

5. Tratamento Não-Medicamentoso

A adoção de um estilo saudável de vida é fundamental no tratamento de hipertensos⁴, particularmente quando há síndrome metabólica⁹⁸⁻¹⁰⁰.

Os principais fatores ambientais modificáveis da hipertensão arterial são os hábitos alimentares inadequados, principalmente ingestão excessiva de sal e baixo consumo de vegetais, sedentarismo, obesidade e consumo exagerado de álcool, podendo-se obter redução da pressão arterial e diminuição do risco cardiovascular controlando esses fatores^{98,101} (Tabela 1).

5.1. Controle de Peso

Hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de emagrecimento com restrição de ingestão calórica e aumento de atividade física. A meta é alcançar índice de massa corporal inferior a 25 kg/m² (102) e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja suficiente para reduzir a pressão arterial (B).

A redução do peso está relacionada à queda da insulinemia, à redução da sensibilidade ao sódio e à diminuição da atividade do sistema nervoso simpático⁹⁹.

5.2. Padrão Alimentar

O consumo dos alimentos pode levar à ingestão de certos nutrientes que induzem respostas às vezes indesejáveis na pressão arterial e no sistema cardiovascular. Os alimentos “de risco”, ricos em sódio e gorduras saturadas, por exemplo, devem ser evitados, ao passo que os “de proteção”, ricos em fibras e potássio, são permitidos¹⁰³ (B).

Padrão alimentar é definido como o perfil do consumo de alimentos pelo indivíduo ao longo de um determinado período de tempo. É utilizado no estudo da relação entre a ingestão de certos nutrientes e o risco de doenças, pois permite uma compreensão mais clara sobre a alimentação como um todo, em lugar de se considerarem os nutrientes individualmente^{101,103-106} (B).

A dieta preconizada pelo estudo DASH (Dietary Approachs to Stop Hypertension) mostrou benefícios no controle da pressão arterial, inclusive em pacientes fazendo uso de anti-hipertensivos. Enfatiza o consumo de frutas, verduras, alimentos integrais, leite desnatado e derivados, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol, maior quantidade de fibras, potássio, cálcio e magnésio¹⁰⁷. Associada à redução no consumo de sal, mostra benefícios ainda mais evidentes, sendo, portanto, fortemente recomendada para hipertensos¹⁰⁸. Compõe-se de quatro a cinco porções de frutas, quatro a cinco porções de vegetais e duas a três porções de laticínios desnatados por dia, com menos de 25% de gordura¹⁰⁷.

Dietas vegetarianas podem ocasionar discreta redução na pressão arterial sistólica em hipertensos leves¹⁰⁹. O estilo de vida vegetariano com atividade física regular, controle de peso, aumento do consumo de potássio e baixa ingestão de álcool e a dieta em si, rica em fibras, pode ser favorável na redução do risco cardiovascular^{102,109,110}.

O hábito alimentar dos hipertensos deve incluir^{101,102,110}: redução da quantidade de sal na elaboração de alimentos (A); retirada do sal da mesa (A); restrição das fontes industrializadas de sal: molhos prontos, sopas em pó, embutidos, conservas, enlatados, congelados, defumados e salgados de pacote tipo *snacks* (B); uso restrito ou abolição de bebidas alcoólicas (B); preferência por temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, em substituição aos similares industrializados (D); redução de alimentos de alta densidade calórica, substituindo doces e derivados do açúcar por carboidratos complexos e frutas (A), diminuindo

Tabela 1. Modificações do estilo de vida no controle da pressão arterial (adaptado do JNC VII)*

Modificação	Recomendação	Redução aproximada na PAS**
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m ²)	5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais de 100 mmol/dia = 2,4 g de sódio (6 g de sal/dia = 4 colheres de café rasas de sal = 4 g + 2 g de sal próprio dos alimentos)	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 a 5 vezes/semana	4 a 9 mmHg

* Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular.

** Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.

o consumo de bebidas açucaradas e dando preferência a adoçantes não calóricos (C); inclusão de, pelo menos, cinco porções de frutas/verduras no plano alimentar diário, com ênfase em vegetais ou frutas cítricas e cereais integrais (A); opção por alimentos com reduzido teor de gordura, eliminando as gorduras hidrogenadas (“trans”) e preferindo as do tipo mono ou poliinsaturadas, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto dendê e coco (A); ingestão adequada de cálcio pelo uso de produtos lácteos, de preferência, desnatados (B); busca de forma prazerosa e palatável de preparo dos alimentos: assados, crus e grelhados (D); plano alimentar que atenda às exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo/família (D).

Suplementação de potássio

A suplementação de potássio promove redução modesta da pressão arterial¹¹¹ (A). Sua ingestão na dieta pode ser aumentada pela escolha de alimentos pobres em sódio e ricos em potássio, como feijões, ervilha, vegetais de cor verde-escuro, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa e laranja.

É razoável a recomendação de níveis de ingestão de potássio de 4,7 g/dia. Para a população saudável com função renal normal, a ingestão de potássio pode ser superior a 4,7 g/dia sem oferecer riscos, porque o excesso será excretado pelos rins. Entretanto, para indivíduos com função renal diminuída (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min), é apropriada a ingestão de potássio inferior a 4,7 g/dia pelos riscos de hiperpotassemia¹⁰².

Recomenda-se cautela com medicamentos à base de potássio, como expectorantes, em indivíduos suscetíveis à hiperpotassemia, principalmente pacientes com insuficiência renal ou em uso de inibidor da ECA, antagonista do receptor AT1 ou diuréticos poupadores de potássio¹⁰².

Suplementação de cálcio e magnésio

Dieta com frutas, verduras e laticínios de baixo teor de gordura apresenta quantidades apreciáveis de cálcio, magnésio e potássio, proporcionando efeito favorável em relação à redução da pressão arterial e de acidente vascular cerebral^{107,112,113} (A).

Não existem dados suficientes para recomendar suplementação de cálcio ou magnésio como medida para baixar a pressão arterial, se não houver hipocalcemia ou hipomagnesemia. Além disso, suplementação de cálcio excedendo 1 g/dia pode aumentar o risco de litíase renal^{114,115}.

5.3. Redução do Consumo de Sal

Inúmeras evidências mostram benefícios na restrição do consumo de sal¹¹⁶⁻¹²⁰: a) redução da pressão arterial (A); b) menor prevalência de complicações cardiovasculares (B); c) menor incremento da pressão arterial com o envelhecimento (B); d) possibilidade de prevenir a elevação da pressão arterial (B); e) regressão de hipertrofia miocárdica B.

Estudos randomizados comparando dieta hipossódica com a dieta habitual, com ou sem redução de peso, demonstram efeito favorável, embora modesto, na redução da pressão arterial com a restrição de sal¹²¹. Há evidências de que a pressão arterial varia diretamente com o consumo de sal tanto em normotensos como em hipertensos. Portanto, mesmo reduções modestas no consumo diário podem produzir benefícios.

A dieta habitual contém de 10 a 12 g/dia de sal (A)¹²². É saudável uma pessoa ingerir até 6 g de sal por dia (100 mmol ou 2,4 g/dia de sódio), correspondente a quatro colheres de café (4 g) rasas de sal adicionadas aos alimentos, que contém 2 g de sal. 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. Por outro lado, a redução excessiva do consumo de sal também deve ser evitada, principalmente em pacientes em uso de diuréticos, podendo provocar hiponatremia, hipovolemia e hemoconcentração.

O uso de cloreto de potássio em lugar do sal, como forma de redução do consumo de sódio ou suplementação de potássio, pode ser recomendado, porém é absolutamente contra-indicado em pacientes com risco de hiperpotassemia¹⁰².

5.4. Moderação no Consumo de Bebidas Alcoólicas

Recomenda-se limitar o consumo de bebidas alcoólicas a, no máximo, 30 g/dia de etanol¹⁰² para homens e 15 g/dia para mulheres ou indivíduos de baixo peso (Tabela 2). Aos pacientes que não se enquadrarem nesses limites de consumo, sugere-se o abandono.

5.5. Exercício Físico

A prática regular de exercícios físicos¹²⁴⁻¹²⁷ é recomendada para todos os hipertensos, inclusive aqueles sob tratamento medicamentoso, porque reduz a pressão arterial sistólica/diastólica em 6,9/4,9 mmHg

Tabela 2. Características das bebidas alcoólicas mais comuns

Bebida	% de etanol ° GL (Gay Lussac)	Quantidade de etanol (g)	Volume para 30 g de etanol	Volume aproximado
Cerveja	~ 6% (3-8)	6 g/100 ml x 0,8* = 4,8 g	625 ml	~ 2 latas (350 x 2 = 700 ml) ou 1 garrafa (650 ml)
Vinho	~ 12% (5-13)	12 g/100 ml x 0,8* = 9,6 g	312,5 ml	~ 2 taças de 150 ml ou 1 taça de 300 ml
Uísque, vodka, aguardente	~ 50% (30-50)	50 g/100 ml x 0,8* = 32 g	93,7 ml	~ 2 doses de 50 ml ou 3 doses de 30 ml

* Densidade do etanol

(Tabela 3). Além disso, o exercício físico pode reduzir o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral¹²⁸ (A).

Antes de iniciarem programas regulares de exercício físico, os hipertensos devem ser submetidos a avaliação clínica especializada, exame pré-participação (para eventual ajuste da medicação) e recomendações médicas relacionadas aos exercícios. Hipertensos em estágio 3 só devem iniciar o exercício após controle da pressão arterial¹²⁹.

5.6. Abandono do Tabagismo

O tabagismo deve ser agressivamente combatido e eliminado^{133,134}. Hipertensos podem usar com segurança terapias reposicionais com nicotina para abandono do tabagismo. Eventual descontrole de peso observado com a abolição do tabaco, embora transitório e de pequeno impacto no risco cardiovascular, não deve ser negligenciado¹³⁴.

5.7. Controle do Estresse Psicoemocional

Estudos experimentais demonstram elevação transitória da pressão arterial em situações de estresse, como o estresse mental, ou elevações mais prolongadas, como nas técnicas de privação do sono. Estudos mais recentes evidenciam o efeito do estresse psicoemocional na reatividade cardiovascular e da pressão arterial¹³⁵ (B), podendo contribuir para hipertensão arterial sustentada¹³⁶ (B). Estudos com treinamento para controle do estresse emocional com diferentes técnicas mostraram benefícios no controle⁹¹ (B) e na redução da variabilidade da pressão arterial (C), podendo ser utilizado como medida adicional na abordagem não-farmacológica de pacientes hipertensos¹³⁷ (C). Além disso, a abordagem de aspectos psicoemocionais e psicossociais pode ser útil na melhora da adesão do paciente a medidas terapêuticas não-medicamentosas e medicamentosas.

Tabela 3. Recomendação de atividade física

Recomendação populacional^{130,131}

Todo adulto deve realizar pelo menos 30 minutos de atividades físicas moderadas de forma contínua ou acumulada em pelo menos 5 dias da semana (A).

Recomendação individual

- Fazer exercícios aeróbicos (caminhada, corrida, ciclismo, dança, natação) (A).
- Exercitar-se de 3 a 5 vezes por semana (B).
- Exercitar-se por, pelo menos, 30 minutos (para emagrecer, fazer 60 minutos) (B).
- Realizar exercício em intensidade moderada (B), estabelecida:
 - a) pela respiração: sem ficar ofegante (conseguir falar frases compridas sem interrupção) (D);
 - b) pelo cansaço subjetivo: sentir-se moderadamente cansado no exercício (C);
 - c) pela frequência cardíaca (FC) medida durante o exercício (forma mais precisa), que deve se manter dentro da faixa de frequência cardíaca de treinamento (FC treino) (B), cujo cálculo é feito da seguinte forma: $FC_{\text{treino}} = (FC_{\text{máxima}} - FC_{\text{repouso}}) \times \% + FC_{\text{repouso}}$, em que:
 - FC_{máxima}: deve ser preferencialmente estabelecida em um teste ergométrico máximo. Na sua impossibilidade, pode-se usar a fórmula: $FC_{\text{máxima}} = 220 - \text{idade}$, exceto em indivíduos em uso de betabloqueadores e/ou inibidores de canais de cálcio não-diidropiridínicos¹³².
 - FC_{repouso}: medida após 5 minutos de repouso deitado.
 - %: são utilizadas duas porcentagens, uma para o limite inferior e outra para o superior da faixa de treinamento. Assim, para sedentários: 50% e 70%; para condicionados: 60% e 80%, respectivamente.
- Realizar também exercícios resistidos (musculação) (B). No caso dos hipertensos, estes devem ser feitos com sobrecarga de até 50% a 60% de 1 repetição máxima (1 RM – carga máxima que se consegue levantar uma única vez) e o exercício deve ser interrompido quando a velocidade de movimento diminuir (antes da fadiga concêntrica) (C).