



EDITORIAL

A liberdade dos clínicos e a arte do impossível



The freedom of clinicians and the art of the impossible

A hipertensão arterial sistémica – que na linguagem corrente designamos simplesmente por hipertensão – é considerada o principal (e o mais comum) fator de risco de morte e incapacidade nas doenças não transmissíveis.^{1,2} A sua prevalência na Europa varia entre 30 e 45%.³ Nos Estados Unidos, dois terços dos adultos com mais de 60 anos são hipertensos.⁴ No sul da Ásia e na África subsaariana, a hipertensão tem crescido rapidamente.⁵ Recentemente, a prevalência mundial da hipertensão foi estimada em 31%.⁶

Nas últimas três décadas têm surgido muitos fármacos eficazes e seguros para o tratamento dos hipertensos. No entanto, apesar de se saber que a redução da pressão arterial em apenas 10 mmHg nesses doentes pode, ao longo da vida, reduzir o risco de morte cardiovascular e acidente vascular cerebral entre 25 e 40%,⁷ subsiste a controvérsia sobre qual o valor limiar ou valor alvo a conseguir nos adultos hipertensos em geral e nos idosos em particular. Além disso, muitos doentes, apesar de tratados, permanecem mal controlados, não se atingindo os valores alvos das Recomendações das ESC/ESH³ ou os sugeridos como resultado do estudo Sprint.⁸

Estão publicadas muitas *Guidelines*/Recomendações para o diagnóstico e tratamento da hipertensão, quer por sociedades científicas quer por outros organismos públicos, internacionais e nacionais, mas nem nessas há um consenso absoluto. Entre os valores para a pressão arterial sistólica originalmente propostos pelo *5th Joint National Committee* (< 140 mmHg)⁹ e os que emergiram com o estudo Sprint (< 120 mmHg), há uma faixa de indecisão/decisão e, embora se acredite que «menor pressão é melhor» para a generalidade dos doentes, é aos clínicos que compete decidir.

As recomendações em medicina, originalmente guias de prática clínica que sugerem uma abordagem para o tratamento de situações clínicas difíceis, deixavam aos clínicos a liberdade de ajustar a terapêutica de acordo com a especificidade do paciente. Por exemplo, no caso da hipertensão, poderiam decidir-se por uma maior «agressividade» terapêutica em doentes mais jovens, mesmo se assintomáticos, e serem mais conservadores (se admitirmos valores de pres-

são arterial sistólica mais altos) em idosos, supostamente – o que ainda é matéria de discussão – mais susceptíveis de terem complicações decorrentes do próprio tratamento.

Essa flexibilidade terapêutica inicial tem-se vindo a esbater, ainda que não de forma explícita. As recomendações, escritas e editadas com base em estudos por vezes diversos do mundo real, passaram a definir o que os clínicos devem fazer em cada circunstância, sob pena de a sua atuação poder ser considerada má prática clínica. Em suma, as «Recomendações» passaram a ser «Diretrizes» e a mudança semântica na língua portuguesa diz muito.

Não será, pois, descabido relembrar que ao médico assistente caberá sempre, consideradas as características do seu doente – risco cardiovascular, bem-estar geral, fragilidades e opções – e ponderados os inconvenientes resultantes de eventuais efeitos adversos do tratamento, tomar as melhores decisões.

É nesse panorama que foram criadas as diretrizes que hoje se publicam, destinadas ao espaço da cardiologia de língua portuguesa e sua federação. A Federação das Sociedades de Cardiologia de Língua Portuguesa (FSCLP – www.fsclp.org) foi criada em 2014 com o objetivo principal de «promover o desenvolvimento da cardiologia ao serviço da população dos países e territórios onde a língua portuguesa é oficial» – (estatutos, artigo 4.^o). Precedendo a sua fundação, foram feitas Jornadas Lusófonas de Cardiologia em Cabo Verde (2009) e em Moçambique (2011). O I Congresso da FSCLP teve lugar em Portugal (2016); o II Congresso vai ocorrer no Brasil, em novembro de 2017.

Nos estatutos já referidos são enunciadas, de forma sucinta, as vias para a concretização do objetivo principal, marcando como prioritários: o estímulo ao estudo e à investigação de problemas científicos das doenças cardiovasculares; a análise dos aspetos sociais das cardiopatias e da prevenção e assistência aos doentes; e a promoção do estreitamento das relações entre os médicos das sociedades e comunidades de língua portuguesa, que se dedicam à cardiologia. Numa palavra, trata-se de desenvolver a lusofonia cardiológica.

Criar para a FSCLP e seu espaço mais umas diretrizes¹⁰, que não repitam o que já está escrito, afigurava-se um desafio impossível. E no entanto estas diretrizes para “Cuidados Primários em Hipertensão nos Países de Língua Portuguesa” surgem virtuosas. Primeiramente, retratam fielmente a realidade do espaço lusófono, com suas similitudes e diferenças. Em segundo lugar, evitando considerandos excessivos, não têm omissões dos aspetos essenciais de que tratam. Em terceiro lugar – e de forma decisiva – acentuam muito bem a importância da prevenção e do tratamento da hipertensão nos cuidados primários de saúde, afinal o seu objetivo. Por último, têm em conta as características médicas, sociais e económicas do espaço a que se destinam.

Há ainda um outro mérito muito significativo nesse documento: essas diretrizes,¹⁰ aqui publicadas, constituem o primeiro trabalho científico e pedagógico produzido pela FSCLP e isso deve ser relevado. Com ele, pretende-se cumprir objetivos da FSCLP e no caso específico dar um poderoso passo para o início de um «*processo continuado, envolvendo fundamentalmente ações de educação, de mudanças de estilo de vida e garantia de acesso aos medicamentos*» na área da hipertensão, como é afirmado no próprio documento.

Os autores dessas diretrizes delinearam com arte o que parecia impossível.

Bibliografia

1. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2224–60.
2. Murray CJ, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2197–223.
3. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2013;34:2159–219.
4. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics – 2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2013;127:e6–245. Erratum in: *Circulation*. 2013;127:e841.
5. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet*. 2017;39, 37-35.
6. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, et al. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*. 2016;134:441–50.
7. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ*. 2009;338:b1665.
8. Wright JT Jr, Williamson JD, Whelton PK, et al. SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Eng J Med*. 2015;373:2103–16.
9. The fifth report of The Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). *Arch Intern Med*. 1993;153:154–83.
10. Oliveira GM, Morais JC, Mendes MF, et al. Diretrizes para cuidados primários em hipertensão arterial nos países de Língua Portuguesa. *Arq Bras Cardiol*. 2017;109:389-96.

Hugo Madeira^{a,b}

^a Ex-presidente da Federação das Sociedades de Cardiologia de Língua Portuguesa

^b Centro Cardiovascular da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Correio eletrónico: hcmadeira.fml.ul@sapo.pt