

Prevenção primária

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 hipertensiva¹.

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 ao 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/m²,² empregando aumento da atividade

física (A) (Tabela 1) e dieta hipocalórica (Tabela 2).

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 g a 12 g de sal/dia. É saudável ingerir até 6 g/dia de sal (2 colheres das de chá rasas de sal (4 g

Tabela 1 – Recomendação de atividade física³

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

Tipo: exercícios dinâmicos (caminhada, corrida, ciclismo, dança, natação) (A)

Freqüência: 3 a 5 vezes por semana (B)

Duração: 30 a 60 minutos contínuos (indivíduos com pressão normal limítrofe ou obesidade, 50 a 60 minutos) (B)

Intensidade moderada (B) estabelecida de forma:

- simples: conseguir falar durante o exercício
- precisa: controlar a freqüência cardíaca (FC) durante o exercício:
 - sedentários – manter 50% a 70% da FC de reserva
 - condicionados – manter 60% a 80% da FC de reserva

Para o cálculo da FC, utilizar a fórmula:

- FC treinamento = % da FC de reserva + FC repouso
- FC de reserva = FC máxima – FC repouso
- FC máxima = medida no teste ergométrico ou calculada por 220 – idade
- FC repouso = 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).

e 2 g de sal presente nos alimentos naturais), reduzindo o sal adicionado aos alimentos, evitando o salzeiro à mesa e alimentos industrializados⁴.

A dieta rica em vegetais e frutas contém 2 g 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.

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

Tabela 2 – Recomendações dietéticas

Preferir	
• Alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados	
• Temperos naturais: limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha	
• Verduras, legumes, frutas, grãos e fibras	
• Peixes e aves preparadas sem pele	
• Produtos lácteos desnatados	
Limitar	
• Sal	
• Álcool	
• Gema de ovo: no máximo 3 por semana	
• Crustáceos	
• Margarinas, dando preferência às cremosas, alvarinas e ricas em fitosterol	
Evitar	
• Açúcares e doces	
• Frituras	
• Derivados de leite na forma integral, com gordura	
• Carnes vermelhas com gordura aparente e vísceras	
• Alimentos processados e industrializados: embutidos, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote	

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 colesterol⁵. 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

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 diabetes

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.

Intolerância à glicose e ao diabetes melito

São condições frequentemente associadas à hipertensão arterial (B), favorecendo a ocorrência de doenças cardiovasculares e complicações do diabetes. Sua prevenção tem como base a dieta hipocalórica, a prática regular de atividades físicas aeróbias e a redução de ingestão de açúcar simples. Essas medidas visam também à manutenção da pressão arterial abaixo de 130/80 mmHg⁶ (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).

Referências

1. Vasan RS, Larson MG, Leip EP et al. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2001; 345: 1291-7.
2. The trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. The effects of nonpharmacologic interventions on blood pressure of persons with high normal levels. Results of the Trials of

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.

Hypertension Prevention. Phase I. *JAMA* 1992; 267: 1213-20.

3. American College of Sports Medicine. *ACSM's Guidelines for exercise testing and prescription*. Baltimore: Williams & Wilkins, 2000.
4. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM et al. DASH – Sodium Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hyper-

tension (DASH) diet. *N Engl J Med* 2001; 344: 3-10.

5. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arg Bras Cardiol* 2001; 77(supl III): 1-48.
6. American Diabetes Association: Standards of Medical Care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2002; 25(Suppl 1): S33-S49.