

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE: ESTUDO REALIZADO EM CLÍNICA PRIVADA DE NATAL/RN

SUÊNIA SILVA DE MESQUITA XAVIER
GLAUCEA MACIEL DE FARIAS
SAMIRA CELLY L. DE CARVALHO SANTOS
IZAURA LUZIA SILVÉRIO FREIRE
ANA ELZA OLIVEIRA DE MENDONÇA
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil
E-MAIL: sueniamesquita@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônico-degenerativa de elevada prevalência à nível mundial, estando atualmente associada a altas taxas de morbidade e mortalidade na população (SIRIO et al., 2007).

O termo hipertensão ou pressão alta refere-se à constante elevação da pressão nas artérias, que carregam o sangue do coração para o resto do corpo. Esse excesso de força nas paredes das artérias pode danificá-las, restringindo o fluxo sanguíneo para órgãos vitais como coração, rins e cérebro (SMELTEZ; BARE, 2009).

Os hábitos de vida relacionados ao consumo de álcool, exercícios físicos, tabagismo e alimentação são considerados fatores de risco modificáveis e devem ser adequadamente abordados e controlados pelos profissionais de saúde, pacientes e familiares. Pois, são imprescindíveis para alcançar e manter os níveis recomendados de pressão arterial (BRASIL, 2000).

Dentre as doenças cardiovasculares, a HAS é a mais freqüente e comumente associada ao desenvolvimento de complicações como o acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e insuficiência renal crônica (BRASIL, 2000).

A HAS e a função renal estão intimamente relacionadas, podendo a hipertensão ser associada tanto a causa como a consequência de uma Doença Renal Crônica (DRC). Nas formas malignas ou aceleradas, a HAS pode determinar um quadro grave de lesão renal, que pode evoluir com grande freqüência e em pouco tempo para um quadro de Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT) (BORTOLOTTI; PRAXEDES, 2005).

No Brasil, infelizmente os programas de promoção e prevenção aos agravos a saúde, não conseguem abranger todas as camadas da população, e no caso das doenças renais crônicas, se restringem quase que exclusivamente, ao seu estágio mais avançado, quando o paciente necessita de Terapia Renal Substitutiva (TRS) para sobreviver (BATISTA et al., 2005).

As terapias de substituição da função renal são custeadas em 90% dos casos pelo Sistema único de Saúde (SUS), que destinam aproximadamente 10% de seu orçamento para custear as despesas com o tratamento da DRC. Esses custos poderiam ser reduzidos se os programas de prevenção estivessem diagnosticando precocemente e tratando de forma adequada a população hipertensa e diabética que busca a rede básica de saúde (BATISTA et al., 2005).

Diante dessa problemática, este artigo tem como objetivo identificar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica entre pacientes que realizam hemodiálise em uma clínica privada em Natal/RN.

METODOLOGIA

O estudo é do tipo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2002), o estudo exploratório e descritivo tem o objetivo de proporcionar uma visão geral de tipo aproximativo sobre determinado fato, consistindo na análise e descrição de características.

A pesquisa descritiva engloba a pesquisa bibliográfica e/a documental. Neste estudo optamos por uma revisão bibliográfica que segundo Barros e Lehfeld (2000) busca resolver um problema ou adquirir conhecimento a partir das informações advindas do material pesquisado.

O enfoque quantitativo permite uma coleta sistemática de informação numérica, mediante condições de muito controle, analisando essas informações através de estatística (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os dados foram obtidos a partir dos relatórios estatísticos gerados pelo programa NEFRODATA de uma clínica particular em Natal/RN, conveniada ao Sistema único de Saúde (SUS) para o atendimento de pacientes em Terapia Renal Substitutiva.

As informações pesquisadas dizem respeito à ocorrência de hipertensão arterial sistêmica dos 398 pacientes cadastrados e em programa de Hemodiálise (HD), como fator associado ao desenvolvimento de insuficiência renal crônica.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e expostos em tabelas e gráficos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do registro dos 398 pacientes pesquisados, 190 (48,0%) apresentaram HAS como doença de base associada ao desenvolvimento da Insuficiência Renal Crônica Terminal, conforme o Gráfico 1 abaixo:

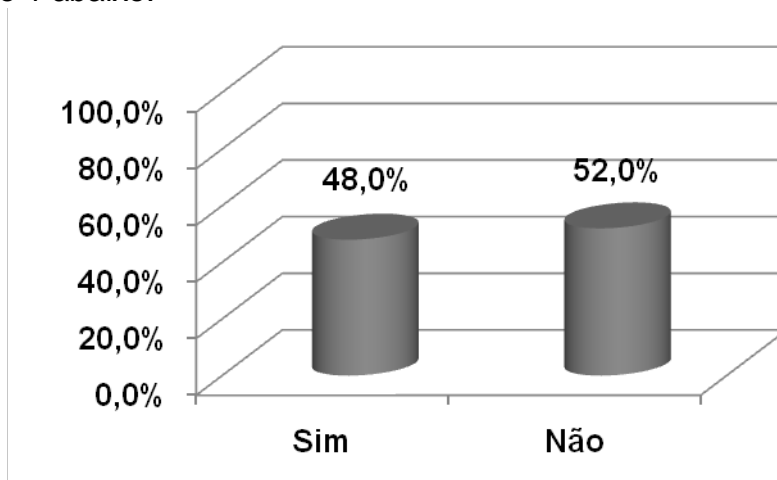


Gráfico 1. Distribuição da Hipertensão Arterial Sistêmica como doença de base associada ao desenvolvimento da Insuficiência Renal Crônica Terminal.

Independentemente da hipertensão arterial sistêmica causar doença renal ou vice-versa, está bem determinado hoje que a HAS é o principal fator para a progressão da doença renal e para o agravamento progressivo da IRC (KAPLAN, 2002).

Segundo dados do Subsistema de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade de Terapia Renal Substitutiva (APAC-TRS), que monitora a doença renal crônica terminal no Brasil, entre os anos de 2000 a 2006, a hipertensão arterial foi a principal causa para da IRCT, contando com 22,0% dos novos casos (MOURA et al., 2009).

Os dados do estudo de Moura et al. (2009) sugerem que a hipertensão e o diabetes são as doenças que mais acometeram os pacientes em TRS. Devendo ser para elas, portanto, que programas preventivos devem ser implementados com maior ênfase.

O principal mecanismo da hipertensão na insuficiência renal crônica é relacionado com a perda progressiva da capacidade renal de excretar sódio, resultando em sobrecarga salina e de volume. Entretanto, outros mecanismos podem estar envolvidos, tais como maior produção de vasoconstritores, como a angiotensina II, diminuição de vasodilatadores, como as prostaglandinas, e alterações na função endotelial com síntese prejudicada do óxido nítrico (KAPLAN, 2002; RITZ; ADAMCZAK; ZEIER, 2003).

Dos 48,0% (190) pacientes que apresentaram HAS associada à IRCT, a faixa etária, o sexo e o tempo no programa de hemodiálise estavam distribuídos segundo a Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da Hipertensão Arterial Sistêmica como doença de base associada ao desenvolvimento da Insuficiência Renal Crônica Terminal, segundo sexo, faixa etária e tempo de hemodiálise.

VARIÁVEIS	HAS associada a IRCT	
	N	%
Sexo		
Feminino	80	42,1
Masculino	110	57,9
Faixa Etária		
≤ 40 anos	47	24,7
De 41 a 60 anos	76	40,0
> 60 anos	67	35,3
Tempo de hemodiálise		
< 1 ano	54	28,4
De 1 ano a 5 anos e 11 meses	90	47,4
≥ 6 anos	46	24,2
Total	190	100,0

Conforme a Tabela 1, com relação ao sexo, os homens apresentam maior percentual (57,9%) de HAS associada à IRCT. No estudo de Moura et al. (2009) foi encontrado dado semelhante, no qual o sexo masculino representava 58,5% dos casos de IRCT causada por hipertensão arterial.

Além disso, Oliveira, Romão e Zatz (2005) também constataram resultados semelhantes, onde os homens foram maioria na ocorrência de insuficiência renal crônica terminal originada pela HAS.

No que diz respeito à idade, percebe-se que as pessoas entre 41 e 60 anos (40,0%) e os idosos (35,3%) foram as faixas etárias que predominaram na pesquisa, concentrando 85,3% dos casos de HAS associada à IRCT.

O estudo de Moura et al. (2009) mostram uma tendência discreta de aumento da incidência em pessoas acima de 65 anos de idade. Esse fenômeno pode estar relacionado ao envelhecimento da população brasileira, maior utilização da terapia renal substitutiva por idosos e redução da mortalidade por outras vasculopatias, como infarto agudo de miocárdio e acidente vascular cerebral.

Em relação ao tempo de hemodiálise dos pacientes com IRCT associada à HAS, 47,4% realizavam a terapia no intervalo compreendido entre 1 a 5 anos e 11 meses. Em pesquisa realizada por Mendonça (2006), quanto ao tempo em HD, em 60,0% dos pacientes é superior a dois anos, em 29,4% situa-se entre os seis meses e dois anos e em 11,8% é inferior a seis meses.

CONCLUSÃO

A partir da pesquisa com pacientes renais em hemodiálise na clínica estudada, conclui-se que, quase metade dos pacientes (48%) tinha a HAS como doença de base associada ao desenvolvimento de IRCT. Destes, a maioria era do sexo masculino (57,9%), com faixa etária entre 41 e 60 anos (40,0%) e com tempo de hemodiálise de 1 ano a 5 anos e 11 meses (47,4%).

Após esses achados, pode-se inferir que a hipertensão arterial é uma doença crônica de alto risco para o desenvolvimento de IRC e a população parece não estar recebendo o tratamento adequado nas unidades básicas de saúde para viabilizar a detecção precoce e controlar o avanço da doença, tornando-se assim susceptíveis a falência funcional renal por controle inadequado dos níveis pressóricos.

Os gestores públicos, profissionais de saúde e a sociedade em geral precisam despertar para a necessidade de estabelecer medidas que visem à promoção, prevenção e recuperação da saúde, estimulando o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis e destinando maior atenção às ações educativas e preventivas que as curativas, minimizando assim o avanço das doenças crônico-degenerativas em nosso país e suas imensuráveis consequências.

REFERÊNCIAS

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica**. 2. Ed. ampliada. São Paulo: Pearson educativa do Brasil, 2000.

BATISTA, M. C. R. et al. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. **Nutrição**, v. 18, n. 2, mar./abr. 2005.

BORTOLOTTI, L. A.; PRAXEDES, J. N. Hipertensão secundária. In: NOBRE, F.; SERRAMO

JUNIOR, C. V. **Tratado de cardiologia SOCESP**. São Paulo: Manole, 2005, cap. 9.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Urgências e emergências maternas**. Brasília: FEBRASGO ABENFO, 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

KAPLAN, N. M. **Clinical hypertension**. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 2002.

MOURA, L. et al. Monitoramento da doença renal crônica terminal pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – Apac – Brasil, 2000 a 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 18, n. 2, p. 121-31, abr./jun. 2009

OLIVEIRA, M. B.; ROMÃO, J. E; ZATZ, R. End-stage renal disease in Brazil: epidemiology, prevention, and treatment. **Kidney International**, v. 97, supl. 1, p. 82-6, 2005.

PINHEIRO, L. et al. Estudo retrospectivo de problemas assistenciais de doentes sob hemodiálise num Serviço de Medicina Interna. **Medicina Interna**, v 10, n. 1, p. 13-22, 2003.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porta Alegre: Artmed, 2004.

RITZ, E.; ADAMCZAK, M.; ZEIER, M. Kidney and hypertension – Causes. **Herz**, v. 28, p. 663-7, 2003.

SIRIO, M. A. O. et al. Estudo dos determinantes clínicos e epidemiológicos das concentrações de sódio e potássio no colostro de nutrizes hipertensas e normotensas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 9, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 07 maio 2009.

SMELTEZ, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. v. 1. 11. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2009.

AUTOR PRINCIPAL: SUÊNIA SILVA DE MESQUITA XAVIER, enfermeira assistencial da NEFRON Clínica Ltda, especialista em nefrologia. Endereço: Rua Aeroporto de Alcântara, nº405 – conj. Águas Claras, Parnamirin, RN. CEP 59.149-363. Tel. (84) 3643-3028, (84) 8876-7628. E-mail: sueniamesquita@yahoo.com.br

Co - autores:

GLAUCEA MACIEL DE FARIAS: glauceamaciel@gmail.com

SAMIRA CELLY L. DE CARVALHO SANTOS: samiracelly@yahoo.com.br

IZAURA LUZIA SILVÉRIO FREIRE: izaurafreire@hotmail.com

ANA ELZA OLIVEIRA DE MENDONÇA: a.elza@uol.com.br