

## MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA COMO ALTERNATIVA PARA INSERÇÃO DE FÁRMACOS EM PRÉ HIPERTENSOS

INGRID MARIA GOMES DOS SANTOS COSTA<sup>1</sup>; LUIZA BECKER MARTINI<sup>2</sup>;  
VIVIAN BLODORN FRENZEL<sup>3</sup>; FLÁVIA WEYKAMP DA CRUZ<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) – [ingrid.costa@sou.ucpel.edu.br](mailto:ingrid.costa@sou.ucpel.edu.br)

<sup>2</sup>Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) – [luiza.martini@sou.ucpel.edu.br](mailto:luiza.martini@sou.ucpel.edu.br)

Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) – [vivian.frenzel@sou.ucpel.edu.br](mailto:vivian.frenzel@sou.ucpel.edu.br)

<sup>4</sup>Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) – [flavia.cruz@ucpel.edu.br](mailto:flavia.cruz@ucpel.edu.br)

### 1. INTRODUÇÃO

Pré-hipertensão arterial foi um termo incluído, recentemente, na comunidade médica com o objetivo de alertar a população e os médicos quanto aos riscos da hipertensão arterial. Dessa forma, pré-hipertensos são aqueles que se encontram com pressão sistólica entre 120 e 139 mmHg bem como pressão diastólica entre 80 e 89 mmHg, em repouso.

Esta nova designação destina-se a identificar indivíduos nos quais a intervenção precoce através da adoção de estilos de vida saudáveis pode reduzir a pressão arterial (PA), diminuir a taxa de progressão da PA para níveis hipertensivos com a idade, ou prevenir totalmente a hipertensão (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004).

Apesar da terminologia não ser enquadrada nas diretrizes brasileiras de manejo de hipertensão, essa preocupação precoce é de fundamental importância no país, uma vez que a hipertensão, comumente chamada de “pressão alta”, é uma das principais causas de morte no Brasil. Nesse sentido, de 2010 a 2020, foram registradas 551.262 mortes por doenças hipertensivas, sendo 292.339 em mulheres e 258.871 em homens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Além disso, em 2019, os brasileiros com idade entre 60-65 anos a taxa de hipertensão chegava a 47%, bem como atinge pelo menos 60% das pessoas que se encontravam com mais de 75 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Indivíduos com pré-hipertensão apresentam risco aumentado de acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e eventos cardiovasculares totais e traz como fatores de risco a obesidade, o estilo de vida não saudável, os fatores sociais e psicológicos, assim como fatores patológicos. Por isso, a introdução medicamentosa deve ser considerada para pacientes que apresentam mais de 3 fatores de risco (JUN, 2020). Indivíduos com doença cardiovascular (DCV) conhecida ou diabetes correm maior risco de ter infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral ou outro evento cardiovascular e, como tal, também devem ser tratados com agentes para pressão arterial, mesmo que tenham pressão arterial dentro dos níveis pré-hipertensivos (FUCHS, 2010).

Por outro lado, estudos evidenciam que intervenções não farmacológicas que modificam o estilo de vida de pacientes pré hipertensos e hipertensos, podem reduzir a pressão arterial. A dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) tem apresentado resultados mais eficazes, todavia, a modificação abrangente no estilo de vida, com presença de exercício aeróbico, treinamento isométrico, cessação do tabagismo, controle respiratório, restrição de sal ou uso de sal com baixo teor de sódio e considerável teor de potássio, dieta hipocalórica, meditação e associações desses, também contribuem para a redução da pressão arterial.

Com base nesses princípios a mudança de estilo de vida acarreta qualidade de vida ao paciente, retardando ou até abolindo o uso de fármacos. Com isso, buscou-se evidenciar que a pré-hipertensão é uma condição que pode ser alterada com a utilização de tratamentos não farmacológicos e que a limitação de tal mecanismo de manejo de PA no Brasil, embora associada ao não cumprimento seguro do paciente, está fortemente condicionado ao comodismo médico de regular a pré-hipertensão com medicamentos. Isso porque, no país, a metodológica utilizada é feita pela escolha do profissional, uma vez que a pré-hipertensão não é uma terminologia presente na diretriz brasileira.

## 2. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa, utilizando como principal base de dados o PubMed, mas também o Scielo e a Biblioteca Virtual em Saúde. Os resultados foram encontrados a partir dos descritores “Prehypertension”, “Prehypertension and brazil” e “Prehypertension and Exercise”, sendo, então, armazenados, sintetizados e interpretados. Foi utilizado como filtro de busca artigos nos últimos 10 anos.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O uso do tabaco eleva medialmente o valor da pressão arterial em 5 a 10 mmHg (PIPER *et al.*, 2014), todavia os estudos sobre os benefícios da cessação do tabaco para controle da hipertensão são escassos. Devido estar fortemente associado ao risco cardiovascular e de neoplasias (BHATNAGAR *et al.*, 2019) o direcionamento quanto a suspensão da prática é fundamental, mesmo que para tal seja necessário o uso de medicamentos.

Estudos mostram que a dieta DASH, devido seu maior consumo de frutas, hortaliças, laticínios com baixo teor de gordura e cereais integrais, além de consumo moderado de oleaginosas e redução no consumo de gorduras, doces e bebidas com açúcar e carnes vermelhas é capaz de reduzir a PA, principalmente quando associado com a restrição do sódio (BARROSO *et al.*, 2020). Isso porque uma grande quantidade de sódio na corrente sanguínea provoca a retenção de líquido nos vasos, o que, consequentemente, eleva a pressão arterial. Dessa forma, o consumo de sódio deve ser restrito ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde (2 g/dia) e caso não existam restrições o cloreto de sódio deve ser trocado pelo cloreto de potássio, haja vista que o potássio promove a natriurese e diminui a secreção de renina, o que possibilita a redução da PA (SANTOS and VASCONCELOS, 2012).

Além disso, a prática regular de atividade física diminui a incidência de HA (LIU *et al.*, 2017). O treinamento aeróbico possui comprovado efeito reduzindo a PA de consultório e ambulatorial, enquanto os treinamentos resistidos dinâmico e isométrico de *handgrip* (preensão manual) reduzem a PA de consultório, mas não há evidências de diminuição da PA ambulatorial (CAO *et al.*, 2019).

Outras modalidades de treinamento, como o realizado em meio aquático, a ioga, o tai chi chuan e o treinamento intervalado de alta intensidade, entre outros, também parecem reduzir a PA de consultório de hipertensos (BARROSO *et al.*, 2020). Com isso, recomenda-se a realização de, pelo menos, 150 minutos por semana de atividade física moderada e o estímulo à redução do comportamento sedentário (BARROSO *et al.*, 2020).

Outros fatores que estão associados a redução da PA é a meditação e a espiritualidade, uma vez que ajudam no controle do estresse. Uma revisão sistemática mostrou que a meditação transcendental reduziu em cerca de 4 mmHg a PAS e 2 mmHg a PAD (OOI *et al.*, 2017).

#### 4. CONCLUSÕES

Apesar de nas diretrizes brasileiras o termo pré-hipertensão não ser categorizado, essa é uma condição que atinge uma parcela significativa da população mundial. Estudos mostram que o tratamento não farmacológico com mudança de estilo de vida é eficaz para o combate da hipertensão em pacientes sem determinados fatores de risco.

Dessa forma, fica evidente a necessidade de sensibilização da comunidade médica para a abordagem de metodologias mais naturais como estratégia de redução da pressão arterial, com montagem e acompanhamento de metas que envolvam melhor alimentação e exercício físico. Assim, acompanhar a pressão arterial a partir da alteração de hábitos danosos por saudáveis deve ser o primeiro passo, caso não haja resultado positivo, é inevitável a introdução de fármacos. Vale ressaltar que a necessidade fisiológica individual dos pacientes deve ser respeitada.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROSO, W. K. S.; RODRIGUES, C. I. S.; BORTOLOTTO, L. A.; MOTA-GOMES, M. A.; BRANDÃO, A. A.; FEITOSA, A. D. DE M., et al.. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol [Internet]**. v.116, n.3, p.516–658, 2021.

BHATNAGAR, A.; MAZIAK, W.; EISSENBERG, T.; WARD, K. D.; THURSTON, G.; KING, B. A.; et al. Water Pipe (Hookah) Smoking and Cardiovascular Disease Risk: A Scientific Statement from the American Heart Association. **Circulation**.v.139, n.19, p.917-36, 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999.

Bushman, Barbara PhD, FACSM . Promoção do exercício como remédio para pré-diabetes e pré-hipertensão. **Relatórios atuais de medicina esportiva**. v.13, n.4, p.233-239, 2014.

CAO, L.; LI, X.; YAN, P.; WANG, X.; LI, M.; LI, R.; et al. The effectiveness of aerobic exercise for hypertensive population: A systematic review and meta-analysis. **J Clin Hypertens**. v.21, n.7, p.868-76, 2019.

FU, J.; LIU, Y.; ZHANG, L.; ZHOU, L.; LI, D.; QUAN, H.; ZHU, L.; HU, F.; LI, X.; MENG, S.; YAN, R.; ZHAO, S.; ONWUKA, J. U.; YANG, B.; SUN, D.; ZHAO, Y. Nonpharmacologic Interventions for Reducing Blood Pressure in Adults With Prehypertension to Established Hypertension. **Journal of the American Heart Association**. v.9, n.19, 2020.

FUCHS, F. D. Pré-hipertensão: a justificativa para a terapia medicamentosa precoce. **Cardiovascular Therapeutics**. V.28, ed.6, p.339-343, 2010.

JUN M, X. Y. The management of prehypertension in young adults. **SAUDI MEDICAL JOURNAL**. Estados Unidos da América, v.41, n.3, p.223-231, 2020.

LIU, X.; ZHANG, D.; LIU, Y.; SUN, X.; HAN, C.; WANG, B.; et al. Dose-response associations between physical activity and incident hypertension: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. **Hypertension**. v.69, n.5, p.813-20, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. “**Meça a Pressão e Descomplique a Vida**”: 26/4 – Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial. Biblioteca Virtual em Saúde. Acessado em 18 de setembro de 2023. Online. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/meca-a-pressao-e-descomplique-a-vida-26-4-dia-nacional-de-prevencao-e-combate-a-hipertensao-arterial/#main\\_container](https://bvsmis.saude.gov.br/meca-a-pressao-e-descomplique-a-vida-26-4-dia-nacional-de-prevencao-e-combate-a-hipertensao-arterial/#main_container).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório aponta que número de adultos com hipertensão aumentou 3,7% em 15 anos no Brasil**. At. 03 de novembro de 2022. Acessado em 18 de setembro de 2023. Online. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/relatorio-aponta-que-numero-de-adultos-com-hipertensao-aumentou-3-7-em-15-anos-no-brasil>.

OOI, S. L.; GIOVINO, M.; PAK, S. C. Transcendental meditation for lowering blood pressure: An overview of systematic reviews and meta-analyses. **Complement Ther Med**. v.34, p. 26-34, 2017.

PIPER, M. E.; EVANS, C. V.; BURDA, B. U.; MARGOLIS, K. L.; O'CONNOR, E.; SMITH, N.; WEBBER, E.; PERDUE, L. A.; BIGLER, K. D.; WHITLOCK, E. P. **Screening for High Blood Pressure in Adults: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]**. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2014. Acessado em 20 de setembro de 2023. Online. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK269495/>.

SANTOS, T. M. P.; VASCONCELOS, S. M. L. Intake of Na<sup>+</sup> and K<sup>+</sup> versus hypertension: basis for its management and research protocol. **Rev Bras Hipertens**. v. 19, n.2, p.51-55, 2012.

SILVA, G. V.; JÚNIOR, D. M.; GOMES, M. A. M.; MACHADO, C. A.; PRAXEDES, J. N.; AMODEO, C.; et al.. Qual a diretriz de hipertensão arterial os médicos brasileiros devem seguir? Análise comparativa das diretrizes brasileiras, européias e norte-americanas (JNC VII). **Arq Bras Cardiol [Internet]**. v.83, n.2, p.179–81, 2004.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure**. NIH Publication nº 04-5230, agosto 2004. Acessado em 18 de setembro de 2023. Online. Disponível em: <https://www.nhlbi.nih.gov/sites/default/files/media/docs/jnc7full.pdf>.