

## Prevenção da Hipertensão e dos Fatores de Risco Associados

O aumento da pressão arterial com a idade não representa um comportamento biológico normal. Prevenir esse aumento constitui o meio mais eficiente de combater a hipertensão arterial, evitando 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, como o limítrofe (130–39/85–89 mmHg) e aqueles com história familiar de doença hipertensiva<sup>1</sup>.

O aparecimento da hipertensão é favorecido por excesso de peso, sedentarismo, elevada ingestão de sal, baixa ingestão de potássio e consumo excessivo de álcool. No grupo com pressão limítrofe também contribuem para o aumento do risco cardiovascular as dislipidemias, intolerância à glicose e diabetes, tabagismo, menopausa e estresse emocional.

### Medidas preventivas

#### Peso corpóreo

O excesso de peso aumenta de duas a seis vezes o risco de hipertensão (B), enquanto a diminuição de peso em normotensos reduz a pressão e a incidência de hipertensão (A). Recomenda-se manutenção do peso ideal com índice de massa corpórea (peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros) entre 20 e 25 kg/m<sup>2</sup>,<sup>2</sup>, empregando aumento da atividade física (A) (tabela 1) e dieta hipocalórica (tabela 2).

**Tabela 1 – Recomendação de atividade física<sup>3</sup>**

Recomendação populacional	
Todo adulto deve realizar pelo menos 30 minutos de atividade física leve a moderada de forma contínua ou acumulada na maioria dos dias da semana (B), com pequenas mudanças no cotidiano, tais como: utilizar escadas em vez de elevador, andar em vez de usar o carro e praticar atividades de lazer, como dançar.	
Recomendação individualizada	
<b>Tipo:</b>	exercícios dinâmicos (caminhada, corrida, ciclismo, dança, natação) (A)
<b>Frequência:</b>	3 a 5 vezes por semana (B)
<b>Duração:</b>	30 a 60 minutos contínuos (indivíduos com pressão limítrofe ou obesidade 50 a 60 minutos) (B)
<b>Intensidade moderada (B) estabelecida de forma:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• simples: conseguir falar durante o exercício</li> <li>• precisa: controlar a frequência cardíaca (FC) durante o exercício:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- sedentários – % recomendada da FC de reserva (FC res) = 50 e 70%</li> <li>- condicionados – % recomendada da FC res = 60 e 80%</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Para o cálculo da FC de treinamento, utilizar a fórmula:</b>	
• FC treinamento =	$(FC \text{ max} - FC \text{ rep}) \times \% \text{ recomendada da FC res} + FC \text{ rep}$
• FC de reserva =	$FC \text{ máxima} - FC \text{ repouso}$
• FC máxima (FC max) =	medida no teste ergométrico ou calculada por $220 - \text{idade}$
• FC repouso (FC rep) =	medida após 5 minutos de repouso deitado
Exercício resistido	
Podem ser realizados, mas em associação aos aeróbios, pois seus efeitos sobre a prevenção da hipertensão não são conclusivos (D).	

Nota: tabela atualizada em relação ao documento original

#### Atividade física

Há relação inversa entre o grau de atividade física e a incidência de hipertensão (B). O exercício físico regular reduz a pressão sistólica/diastólica em 3/2 mmHg em normotensos, sendo a queda proporcional à pressão arterial inicial (A), o que recomenda sua prática, como exposto na tabela 1.

#### Ingestão de sal e potássio

Ao lado do controle de peso e da atividade física regular, reduzir a ingestão de sal é uma das medidas de maior impacto na prevenção da hipertensão (B), pois associa-se à menor elevação anual da PA (B) e promove queda pressórica proporcional à diminuição do teor de sódio (B).

A dieta habitual do brasileiro contém 10 a 12 g de sal/dia. É saudável ingerir até 6 g/dia de sal (4 colheres de café rasas de sal (4 g) e 2 g de sal presente nos alimentos naturais), reduzindo o sal adicionado aos alimentos, evitando o saleiro à mesa e alimentos industrializados<sup>4</sup>.

A dieta rica em vegetais e frutas contém 2 a 4 g de potássio por dia e pode ser útil na redução da pressão e na prevenção da hipertensão arterial (B).

Os substitutos do sal contendo cloreto de potássio e menos cloreto de sódio (30% a 50%) são úteis para reduzir a ingestão de sódio e aumentar a de potássio.

#### Ingestão de álcool

Indivíduos abstêmios não devem ser induzidos a beber. Para os consumidores de álcool, a ingestão de bebida alcoólica deve ser limitada a 30 g álcool/dia = 1 garrafa de cerveja (5% de álcool, 600 ml), = 2 taças de vinho (12% de álcool, 250 ml) = 1 dose (42% de álcool, 60 ml) de destilados (uísque, vodca, aguardente). Esse limite deve ser reduzido à metade para homens de baixo peso, mulheres, indivíduos com sobrepeso e/ou triglicérides elevados. O consumo diário maior que as quantidades descritas e/ou grande quantidade de bebida alcoólica em um único dia associam-se a risco cardiovascular elevado.

**Tabela 2 – Recomendações dietéticas**

Tabela 2 – Recomendações dietéticas	
Preferir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados</li> <li>• Temperos naturais: limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha</li> <li>• Verduras, legumes, frutas, grãos e fibras</li> <li>• Peixes e aves preparadas sem pele</li> <li>• Produtos lácteos desnatados</li> </ul>
Limitar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sal</li> <li>• Alcool</li> <li>• Gema de ovo: no máximo 3 por semana</li> <li>• Crustáceos</li> <li>• Margarinas, dando preferência às cremosas, alvarinas e ricas em fitosterol</li> </ul>
Evitar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Açúcares e doces</li> <li>• Frituras</li> <li>• Derivados de leite na forma integral, com gordura</li> <li>• Carnes vermelhas com gordura aparente e vísceras</li> <li>• Alimentos processados e industrializados: embutidos, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote</li> </ul>

\* parágrafo atualizado em relação ao documento original

**Recomendações dietéticas**

A dieta deve conter baixo teor de gordura, principalmente saturadas, baixo teor de colesterol e sódio e elevado teor de potássio e fibras. O valor calórico total deve ser ajustado para obtenção e manutenção do peso ideal. A observância global da dieta é mais importante que o seguimento de medidas isoladas (tabela 2).

**Dislipidemias**

Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia com HDL-colesterol baixo são importantes fatores de risco cardiovascular (B). As metas atuais (tabela 3) do controle do perfil lipídico (D) são classificadas de acordo com o risco de um evento coronário agudo em dez anos.

A base do controle das dislipidemias é representada por mudanças dietéticas, com redução do consumo de gordura e substituição parcial das gorduras saturadas por mono e poliinsaturadas e redução da ingestão diária de colesterol<sup>5</sup>. Essas mudanças devem ser complementadas pela prática de atividades físicas regulares, interrupção do tabagismo e moderação no consumo de bebidas alcoólicas (D). Para indivíduos com HDL-colesterol baixo (< 40 mg/dl nos homens e < 50 mg/dl nas mulheres) e/ou triglicérides elevados, recomenda-se reduzir o percentual de carboidratos em favor de um aumento no consumo de gorduras, respeitando o valor calórico total da dieta e os respectivos percentuais dos diferentes tipos de gordura (D).

A ausência de resposta a essas medidas implica o uso associado de hipolipemiantes, geralmente de uso contínuo. Para a hipercolesterolemia, são indicadas as vastatinas (D). Para a hipertrigliceridemia, isolada ou associada à diminuição do HDL-colesterol, recomenda-se o uso de fibratos (D). Em certos casos de hiperlipidemia mista, é necessária a associação de ambos, recomendando-se que seja feito por especialista, devido à probabilidade de efeito colateral de maior risco.

**Tabela 3 – Classificação do risco cardiovascular e metas de controle do perfil lipídico**

	Baixo risco < 10%	Médio risco 10 ≤ 20%	Alto risco ≥ 20%***
Colesterol total (mg/dl)	< 200	< 200	< 200
LDL-colesterol (mg/dl)	< 130*	< 130	< 100
HDL-colesterol (mg/dl)	> 40	> 40	> 40**
Triglicérides (mg/dl)	< 150	< 150	< 150

\* Tolerável até 160 mg/dl; \*\* > 50 mg/dl em diabéticos;  
\*\*\* Inclui portadores de doença aterosclerótica e diabete.

**Intolerância à glicose e diabete melito**

São condições freqüentemente associadas à hipertensão arterial, (B) favorecendo a ocorrência de doenças cardiovasculares e complicações do diabete. Sua prevenção tem como base a dieta hipocalórica, a prática regular de atividades físicas aeróbicas e a redução de ingestão de açúcar simples. Essas medidas visam também à manutenção da pressão arterial abaixo de 130/80 mmHg<sup>6</sup> (D).

**Tabagismo**

Recomenda-se a interrupção do tabagismo porque ele se associa a maior incidência e mortalidade das doenças coronária, cerebrovascular e vascular de extremidades. No entanto, essa medida propicia aumento de peso, que pode favorecer o aumento da pressão arterial.

Assim, a supressão do tabagismo deve ser acompanhada de restrição calórica e de aumento da atividade física para evitar ganho de peso. A exposição ao fumo – tabagismo passivo –, também constitui fator de risco cardiovascular que deve ser evitado (B).

**Menopausa**

A diminuição da atividade estrogênica após a menopausa aumenta o risco cardiovascular (D). O efeito da reposição hormonal sobre esse risco ainda não está totalmente estabelecido (A). Até que estudos adicionais sejam concluídos, a indicação de reposição hormonal deve ser individualizada de acordo com os riscos e benefícios relativos à saúde global da mulher.

**Estresse emocional**

O estresse emocional pode aumentar a pressão arterial, mas não está comprovado o seu papel na gênese da hipertensão. Não obstante, técnicas de relaxamento e de aconselhamento pessoal podem ser úteis para o controle do estresse (D).

**Estratégias para a implementação de medidas preventivas**

As mudanças no estilo de vida são de difícil implementação. As sugestões listadas a seguir são as que apresentam possibilidade de êxito em um campo que ainda inclui inúmeros desafios. A parceria das sociedades científicas com entidades governamentais, não-governamentais e a comunidade é indispensável para assegurar a operacionalidade dessas ações em âmbitos nacional, estadual e municipal.

**Ações educacionais devem ser dirigidas a:**

- profissionais de saúde;
- alunos de escolas profissionalizantes;
- alunos de primeiro e segundo graus;
- pessoal de instituições e empresas;
- comunidade.

**Ações de conscientização são desenvolvidas por:**

- campanhas de esclarecimentos através da mídia;
- campanhas temáticas periódicas, como Dia Municipal, Estadual e/ou Nacional da Hipertensão, Semana da Hipertensão etc.

**Outras ações:**

- incorporação das ações de prevenção, detecção e controle da hipertensão arterial nos programas de atenção primária à saúde, incluindo também crianças e adolescentes e, particularmente, programas de saúde escolar;
- implementação de programas de assistência multiprofissional;
- estabelecimento de normas governamentais para reduzir o conteúdo de sódio e gorduras saturadas dos alimentos industrializados;
- exigência de maior rigor na rotulagem do conteúdo nutricional dos alimentos;
- monitorização das ações de prevenção e controle da hipertensão arterial e suas conseqüências por meio de eficientes indicadores de saúde.