

*Clinica Médica*

## RISCO DE VIDA RESIDUAL PARA O DESENVOLVIMENTO DE HIPERTENSÃO EM HOMENS E MULHERES ADULTOS

Neste recente estudo de seguimento da coorte de Framingham, do qual participaram indivíduos de 55-65 anos de idade, foi estimado que o risco no tempo restante de vida de desenvolver hipertensão arterial (> 140/90 mm Hg) foi de 90%, tanto para indivíduos a partir de 55 como 65 anos de idade. Mais da metade dos participantes desenvolveram hipertensão em 10 anos. A probabilidade de receber medicação anti-hipertensiva foi de 60%. O risco de desenvolver hipertensão no estadio 2 (> 160/110 mm Hg) variou de 35% a 44% nos diferentes grupos etários. O risco de hipertensão aumentou 60% (nos homens) no período de 1976-1998 comparado a 1952-1975, mas permaneceu inalterado nas mulheres. O risco de hipertensão arterial estadio 2 (> 160/110 mm Hg) diminuiu 35-57%, provavelmente devido ao aumento acentuado do tratamento medicamentoso em indivíduos com hipertensão.

### Comentário

A principal medida usada neste estudo é a probabilidade de um indivíduo desenvolver hipertensão em seu tempo restante de vida (estatística de risco no tempo de vida). Este tipo de medida de risco não havia sido usado anteriormente em estudos de hipertensão, sendo melhor que medidas de prevalência para descrever aspectos epidemiológicos da doença. Foram selecionados participantes que atingiram a idade de 55 ou 65 anos sem ter hipertensão arterial, e foi estimado seu risco de desenvolver hipertensão até a idade de 80 e 85 anos, respectivamente (esperança de vida para esses grupos etários no EUA). O método de estimativa de risco residual no tempo de vida é uma modificação do método de Kaplan-Meier, usando-se idade e não o período calendário como escala de tempo. Taxas de hipertensão foram calculadas com o número de pessoas que desenvolvem hipertensão num dado intervalo de idade

como numerador e o total de pessoas-ano de participantes em risco no intervalo como denominador.

O risco de desenvolver hipertensão foi similar para indivíduos de 55 ou 65 anos de idade, indicando que, a longo prazo, este risco não aumenta necessariamente com a idade. O risco de desenvolver hipertensão no período contemporâneo (1976-98 vs. 1952-75) foi maior em homens que em mulheres, talvez relacionado ao aumento no índice de massa corporal observado particularmente nos homens nesse período.

Este estudo não confirma o recente declínio da prevalência de hipertensão mostrado em outros estudos americanos (NHANES), talvez porque se refira apenas a pacientes brancos com mais de 55 anos. Como neste estudo não foram avaliados outros fatores de risco como obesidade, história familiar de hipertensão, ingestão de sódio e potássio na dieta e o consumo de álcool, o risco de hipertensão para um indivíduo em particular não pode ser estimado com precisão.

O achado de que 9 em 10 adultos (> 55 anos) desenvolverão hipertensão durante o período restante de vida re-enfatiza a importância da hipertensão como um imenso problema de saúde pública. Apesar do risco de hipertensão no estadio 2 ter diminuído acentuadamente nas últimas décadas, o risco de hipertensão no estadio 1 (> 140-90 mm Hg) permaneceu inalterado e deve ser objeto de preocupação. Sabemos que uma proporção substancial das doenças cardiovasculares são atribuídas a hipertensão arterial no estadio 1. Esforços devem ser dirigidos para a prevenção primária da hipertensão.

Como mais da metade do risco de hipertensão é observado nos 10 primeiros anos do tempo restante de vida, para pessoas de 55-65 anos de idade, é primordial encorajar indivíduos de meia idade não hipertensos a adotar medidas relacionadas ao estilo de vida para manter um ótimo nível de pressão arterial e prever o desenvolvimento de hipertensão. A estratégia de esperar o aparecimento da hipertensão para apenas então tomar medidas para prevenir sua piora ou tratá-la não parece judiciosa ou custo-efetiva.

**RICARDO SESCO**

Referência

Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, D'Agostino RB, et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men. The Framingham Heart Study. JAMA 2002;287:1003-10.

*Economia da Saúde*

## IMPACTOS DE FORMAS ALTERNATIVAS DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE

É possível dizer que hoje existe um consenso a respeito dos desafios que se apresentam para os sistemas de saúde. Estes seriam: acesso universal para os cidadãos, atenção à saúde efetiva para resultados melhores, uso eficiente dos recursos, serviços de alta qualidade e capacidade de resposta às preocupações dos pacientes. A execução das políticas de saúde enfrenta sérios dilemas ao tentar conciliar objetivos conflitantes, como melhorar a qualidade dos serviços e conter custos simultaneamente. Este livro parte do pressuposto de que a maneira como as receitas para a saúde são coletadas e administradas pode ter influência sobre como os objetivos são atingidos. Combinando teoria e evidência empírica, ele oferece análises atuais de experiências recentes de financiamento dos sistemas de saúde na Europa e examina a relação entre financiamento e alocação de recursos. Os capítulos examinam os méritos relativos e as implicações de políticas dos principais métodos de financiamento de sistemas de saúde. Entre as formas de financiamento analisadas encontram-se: a taxação, seguro-saúde social, seguro-saúde privado, out-of-pocket. No capítulo final, procuram fazer uma avaliação geral sobre as alternativas em discussão. Para tanto, eles colocam sete questões, entre as quais: O sistema de financiamento é progressivo? Ele gera redistribuição? Ele afeta a cobertura do sistema? Ele afeta a contenção dos custos? Ele afeta a eficiência alocativa e técnica? Nem todas as perguntas são respondidas de forma inofensiva, porém o livro oferece algumas respostas objetivas como a que se refere à relação entre o acesso e o tipo de financiamento. Neste caso, os autores são

taxativos em afirmar que nos países onde o seguro-saúde privado é a única forma de cobertura para a maior parte da população, verifica-se as mais extremas diferenças de acesso à cobertura de seguro. Além disso, o volume oferece várias indicações sobre os resultados que podem ser esperados de cada tipo de sistema de financiamento apresentando um conjunto de conclusões, solidamente baseadas.

### Comentário

*Esta publicação configura-se em um valioso material para os responsáveis pelo funcionamento do sistema. O conhecimento mais aprofundado sobre a relação entre financiamento e qualidade dos serviços é, hoje em dia, extremamente necessário para os planejadores e executores da política de saúde. E este livro oferece tal conhecimento produzido dentro dos padrões mais rigorosos de uma análise institucional comparativa a partir de experiências de um grande número de países.*

**BASILIA AGUIRRE**

### Referência

Mossialos E, DIXON A, FIGUERAS J, Kutzin J, editors. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems series. Buckingham: Open University Press; 2002. 327p. [cited 2002 Nov]. Available from: URL: <http://www.euro.who.int/document/e74485.pdf>.

### Emergência e Medicina Intensiva

## PREDISPOSIÇÃO GENÉTICA À SEPSE GRAVE — CHOQUE SÉPTICO

Nos últimos cinco anos houve uma explosão muito grande a respeito do conhecimento do genoma humano e da resposta inflamatória do paciente com doença infecciosa. Lorenz E, et al, 2002<sup>1</sup> identificaram um polimorfismo comum no receptor "toll-like" 4 (TLR4) que está associado com uma diminuição da resposta a inalação de endotoxina ou lipopolissacáride em humanos. Eles investigaram se estes alelos TLR4 específicos estão associados com a predisposição a uma evolução mais grave da doença em pacientes com choque séptico. Foram genotipados 91 pacientes com

choque séptico e 73 doadores de sangue sadios que serviram como controles, verificando-se a presença de mutações de TLR4 Asp299Gly e TLR4 thr399Ile. Encontraram que o alelo TLR4 Asp299Gly era exclusivo dos pacientes com choque séptico ( $p = 0.05$ ). Além do mais, os pacientes com choque séptico com alelo TLR4 Asp299Gly/thr399Ile tinha uma maior prevalência para o desenvolvimento de infecção por gram-negativo. Concluíram que a mutação do receptor TLR4 pode predispor ao desenvolvimento de choque séptico devido aos microorganismos gram-negativos.

### Comentário

*Em termos clínicos o polimorfismo genético de mediadores fisiológicos é da maior importância, sendo que as variantes genéticas que modificam a regulação ao função dos mediadores estão associadas com a suscetibilidade ou evolução para sepse grave e choque séptico. Diversas pesquisas indicam que a TLR4 é uma molécula para o reconhecimento de microorganismos gram-negativos e especificamente do lipopolissacáride. Adicionalmente, em 2001, Hubacek JA et al examinaram cinco polimorfismos bialelos da proteína que aumenta a permeabilidade bactericida e da proteína que se liga ao polissacáride. Encontraram que o alelo Gly98 da proteína que se liga ao polissacáride estava associada com sepse nos pacientes do sexo masculino e, que todos os 11 pacientes que eram homozigotos para os alelos Gly98 e Leu436, para proteína que se liga ao polissacáride, não sobreviveram. Mais recentemente, Arnalich F et al, 2002, demonstraram uma associação entre o polimorfismo do antagonista do receptor de interleucina-1 e a taxa de sobrevivida. Portanto, a associação entre o polimorfismo genético e a evolução é muito instigante e pode ajudar a explicar a variabilidade na evolução da sepse e imaginar estratégias terapêuticas e preventivas para o futuro.*

**GISELE LIMONGELI GURQUEIRA  
WERTHER BRUNOW DE CARVALHO**

### Referências

1. Lorenz E, Mira JP, Frees KL, Schwartz DA. Relevance of mutations in the TLR4 receptor in patients with gram-negative septic shock. Arch Dis Med 2002; 162:1028-32.

2. Hubacek JA, Stuber F, Frohlich D, Book M, Wetegrove S, Ritter G, et al. Gene variants of the bactericidal/permeability increasing protein and lipopolysaccharide binding protein in sepsis patients: gender-specific genetic predisposition to sepsis. Crit Care Med 2001; 29:557-61.

3. Arnalich F, Lopez-Maderuelo D, Codoceo R, Lopez J, Solis - Garrido LM, Capiscol C, et al. Interleukin-1 receptor antagonist gene polymorphism and mortality in patients with severe sepsis. Clin Exp Immunol 2002; 127:331-6.

### Ginecologia

## SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS: ABORDAGEM PRÁTICA DA AVALIAÇÃO DA RESISTÊNCIA À INSULINA

As pacientes portadoras da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), independente da presença de obesidade, geralmente têm resistência à insulina (RI) e hiperinsulinemia, com maior chance de desenvolvimento de diabetes mellitus (DM2), dislipidemia, doenças cardiovasculares e hipertensão arterial no futuro<sup>1</sup>. A identificação das pacientes com SOP que são mais insulino-resistentes poderá ser útil na seleção daquelas que se beneficiarão com o uso de drogas que melhoram a sensibilidade à insulina.

Para se determinar a presença de RI, métodos invasivos como o clamp euglicêmico são considerados padrão ouro, mas são complexos. Estudo de Legro et al<sup>2</sup> teve como objetivo testar medidas indiretas da sensibilidade à insulina. Foram avaliadas 40 pacientes americanas brancas não-hispânicas obesas com SOP e 15 obesas controles através do FSIVGTT com determinação dos níveis de insulina (I) e glicemia (G) de jejum e durante TOTG-75g. A relação G/I foi considerada como anormal (presença de RI) quando menor que 4,5, com uma sensibilidade de 95% e especificidade de 84%, valor preditivo positivo de 87% e negativo de 87%. Foi demonstrado ainda que a relação G/I é mais acurada que a medida da glicemia ou insulinemia de jejum isoladamente.