

Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso

Non-pharmacological treatment of hypertension in the elderly

Claudia F. Gravina¹, Stela Maris Grespan¹, Jairo L. Borges¹

RESUMO

O tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial no idoso é realizado por meio de mudanças no estilo de vida. Essas mudanças podem prevenir ou retardar a instalação de hipertensão em idosos pré-hipertensos e reduzir níveis pressóricos elevados em idosos hipertensos. Entretanto, mudanças do comportamento habitual adquirido ao longo da vida não são facilmente realizadas, pois exigem disciplina e paciência para obter resultados. Além disso, é necessário que o idoso receba orientação e conscientização da importância do controle desses fatores para que se motive a executar tais mudanças comportamentais.

As principais modificações no estilo de vida que podem reduzir a pressão arterial são: a prática de atividade física e a mudança de hábitos nutricionais. A atividade física deve ser de fácil realização, com exercícios de curta duração e baixa intensidade, visando desenvolver resistência, flexibilidade articular e força muscular sem provocar lesões, e pode ser fracionada ao longo do dia, com aumento gradativo do tempo e da intensidade do exercício. Os hábitos nutricionais devem visar à redução de sódio e ao controle de peso. A pressão arterial aumenta progressivamente à medida que o índice de massa corporal aumenta. O idoso obeso ou com sobrepeso se beneficiará com a redução de peso tanto quanto o jovem. Recomenda-se um programa de redução de peso que inclua atividade física e restrição de calorias para idosos com 10% acima de seu peso ideal, além de redução do sal da dieta para 2,4 g de sódio ou 6 g de cloreto de sódio (correspondente a uma colher de chá).

PALAVRAS-CHAVE

Idoso, hipertensão, tratamento não-farmacológico.

ABSTRACT

Non-pharmacological treatment of the elderly patient is realized through life style changes. These life style changes may prevent or retard hypertension and reduce high blood pressure. Nevertheless, changes of the usual behavior are not easily achieved and require discipline and patience in order to succeed. Besides, elderly orientation and consciousness of the importance of these factors control are necessary in order to motivate them to perform these behavior changes.

The main life style changes that can reduce the blood pressure are: physical activity practice; change of nutritional habits. Physical activity shall be of easy performance, with exercise of short duration and low intensity, in order to develop resistance, articular flexibility, and muscular strength without provoke lesions; it can also be divided during the day, with progressive increase of time and intensity of exercise. Nutritional habits shall reduce sodium and height body. Blood pressure increases progressively when body mass index increases. We recommend program of reduction of weight for elderly with 10% or more of their ideal weight, besides reduction of sodium diet for 2.4 g or 6 g (equal to a tea spoon measure)

KEY WORDS

Elderly, hypertension, non-pharmacological treatment.

Recebido: 3/8/2006 Aceito:13/9/2006

¹ Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

Correspondência para: Claudia F. Gravina, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Avenida Dr. Dante Pazzanese, 500 – 04012-180 – São Paulo-SP. E-mail: clau-gravina@hotmail.com

Entre as tantas razões apontadas como contribuintes para o alongamento da vida, a urbanização populacional crescente se reveste de expressiva importância. Cerca de 80% dos indivíduos com mais de 60 anos de idade moram em região urbana. Especialmente num país de grande extensão e com limitados recursos públicos destinados à saúde, a cidade oferece meios de desfrutar de saneamento básico, atendimento médico ambulatorial e hospitalar, bem como outros confortos do progresso. Entretanto, a aposentadoria, menores responsabilidades domésticas e a necessidade de transporte para locomoção em grandes distâncias substituem gradativamente a atividade física pelo hábito sedentário de viver. Assim, a inatividade talvez seja o elo inicial da cadeia de hábitos nocivos à saúde. A ela se associa a ingestão de alimentos industrializados, ricos em gorduras saturadas, açúcares e sal, que causam obesidade, esteatose hepática, diabetes melito (DM) ou resistência à insulina, colesterol elevado, triglicérides elevados e hipertensão arterial.

Essa cadeia de eventos tem sido responsabilizada pela incidência crescente das doenças crônico-degenerativas entre os idosos, especialmente doenças cardiovasculares, principais causas não apenas de mortalidade, mas também de prejuízo à qualidade de vida, fato que muitas vezes retira o valor da longevidade conquistada.

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, encontra-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS). O estudo de Framingham¹ demonstrou que a prevalência e a incidência de HAS crescem com o avanço da idade. Cerca de 60% dos idosos com HAS apresentam a forma de hipertensão sistólica isolada (HSI), com risco aumentado para acidente vascular cerebral (AVC), doença arterial coronariana (DAC) e insuficiência cardíaca (IC).

Estudos observacionais e ensaios clínico-terapêuticos têm demonstrado ser possível prevenir, retardar ou reverter essas complicações de maneira eficaz por meio do controle farmacológico dos níveis de pressão arterial (PA). As Diretrizes Brasileiras de Cardiogeriatría e de Hipertensão Arterial recomendam nortear a conduta terapêutica com base na estratificação de risco do paciente evidenciada pela presença de fatores de risco cardiovascular e/ou lesões em órgãos-alvo. As diretrizes recomendam igualmente que, independentemente dos níveis de pressão, *mudanças no estilo de vida* sejam prescritas e estimuladas. Essas mudanças podem prevenir ou retardar a instalação de hipertensão em idosos pré-hipertensos e reduzir níveis pressóricos elevados em idosos hipertensos.

Entretanto, as mudanças no estilo de vida não são facilmente realizadas, pois exigem mudança do comportamento habitual adquirido ao longo da vida, disciplina e paciência para obter os resultados. Além disso, é necessário que o idoso receba orientação e conscientização sobre a importância do controle

desses fatores para que se sinta motivado a implementar tais mudanças comportamentais.

As principais modificações no estilo de vida que podem reduzir a pressão arterial são: a prática de atividade física e a mudança dos hábitos nutricionais, com redução da ingestão de sódio e controle do peso.

Apesar de poucos serem os estudos realizados com longo tempo de evolução ou em população específica de idosos, para que se possa aferir o verdadeiro impacto de tais medidas em grandes comunidades, há algumas evidências da importância dessas medidas, que serão discutidas a seguir.

ATIVIDADE FÍSICA

As pessoas sedentárias apresentam maior probabilidade de desenvolver hipertensão quando comparadas a pessoas fisicamente ativas, fato comprovado também em idosos². O sedentarismo constitui o fator de risco mais prevalente em idosos com doença cardiovascular estabelecida, de acordo com o estudo EMI³. Esse estudo foi realizado em ambulatórios de geriatria e cardiologia geriátrica de 13 Estados brasileiros e verificou a prevalência de sedentarismo em 74% dos idosos entrevistados, com predomínio nos pacientes do sexo feminino (79%), estando presente em 66% dos pacientes do sexo masculino. Observou-se ainda que o sedentarismo sofre influência da idade, sendo presente em 70% no grupo dos idosos com 65 a 74 anos, 76% no grupo com 75 a 84 anos, e 88% no grupo com idade \geq 85 anos.

Mais recentemente, o estudo de caso-controle INTERHEART⁴, realizado em 52 países, teve como objetivo analisar os fatores de risco associados ao infarto agudo do miocárdio. Assim, verificou-se que a prática de atividade física regular está associada à proteção do risco cardiovascular para a doença coronária aguda também no paciente idoso.

A falta de valorização no combate ao sedentarismo no idoso ocorre não apenas no Brasil, mas também em outros países. Nos Estados Unidos, cerca de 50% dos indivíduos com mais de 60 anos de idade descrevem-se como sedentários⁵. O risco relativo de doença coronária atribuível ao sedentarismo varia entre 1,5 e 2,4 de acordo com as diversas populações examinadas e, segundo alguns autores, constitui no idoso um fator de risco comparável à hipertensão, à hipercolesterolemia e ao tabagismo⁶.

O combate ao sedentarismo realizado por meio de atividade física programada pode melhorar o risco coronário, atuando também por seu efeito em outros fatores de risco, pois aumenta os níveis de HDL, diminui os níveis de triglicérides, da pressão arterial e do peso corporal, melhora a tolerância à glicose e corrige a distribuição da gordura. A atividade física aumenta a densidade óssea, o que constitui um benefício importante em

idosos com osteoporose, além de contribuir para a flexibilidade e a força muscular. A melhora da coordenação e do equilíbrio pode diminuir quedas e, por conseguinte, reduzir a morbidade e melhorar a qualidade de vida. Além disso, em idoso com doença cardiovascular e que foi submetido a prescrição individualizada de exercício baseada em teste ergométrico, o exercício diminui a demanda de oxigênio necessária para o esforço submáximo, contribuindo para evitar que a angina limite as atividades da vida diária. A atividade física promove também uma importante melhora da auto-estima e da sensação de bem-estar.

As principais alterações fisiológicas relacionadas ao processo de envelhecimento que limitam a atividade física no idoso são:

- diminuição da capacidade aeróbica, fazendo com que a execução de um esforço submáximo seja percebida pelo idoso como requerendo uma grande dose de esforço;
- alteração do relaxamento diastólico, ocasionando dispnéia relacionada ao exercício, mesmo que de leve intensidade;
- diminuição da complacência do pulmão, exigindo maior esforço para respirar, com conseqüente aumento subjetivo na percepção do esforço necessário para a atividade física.

Além desses fatores fisiológicos relacionados ao envelhecimento, outros tantos ainda contribuem para o sedentarismo no idoso, tais como: diminuição da massa e da força musculares, instabilidade musculoesquelética, doença vascular periférica, doenças associadas, medo de queda, ansiedade, depressão, falta de companhia para andar e desconhecimento da importância da atividade física. Por vezes, a própria família restringe a atividade física de seu idoso na tentativa de protegê-lo. É importante lembrar que a inatividade física acentua o descondiçãoamento do idoso, reduz sua independência e pode contribuir para o surgimento de quadros depressivos, seguidamente mascarados, formando um círculo vicioso.

No entanto, ainda não está claro qual o melhor tipo e nível de atividade física, uma vez que estes variam acentuadamente em diferentes estudos⁷. Há ainda uma discordância sobre qual modalidade resultaria em maior benefício para o paciente idoso. Na prática, as atividades físicas devem ser individualizadas, procurando observar alguns princípios:

- fácil realização;
- iniciar com exercícios de curta duração e baixa intensidade;
- procurar desenvolver resistência, flexibilidade articular e força muscular sem provocar lesões;
- fracionar a atividade ao longo do dia;

- aumentar gradativamente o tempo e a intensidade do exercício.

Muitos desses critérios são preenchidos pela caminhada, na qual o percurso e a velocidade podem ser adequados continuamente de acordo com a resposta do praticante. Como regra geral, corridas e saltos, por determinar alto impacto às articulações e à musculatura esquelética, não devem ser recomendados.

Em idosos, a prescrição de atividade física exige atenção, pois deve contemplar as adaptações às modificações cardiovasculares próprias do envelhecimento e a possível presença de doença cardiovascular subjacente, manifesta ou silenciosa. Assim, é recomendável realizar um teste ergométrico como pré-seleção para o programa de atividade física regular. A atividade física deverá ser introduzida de forma gradativa⁸.

A caminhada confirma-se como meio eficaz para melhorar a capacidade aeróbica sem a exigência de habilidades especiais ou aprendizado. Recomenda-se andar em locais planos e prestar atenção à temperatura e à umidade, uma vez que temperaturas elevadas podem promover vasodilatação periférica excessiva, com risco de hipotensão postural. Atividades de baixo impacto (como andar em esteira ou bicicleta ergométrica) também são seguras, porém requerem investimento financeiro, integridade osteoarticular e equilíbrio.

As fases que precedem e encerram o exercício físico, representadas pelo aquecimento e pela recuperação, apresentam maior importância no idoso e por isso devem ser mais prolongadas que no paciente jovem. A fase de aquecimento deve durar de 10 a 15 minutos para estimular a flexibilidade e beneficiar a musculatura, facilitando o desempenho do exercício. A fase de recuperação é necessária para adequar o retorno venoso diante da vasodilatação periférica promovida pelo exercício, além de assegurar a integridade articular.

Além dos benefícios sobre a pressão arterial, a atividade física tem papel relevante como coadjuvante na redução do peso e dos episódios de angina por diminuição da demanda de oxigênio necessária para esforço submáximo e na melhora da resistência à insulina. Para encorajar a adesão à prática esportiva, é útil lembrar que exercícios menos intensos estão associados à menor possibilidade de injúria e desconforto, sendo mais bem aceitos e exequíveis.

HÁBITOS NUTRICIONAIS E CONTROLE DE PESO

Os hábitos nutricionais interferem em diversos fatores de risco, tais como: hipertensão, dislipidemia, obesidade e diabetes. Assim, para a prevenção de tais doenças, é importante a conscientização do paciente idoso sobre a relevância do controle de sua dieta.

A pressão arterial se eleva progressivamente à medida que o índice de massa corporal (IMC) aumenta. O idoso obeso ou com sobrepeso se beneficiará com a redução de peso tanto quanto o jovem⁹. No Third National Health and Nutrition Survey (NHANES III), a prevalência de hipertensão ajustada à idade foi de 25% em homens e de 24% em mulheres que apresentavam IMC de 27 a 29 kg/m². Já entre indivíduos com IMC > 30 kg/m², a prevalência aumentou para 38% em homens e para 32% em mulheres¹⁰. Recomenda-se um programa de redução de peso que inclua atividade física e restrição de calorias para idosos com 10% acima de seu peso ideal.

Além disso, é recomendável reduzir o sal na dieta para 2,4 g de sódio ou 6 g de cloreto de sódio (correspondente a uma colher de chá). Pacientes idosos que usualmente consomem bebidas alcoólicas devem ser orientados a fazê-lo com moderação, tendo como média diária quantidades menores que 30 ml de etanol (720 ml de cerveja, 300 ml de vinho ou 60 ml de uísque) ou que 15 ml, respectivamente, para os sexos masculino e feminino. Alguns autores simplificam a recomendação para um consumo máximo de um e dois drinques ao dia, respectivos à mulher e ao homem. Abstenção de álcool para os portadores de diabetes ou hipertrigliceridemia é recomendada.

A recomendação geral de dieta para controle de hipertensão baseia-se numa dieta rica em frutas, vegetais, fibras e pobre em gordura saturada, colesterol e calorias, além da utilização de produtos derivados do leite com baixo teor de gordura. O estudo INTERHEART demonstrou ainda que a ingestão de frutas e vegetais representa um fator de proteção para doença coronária aguda em idosos.

A segurança e os benefícios de dietas restritivas em pequenas quantidades de sódio foram bem documentados no Nonpharmacological Intervention in The Elderly (TONE)¹¹, que durante 2,5 anos estudou 1.131 indivíduos hipertensos com idade entre 60 e 80 anos em uso de um fármaco anti-hipertensivo e apresentando níveis pressóricos < 145/90 mmHg. Foram divididos em quatro grupos: 1) restrição de sódio; 2) redução de peso; 3) redução de sal e de peso; 4) cuidados habituais (grupo controle). Em 36 meses de acompanhamento, verificou-se redução de PA em cerca de: 38% no grupo com restrição de sódio; 40% no grupo com redução de peso; 44% no grupo com restrição combinada de peso e sódio. Já o grupo com cuidados habituais (grupo controle) apresentou redução na PA de apenas 25%.

Houve certa preocupação de que a restrição dietética no idoso ocasionasse uma nutrição inadequada, com ingestão insuficiente de proteínas, vitaminas e minerais, principalmente vitamina D e cálcio. Entretanto, por meio de um aconselhamento nutricional adequado, pode-se evitar que isso ocorra.

OUTROS FATORES

Além dos fatores mencionados anteriormente, a mudança no estilo de vida do idoso para reduzir a HAS também deve incluir o controle do estresse e a abolição do tabagismo. Apesar da dificuldade de avaliação e controle, os pacientes devem ser orientados quanto à importância das medidas de relaxamento ou de lazer. Quanto ao tabagismo, sua ação hipertensiva se deve ao aumento agudo da pressão arterial e da frequência cardíaca, mediado pela nicotina, que promove a liberação de catecolaminas. Paradoxalmente, apesar de alguns estudos demonstrarem não existir diferenças entre os níveis pressóricos de tabagistas e não-tabagistas, pode haver interferência do ganho de peso associado à interrupção do tabagismo. De qualquer forma, o tabagismo se associa fortemente à ocorrência de doenças cardiovasculares em idosos, e sua abolição contribui para a redução da mortalidade e da morbidade.

Em conclusão, o controle não-farmacológico da HAS é importante e necessário, embora se mostre de difícil execução. A prevenção primária ou secundária desse fator de risco no paciente idoso deve ser iniciada o mais precocemente possível, com orientação sobre a necessidade de atividade física adequada à idade, a importância da alimentação saudável, a eficácia do abandono do tabagismo e a necessidade de um melhor manuseio do estresse. Em razão de sua complexidade, essas mudanças devem ser complementadas pela atuação de uma equipe multidisciplinar, entre os quais se incluem nutricionistas, fisioterapeutas, profissionais de reabilitação cardiovascular, psicólogos e enfermeiros.

REFERÊNCIAS

1. Kannel WB, Castelli WP, McNamara PM, McKee PA, Feinleib M. Role of blood pressure in the development of congestive heart failure. The Framingham Study. *N Engl J Med* 1972;287:781-7.
2. Burke V *et al.* Association of lifestyle and personality characteristics with blood pressure and hypertension: a cross-sectional study in the elderly. *J Clin Epidemiol* 1992;45:1061.
3. Gravina Taddei CF, Ramos LR, Moraes C *et al.* Estudo multicêntrico em idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras. *Arq Bras Cardiol* 1997;69(5):327-33.
4. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S *et al.* Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The INTERHEART Study): case-control study. *Lancet* 2004;364: 937-52.
5. Wenger N. "Exercise training of the elderly cardiac patient". In: Tresch D, Aronow W. *Cardiovascular disease in the elderly patient*. Nova York: Marcel Dekker, 1999; pp. 333-44.
6. Wenger N. "Physical inactivity and coronary heart disease in elderly patients". In: Aronow W, Tresch D. *Clinics in geriatric medicine: coronary artery disease in the elderly*. Filadélfia: W. B. Saunders, 1996; v. 12, n. 6, pp. 79-85.
7. Agati L *et al.* Need for physical activity in the elderly population. *The American Journal of Geriatric Cardiology* 1993;2(5):28-35.
8. Wenger N. Physical activity and coronary heart disease in elderly patients. *Clin Geriatr Med* 1996;12:79-88.
9. Stanton J *et al.* The evidence for lifestyle modification in lowering blood pressure in the elderly. *The American Journal of Geriatric Cardiology* 2000;9(1):27-33.
10. Miller E *et al.* Lifestyle changes that reduce blood pressure: implementation in clinical practice. *Journal of Clinical Hypertension* 1999;1(3):191-8.
11. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger Jr. WH, Kostis JB *et al.* For the Tone Collaborative Research Group. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). *JAMA* 1998;279:839-46.