

Quando tratar e quais metas buscar

**Como prescrever
mudanças de hábitos**

Audes Feitosa, MD, PhD, FESC

Diretrizes Brasileiras 2025 e de Medidas da PA 2023

Objetivos de aprendizagem

- 01 Decidir quando associar medicamentos às mudanças de hábitos.
- 02 Definir metas no consultório, na MAPA e na MRPA.
- 03 Adaptar as metas à tolerância e ao contexto clínico.
- 04 Prescrever mudanças de hábitos com ações e acompanhamento.

Caso inicial: a mesma pressão

Paciente A

48 anos, PA confirmada de 136/84 mmHg.
Sem condição de alto risco após avaliação.

Paciente B

58 anos, PA confirmada de 136/84 mmHg.
Diabetes e albuminúria.

Dados necessários antes da decisão

- 01** Confirmar a PA com técnica correta e medidas repetidas.
- 02** Integrar MAPA ou MRPA para reconhecer o fenótipo.
- 03** Pesquisar doença cardiovascular, diabetes, DRC e órgãos-alvo.
- 04** Avaliar tolerância, funcionalidade e possibilidades de adesão.

Diagnóstico e meta terapêutica

Limiar de consultório

Hipertensão: PAS ≥ 140 e/ou PAD ≥ 90 mmHg, com confirmação adequada.

Meta geral

Durante o tratamento: PAS < 130 e PAD < 80 mmHg, conforme tolerância.

Mudanças de hábitos desde o início

≥ 120 ou ≥ 80

Medidas não medicamentosas para todos com PAS ≥ 120 e/ou PAD ≥ 80 mmHg.

Quando iniciar medicamentos

Situação confirmada	Conduta da DBHA 2025
PA ≥ 140 e/ou ≥ 90 mmHg	Medicamento + mudanças de hábitos
130–139 e/ou 80–89 + alto risco	Hábitos por 3 meses. Se ≥ 130 e/ou ≥ 80 , associar medicamento
130–139 e/ou 80–89 sem alto risco	Mudanças de hábitos e reavaliação

Hipertensão confirmada: início do tratamento

- 01 PA ≥ 140 e/ou ≥ 90 mmHg indica tratamento medicamentoso.
- 02 As mudanças de hábitos começam junto com os medicamentos.
- 03 O início do tratamento independe da categoria de risco cardiovascular.
- 04 A avaliação de risco continua necessária para o cuidado integral.

Pré-hipertensão com alto risco

- 01 Faixa de decisão: PAS 130–139 e/ou PAD 80–89 mmHg.
- 02 Iniciar medidas não medicamentosas e combinar reavaliação.
- 03 Após 3 meses, associar medicamento se PA ≥ 130 e/ou ≥ 80 .
- 04 Manter as mudanças de hábitos durante o tratamento.

Condições que sinalizam alto risco

Condição	Exemplos na diretriz
Doença estabelecida	Doença cardiovascular, diabetes ou DRC
Dano e condição hereditária	LOA ou hipercolesterolemia familiar
Estimativa de risco	PREVENT $\geq 20\%$ em 10 anos

Pré-hipertensão sem alto risco

- 01 Prescrever mudanças de hábitos com objetivos definidos.
- 02 Reavaliar pressão, adesão e fatores de risco ao longo do tempo.
- 03 Confirmar elevação persistente e eventual hipertensão mascarada.
- 04 Rever a indicação se a PA ou o risco cardiovascular mudarem.

Idade e início do tratamento

- 01 Nos idosos, a tabela 5.1 indica tratamento quando PAS ≥ 140 mmHg.
- 02 A mesma referência inclui pessoas com 80 anos ou mais.
- 03 Fragilidade moderada a grave exige individualização.
- 04 Hipotensão ortostática e expectativa de vida curta mudam a estratégia.

Meta geral de pressão arterial

<130/80

Meta de consultório para a hipertensão, independentemente da categoria de risco, se tolerada.

Quando a meta precisa ser individualizada

- 01 Observar sintomas e pressão em ortostase.
- 02 Considerar fragilidade, comorbidades e expectativa de vida.
- 03 Monitorar função renal e eletrólitos conforme o tratamento.
- 04 Se $<130/80$ não for tolerado, buscar o menor valor tolerado.

Metas fora do consultório

Método ou período	Meta de PAS/PAD (mmHg)
MAPA 24 horas	<130 e <80
MAPA vigília	<135 e <85
MAPA sono	<120 e <70
MRPA	<130 e <80

Confirmação do controle

- 01 Confirmar o alcance da meta com MAPA ou MRPA.
- 02 Interpretar as médias com o protocolo e a qualidade do exame.
- 03 Investigar discordância entre consultório e medidas externas.
- 04 Relacionar os resultados a sintomas e horários da rotina.

Discordância durante o tratamento

Consultório elevado

A PA fora do consultório controlada pode indicar efeito do avental branco e requer análise antes de intensificar.

Consultório na meta

MAPA ou MRPA elevada pode revelar hipertensão mascarada não controlada.

Hipertensão sistólica isolada

- 01 PAS ≥ 140 mmHg com PAD < 90 mmHg.
- 02 Buscar PAS < 130 mmHg conforme tolerância.
- 03 Acompanhar a redução concomitante da pressão diastólica.
- 04 PA baixa com sintomas exige revisão clínica mais próxima.

Curva em J e segurança

O que a associação mostra

Valores baixos de PA podem acompanhar maior risco em estudos observacionais, sobretudo em pacientes com comorbidades.

O que ela não resolve

A associação não comprova que a redução da PA causou o risco. Sintomas e eventos adversos precisam orientar a avaliação.

Oficina: início e meta

Caso fictício	Decisão a discutir
A. HA confirmada, 148/94, baixo risco	Iniciar medicamento ou aguardar?
B. 136/84, alto risco, após 3 meses de hábitos	O que acrescentar?
C. 84 anos, fragilidade e tontura ao levantar	Como individualizar a meta?

Oficina: respostas comentadas

- 01 A: iniciar medicamento junto às mudanças de hábitos.
- 02 B: associar medicamento se a PA permanece ≥ 130 e/ou ≥ 80 .
- 03 C: avaliar ortostase, sintomas e fragilidade antes de intensificar.
- 04 Meta geral $< 130/80$, com adaptação à tolerância.

Prescrição de hábitos: o que precisa constar

- 01** Ação concreta que o paciente consegue descrever.
- 02** Quantidade ou frequência, quando houver recomendação definida.
- 03** Barreiras, preferências e recursos disponíveis.
- 04** Forma de acompanhar a execução e a resposta.

Peso corporal e adiposidade central

- 01 Recomendar perda de peso em quem tem sobrepeso ou obesidade.
- 02 A perda ponderal reduz PA mesmo sem alcançar o peso desejável.
- 03 Avaliar cintura, além do índice de massa corporal.
- 04 Planejar manutenção e apoio ao longo do tempo.

Perda de peso e pressão arterial

$\approx 1 \text{ mmHg/kg}$

Em metanálise citada pela DBHA, cada 1 kg perdido se associou à redução média de 1,05 mmHg na PAS.

Plano de peso: exemplo de prescrição

Componente	Aplicação no acompanhamento
Avaliação inicial	Peso, IMC, cintura e padrão alimentar
Ação pactuada	Mudança alimentar viável + atividade física
Apoio	Nutrição e equipe conforme necessidade
Revisão	Evolução do peso, PA, adesão e tolerância

Padrão alimentar DASH

- 01** Priorizar frutas, hortaliças e cereais integrais.
- 02** Incluir leguminosas, oleaginosas e laticínios com pouca gordura.
- 03** Preferir carnes magras e reduzir gordura saturada.
- 04** Reduzir carnes gordurosas, grãos refinados e açúcar adicionado.

Alimentação: orientação e execução

Orientação geral

Adotar um padrão alimentar saudável, preferencialmente DASH.

Exemplo de ação pactuada

Trocar o tempero industrializado por ervas, incluir hortaliças nas refeições e planejar as compras com a família.

Sódio e sal no consumo diário

<2 g de sódio

A referência corresponde a cerca de 5 g de sal ao dia, considerando todas as fontes alimentares.

Como reduzir o sódio na prática

- 01** Diminuir o sal usado no preparo e evitar adição à mesa.
- 02** Usar ervas e outros temperos para melhorar o sabor.
- 03** Identificar sódio em temperos prontos e alimentos industrializados.
- 04** Comparar rótulos e considerar a quantidade realmente consumida.

Tipos de sal

Sal rosa e sal marinho

Apresentam teor de sódio semelhante ao sal de cozinha. A quantidade continua sendo importante.

Sal com potássio

Pode reduzir sódio, mas exige avaliação do risco de hipercalemia, especialmente na DRC.

Potássio pela alimentação

- 01 A DBHA propõe ingestão dietética de pelo menos 3,5 g/dia.
- 02 Priorizar alimentos, como frutas, hortaliças e leguminosas.
- 03 A recomendação geral tem exceções na DRC e na hiperpotassemia.
- 04 Suplementos e sal com potássio exigem avaliação individual.

Álcool: limites da diretriz

Para quem já consome	Orientação
Homens	Limitar a até 2 doses/dia
Mulheres	Limitar a até 1 dose/dia
Todos	Evitar consumo episódico abusivo
Rotina semanal	Incluir dias sem álcool

Uma dose: a definição usada importa

Bebida	Exemplo aproximado da DBHA
Cerveja a 5%	200 mL
Vinho a 12%	100 mL
Destilado a 40%	25 mL

Limite de consumo não é garantia de segurança.

Tabagismo: prioridade cardiovascular

- 01 Recomendar cessação a todos os pacientes que fumam.
- 02 Perguntar também sobre narguilé e cigarros eletrônicos.
- 03 Oferecer apoio e encaminhamento para tratamento da dependência.
- 04 Acompanhar tentativas e dificuldades sem julgamento.

Café, cafeína e suplementos

- 01** O consumo habitual moderado de café pode ser mantido.
- 02** A cafeína pode elevar a PA agudamente.
- 03** Considerar outras fontes de cafeína, incluindo energéticos.
- 04** Probióticos e vitamina D têm evidências menos conclusivas.

Atividade física semanal

150 min

Pelo menos 150 minutos de atividade aeróbica moderada por semana, ou 75 minutos de vigorosa.

Prescrição do treinamento aeróbico

- 01 Modalidade viável: caminhar, dançar, nadar ou outra equivalente.
- 02 Frequência de 3 a 5 vezes por semana.
- 03 Sessões de 30 a 60 minutos, somando pelo menos 150 min/semana.
- 04 Intensidade moderada, com progressão conforme capacidade.

Como reconhecer intensidade moderada

Teste da conversa

Conseguir conversar durante a atividade, sem ficar ofegante.

Percepção de esforço

Sentir-se ligeiramente cansado, correspondente a 12–13 na escala de Borg de 20 pontos.

Treinamento resistido complementar

Componente	Prescrição da tabela 6.3
Frequência	2 a 3 vezes por semana
Exercícios	8 a 10 para grandes grupos musculares
Séries e repetições	1 a 3 séries de 10 a 15 repetições
Pausas	90 a 120 segundos

Interrupção do tempo sentado

5 a cada 30

Levantar e se movimentar por 5 minutos a cada 30 minutos sentado.

Avaliação antes do exercício

- 01** Atividade leve a moderada pode dispensar avaliação médica prévia em pessoas sem doença cardíaca, renal ou cerebrovascular.
- 02** Comorbidades, sintomas ou múltiplos fatores de risco pedem avaliação.
- 03** Atividade intensa ou competitiva exige avaliação prévia.
- 04** Se surgirem sintomas, interromper a atividade e procurar avaliação.

Pressão e segurança da sessão

Momento	Orientação da DBHA
Antes do treinamento	Não realizar se PA acima de 160/105 mmHg
Durante exercício aeróbico	Reduzir intensidade se PA acima de 180/105 mmHg
Sintomas durante a prática	Interromper e procurar avaliação

Efeito médio dos treinamentos na PA

Treinamento	Consultório: PAS/PAD (mmHg)
Aeróbico	-7,6 / -4,7
Resistido dinâmico	-2,6 / -2,1
Resistido isométrico	-4,3 / -5,0
Combinado	-5,3 / -5,6

Estresse e meditação

- 01** Investigar estresse e seu impacto na rotina e na adesão.
- 02** A meditação pode contribuir para a redução da PA.
- 03** Combinar a prática com as demais medidas recomendadas.
- 04** Escolher uma abordagem aceitável para o paciente.

Respiração lenta e espiritualidade

Respiração lenta

Pode ser coadjuvante. A diretriz descreve 6–10 respirações/minuto, por 15–20 minutos/dia.

Espiritualidade

Abordar valores, propósito e crenças com respeito às preferências do paciente.

Equipe e adesão a longo prazo

- 01** Definir com o paciente quais mudanças iniciar primeiro.
- 02** Acionar nutrição, exercício, enfermagem e outros apoios necessários.
- 03** Considerar custo, jornada de trabalho e contexto familiar.
- 04** Revisar dificuldades e ajustar o plano ao longo do acompanhamento.

Oficina: uma prescrição para a rotina

Paciente fictício	Tarefa do grupo
52 anos, HA confirmada, PA 148/92	Definir início de tratamento e meta
Sedentário, sem sintomas, IMC 31	Propor progressão de atividade
Tempero pronto e álcool no fim de semana	Prescrever duas mudanças alimentares
Turnos de trabalho variáveis	Combinar apoio e reavaliação

Oficina: exemplo de plano pactuado

- 01** Iniciar medicamento e hábitos. Buscar PA <130/80 se tolerada.
- 02** Planejar atividade aeróbica com progressão até 150 min/semana.
- 03** Reduzir temperos prontos e quantificar o consumo de álcool.
- 04** Reavaliar PA, execução das ações, sintomas e necessidade de apoio.

Quatro pontos para a prática

- 01 HA confirmada $\geq 140/90$: medicamento junto às mudanças de hábitos.
- 02 130–139/80–89 com alto risco: reavaliar após 3 meses de hábitos.
- 03 Meta geral $< 130/80$, confirmada fora do consultório e adaptada à tolerância.
- 04 Hábitos precisam de prescrição concreta, apoio e acompanhamento.

Referências da aula

Brandão AA et al.

Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025.
Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e20250624.
DOI: 10.36660/abc.20250624

Feitosa ADM et al.

Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial
Dentro e Fora do Consultório – 2023.
Arq Bras Cardiol. 2024;121(4):e20240113.
DOI: 10.36660/abc.20240113