, Kostis JB, Kumanyka S, Lacy CR, Johnson KC, Folmar S, Cutler JA. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacological interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. *JAMA* 1998; 279: 839-46.
- The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-45.
- The effects of nonpharmacologic interventions on blood pressure of persons with high normal levels. Results of the Trials of Hypertension Prevention, Phase I. *JAMA* 1992; 267: 1213-20
- Parving HH, Lehnert H, Bröchner-Mortensen J, Gomis R, Andersen S and Arner P. Irbesartan in patients with type 2 diabetes and microalbuminuria study group. The effect of irbesartan on the development of diabetic nephropathy in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2001; 345: 870-8.
- Brenner BM, Cooper ME, Zeew D, Keane WF, Mitch WE, Parving HH, Remuzzi G, Snapinn SM, Zhang Z and Shahinfar S, for the RENAAL study investigators. Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy. *N Engl J Med* 2001; 345: 861-9.
- Lewis EJ, Hunsicker LG, Clarke WR, Berl T, Pohl M, Lewis JB, Ritz E, Atkins RC, Rohde R and Raz I, for the collaborative study group. Renoprotective effect angiotensin-receptor antagonist Irbesartan in patients with nephropathy due to type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2001; 345: 851-60.
- Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension (LIFE) study: a randomized trial against atenolol. *Lancet* 2002; 359: 1003-9.
- Ramsay LE, Williams B, Johnston GD, MacGregor GA, Poston L, Potter JF, Poulter NR, Russell G. Guidelines for management of hypertension of the third working party of the British Hypertension Society. *J Human Hypertens* 1999; 13: 569-92.
- Feldman RD, Campbell N, Larochelle P, Bolli P, Burgess ED, Carruthers SG et al. 1999 Canadian recommendations for the management of hypertension. *CMAJ* 1999; 161(12 suppl): S1-S17.
- Chalmers J, MacMahon S, Mancia G, Whitworth J, Beilen L, Hansson L et al. WHO-ISH Hypertension Guidelines Committee. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertension* 1999; 17: 151-81.
- Stamler J. Epidemiologic findings on body mass and blood pressure in adults. *Ann Epidemiol* 1991; 1: 347-62.
- Pouliot MC, Després JP, Lemieux S et al. Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best anthropometrics indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women. *Am J Cardiol* 1994; 73: 460-8.
- Sichieri R, Coutinho DC, Leão MM, Recine E, Everhart J. High temporal, geographic, and income variation in body mass index among adults in Brazil. *Am J Publ Health* 1994; 84: 397-8.
- Weinberger MH. Salt sensitivity of blood pressure in humans. *Hypertension* 1996; 27: 481-90.
- Elliott P, Stamler J, Nichols R, Dyer AR, Stamler R, Kesteloot H, Marmot M for the Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt revisited: further analysis of 24 hour sodium excretion and blood pressure within and across populations. *BMJ* 1996; 312: 1249-53.
- Cutler JA, Follmann D, Allender PS. Randomized trials of sodium reduction: an overview. *Am J Clin Nutr* 1997; 65(suppl): 643s-51s.
- Midgley JP, Matthew AG, Greenwood CMT, Logan AG. Effect of reduced dietary sodium on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 1996; 275: 1590-7.
- Singer DR, Markandu ND, Cappuccio FP, Miller MA, Sagnella GA, MacGregor GA. Reduction of salt intake during converting enzyme inhibitor treatment compared with addition of a thiazide. *Hypertension* 1995; 25: 1042-4.
- Devine A, Criddle RA, Dick IM, Kerr DA, Prince RI. A longitudinal study of the effect of sodium and calcium intakes

- on regional bone density in postmenopausal women. *Am J Clin Nutr* 1995; 62: 740-5.
23. Ram CVS, Garret BN, Kaplan NM. Moderate sodium restriction and various diuretics in the treatment of hypertension: effects of potassium wastage and blood pressure control. *Arch Intern Med* 1981; 141: 1015-9.
 24. Antonios TF, MacGregor GA. Salt-more adverse effects. *Lancet* 1996; 348: 250-1.
 25. Cirillo M, Laurenzi M, Panarelli W, Stamler J for the Gubbio population Study Research Group. Urinary sodium to potassium ratio and urinary stone disease. *Kidney Int* 1994; 46: 1133-9.
 26. Liebson PR, Grandits GA, Dianzumba S, Prineas RJ, Grimm RH Jr, Neaton JD, Stamler J. Comparison of five antihypertensive monotherapies and placebo for change in left ventricular mass in patients receiving nutritional-hygienic therapy in the Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). *Circulation* 1995; 91: 698-706.
 27. Swales J. Population advice on salt restriction: the social issues. *Am J Hypertens* 2000; 13: 2-7.
 28. Alderman MH. Salt, blood pressure and human health. *Hypertension* 2000; 36: 890-3.
 29. Stamler J, Caggiula AW, Grandits GA. Relation of body mass and alcohol, nutrient, fiber, and caffeine intakes to blood pressure in the special intervention and usual care groups in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Am J Clin Nutr* 1997; 65(suppl): 338s-65s.
 30. Gill JS, Shipley MJ, Tsementziz SA et al. Alcohol consumptions – a risk factor for hemorrhagic and nonhemorrhagic stroke. *Am J Med* 1991; 90: 489-97.
 31. Kokkinos PF, Narayan P, Colleran JA, Pittaras A, Notargiacomo A, Reda D, Papademetriou V. Effects of regular exercise on blood pressure and left ventricular hypertrophy in African-American men with severe hypertension. *N Engl J Med* 1995; 333: 1462-7.
 32. Moore RD, Pearson TA. Moderate alcohol consumption and coronary artery disease: a review. *Medicine* 1986; 65: 242-67.
 33. Gaziano JM, Buring JE, Breslow JL, Goldhaber SZ, Rosner B, VanDenburgh M, Willett W, Hennekens CH. Moderate alcohol intake, increased levels of high-density lipoprotein and its subfractions, and decreased risk of myocardial infarction. *N Engl J Med* 1993; 329: 1829-34.
 34. Renaud S, de Lorgeril M. Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. *Lancet* 1992; 339: 1523-6.
 35. EUROASPIRE I and II Group; European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 2001; 357: 995-1001.

Réplias

Sem dúvida, reconhecemos que a hipertensão seja o risco mais importante e incontestado para ocorrência de doenças cardiovasculares. É dever do médico, do sistema de saúde e dos órgãos governamentais lançar mão de todas as medidas necessárias e suficientes para evitar ou reduzir o risco da população contra essas doenças, através do incentivo de mecanismos de detecção e prevenção. Diz o ditado, “prevenir é muito melhor que remediar”.

Utilizando as palavras de Huang Dee, referido no artigo do Dr. Paulo Jardim, que milênios antes de Cristo classificou os médicos quanto às suas atitudes ao abordarem as doenças, denominando de “medíocres” aqueles que as tratavam antes de elas se tornarem evidentes e “inferiores” aqueles que as tratavam antes de estabelecidas e suas conseqüências. Infelizmente, a maioria dos médicos da atualidade é pertencente a essas duas classes. Cada vez mais, nós,

médicos, nos especializamos em tratar doentes com complicações graves, secundárias à hipertensão, em que qualquer medida preventiva é totalmente ineficaz.

É difícil acreditar, mas é a pura realidade. Se toda classe médica somente se envolvesse em programas direcionados à prevenção da doença cardiovascular, de caráter crônico, duas conseqüências inevitáveis seriam iminentes:

- Lucro zero – Medidas preventivas para hipertensão trariam algum lucro monetário para a classe médica?
- Questão de sobrevivência – A torneira para abastecer de novos hipertensos com complicações, no decorrer do tempo, estaria fechada. Como a classe médica iria se prover de pacientes de alto risco, com elevado grau de complicação, para que fosse executado procedimento caro,

de alta complexidade para seu sustento?! De que forma a indústria farmacêutica e de equipamentos de alta tecnologia iria obter lucro e ter retorno do investimento de milhões de dólares aplicados?! Alguém teria a coragem de matar a “galinha” dos ovos de ouro?

Nós, cientistas e pesquisadores na área de hipertensão, agimos de forma equivocada e pouco inteligente e geramos informações pouco corretas. É do conhecimento de literatura que a partir do estudo *Australiano* e mesmo do *Hypertension Detection and Follow Up*, direcionado para avaliar a conveniência do tratamento de hipertensos leves, estabeleceu-se que para se prevenir um evento cardiovascular nesse indivíduo é necessário que aproximadamente 90 a 100 pacientes portadores recebam o tratamento anti-hipertensivo adequado por, pelo menos, 5 anos. Ora, esta é

uma informação incompleta, inadequada, esdrúxula e contra os princípios de tratamento da hipertensão arterial. A doença hipertensiva é sabidamente conhecida como de caráter crônico e as conseqüências nefastas somente se manifestam em longo prazo, de 10 a 20 anos, para ocorrerem especialmente no hipertenso leve. De que forma a opinião pública e a classe política seriam sensibilizadas, no sentido de obtermos recursos para a prevenção da hipertensão com esse tipo de informação. Se um político não obtém resultados imediatos nunca irá se reeleger na próxima oportunidade. Por que ele irá destinar recursos para saúde e prevenção da

hipertensão sem haver algum tipo de retorno?

Afirmamos no nosso artigo nesse número que, embora as modificações de estilo de vida sejam úteis para prevenção e tratamento da hipertensão e forneçam algum resultado positivo, elas são de caráter efêmero pela dificuldade de adesão do paciente às medidas de longo prazo e, portanto, inexequíveis. É desconhecido, pela ausência de evidências, de que algum resultado concreto e válido mostre redução de eventos cardiovasculares em estudos de larga escala na população de hipertensos e muito menos em normotensos limítrofes, com risco de se tornarem hipertensos.

Enaltecemos, pela atitude otimista de seu artigo, o Dr. Paulo Jardim, valorizando as medidas preventivas e de incentivo à mudança do estilo de vida, mas consideramo-las totalmente oníricas. Quiçá nós médicos e os órgãos governamentais busquemos, de fato, dimensionar as medidas preventivas para hipertensão, conferindo-lhes a real importância. Caso contrário, estaremos predestinados a manter o *status quo* atual, ou pior, mergulharmos de uma vez no caos já existente da verdadeira epidemia mundial de doenças cardiovasculares, causado principalmente pela presença de hipertensão arterial.

Roberto Jorge da Silva Franco

Imagino o sofrimento do Dr. Roberto Franco ao escrever um artigo inteiro, e ainda uma réplica, questionando a importância da prevenção primária da hipertensão.

Deve ter perdido noites de sono.

Isso porque o Dr. Franco é daqueles que podemos seguramente considerar como médico de primeira linha.

Sua preocupação, com certeza, vai muito além de tratar. Conheço-o bem e sei que suas atitudes profissionais são sempre voltadas para a saúde no seu sentido mais amplo. Sei que trabalha ativamente buscando principalmente a prevenção, sem esquecer logicamente do tratamento.

Perdoe-me, amigo Roberto, mas tenho que exercer meu papel e tecerei alguns comentários adicionais ao artigo em que já expus meus argumentos.

Por uma questão de coerência e até por comodidade, transcreverei afirmações de alguns dos principais organismos de saúde relativas ao tema hipertensão arterial e que estão apresentadas nas suas diretrizes ou consensos (os grifos são meus).

*A British Hypertension Society*¹ em 1999, afirmou:

A presente estratégia para prevenir complicações cardiovasculares associadas à hipertensão é insatisfatória. Além disso, esta abordagem não reduz o risco cardiovascular dos hipertensos mesmo tratados, quando comparados com os normotensos.

E ao final do documento, no tópico *metas para o futuro*, afirma:

Os objetivos abaixo *devem ter alta prioridade*.

Promover a prevenção primária da hipertensão arterial e das doenças cardiovasculares, através de mudanças na alimentação e do estilo de vida em toda a população.

O *The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*², em 1997, recomendou:

Antes de considerarmos o tratamento da hipertensão é necessário reconhecer a importância ainda maior da prevenção da mesma. Sem a prevenção primária, o

problema da hipertensão nunca será resolvido.

E mais adiante:

Portanto, uma ampla estratégia populacional para prevenir a elevação da pressão arterial ou reduzir a pressão, ainda que pouco, pode afetar a morbidade e mortalidade cardiovascular tanto ou mais que apenas tratar os hipertensos estabelecidos.

E, por fim, as *IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*³, em 2002 (documento subscrito pelo próprio Dr. Franco), afirmou:

Prevenir este aumento constitui o meio mais eficiente de combater a hipertensão arterial, evitando assim as dificuldades e o elevado custo social de seu tratamento e de suas complicações.

Combater a hipertensão é prevenir o aumento da pressão pela redução dos fatores de risco em toda a população e nos grupos com maior risco de desenvolver a doença.

Por fim, transcrevo integralmente o final da réplica do Dr. Franco que é, nada mais nada menos, uma concla-

mação à prevenção primária na qual todos acreditamos.

Quicá nós médicos e os órgãos governamentais busquemos, de fato, dimensionar as medidas preventivas para hipertensão, conferindo-lhes

a real importância. Caso contrário, estaremos predestinados a manter o status quo atual, ou pior, mergulharemos de uma vez no caos já existente da verdadeira epidemia mundial de doenças cardiovasculares, causado

principalmente pela presença de hipertensão arterial.

Obrigado pela ajuda, Roberto, e novamente vamos ao trabalho!

Paulo César B. Veiga Jardim

Referências

1. Ramsay LE, Williams B, Johnston GD, MacGregor GA, Poston L, Potter JF, Poulter NR and Russell G. Guidelines for management of hypertension: report of the third working party of the British Hypertension Society. *J Hum. Hypertens* 1999; 13: 569-92.
2. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-45.
3. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. SBH, SBC, SBN, BG Cultural, 40p. São Paulo, 2002.

Comentários do Moderador



O assunto abordado neste terceiro capítulo da série “Controvérsias em Hipertensão Arterial” é da maior importância e foi discutido de forma muito

apropriada pelos dois eminentes colegas, Drs. Roberto Jorge da Silva Franco e Paulo César B. Veiga Jardim.

Prevenção primária da hipertensão arterial é matéria ainda sujeita a debates. Estes debates, como pode ser constatado nas duas manifestações neste número da *Revista Brasileira de Hipertensão*, envolvem somente a exequibilidade da prevenção em populações.

Alguns métodos de prevenção da hipertensão já contam com um suporte científico com base suficiente para afirmar sua eficácia na redução da prevalência deste importante fator

de risco cardiovascular e renal em grupos reduzidos de indivíduos. No entanto, a sua aplicação em uma população ainda não foi testada. A falta de um estudo de prevenção em uma população é uma tarefa que não somente exige fôlego, mas é de custo muito elevado e de longa duração. Para a sua execução, há que existir vontade política por parte das autoridades sanitárias do país ao mesmo tempo em que haja um grupo de pesquisadores interessados e dispostos a coordenar um projeto desta envergadura.

A redução no consumo de sal na dieta, a correção da obesidade e a prática de exercícios físicos são algumas táticas para as quais há evidências favoráveis no sentido de reduzirem a incidência da doença hipertensiva. No caso da redução na ingestão de sal e também no que diz respeito à prática de exercícios físicos,

há maneiras de aplicação compulsória na população. Em outras palavras, a maior parte do sal consumido pelo ser humano está contida em alimentos industrializados, o que permite estabelecer uma legislação que regulamente esta questão. Quanto ao exercício físico, há maneiras de fazer com que a população ande mais. Alguns exemplos são aumentar o espaçamento entre os pontos de parada dos transportes públicos, restrições severas para estacionamento de veículos de passeio, limitação de circulação destes, desligar escadas rolantes que descem, etc.

Concluindo, a prevenção primária da hipertensão arterial depende mais de questões de política de saúde do que de falta de evidências científicas.

Joel C. Heimann

Professor Livre-Docente da FMUSP