

Hipertensão de difícil controle: impacto do estilo de vida

Uncontrolled hypertension: impact of lifestyle

Ana Cristina Santos¹, Cassiano Abreu-Lima²

IMPORTÂNCIA DO PROBLEMA

É bem sabido que o chamado estilo de vida tem enorme importância na saúde cardiovascular, e a adoção de vida saudável é salientada como direção fundamental de intervenção, por meio de medidas apropriadas, visando tanto o indivíduo quanto a população nas recomendações europeias para a prevenção da doença cardiovascular na prática clínica¹ e na Carta Europeia do Coração².

A hipertensão conta-se entre os fatores de risco cardiovascular principais e é afecção muito prevalente em diversos países, entre os quais Portugal e Brasil. Em Portugal, um estudo recente realizado sob a égide da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, que incidiu sobre 16.856 adultos de ambos os sexos residentes no continente e na ilhas, usuários dos cuidados primários de saúde, mostrou que a prevalência da hipertensão é de 42,6%³. Também no Brasil vários inquéritos de base populacional realizados em diversas localidades têm revelado prevalências muito elevadas de hipertensão: entre 23,3% e 43,9%⁴.

No jargão médico corrente, por estilo de vida entende-se, essencialmente, o regime alimentar habitual, o consumo de bebidas alcoólicas, a exposição ao tabaco e a atividade física. Sublinhe-se que na hipertensão de difícil controle, as medidas a considerar no âmbito do estilo de vida não são de natureza diferente das que se recomenda no caso das formas não resistentes da doença, ou mesmo na pré-hipertensão: apenas demandam mais atenção e empenhamento, quer do médico quer do doente. Por outro lado, os benefícios dessas medidas não se limitam às doenças cardiovasculares, já que o seu potencial preventivo e terapêutico se alarga a muitas outras doenças não transmissíveis. Nos parágrafos que seguem, serão abordados, sumariamente, os principais aspectos desta questão.

HIPERTENSÃO, TABACO E ÁLCOOL

Fumar um cigarro produz o aumento agudo da pressão arterial e da frequência cardíaca que persiste cerca de 15 minutos.

Todavia, são vários os estudos epidemiológicos a demonstrar que os níveis de pressão arterial entre os fumadores de cigarro são idênticos aos dos não fumadores e o abandono do fumo não parece contribuir para baixar apreciavelmente a pressão arterial⁵. Contudo, a exposição ao fumo de tabaco é fator de risco cardiovascular bem demonstrado, e deixar de fumar é, provavelmente, a medida de estilo de vida singular mais eficaz para prevenir as doenças cardiovasculares, por exemplo, o acidente vascular cerebral e o infarto do miocárdio⁵. Considerando que o tabaco interage sinergicamente com outros fatores de risco, como a idade, o gênero, a hipertensão e o diabetes¹; que os hipertensos não tratados e os normotensos fumadores apresentam valores diurnos da pressão arterial mais elevados do que os não fumadores em registros ambulatoriais; e que aqueles que deixam de fumar antes da meia-idade têm uma esperança de vida idêntica aos que nunca fumaram, os hipertensos – resistentes ou não à terapêutica medicamentosa, ressalte-se – devem ser vivamente aconselhados a deixar de fumar⁵.

O consumo regular de bebidas alcoólicas eleva a pressão arterial à taxa de 1 mmHg por cada 10 g de etanol, aproximadamente, e o risco de hipertensão atribuível ao álcool é cerca de 16%⁶. O efeito do álcool na pressão arterial é largamente reversível após 2 ou 3 semanas de abstinência, mas a redução substancial da quantidade habitualmente consumida também é eficaz⁶. À luz dos conhecimentos atuais, as recomendações europeias propõem que o consumo diário de etanol pelos hipertensos não exceda os 20 a 30 g nos homens e os 10 a 20 g nas mulheres⁵.

HIPERTENSÃO E ATIVIDADE FÍSICA

São numerosos os benefícios fisiológicos, bioquímicos e psicológicos da atividade física ocupacional ou de lazer objetivamente demonstrados. Largamente demonstrada foi também a existência de uma associação inversa entre os níveis de atividade física e/ou de forma física e a mortalidade de causa cardiovascular, fato

Recebido: 7/7/2009 Aceito: 7/9/2009

1 Serviço de Higiene e Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto.

2 Serviço de Cardiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Correspondência para: Ana Cristina Santos. Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Al. Prof. Hernâni Monteiro – 4200-319 – Porto, Portugal. E-mail: aacsantos@med.up.pt

que justificou a conhecida recomendação de 30 minutos ou mais de atividade física moderada na maioria dos dias da semana, de preferência em todos eles, para os adultos⁷. O exercício dinâmico aeróbio razoavelmente prolongado (dito de *endurance*) reduz as pressões arterial sistólica e diastólica em repouso em cerca de 3 a 2,4 mmHg (3,3 a 3,5 mmHg nos registros de MAPA, na vigília)⁵. Também o treino de resistência (i.e., com pesos) de intensidade moderada produz reduções idênticas da pressão arterial e não está contraindicado no hipertenso. Os esforços e exercícios isométricos com grandes cargas têm efeito pressor marcado e o hipertenso deve deles abster-se⁵.

HIPERTENSÃO, NUTRIÇÃO E CONTROLE DO PESO

A nutrição pode ter grande impacto no risco cardiovascular. O conteúdo mineral da dieta parece ser particularmente relevante para prevenir e tratar a hipertensão arterial.

Embora exista alguma controvérsia em relação à associação direta entre ingestões elevadas de sal e o risco de hipertensão⁸, ao longo do último século, têm sido demonstradas associações fortes e consistentes, comprovadas por numerosas revisões sistemáticas sobre o tema⁹. Em 1985, a Organização Mundial de Saúde recomendou que a ingestão média diária de sal deveria ser reduzida para 5 g/dia ou menos. Sabe-se, no entanto, que a maior parte das sociedades ocidentais consome, em média, cerca do dobro dessa quantidade¹⁰, e que a ingestão excessiva de sal é causa frequente de hipertensão resistente⁵. O potássio, principalmente pelo seu papel facilitador da excreção renal do sódio, é outro elemento mineral importante na regulação da pressão arterial. Um aumento de 1,8 a 1,9 g/dia na ingestão de potássio reduz, respectivamente, em cerca de 4 e 2,5 mmHg as pressões sistólica e diastólica em hipertensos¹¹. Estima-se, também, que ingestões diárias superiores a 1.000 mg de cálcio poderão produzir diminuições de 1,4 mmHg na pressão sistólica e 0,8 mmHg na pressão diastólica¹². Ao magnésio, pelos seus efeitos vasodilatadores¹³, atribui-se igualmente papel regulador da pressão arterial. Note-se, porém, que o estudo dos efeitos isolados desses nutrientes é problemático, dada a simultaneidade habitual da sua ingestão e as suas múltiplas e complexas interações.

Nos últimos anos, têm sido testados alguns planos alimentares específicos na prevenção e no controle da hipertensão. A dieta DASH¹⁴, ao promover o aumento do consumo de fruta, vegetais, produtos lácteos magros, cereais completos, carnes magras, peixes e frutos secos, a redução do consumo de carnes vermelhas, doces e bebidas açucaradas, gordura total, gordura

saturada e de colesterol e a ingestão acrescida de potássio, cálcio, magnésio e fibra, pretende corporizar uma alimentação saudável e nutricionalmente mais equilibrada do que a dos regimes correntes nos países desenvolvidos. Esta dieta pode ser muito útil na prevenção e no tratamento da hipertensão e de outras afecções crônicas – cardiovasculares e não só – tão frequentes nesses países.

A redução do peso em excesso e, em particular, da massa corporal gorda, por meio de medidas dietéticas e do incremento da atividade física, deve ser alvo primordial do tratamento da hipertensão – sobretudo, se resistente – e tem efeitos benéficos demonstrados em outros fatores de risco, como resistência à insulina, diabetes, hiperlipidemia, hipertrofia ventricular esquerda e apneia obstrutiva do sono⁵.

REFERÊNCIAS

1. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Disponível em: <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-CVD-prevention-ES-FT.pdf>.
2. Carta Europeia do Coração. Disponível em: http://www.spc.pt/NR/rdonlyres/9E7F9297-7EF9-4882-8B8C-5973CFBED54D/1971/Carta_EC.pdf.
3. Cortez-Dias N, Martins S, Belo A, Fiuza M em nome dos investigadores do estudo VALSIM. Prevalência e padrões de tratamento da hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários em Portugal. Resultados do estudo VALSIM. *Rev Port Cardiol*. 2009;28:499-523.
4. Machado CA, Barbosa RB. Epidemiologia e importância clínica. In: Passarelli Jr O, Fonseca FAH, Colombo FMC, Scala LCN, Póvoa R, editores. Hipertensão arterial de difícil controle: da teoria à prática clínica. São Paulo: Segmento Farma; 2008. p. 1-3.
5. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2007;28(12):1462-536.
6. Puddey IB, Beilin LJ. Alcohol is bad for hypertension. *Clin Exp Pharmacol Physiol*. 2006;33(9):847-52.
7. Pate RR, Pratt M, Blair SN, et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*. 1995;273(5):402-7.
8. Alderman MH. Salt, blood pressure and health: a cautionary tale. *Int J Epidemiol*. 2002;31(2):311-5.
9. Elliot P, Stamler J. Evidence on salt and blood pressure is consistent and persuasive. *Int J Epidemiol*. 2002;31(2):316-9.
10. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. Intersalt Cooperative Research Group. *BMJ*. 1988;297(6644):319-28.
11. Geleijnse JM, Kok FJ, Grobbee DE. Blood pressure response to changes in sodium and potassium intake: a meta-regression analysis of randomised trials. *J Hum Hypertens*. 2003;17(7):471-80.
12. Griffith LE, Guyatt GH, Cook RJ, Bucher HC, Cook DJ. The influence of dietary and nondietary calcium supplementation on blood pressure: an updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Hypertens*. 1999;12(1 Pt 1):84-92.
13. Jee SH, Miller ER 3rd, Guallar E, Singh VK, Appel LJ, Klag MJ. The effect of magnesium supplementation on blood pressure: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Am J Hypertens*. 2002;15(8):691-6.
14. Chobanian AV, Bakris GJ, Black HR, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003;42(6):1206-52.