

AVALIAÇÃO DA COMORBIDADE ENTRE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E INSUFICIÊNCIA RENAL

Andressa Barros ALVES¹; Danilo Pinto BASTOS¹; Denise Aparecida da SILVA^{1*}

¹ Universidade Iguçu - UNIG - *Campus V* - Itaperuna, Rio de Janeiro, Brasil.

* Autor para correspondência: dearasp@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Insuficiência Renal (IR) frequentemente apresentam-se associadas sendo causas importantes de internações hospitalares. **Metodologia e objetivo:** a pesquisa foi realizada no Setor de Nefrologia do Hospital São José do Avaí (HSJA), Itaperuna, RJ, durante 20 meses, à partir de maio de 2012 com o objetivo de verificar a doença primária mais comum em se tratando da comorbidade HAS/IR e determinar quais os medicamentos mais prescritos. **Resultados:** Apresentaram HAS/IR um total de 151 pacientes (58,3% sexo masculino e 41,7% sexo feminino), a maioria com idade acima de 60 anos (37,7%) e de 51 a 60 anos (21,2%), negros (39,1%). Os fatores de risco principais foram sedentarismo (61,6%) e sobrepeso ou obesidade (21,8%). O total de 62,9% dos pacientes apresentou a hipertensão arterial como primeiro diagnóstico, 19,9% a IR e 17,2% outros diagnósticos. Os três medicamentos mais indicados foram os BRAs (40,4%), seguidos dos bloqueadores de canais de cálcio (29,8%) e dos betabloqueadores (28,5%). A principal associação medicamentosa foi nifedipina + losartana + clonidina + hidralazina. O total de 88,1% dos pacientes apresenta adesão ao tratamento medicamentoso enquanto que 73,5% apresenta adesão ao tratamento não medicamentoso. **Conclusões:** a prevalência de HAS/IR é maior em homens, em pacientes com mais de 60 anos e negros; fator de risco principal é o sedentarismo; na maioria dos casos o diagnóstico de hipertensão arterial precede o quadro de insuficiência renal; os principais medicamentos prescritos são os BRAs e a adesão ao tratamento medicamentoso é maior em comparação ao não medicamentoso.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Insuficiência Renal; Comorbidade.

ABSTRACT

Introduction: the systemic arterial hypertension and renal insufficiency often are associated and are important causes of hospital admissions. **Methodology and objective:** the study was conducted at the Nephrology Sector of the Hospital Sao Jose do Avai (HSJA) Itaperuna, RJ, for 20 months, starting in May of 2012 with the objective of verifying the most common primary disease in the case of comorbidity hypertension / renal insufficiency and determine the most prescribed medications. **Results:** 151 patients presented SAH / RI (58.3% male and 41.7% female), most over the age of 60 years (37.7%) and 51-60 years (21, 2%) and the most were black (39.1%). The major risk factors were physical inactivity (61.6%) and overweight or obesity (21.8%). The total of 62.9% of patients had hypertension as a primary diagnosis while for the 19.9% the primary diagnosis was renal insufficiency and 17.2% presented other diagnoses. The three most recommended medications were angiotensin II receptor blockers (40.4%), followed by calcium channel blockers (29.8%) and beta-blockers (28.5%). The main combination drug was nifedipine + losartan + clonidine + hydralazine. The total of 88.1% of patients presented adherence to drug therapy while 73.5% have adherence to non pharmacological treatment. **Conclusions:** The prevalence of hypertension / RI is higher in men, in patients older than 60 years and blacks; the main risk factor is physical inactivity; in most cases the diagnosis of hypertension precedes the setting of renal insufficiency; the main prescription drugs are ARBs and the adherence to drug treatment is higher compared to the non-medicated.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension; Renal insufficiency; Comorbidity.

1 Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ser definida como o aumento da pressão arterial sistólica (PAS) a índices de 140 mmHg ou mais e da pressão arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg ou mais em indivíduos que não fazem uso de medicação anti-hipertensiva (DANTAS et al., 2010). Trata-se de uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA), sendo que os quadros crônicos estão, frequentemente, associados a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo tais como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos. Também podem estar associadas alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. O quadro possui evolução silenciosa e lenta e seu tratamento requer mudanças dietéticas e comportamentais, além de rigor ao seguir a prescrição medicamentosa (GUSMÃO et al., 2009; MALTA et al., 2009). A HAS deve ser entendida como um problema de Saúde Pública e constitui o distúrbio clínico crônico não transmissível mais comum, não apenas em países desenvolvidos. Atinge 20% da população adulta brasileira com mais de 19 anos e supera 50% em idosos com mais de 65 anos (DANTAS, 2010). Dados populacionais nacionais revelam que a prevalência é maior no sexo masculino com índices em torno de 35,8% enquanto no sexo feminino tais índices atingem cerca de 30%, semelhante à de outros países (PEREIRA et al., 2009).

A terapia medicamentosa, apesar de eficaz na redução dos valores pressóricos, da morbidade e da mortalidade, apresenta alto custo e pode ter efeitos colaterais motivando o abandono do tratamento (SHOJI; FORJAZ, 2000). Avaliações referentes ao grau de adesão ao tratamento medicamentoso revelam índices de até 50% apenas, o que aumenta os riscos da evolução dos casos e lesões em órgãos-alvo. Um estudo realizado com pacientes hipertensos atendidos no Programa de Saúde da Família (PSF) em um município do Rio de Janeiro revelou que 69,4% dos pacientes apresentam adesão plena enquanto que 17,6% relataram omissão de doses e apenas 13% relataram não adesão ao tratamento. Apesar da alta adesão ao tratamento medicamentoso, um total de 87,9% dos pacientes apresentou níveis pressóricos acima dos limites de normalidade. No mesmo estudo, o anti-hipertensivo mais utilizado foi a hidroclorotiazida, presente no tratamento de 63,9% dos pacientes avaliados, seguido do captopril (61,1% dos pacientes), propranolol (27,8%), dentre outros prescritos para menos de 25% dos pacientes (BONADIMAN, 2010).

A doença renal terminal, considerada uma condição frequente associada à HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no Serviço Único de Saúde (SUS), registrando-se 9.486 óbitos em 2007 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). As doenças renais acometem quase um milhão de brasileiros, sendo 70% deles assintomáticos, e são a causa do óbito de 15 mil pessoas por ano no Brasil (GOLDRAICH, 2006). A insuficiência renal aguda (IRA) é caracterizada por uma redução abrupta da função renal que se mantém por períodos variáveis, com consequente inabilidade dos rins em exercer suas funções básicas de excreção e manutenção da homeostase hidroeletrolítica do organismo resultando em retenção de uréia e creatinina, distúrbios hidroeletrolíticos e alteração do equilíbrio ácido-base. A forma mais comum de IRA em pacientes hospitalizados é a necrose tubular aguda (RIELLA, 2008). Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012) estudos populacionais em diferentes países têm demonstrado prevalência de Doença Renal Crônica (DRC) de 7,2% para indivíduos acima de 30 anos e 28 a 46% em indivíduos acima de 64 anos. Em seus estágios avançados, a DRC está relacionada ao aumento de internações hospitalares, mortalidade cardiovascular, grande impacto na qualidade de vida e elevado custo para a saúde pública. Mesmo em estágios iniciais, como o estágio II (filtração glomerular entre 60 e 90 ml/min), a chance de morrer por doença cardiovascular é 46% maior, sendo de 136% no estágio III, em relação aos

pacientes sem a doença renal. Em pacientes em diálise, a mortalidade eleva-se de forma assustadora: um indivíduo de 30 anos em diálise tem a chance de morrer semelhante a um indivíduo de 80 anos sem a doença.

A HAS é condição prevalente na doença renal crônica e ambas são coadjuvantes em uma relação de causa e efeito, e sinérgicas em relação ao risco cardiorrenal. O controle da hipertensão, embora aquém do desejado nessas populações, assim como a redução da proteinúria e da ativação sistema renina-angiotensina-aldosterona, mostram-se fundamentais quando se visa à proteção tanto cardiovascular quanto renal no paciente nefropata (ROSA et al., 2007). A HAS pode levar aos quadros de DRC, assim como pode ocorrer o inverso, ou seja, a doença renal crônica previamente à HAS. Em casos de lesões renais graves os rins deixam de eliminar escórias nitrogenadas e ainda não conseguem regular o balanço de água e sódio, provocando a retenção de líquidos e o surgimento de hipertensão arterial e edema, evoluindo para edema agudo de pulmão que, quando não diagnosticado e devidamente tratado precocemente, pode levar a consequências graves (KUSUMOTA et al., 2004). Por outro lado, pacientes com HAS prolongada e não controlada apresentam risco aumentado de desenvolver dano renal com estabelecimento de insuficiência renal crônica (IRC). Com o passar dos anos, a persistência de níveis de pressão arterial (PA) elevados determina alterações estruturais progressivas nas artérias e arteríolas renais, com hipertrofia da camada muscular, duplicação da lâmina elástica interna e espessamento da camada íntima, algumas vezes com deposição de material hialino subintimal. Em virtude do estreitamento da luz das arteríolas renais aferentes e eferentes ocorrem danos glomerulares e tubulointersticiais (NUNES, 2007).

Assim, esta pesquisa apresentou como objetivo verificar qual a doença primária que é mais comum em se tratando da comorbidade HAS e DRC, bem como determinar quais são os medicamentos mais adequadamente prescritos nestes casos.

2 Metodologia

Uma pesquisa de natureza qualitativa e quantitativa foi realizada no Setor de Nefrologia do Hospital São José do Avaí (HSJA), localizado no município de Itaperuna, Estado do Rio de Janeiro, durante o período de 20 meses, à partir de maio de 2012. Na pesquisa foram incluídos todos os pacientes atendidos no citado setor que apresentavam HAS e insuficiência renal (IR), com ambos os quadros comprovadamente diagnosticados. Os quadros clínicos foram avaliados individualmente e com ênfase nos seguintes aspectos apresentados pelos pacientes: (1) níveis pressóricos, visando à classificação da hipertensão arterial, de acordo com a classificação das Diretrizes atuais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010); (2) tratamento medicamentoso prescrito bem como a adesão ao tratamento (através da aplicação do método do auto-relato de acordo com Moreira et al. (2008); (3) perfil dos pacientes (sexo, idade, etnia) e (4) primeira patologia a ser diagnosticada, HAS ou DRC.

Os dados foram estratificados para melhor avaliação e os resultados receberam um tratamento estatístico, através de estatística descritiva, de acordo com Rodrigues (1993).

3 Resultados

No total foram avaliados 151 pacientes, sendo 88 (58,3%) do sexo masculino e 63 (41,7%) do sexo feminino, conforme figura 1.

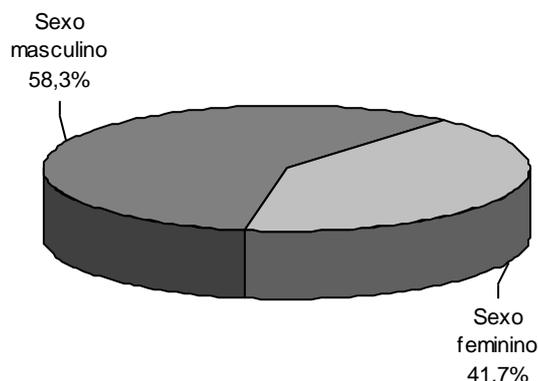


Figura 1. Percentual de pacientes com HAS e IR atendidos no Setor de Nefrologia do Hospital São José do Avai (HSJA), Itaperuna - RJ, durante o período de 20 meses.

A faixa etária dos pacientes variou de 16 a 20 anos até superior a 60 anos, com um total de dois pacientes (1,3%) com idade entre 16 e 20 anos, 10 pacientes (6,6%) entre 21 e 30 anos, 22 entre 31 e 40 anos (14,6%), 28 entre 41 e 50 anos (18,5%), 32 (21,2%) entre 51 e 60 anos e 57 pacientes (37,7%) com idade superior a 60 anos. Os dados referentes à etnia revelaram 59 pacientes (39,1%) negros, 48 (31,8%) brancos e 44 (29,1%) mestiços. Os resultados referentes à faixa etária e etnia dos pacientes avaliados podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1. Total de pacientes avaliados de acordo com a faixa etária e etnia.

Faixa etária	Total de pacientes
16 - 20 anos	02 (1,3%)
21 - 30 anos	10 (6,6)
31 - 40 anos	22 (14,6%)
41 - 50 anos	28 (18,5%),
51 - 60 anos	32 (21,2%)
Acima de 60 anos	57 (37,7%)
Etnia	
Branco	48 (31,8%),
Negro	59 (39,1%)
Mestiço	44 (29,1%)

Os fatores de risco encontrados incluíram o sedentarismo, citado pelo total de 93 pacientes (61,6%), seguido do sobrepeso ou obesidade, citado por 33 pacientes (21,8%), pelo tabagismo, citado pelo total de 23 pacientes (15,2%) e o trabalho excessivo, citado por quatro pacientes (2,6%), conforme figura 2. Sendo que um mesmo paciente pode ter citado mais de um fator de risco.

Ao se avaliar o primeiro diagnóstico dos pacientes que apresentavam a comorbidade HAS/IR constatou-se que um total de 95 apresentou a hipertensão arterial como primeiro diagnóstico, perfazendo 62,9% da amostra total avaliada, sendo que 30 pacientes apresentaram a insuficiência renal como primeiro diagnóstico, equivalente a um total de 19,9% dos pacientes avaliados. Outros diagnósticos iniciais foram observados em 26 dos pacientes avaliados e incluíram diabetes, uso abusivo de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), bexiga neurogênica,

intoxicação por agrotóxico no tomate, uso abusivo de corticóides e estenose de uretra, conforme figura 3.

Independente do momento do diagnóstico, os dados revelaram que 68 pacientes (45%) não apresentavam outra comorbidade além da IR e HAS, enquanto que 83 pacientes (55%) apresentavam mais uma comorbidade.

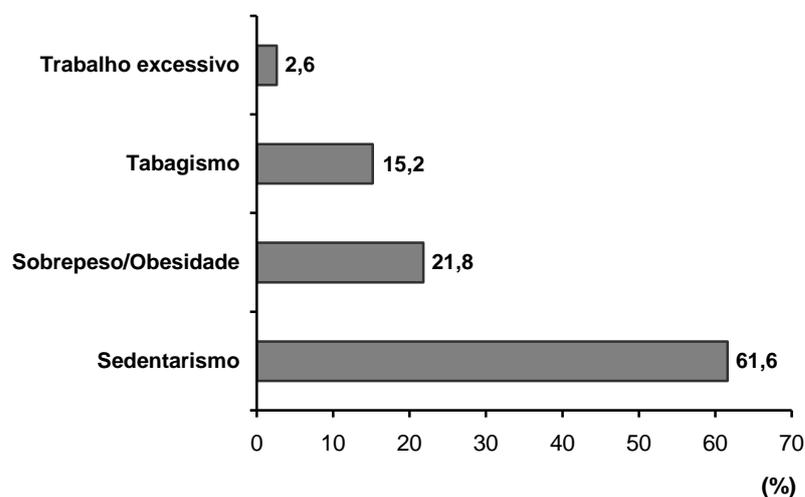


Figura 2. Fatores de risco apresentados pelos pacientes com HAS e IR atendidos no Setor de Nefrologia do Hospital São José do Avaí (HSJA), Itaperuna - RJ, durante o período de 20 meses.

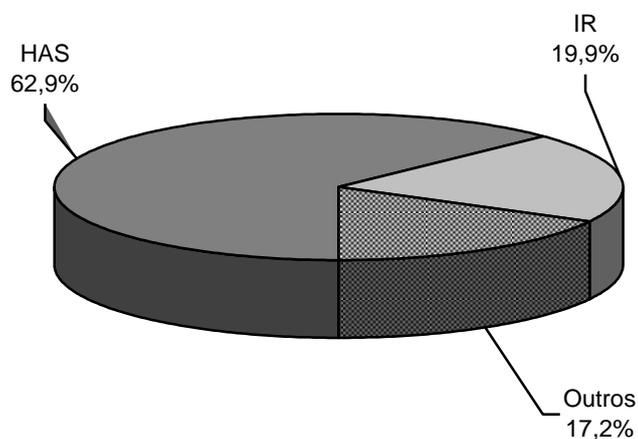


Figura 3. Primeiro diagnóstico apresentado pelos pacientes com a comorbidade HAS/IR atendidos no Setor de Nefrologia do Hospital São José do Avaí (HSJA), Itaperuna - RJ, durante o período de 20 meses.

Dentre o total de pacientes com mais comorbidades (83), 16 pacientes (19,3%) apresentavam diabetes tipo I, 26 pacientes (31,3%) apresentavam diabetes tipo II, 11 pacientes (13,3%) apresentavam angina e números inferiores de pacientes apresentavam outras comorbidades que

incluiram lúpus, amiloidose, hipotireoidismo, insuficiência cardíaca, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) e também artrite reumatóide. Vale ressaltar que dois pacientes (1,3%) apresentaram histórico prévio de infarto agudo do miocárdio (IAM) e dois apresentaram histórico de acidente vascular encefálico (AVE), conforme tabela 2.

Tabela 2. Outras comorbidades associadas à HAS e IR.

Comorbidades	Total de pacientes
Diabetes tipo I	16 (19,3%)
Diabetes tipo II	26 (31,3%)
Angina	11 (13,3%)
Outras:	
Lúpus, amiloidose, hipotireoidismo, insuficiência cardíaca, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, DPOC, artrite reumatóide	30 (36,1%)

Considerando-se a classificação da HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010), o total de 71 pacientes (47%) apresentou o diagnóstico de hipertensão leve (estágio 1), 69 pacientes (45,7%) o diagnóstico inicial de hipertensão moderada (estágio 2) e 11 pacientes (7,3%) hipertensão grave (estágio 3), sendo que nenhum deles apresentou diagnóstico de HA sistólica isolada.

Ao se avaliar o tratamento medicamentoso preconizado para o controle da HAS constatou-se que dentre o total de pacientes, apenas dois (1,3%) não se apresentavam sob tratamento regular com medicamentos anti-hipertensivos, sendo que ambos apresentavam hipertensão leve. Os medicamentos mais prescritos para o tratamento da hipertensão arterial associada à insuficiência renal foram aqueles que atuam através da inibição do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA) prescritos para o total de 101 pacientes, perfazendo 66,9% dos pacientes. Dentre as classes terapêuticas dos medicamentos que atuam no SRAA, os BRAs foram prescritos para 61 pacientes (40,4%), os IECA para 39 (25,8%) e apenas um paciente estava sob tratamento com um inibidor direto da renina, o alisquireno (0,7%). O captopril foi o mais prescrito dentre os IECA e a losartana dentre os BRAs.

Os bloqueadores de canais de cálcio, em especial as diidropiridinas foram prescritos para o total de 45 pacientes (29,8%), os betabloqueadores para 43 pacientes (28,5%), os simpaticolíticos de ação central, em especial a metildopa, para 30 pacientes (19,9%), os diuréticos para nove pacientes (6%) e um total de 10 pacientes (6,6%) estava sob tratamento com outros vasodilatadores que incluíram o minoxidil, o mononitrato de isossorbida e a hidralazina.

Na figura 4 estão representadas as classes de medicamentos indicadas nos casos avaliados.

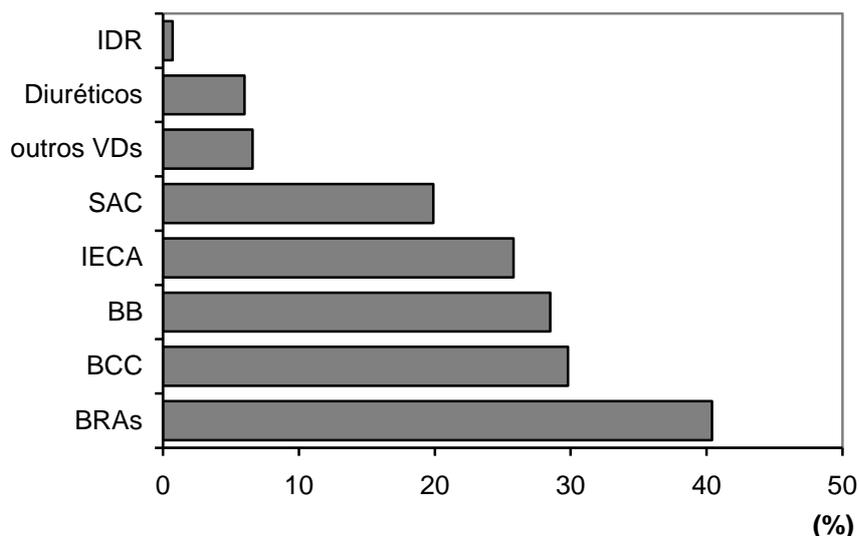


Figura 4. Classes terapêuticas prescritas aos pacientes com a comorbidade HAS/IR no Setor de Nefrologia do Hospital São José do Avaí (HSJA), Itaperuna - RJ, durante o período de 20 meses. Onde, BRAs (bloqueadores dos receptores da angiotensina II); BCC (bloqueadores dos canais de cálcio); BB (betabloqueadores); IECA (inibidores da enzima conversora de angiotensina); SAC (simpaticolíticos de ação central); VDs (vasodilatadores); IDR (inibidores diretos da renina).

Considerando-se o tratamento regular com monoterapia ou associações, 84 pacientes estavam sob tratamento com dois ou mais medicamentos anti-hipertensivos (55,6%) e 44 (29,1%) não faziam associações (monoterapia). Um total de 23 pacientes (15,2%) afirmou não seguir o tratamento medicamentoso regularmente sendo que, dentre eles, 12 pacientes não estavam usando o medicamento no momento pois a pressão estava controlada com a realização regular da hemodiálise e os outros 11 não se medicavam regularmente por conta própria e estavam com a pressão arterial descontrolada.

As principais associações medicamentosas incluíram: (1) nifedipina + losartana + clonidina + hidralazina; (2) nifedipina + metildopa + losartana + atenolol e (3) losartana + nifedipina + enalapril + clonidina.

Quanto à adesão ao tratamento, 133 pacientes (88,1%) afirmaram que seguem regularmente o tratamento medicamentoso enquanto que 18 (11,9%) não aderem ao tratamento. Para o tratamento não medicamentoso, 111 pacientes (73,5%) afirmaram que seguem e 40 pacientes (26,5%) não seguem (Tabela 3).

Tabela 3. Percentual de pacientes hipertensos e com insuficiência renal que segue corretamente ou não o tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Adesão ao tratamento	Tratamento medicamentoso	Tratamento não medicamentoso
Sim	133 (88,1%)	111 (73,5%)
Não	18 (11,9%)	40 (26,5%)

4 Discussão

Os resultados revelaram maior prevalência da comorbidade HAS/IR nos pacientes do sexo masculino e com idade acima de 60 anos, sendo que tais dados estão de acordo com a maioria das pesquisas referentes às prevalências da HAS (ZAITUNE et al., 2006; PEREIRA et al., 2009; DANTAS, 2010). No caso da insuficiência renal crônica, os resultados referentes à maior prevalência com idade superior a 60 anos também estão de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012), assim como o risco de complicações de hipertensão arterial citado como maior em homens com insuficiência renal do que em mulheres (NOBLAT et al., 2004).

A raça negra apresenta maior predisposição à hipertensão arterial e à insuficiência renal e se mostrou mais propensa ao desfecho avaliado no estudo também citado por Noblat et al. (2004). A maioria dos pacientes entrevistados que eram negros apresentava HAS associada a IR.

Quanto aos fatores de risco relacionados à HAS e a IR, o número de pacientes sedentários foi maior quando comparado ao número de tabagistas, obesos/sobrepeso e carga horária de trabalho excessiva. Dentre tais pacientes, incluindo os jovens, a maioria encontrava-se aposentado ou com algum benefício do governo e relatou incapacidade para realização de qualquer atividade física.

Ao analisar os arquivos dos pacientes a fim de se verificar qual foi seu primeiro diagnóstico encontrou-se dificuldade, uma vez que muitos pacientes apresentaram diagnóstico de nefrosclerose, termo mais frequentemente utilizado para designar o quadro histológico renal relacionado às fases benigna e maligna da hipertensão arterial essencial, sendo assim, não houve como definir qual patologia surgiu primeiramente e tais pacientes não foram considerados na pesquisa.

Os dados referentes ao primeiro diagnóstico indicam que a grande maioria apresentou a hipertensão arterial como causadora da insuficiência renal e tais pacientes afirmaram que não realizaram o tratamento medicamentoso corretamente para o tratamento da doença de base. Sabe-se que a manutenção dos níveis pressóricos elevados pode comprometer órgãos-alvo e os rins estão dentre eles. Vale ressaltar que dentre os pacientes que não sabiam se eram hipertensos e apresentaram falência renal sem outra causa aparente foram incluídos no grupo que apresentou o primeiro diagnóstico como IR. Esse achado também está de acordo com a literatura (MORAES et al., 2009). Tais resultados corroboram a necessidade de melhor orientação aos pacientes acerca dos riscos decorrentes do tratamento inadequado da HAS bem como da necessidade do acompanhamento por parte da equipe médica no sentido de avaliar a resposta do paciente ao tratamento e monitorar os níveis pressóricos. Várias pesquisas indicam que um grande número de pacientes sob tratamento da HAS não apresentam os níveis dentro da normalidade, portanto, estão sob tratamento mas o mesmo não vem sendo monitorado, seja por uma orientação deficiente por parte do profissional ou negligência do próprio paciente quanto à sua saúde.

A maioria dos pacientes sujeitos à hemodiálise apresenta um tipo de comorbidade associada, mesmo que seja secundária ao tratamento como o hiperparatireoidismo ou outras patologias como *diabetes mellitus*, *angina pectoris*, IAM, AVE, miocardiopatia, porém, dentre estes o de maior ocorrência foi o diabetes tipo 2 que também está intimamente relacionado à insuficiência renal, sendo a maior causa de insuficiência renal no mundo segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Dentre os medicamentos utilizados para o controle da pressão arterial os bloqueadores dos receptores da angiotensina II foram os mais frequentes sendo em segundo e terceiro lugar os bloqueadores dos canais de cálcio diidropiridínicos e betabloqueadores. Os resultados indicam que os medicamentos utilizados estão de acordo com as pesquisas, uma vez que a inibição do sistema renina-angiotensina-aldosterona promove além de uma redução importante na pressão arterial também um efeito nefroprotetor através do efeito vasodilatador renal que por sua vez diminui a pressão sobre os glomérulos renais levando a um retardo no processo de evolução do quadro renal. Especificamente os bloqueadores dos receptores da angiotensina II, representados pela losartana,

são apresentados atualmente como a classe de medicamentos usados na HAS com melhor adesão ao tratamento medicamentoso, pois é relatada como uma droga com excelente perfil quanto aos efeitos colaterais, um dos principais fatores responsáveis pela baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

A maioria dos pacientes estava sob tratamento com a associação de dois medicamentos e a mais observada foi a associação da losartana com anlodipino, associação esta reconhecidamente eficaz pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). A associação de mais de dois medicamentos não foi tão observada, provavelmente devido ao fato da maioria dos pacientes encontrar-se na classificação da HAS como leve e moderada. Quanto ao tratamento medicamentoso, muitos pacientes relataram que faziam uso do medicamento somente quando a pressão arterial estava descontrolada e no dia da sessão de hemodiálise não faziam uso, pois ao retirarem líquido na máquina de hemodiálise muitos pacientes cursavam com hipotensão arterial, porém foi verificado que esses mesmos pacientes terminavam a sessão com a pressão arterial elevada.

Em vários casos os medicamentos usados pelos pacientes estavam relacionados às comorbidades associadas como no caso do mononitrato de isossorbida (medicamento com indicação nos casos de angina), do uso de betabloqueadores em pacientes com hipertireoidismo e IAM prévio, do metoprolol em arritmias cardíacas, betabloqueadores seletivos em pacientes com DPOC, pacientes diabéticos em uso dos BRAs e IECA promovendo redução da proteinúria (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010), ou o uso de BRAs nos pacientes com AVE prevenindo a recorrência de eventos vasculares.

Como foi citado anteriormente a adesão ao tratamento é um grande problema, a maioria desses pacientes é de classe social baixa e poucos têm alguma formação escolar, daí a dificuldade no entendimento quanto a posologia e a importância de usar os medicamentos regularmente, mesmo assim a maioria cita que segue o tratamento medicamentoso e não medicamentoso corretamente. Porém, a adesão ao tratamento não medicamentoso foi menor em comparação ao medicamentoso, dado este que concorda com a maioria das pesquisas referentes ao tema.

Os resultados em geral deixaram claro que, embora haja uma certa dificuldade na avaliação correta acerca do diagnóstico inicial de HAS ou IR, a HAS na maioria das vezes é responsável pela evolução para IR, de modo que os trabalhos preventivos para a IR devem recair ainda sobre a prevenção da HAS, cuja incidência parece ter diminuído com as campanhas do Ministério da Saúde bem como com a instituição de programas de acompanhamento como o Hiperdia, que se destina ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SUS .

5 Conclusões

Considerando-se a metodologia utilizada na pesquisa referente à comorbidade HAS/IR pode-se concluir que sua prevalência é maior em pacientes do sexo masculino, com idade superior a 60 anos e negros; o sedentarismo apresenta-se como o fator de risco mais frequente; na maioria dos casos o diagnóstico de hipertensão arterial precede o quadro de insuficiência renal; a maioria dos pacientes ainda apresenta pelo menos mais uma comorbidade, sendo o diabetes tipo II o mais verificado; a maioria dos pacientes apresenta hipertensão leve ou moderada; os principais medicamentos prescritos para o tratamento são os que atuam através da inibição do SRAA, dentre os quais os BRAs são os mais utilizados; a maioria dos pacientes encontra-se sob tratamento com mais de um medicamento; a adesão ao tratamento medicamentoso apresenta-se superior em comparação ao tratamento não medicamentoso.

6 Referências

BONADIMAN, R.L.; BONADIMAN, S.L.; SILVA, D.A. Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de pacientes hipertensos atendidos no PSF Guarita, Itaperuna – RJ. **Acta Biomédica Brasiliensia**, v. 3, n. 1, p. 74-87, 2012.

DANTAS, A.L.N. et al. Aspectos clínicos, epidemiológicos e terapêuticos em um grupo de pacientes hipertensos. **Rev. Pesq. Saúde**, v. 11, n. 2, p. 31-34, 2010.

GOLDRAICH, N.P. **Prevenção das doenças degenerativas crônicas na infância: doenças renais, hipertensão arterial e diabetes**. Sociedade Brasileira de Nefrologia, p. 01, 2006. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Acontece Cientifico/7/ac64.htm> Acesso em 28/03/2012.

GUSMÃO, J.L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens.**, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R.A.P.; MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 3, 2004, p. 525-532.

MALTA, D.C. et al. **Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006**. Ministério da Saúde, Brasília, 2009, p. 337-362.

MORAES, C.E. et al. Preditores da insuficiência renal crônica em pacientes do centro de referência em hipertensão arterial. **Revista da Associação de Medicina Brasileira**, v. 55, n. 3, p. 257-262, 2009.

MOREIRA, L.B. et al. Adesão ao tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 30, n. 2, 2008, p. 113-9.

NOBLAT, C.B. et al. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 83, n.4, p. 308-313, 2004.

NUNES, G.L.S. Avaliação da função renal em pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 14, n. 3, p. 162-166, 2007.

PEREIRA, M. et al. *Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries*. **J. Hypertension**, v. 27, n. 5, p. 963-975, 2009.

RIELLA, M.C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 4 ed., p. 388, 2008.

RODRIGUES, P.C. **Bioestatística**. Niterói: Eduff; 1993.

ROSA, E.C.; TAVARES, A.; RIBEIRO, A.B. Tratamento da hipertensão na doença renal crônica. **Revista da Sociedade de Cardiologia de São Paulo**, v. 17, n. 1, 89 p., 2007.

SHOJI, V.M.; FORJAZ, C.L.M. Treinamento físico da hipertensão. **Rev Soc Cardiol.**, Estado de São Paulo, n. 10, p. 7-14, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.**, 2010, 95(supl.1), p. 1-51.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Previna-se.** Disponível em: <http://www.sbn.org.br/index.php?previna&menu=6> Acesso em 27/03/2012.

ZAITUNE, M.P.A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. **22**, n. 2, p. 285-294, 2006.