

9. Prevenção primária da hipertensão e dos fatores de risco associados

A hipertensão arterial, principal fator de risco de morte entre as doenças não-transmissíveis²⁷⁷, mostra relação direta e positiva com o risco cardiovascular^{278,279}. Entretanto, apesar dos progressos na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e no controle, ainda é importante problema de saúde pública²⁸¹.

Devem ser metas dos profissionais de saúde a identificação precoce e a abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial, principalmente na população de alto risco. Entre as medidas preventivas, destacam-se a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividade física e o abandono do tabagismo¹⁰⁴.

9.1 HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS

A adoção de hábitos alimentares saudáveis é um componente muito importante da prevenção primária da hipertensão arterial²⁸¹ (D), sendo necessário manter o peso adequado, reduzir o consumo de sal, moderar o de álcool, controlar o de gorduras e incluir alimentos ricos em potássio na alimentação diária (D).

Peso corporal: a manutenção do índice de massa corporal entre 18,5 e 24,9 kg/m² é o ideal^{280,281} (B). Além disso, é importante que a circunferência da cintura não seja superior a 102 cm para os homens e 88 cm para as mulheres²⁸² (B). Quando houver sobrepeso ou obesidade, a perda de 5% a 10% do peso inicial já traz benefícios (D). O consumo de calorias deve estar de acordo com o gasto calórico diário, incluindo o gasto com atividade física e evitando-se alimentos hipercalóricos e sem valor nutricional.

Sal: estudos realizados na população brasileira detectaram consumo de sal elevado, superior a 12 g/dia^{283,284}. Deve-se diminuir a ingestão de sódio para, no máximo, 100 mmol ou 2,4 g/dia, o que equivale a 6 g/dia de sal^{281,284} (A). Para tanto, recomenda-se reduzir o sal adicionado aos alimentos, evitar o saleiro à mesa e reduzir ou abolir os alimentos industrializados, como enlatados, conservas, frios, embutidos, sopas, temperos, molhos prontos e salgadinhos¹²³ (B) (vide capítulo 1, item 1.5; capítulo 5, item 5.3). A redução da ingestão excessiva de sódio e/ou a perda de peso podem prevenir a hipertensão arterial em 20% (B).

Álcool: deve-se limitar o consumo de bebida alcoólica a, no máximo, 30 ml/dia de etanol para homens e 15 ml/dia para mulheres ou indivíduos de baixo peso (vide capítulo 5, tabela 2).

Quem não consome bebidas alcoólicas não deve ser estimulado a fazê-lo²⁸¹ (A) (vide capítulo 1, item 1.5; capítulo 5, item 5.4).

Gordura: no máximo 30% do valor calórico total da dieta deve ser de gorduras, sendo a saturada até 10% e o colesterol até 300 mg/dia. Deve-se evitar a gordura vegetal hidrogenada contida em bolachas doces recheadas, margarinas duras, produtos com massa folhada, dar preferência ao uso dos óleos vegetais insaturados²⁸⁴ e fazer uso de margarinas cremosas ou *light* com até 40% de lípidos (A) (vide capítulo 1; capítulo 5, item 5.2).

Potássio: deve-se garantir o consumo de 75 mmol ou 4,7 g/dia de potássio, utilizando-se verduras, legumes, frutas, principalmente cruas, e leguminosas como feijões, ervilha, lentilha, grão-de-bico, soja²⁸¹ (A) (vide capítulo 5, item suplementação de potássio).

DIETA DASH E DIETA DO MEDITERRÂNEO

Todos os preceitos enumerados anteriormente são preconizados nas dietas DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension)¹⁰⁸ (A) e do Mediterrâneo^{285,286} (B), que trazem vários benefícios à saúde, destacando-se a queda da pressão arterial com a dieta DASH (A). A alimentação balanceada com verduras, frutas, legumes, cereais, tubérculos, leguminosas, carnes magras, leite e derivados desnatados e óleos vegetais está associada à redução do risco de desenvolvimento de hipertensão arterial pelo impacto da ação isolada ou combinada de seus nutrientes²⁸⁴ (A).

É importante que esses cuidados nutricionais sejam adotados desde a infância e a adolescência^{104,284,287} (D). Sua adoção deve levar em conta os aspectos culturais, sociais, regionais, ambientais e a realidade econômica de cada paciente para que haja maior adesão^{104,288} (D) (vide capítulo 1, item 1.5; capítulo 5, item 5.2).

9.2 ATIVIDADE FÍSICA

Há relação inversa entre quantidade total de atividade física (qualquer movimento humano) e incidência de hipertensão arterial^{124,126} (C), sendo essa relação mais evidente com o envolvimento em atividades de lazer e vigorosas²⁴. Entretanto, ganhos substanciais já são obtidos com atividades acumuladas e moderadas^{130,131}.

Na população geral, a prática regular de exercícios (movimentos estruturados) aeróbicos reduz a pressão arterial casual na clínica (-3,0/2,4 mmHg) (A) e a ambulatorial (-3,3/3,5 mmHg)¹²⁷ (B), sendo o efeito hipotensor maior quanto maior

for a pressão arterial inicial^{126,127} (A). Os exercícios resistidos (musculação) também reduzem a pressão arterial na população geral^{26,126} (B), mas têm resultados limitados e controversos em hipertensos²⁶. A atividade física auxilia também no controle de outros fatores de risco, como o peso corporal, a resistência à insulina e a dislipidemia, reduzindo o risco cardiovascular geral¹²⁶ (A). Atividades e exercícios físicos auxiliam na prevenção primária da hipertensão arterial, devendo ser praticados conforme as recomendações da tabela 3, capítulo 5 (vide capítulo 1, item 1.5; capítulo 5, item 5.5).

9.3 TABAGISMO

O fumo é o único fator de risco totalmente evitável de doença e morte cardiovasculares²⁸⁹ (A). Evitar esse hábito, que em 90% dos casos ocorre na adolescência (C), é um dos maiores desafios em razão da dependência química causada pela nicotina. No entanto, programas agressivos de controle ao tabagismo resultam em redução do consumo individual e se associam à diminuição de mortes cardiovasculares em curto prazo²⁹² (A).

O cuidado individual do tabagista é prioritário para toda a equipe de saúde. O apoio psicoemocional incondicional ao tabagista e a prescrição de medicamentos têm-se mostrado muito eficazes²⁹² (B). Recomenda-se a execução simultânea de atividades físicas e a educação alimentar para evitar o ganho excessivo de peso que pode ocorrer.

9.4 ESTRESSE

Há evidências de uma relação positiva entre estresse emocional e aumento da pressão arterial²⁹⁰ (B) e da reatividade cardiovascular¹³⁵ (B), sendo a reatividade aumentada ao estresse um fator prognóstico do desenvolvimento da hipertensão arterial²⁹¹ (A). O estresse crônico também pode contribuir para o desenvolvimento de hipertensão arterial (A), embora os mecanismos envolvidos não estejam claros²⁹² (B). Assim, o controle do estresse emocional é necessário na prevenção primária da hipertensão arterial (A). O treino desse controle resulta em: redução da reatividade cardiovascular (B), redução da pressão arterial (B) e redução de variabilidade da pressão arterial²⁹³ (C), sendo recomendado não só para hipertensos, mas também para aqueles com fatores de risco para hipertensão arterial²⁹⁴ (A).

9.5 SÍNDROME DA APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO

Está bem documentada a associação causal entre a síndrome da apnéia obstrutiva do sono e a hipertensão arterial. O paciente com essa síndrome é considerado de risco para hipertensão²⁷⁶ (B) (vide capítulo 7, item 7.14; capítulo 8, item 8.9).

9.6 ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

As intervenções devem adotar um modelo multidimensional, multiprofissional e incorporar diversos níveis de ação²⁹⁴, usando e integrando recursos das sociedades científicas, da universidade, do setor público e privado e do terceiro setor (D).

POLÍTICAS PÚBLICAS

- Redução dos fatores de riscos para hipertensão arterial.
- Prevenção e promoção de saúde em diferentes níveis: educacional, laboral, de lazer, comunitário e outros.
- Vigilância epidemiológica das condições de risco da hipertensão arterial no setor público e privado.
- Ações educativas utilizando todas as formas de mídia.
- Manutenção e expansão da rede de equipamentos de saúde, garantindo o acesso, a qualidade e a eficiência da atenção prestada.
- Incentivar o desenvolvimento e a implantação de programas nacional, estaduais e municipais de promoção do consumo de frutas e verduras que sejam sustentáveis e envolvam todos os setores.
- Conscientização geral acerca dos hábitos alimentares saudáveis na prevenção da hipertensão arterial.
- Exigir maior rigor na rotulagem do conteúdo nutricional dos alimentos com concomitante educação da população a respeito de sua importância.
- Estabelecer normas governamentais para reduzir o conteúdo de sódio e gorduras saturadas dos alimentos industrializados.
- Implementar políticas de conscientização da importância da atividade física para a saúde.
- Implementar programas nacional, estaduais e municipais de incentivo à prática de atividades físicas, ampliando experiências bem-sucedidas, como o programa Agita São Paulo²⁹⁵.

ATIVIDADES COMUNITÁRIAS

- Apoiar a mobilização social e a intervenção na comunidade voltadas à prevenção integrada dos fatores de risco para hipertensão arterial.
- Identificar líderes, grupos organizados e instituições para a formação de coalizões e alianças estratégicas.
- Capacitar grupos estratégicos da comunidade em questões que tratam de gerenciamento de projetos e prevenção dos fatores de risco para hipertensão arterial.
- Promover campanhas temáticas periódicas, como Dia Municipal, Estadual e/ou Nacional de prevenção à hipertensão arterial.

- Incentivar a formação de grupos comunitários para a prática de atividades físicas coletivas em locais públicos e privados.

SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

- Estruturar o sistema de saúde, garantindo e facilitando o acesso, objetivando o enfoque no cuidado contínuo e promoção de hábitos saudáveis de vida.
- Implementar práticas assistenciais que permitam a participação e o diálogo entre profissionais, usuários, familiares e gestores.
- Treinar e dar apoio técnico aos profissionais envolvidos sobre o planejamento comunitário e a implementação de programas.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 305

- Capacitar e desenvolver recursos humanos, formando profissionais de saúde habilitados e capacitados para aplicar as medidas preventivas da hipertensão arterial.
- Fazer a interface entre os setores educacionais da sua área de abrangência (escolas de 1º e 2º grau, profissionalizantes e universidades).
- Formar parcerias com centros acadêmicos para fortalecer o componente de avaliação e ampliar a participação em pesquisas.
- Estimular a colaboração entre serviços públicos de saúde e de esportes (atividade física), visando a um atendimento à comunidade mais integral para a adoção de um estilo de vida ativo.