

Tratamento Não-Medicamentoso

O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão (A). Estima-se que 20% a 30% da prevalência de hipertensão arterial pode ser explicada por essa associação¹⁻³ (A).

Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial⁴ (B).

Independentemente do valor do IMC, a distribuição de gordura, com localização predominantemente no abdome, está com frequência associada com resistência à insulina e elevação da pressão arterial. Essa evidência indica que a obesidade central abdominal é um fator preditivo de doença cardiovascular^{4,5} (B).

A redução da ingestão calórica leva à perda de peso e à diminuição da pressão arterial, mecanismo explicado pela queda da insulinemia, redução da sensibilidade ao sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso simpático.

Padrão alimentar e hipertensão arterial

Ao se consumirem alimentos ocorre a ingestão de diferentes nutrientes com variadas respostas sobre a pressão arterial e o sistema cardiovascular. Isso sugere maior atenção ao padrão da dieta do que ao consumo de alimentos tidos como “de risco”^{3,6} (B).

Padrão alimentar é definido como o perfil do consumo de alimentos feito pelo indivíduo ao longo de um determinado período de tempo. O padrão alimentar vem sendo identificado como a alternativa mais viável para o estudo da relação entre a ingestão de nutrientes na dieta e o risco de doenças. Essa forma de análise permite uma compreensão mais clara sobre a alimentação como um todo, ao invés de considerar os nutrientes individualmente^{1,3,7,8} (B).

O estudo DASH (“Dietary Approachs to Stop Hypertension”) mostrou redução da pressão arterial em indivíduos que ingeriram dieta com frutas, verduras, derivados de leite desnatado, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol⁹ (B).

A conduta alimentar básica em pacientes com hipertensão arterial deve^{5,6,10,11}:

- controlar/manter peso corporal em níveis adequados (A);
- reduzir a quantidade de sal na elaboração de alimentos e retirar o saleiro da mesa (A);
- utilizar restritamente as fontes industrializadas de sal: embutidos, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote tipo “snaks” (B);
- limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas (B);

- dar preferência a temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, ao invés de similares industrializados (D);
- substituir doces e derivados do açúcar por carboidratos complexos e frutas (D);
- incluir, pelo menos, cinco porções de frutas/verduras no plano alimentar diário, com ênfase nos vegetais verdes ou amarelos e nas frutas cítricas (D);
- optar por alimentos com reduzido teor de gordura e, preferencialmente, do tipo mono ou poliinsaturada, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto dendê e coco (A);
- manter ingestão adequada de cálcio pelo uso de produtos lácteos, de preferência, desnatados (B);
- identificar formas prazerosas de preparo dos alimentos: assados, crus, grelhados etc. (D);
- estabelecer plano alimentar capaz de atender às exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo/família (D).

Redução do consumo de bebida alcoólica

A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais^{12,13}. Ensaios clínicos também já demonstraram que a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas^{14,15}.

Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a 30 ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres¹⁶ (B). Isso corresponde, para o homem, a aproximadamente 720 ml de cerveja; 240 ml de vinho e 60 ml de bebida destilada. Aos pacientes que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas.

Abandono do tabagismo

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Parece ser maior em mulheres do que em homens¹⁷ (B).

Em avaliação por MAPA, a sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não-fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo¹⁸⁻²⁰. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas.

Uso terapêutico e preventivo de dieta com conteúdo reduzido de sal

Há inúmeras evidências dos efeitos benéficos da restrição no consumo de sal na dieta. Vários estudos^{21,22} revelaram:

- menor prevalência de complicações cardiovasculares (B);
- redução da pressão arterial (A);
- menor incremento da pressão arterial com o envelhecimento (B);
- possibilidade de prevenção de elevação da pressão arterial (B).

Evidências epidemiológicas – Povos que consomem dieta com reduzido conteúdo de sal têm menor prevalência de hipertensão e a PA não se eleva com a idade^{23–26}.

Evidências observacionais – Estudos randomizados que comparam dieta hipossódica com dieta habitual, com ou sem redução de peso, demonstram efeito modesto na redução da pressão arterial com a restrição salina^{27–29}.

A quantidade de sal na dieta nos diferentes trabalhos é variável. Entretanto, uma dieta com aproximadamente 6,7 g/dia (1 colher de chá) por 28 dias produz diminuição de 3,9 mmHg (95% CI 1,3 a 4,8 mmHg) na sistólica e 1,9 mmHg (95% CI 1,3 a 2,5 mmHg) na diastólica. Em idosos, mesmo restrições menores no consumo de sal demonstram efeito significativo sobre a PA.

A maior parte dos estudos observacionais mostra associação direta entre intensidade do consumo de sal na dieta e pressão arterial^{30,31}.

Evidências intervencionistas – Em metanálise, observa-se que a pressão arterial varia diretamente com o consumo de sal tanto em normotensos como em hipertensos³².

Como prescrever a dieta hipossódica

- Não adicionar sal durante o preparo dos alimentos.
- Não adicionar sal à comida na mesa.
- Evitar alimentos com elevado teor de sal, tais como conservas, embutidos, queijos, sopas em pó, molhos industrializados etc.

Suplementação de potássio

A suplementação de potássio promove redução modesta da pressão arterial³³ (A). Sua ingestão pode ser aumentada pela escolha de alimentos pobres em sódio e ricos em potássio, como feijões, ervilha, vegetais de cor verde-escura, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa e laranja.

Deve-se ter cautela com o uso de medicamentos à base de potássio em indivíduos suscetíveis a hiperpotassemia, principalmente em pacientes com insuficiência renal ou em uso de inibidor da enzima conversora de angiotensina II (ECA), antagonista do receptor AT₁ da angiotensina II (All) ou diuréticos poupadores de potássio.

O uso de substitutos contendo cloreto de potássio, em substituição ao cloreto de sódio, pode ser recomendado como forma de suplementação de potássio, embora alguns deles tenham a palatabilidade como fator limitante. Sua utilização deve ser cautelosa em pacientes com risco de hiperpotassemia.

Suplementação de cálcio e magnésio

A suplementação de cálcio pela dieta contribui de forma modesta para a redução da pressão arterial^{34,35} (A).

Em relação ao magnésio, isoladamente, não foram obtidas evidências para a recomendação específica³⁶ (D).

A dieta com frutas, verduras e laticínios de baixo teor de gordura, que apresentam quantidades apreciáveis de cálcio, magnésio e potássio, proporciona efeito favorável em relação à redução da pressão arterial e de acidente vascular cerebral^{37,38} (A).

Exercício físico^{39,40}

Pacientes hipertensos devem iniciar programas de exercícios físicos regulares, desde que tenham sido submetidos a avaliação clínica prévia. Além de diminuir a pressão arterial, o exercício físico pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral (A).

Programas de exercícios físicos, para a prevenção primária ou secundária de doenças cardiovasculares, devem contar com atividades aeróbias dinâmicas, tais como caminhadas rápidas, corridas leves, natação e ciclismo.

Recomenda-se a frequência de três a seis vezes por semana, intensidade moderada e sessões de 30 a 60 minutos de duração. Para o controle da intensidade do exercício podem ser utilizados tanto a frequência cardíaca como o consumo de oxigênio (60% a 80% da frequência cardíaca máxima ou 50% a 70% do consumo máximo de oxigênio). A escala de percepção de esforço (nível leve e/ou moderado) também poderá ser utilizada. A frequência cardíaca máxima deverá ser obtida por meio de um teste ergométrico máximo ou ergoespirométrico. Na impossibilidade da realização desses testes recomenda-se a fórmula **FC_{máx} = 220 – idade**.

Exercícios de resistência muscular localizada podem ser realizados com sobrecarga que não ultrapasse 50% da contração voluntária máxima. Esses programas têm se mostrado efetivos na redução dos níveis de pressão arterial (B). São recomendações que devem ser consideradas, inclusive para pacientes sob tratamento com anti-hipertensivos. Em pacientes em uso de betabloqueador, é fundamental o teste ergométrico ou ergoespirométrico na vigência do medicamento.