

Doenças Crônicas e Infectocontagiosas na Atenção Básica

**Marina Casagrande do Canto
(Organizadora)**

Atena
Editora
Ano 2019



Doenças Crônicas e Infectocontagiosas na Atenção Básica

**Marina Casagrande do Canto
(Organizadora)**

Atena
Editora
Ano 2019



2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Karine de Lima
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof^a Dr^a Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Faria – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof^a Dr^a Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof^a Dr^a Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^a Dr^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
D651	<p>Doenças crônicas e infectocontagiosas na atenção básica [recurso eletrônico] / Organizadora Marina Casagrande do Canto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-851-9 DOI 10.22533/at.ed.519192312</p> <p>1. Assistência à saúde – Brasil. 2. Doenças transmissíveis – Prevenção. I. Canto, Marina Casagrande do.</p> <p style="text-align: right;">CDD 614.5</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Doenças Crônicas e Infectocontagiosas na Atenção Básica” é uma obra que tem como foco principal a discussão científica por intermédio de trabalhos diversos que compõe seus capítulos. O volume abordará de forma categorizada e interdisciplinar trabalhos, pesquisas, relatos de casos e/ou revisões que transitam nos vários caminhos da saúde pública e saúde coletiva.

O objetivo central foi apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa do país. Em todos esses trabalhos a linha condutora foi o aspecto relacionado ao atendimento do paciente com doença crônica e infectocontagiosa na unidade básica de saúde como a Hipertensão Arterial, Hepatite Alcoólica, Febre Maculosa, Alzheimer, Aids, entre outros. A cronicidade das doenças assim como as doenças de contágio no meio familiar são fatores preocupante para a saúde pública nos últimos anos com o aumento da prevalência das mesmas. Este aumento do número de casos se dá por diversos fatores que devem ser discutidos e caracterizados e se possível prevenidos pela gestão de saúde.

Temas diversos e interessantes são, deste modo, discutidos aqui com a proposta de fundamentar o conhecimento de acadêmicos, mestres e todos aqueles que de alguma forma se interessam pela saúde preventiva e de atenção básica. Possuir um material que demonstre evolução de diferentes enfermidades de forma temporal com dados substanciais de regiões específicas do país é muito relevante, assim como abordar temas atuais e de interesse acadêmico.

Deste modo a obra Saúde Pública e Saúde Coletiva apresenta uma teoria bem fundamentada nos resultados científicos da literatura em uma abordagem prática obtidos pelos diversos professores e acadêmicos que desenvolveram seus trabalhos que aqui serão apresentados de maneira concisa e didática. Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marina Casagrande do Canto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO ACESSO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS A UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	
Edenilson Cavalcante Santos Jória Viana Guerreiro Nemório Rodrigues Alves Hugo Ricardo Torres da Silva Eclésio Cavalcante Santos Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes	
DOI 10.22533/at.ed.5191923121	
CAPÍTULO 2	14
ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA DOENÇA RENAL CRÔNICA	
Márcia Andréa da Silva Carvalho Sombra Marcela Napoleão de Oliveira Jaciera Simões Benevides Anaiara Lucena Queiroz	
DOI 10.22533/at.ed.5191923122	
CAPÍTULO 3	26
ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM PACIENTES DO PROGRAMA HIPERTENSÃO EM COMUNIDADE QUILOMBOLA NO AMAPÁ	
Thamilly Joaquina Picanço da Silva Wingred Lobato Gonçalves Karoline Sampaio da Silva Helielson Medeiros dos Santos Jéssica Monteiro Cunha Darliane Alves da Silva Maira Beatrine da Rocha Uchôa Marlucilena Pinheiro da Silva Rubens Alex de Oliveira Menezes	
DOI 10.22533/at.ed.5191923123	
CAPÍTULO 4	32
EFEITO DA ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA NERVOSA TRANSCUTÂNEA EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA	
Francis Igor Ribeiro da Silva Diego Figueiredo Nóbrega Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa Rodrigo Neves Silva Kristiana Cerqueira Mousinho Tâminez de Azevedo Farias Cláudia Vivian de Oliveira Sylvia Marques da Silva Renata Marinho de Albuquerque Natanael Barbosa dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.5191923124	

CAPÍTULO 5 46

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE ENVELHECER EM COMUNIDADE QUILOMBOLA NO SUDOESTE DO AMAPÁ

Thamilly Joaquina Picanço da Silva
Wingred Lobato Gonçalves
Karoline Sampaio da Silva
Helielson Medeiros dos Santos
Jéssica Monteiro Cunha
Darliane Alves da Silva
Maira Beatrine da Rocha Uchôa
Marlucilena Pinheiro da Silva
Rubens Alex de Oliveira Menezes

DOI 10.22533/at.ed.5191923125

CAPÍTULO 6 52

O ALZHEIMER COMO UM DESAFIO AOS SISTEMAS DE SAÚDE, FRENTE A CRESCENTE EXPECTATIVA DE VIDA, E O MEEM COMO FERRAMENTA NO RASTREIO DE DEMÊNCIAS.

Geórgia Maria Viero
Cirano Gautier dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.5191923126

CAPÍTULO 7 60

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA HEPATITE ALCOÓLICA ATRAVÉS DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE DATASUS

Gabriel Santiago da Hora
Maria Lúcia de Mendonça Sandes
João Paulo Bezerra Silva

DOI 10.22533/at.ed.5191923127

CAPÍTULO 8 67

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS DA FEBRE MACULOSA

Arian Santos Figueiredo
Myrna Marcionila Xenofonte Rodrigues
Yuri Mota do Nascimento
Metton Ribeiro Lopes e Silva
Maria do Socorro Vieira Gadelha

DOI 10.22533/at.ed.5191923128

CAPÍTULO 9 81

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE FEBRE DE CHIKUNGUNYA E ESCARLATINA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Letícia Almeida de Assunção
Angélica Menezes Bessa Oliveira
Luiz Euclides Coelho de Souza Filho
Gabriela de Nazaré e Silva Dias
Adrielly Sena Cunha
Kellen Chrislene Campos Vieira
Jonas Melo de Matos Junior
Annela Isabell Santos da Silva
Brenna Marcela Evangelista Baltazar
Alda Lima Lemos
Weslley do Vale Maia
Vitor Vila Real Santos
Raphael Resende Gustavo Galvão
Geovana do Rosário Ribeiro
Alinne Larissa de Almeida Matos
Patrick Nascimento Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.5191923129

CAPÍTULO 10 88

PESSOAS CONVIVENDO COM HIV/AIDS: PERFIL CLÍNICO SÓCIO DEMOGRÁFICO DE COINFECTADOS POR TOXOPLASMOSE EM UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA.

Francisco das Chagas Araújo Sousa
Francisco Costa
Weryk Manoel Araujo Leite
Flavio Ribeiro Alves
Renan Paraguassu de Sá Rodrigues
Laecio da Silva Moura
Andrezza Braga Soares da Silva
Kelvin Ramon da Silva Leitão
Maria Angélica Parentes da Silva Barbosa
Luis Alberto de Sousa Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.51919231210

CAPÍTULO 11 99

AVALIAÇÕES ANTROPOMÉTRICAS, PERFIL HEMATOLÓGICO E BIOQUÍMICO DE UMA POPULAÇÃO ESCOLAR DO DISTRITO FEDERAL, BRASIL

Antônio Augusto Fidalgo-Neto
Iriani Rodrigues Maldonade
Rafael da Silva Affonso
Iully Mikaelly Pereira Sales
Alessandro Abreu dos Santos
Leandro Júnior Barreto dos Reis
Eleuza Rodrigues Machado

DOI 10.22533/at.ed.51919231211

CAPÍTULO 12 111

REPERCUSSÕES DA DOENÇA CRÔNICA INFANTO-JUVENIL NA FAMÍLIA E INSTRUMENTOS DE CUIDADO

Gisele Weissheimer
Fernanda Cassanho Teodoro
Vanessa Ferreira de Lima
Verônica de Azevedo Mazza
Sara Rocha de Souza

DOI 10.22533/at.ed.51919231212

SOBRE A ORGANIZADORA..... 122

ÍNDICE REMISSIVO 123

ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Márcia Andréa da Silva Carvalho Sombra

Centro Universitário Christus – Unichristus,
Faculdade de Medicina
Fortaleza – CE

Marcela Napoleão de Oliveira

Centro Universitário Christus – Unichristus,
Faculdade de Medicina
Fortaleza – CE

Jaciara Simões Benevides

Centro Universitário Christus – Unichristus,
Faculdade de Medicina
Fortaleza – CE

Anaiara Lucena Queiroz

Centro Universitário Christus – Unichristus,
Faculdade de Medicina
Fortaleza – CE

RESUMO: Doença Renal Crônica (DRC) é definida como a diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) abaixo de 60 ml/min/1,73m², e/ou presença de lesão renal determinada pela proteinúria/dano estrutural, com duração acima de 3 meses. No Brasil, a prevalência da DRC é de 8,9% na população adulta, 3 a 6 milhões de adultos teriam a doença. A taxa anual de crescimento da DRC no estágio terminal é de 3,6% ao ano. A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para o desencadeamento e/ou progressão da DRC, sendo que a prevalência desta complicação

em pacientes dialisados encontra-se em torno de 60 a 80%. A principal ação para retardar a progressão da DRC é o controle rigoroso da pressão arterial mediante o uso de anti-hipertensivos. Essa revisão de literatura teve como objetivo abordar o controle da hipertensão arterial sistêmica na doença renal crônica. Trata-se de um estudo de revisão realizado de junho a agosto de 2018 através de publicações de periódicos indexados (MEDLINE, LILACS, SciELO e PubMed). Conclui-se que o controle da HAS depende de uma soma de estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Os iECAs e os BRAs são drogas de escolha por reduzirem a albuminúria e controlar a pressão na DRC. A manutenção de uma intervenção farmacêutica associado a MAPA de 24 h, aumenta o grau de controle da pressão arterial e promove uma redução da progressão da doença renal crônica.

PALAVRAS-CHAVE: Revisão Sistemática, Hipertensão, Doença Renal Crônica, Anti-hipertensivos.

APPROACH TO SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION IN CHRONIC KIDNEY DISEASE

ABSTRACT: Chronic Kidney Disease (CKD) is defined as a decrease in Glomerular Filtration Rate (GFR) below 60 ml / min / 1.73m², and / or presence of renal injury determined by proteinuria / structural damage lasting more

than 3 months. In Brazil, the prevalence of CKD is 8.9% in the adult population, 3 to 6 million adults would have the disease. The annual growth rate of terminal stage CKD is 3.6% per year. Hypertension is one of the main risk factors for the onset and / or progression of CKD, and the prevalence of this complication in dialysed patients is around 60 to 80%. The main action to slow the progression of CKD is the strict control of blood pressure through the use of antihypertensives. This literature review aimed to address the control of systemic arterial hypertension in chronic kidney disease. This is a review study conducted from June to August 2018 through publications of indexed journals (MEDLINE, LILACS, SciELO and PubMed). It is concluded that hypertension control depends on a sum of pharmacological and non-pharmacological strategies. IECAs and BRAs are drugs of choice because they reduce albuminuria and control CKD pressure. Maintaining Ambulatory Blood Pressure 24H associated Monitoring pharmaceutical intervention increases the degree of blood pressure control and promotes a reduction in the progression of chronic kidney disease.

KEYWORDS: Systematic Review, Hypertension, Chronic Kidney Disease, Antihypertensives.

1 | A DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)

A DRC é definida como a presença de alterações estruturais ou da função dos rins, por um período maior que três meses, e com implicações na saúde do indivíduo. Essa doença é insidiosa e evolui ao longo de meses ou anos, de modo que o organismo passa a apresentar os sinais clínicos perceptíveis desta doença quando há falência de 70% dos néfrons. Ela tem aumentado de forma epidêmica em todo o mundo, sobretudo em função do aumento global na prevalência das principais causas de DRC, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade (OLIVEIRA JUNIOR et, al. 2015).

A função renal é avaliada pela taxa de filtração glomerular (TFG) e a sua diminuição é evidenciada na DRC, associada à perda das funções regulatórias, excretórias e endócrinas do rim. *Kidney Disease: Improving Global Outcomes, KDIGO 2013*, classifica a DRC em seis estágios com base na TFG e nos níveis de albuminúria

FIGURA 1: Fase (1) função renal normal ou elevada, TFG ≥ 90 mL/min/1,73m²; Fase (2), estágio de redução leve com TFG que fica entre 60 e 89 mL/min/1,73m²; Fase (3a) estágio de redução leve a moderada com TFG entre 45 a 59 mL/min/1,73m²; (3b) estágio moderado a grave com TFG 30 a 44 mL/min/1,73m²; Fase (4) estágio severo com TFG 15 a 29 mL/min/1,73m²; nessa fase ocorre presença de sinais e sintomas marcados de uremia, tais como sintomas digestivos, fraqueza, mal-estar, anemia, edema e hipertensão arterial. Fase (5) TFG menor do que 15 mL/min/1,73m², fase terminal da doença renal crônica, nesse estágio o rim torna-se incapaz de regular o meio interno e configura-se perda significativa da função renal, incompatível com a vida.

A mortalidade de doentes renais é superior em números absolutos à maioria

das seguintes neoplasias: colo de útero, colón/reto, próstata e mama; e próximo a de câncer de estômago. Portanto, a DRC é considerada um problema de saúde pública em todo o mundo (PEREIRA et al., 2015), e, se diagnosticada precocemente, e com condutas terapêuticas apropriadas, serão reduzidos os custos e o sofrimento dos pacientes (SOARES et al., 2017).

				Estágios de albuminúria persistente (mg/g)		
				A1	A2	A3
				Normal a levemente aumentada	Moderadamente aumentada	Severamente aumentada
				< 30	30-300	> 300
Estágios de TFG (ml/min/1,73 m ²)	1	Normal ou elevada	≥ 90	-	Monitorar	Encaminhar
	2	Redução leve	60-89	-	Monitorar	Encaminhar
	3a	Redução leve a moderada	45-59	Monitorar	Monitorar	Encaminhar
	3b	Redução moderada a grave	30-44	Monitorar	Monitorar	Encaminhar
	4	Redução severa	15-29	Encaminhar	Encaminhar	Encaminhar
5	Falência renal	< 15	Encaminhar	Encaminhar	Encaminhar	

FIGURA 1. Estágios da Taxa de Filtração Glomerular e albuminúria na DRC.

1.1 Aspectos clínicos e diagnóstico da DRC

A DRC é uma doença que, quando instalada, costuma produzir sintomas tardiamente, em estágios avançados da doença. Dessa forma, até que os sintomas se façam presentes o paciente costuma ter tido significativa perda da função renal e/ou presença de lesão parenquimatosa (BRITO, et al., 2016; DALLACOSTA et al., 2017; PINHO et al., 2015). Isso evidencia a grande capacidade de compensação apresentada pelo sistema renal (MEDEIROS et al., 2014).

Os recursos diagnósticos utilizados para identificar o paciente com DRC são a TFG, o exame sumário de urina (EAS) e um exame de imagem, preferencialmente a ultrassonografia dos rins e vias urinárias. Atualmente, a medida da TFG, ou seja, depuração ou clearance de creatinina, é considerada uma excelente maneira de avaliar a função renal (BRITO et al., 2016; DALLACOSTA et al., 2017). Para calcular a TFG, deve-se utilizar fórmulas baseadas na creatinina sérica, recomenda-se o uso de uma das duas fórmulas: a MDRD simplificada ou CKD-EPI, sendo que a CKD-EPI é fórmula mais indicada pela Sociedade Brasileira de Nefrologia devido uma melhor fidedignidade nos valores. Todos os pacientes que se encontram no grupo de risco para a DRC devem dosar a creatinina sérica e ter a sua TFG estimada (BRITO et al., 2016).

As alterações renais parenquimatosas devem ser pesquisadas através do exame sumário de urina (EAS) ou da pesquisa de albuminúria, que é a presença de albumina na urina. Nos pacientes diabéticos e hipertensos com EAS mostrando ausência de proteinúria, está indicada a pesquisa de albuminúria em amostra isolada de urina corrigida pela creatininúria, a Relação Albuminúria Creatininúria (RAC). (Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014).

A quantificação da proteinúria ou albuminúria é importante no diagnóstico,

indicação terapêutica e prognóstico da doença renal. Quanto maior for a proteinúria mais rápida é a perda de função renal. Os resultados devem ser expressos em albuminúria por creatininúria sendo considerados valores normais abaixo de 30mg de albumina/grama de creatinina. Valores entre 30 e 300mg/g definem microalbuminúria e maiores que 300 macroalbuminúria. Vale ressaltar, a avaliação de proteinúria em volume de urina de 24 horas é considerada o padrão ouro para a quantificação de albuminúria. A presença de microalbuminúria é fator de risco para o desenvolvimento de doença renal progressiva em pacientes diabéticos e em pacientes hipertensos. Albuminúrias superiores a 500-1000mg/g podem ser acompanhadas por quantificação de proteinúria (MENDES e BREGMAN, 2010).

A presença de proteinúria, independentemente do estágio da DRC, implica pior prognóstico, sendo um fator de risco independente; a sua redução resulta em menor declínio da TFG, bem como se associa a uma redução de eventos cardiovasculares de 15% a 37%. Estudos de metanálises evidenciaram que a função renal e albuminúria se associaram a várias causas de mortalidade. A associação entre albuminúria e mortalidade foi linear (MENDES e BREGMAN, 2010).

No que se refere aos sintomas, a manifestação clínica tem início quando há comprometimento superior a 50% da função renal. A medida que a doença evolui, diversos sintomas relacionados a funções de outros órgãos do corpo podem começar a aparecer, a depender do grau de avanço, como náusea, anorexia, prurido, fadiga, ascite, anemia, oligúria, anúria, poliúria. Em fases avançadas, todos os órgãos e tecidos são acometidos devido à alta concentração de substâncias tóxicas, provocando hipertensão, anasarca, insuficiência respiratória, pericardite, podendo, ainda, evoluir para quadro comatoso (PEREIRA et al., 2014; MEDEIROS et al., 2014).

O aumento da sobrevida dos pacientes com DRC tem repercutido em nossa sociedade atual e cada vez existe uma maior procura destes pacientes por tratamentos, exigindo que os profissionais de saúde compreendam melhor essa patologia bem como suas implicações. O objetivo desse artigo foi revisar as evidências científicas referentes à associação da terapia anti-hipertensiva em pacientes com doença renal crônica, discutindo suas implicações e protocolos clínicos necessários para um tratamento seguro e eficaz. Esse estudo foi realizado de junho a agosto de 2018, através de pesquisas em periódicos indexados (MEDLINE, LILACS, SciELO e PubMed) no período de 2008 a 2018. Utilizou-se como estratégia de busca no MEDLINE/PubMed os termos: (“kidney failure, chronic”[Mesh], “hemodialysis”[Mesh]), “arterial hypertension”[Mesh] e “antihypertensive therapy”[Mesh] restringindo-se a busca para ensaios clínicos, metanálises e revisões sistemáticas publicados nos últimos 10 anos. Utilizou-se também a ferramenta “related articles” com vistas a localizar outros estudos relevantes.

2 | HIPERTENSÃO ARTERIAL E ABORDAGEM TERAPÊUTICA NA DRC

A hipertensão arterial (HA) é definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e doença renal crônica (WEBER; SCHIFFRIN; WHITE, 2014).

A HAS concomitante com outras comorbidades é um fator deletério para o prognóstico dos pacientes renais crônicos devido ao aumento da injúria glomerular (PINHO, 2015). Os principais mecanismos envolvidos na gênese da hipertensão arterial no doente renal crônico são sobrecarga de sódio e de volume, devido o manuseio deficiente do sódio e do volume extracelular (VEC) e a ativação inapropriada do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), além de outros fatores como hiperatividade simpática, disfunção endotelial, o acúmulo de substâncias vasoconstritoras, produção insuficiente de vasodilatadores, uso crônico de anti-inflamatórios não esteróides (AINES), além da ausência da habitual queda pressórica durante o sono, que, na maioria dos indivíduos com doença renal crônica, pode contribuir como um fator adicional para complicações cardiovasculares (CV) (AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY, 2017).

A elevada pressão afeta a função renal por dois mecanismos. O primeiro é a diminuição do fluxo sanguíneo renal e o segundo seria pelo edema intersticial renal ocasionado pela congestão. A diminuição do fluxo sanguíneo renal é influenciada pela diferença entre a pressão arterial (PA) e a pressão venosa, de modo que, com o aumento da pressão venosa, essa alteração reduz e compromete o fluxo sanguíneo renal. O segundo mecanismo ocorre devido os rins serem envolvidos por uma cápsula pouco complacente, e a presença do edema intersticial renal ocasionado pela congestão, promove um aumento na pressão do parênquima renal que resulta no aumento da pressão tubular renal contrapondo a pressão da filtração glomerular, provocando assim uma redução da taxa de filtração glomerular, afetando o funcionamento do sistema renal (MARTINS, 2017).

A presença de HAS no doente renal crônico aumenta o risco cardiovascular (RCV) global. Diante disso, a redução pressórica constitui a medida mais eficaz para redução de tal risco e atenuação da progressão do dano renal. Atenção especial deve ser dada a pacientes com albuminúria elevada, pois é um determinante de evolução desfavorável da doença renal bem como de aumento do RCV (UPADHYAY, A., et al., 2011).

Segundo Oliveira et al., 2013, o RCV também está aumentado nos portadores de DRC, muito mais que na população normal, pela presença de calcificação vascular, processo patológico complexo, que trata não só da precipitação local de cálcio e de fosfato na parede do vaso, mas também de um processo regulado e mediado por

células, que está sob o controle de proteínas tanto inibitórias quanto estimulantes e de fatores não peptídicos. Este equilíbrio fisiológico normal é perturbado pela DRC, favorecendo o início e a progressão da calcificação vascular em paralelo à diminuição progressiva da função renal (TEMMAR et al., 2010).

Diante do exposto, a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2016 sugere a adoção das metas pressóricas para pacientes em tratamento conservador da HAS, de acordo com a etiologia da doença renal e com a excreção urinária de albumina, com objetivo de melhorar a qualidade de vida do portador de DRC, vide Tabela 1.

	ALBUMINÚRIA < 30 mg/24horas	ALBUMINÚRIA > 30 mg/24horas
DRC não diabética	< 140/90 mmHg	< 130/80 mmHg
Fármaco preferencial	Qualquer	IECA OU BRA
DRC diabética	< 130/80 mmHg	< 130/80 mmHg
Fármaco preferencial	Qualquer	IECA OU BRA

Tabela 1. Metas pressóricas para pacientes em tratamento conservador da HAS na DRC

DRC: doença renal crônica; IECA: inibidor da enzima conversora da angiotensina; BRA: bloqueador dos receptores da angiotensina II. Fonte: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, Arq. Bras. Cardiol. 2016.

De modo geral, recomendam-se valores pressóricos inferiores a 130/80 mmHg, especialmente naqueles com albuminúria acima de 30 mg/g de creatinina e em diabéticos. Nesses, a manutenção de PA inferior a 130/80 mmHg reduz a albuminúria e o risco de acidente vascular encefálico (AVE), porém sem evidência de diminuição de evento CV e mortalidade. Permanece, contudo, incerto se a redução pressórica para esses valores se associa à melhor evolução da DRC e à redução de mortalidade (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

O tratamento anti-hipertensivo na DRC tem como objetivos reduzir a pressão arterial e o risco cardiovascular, reduzir o ritmo de progressão da doença renal em pacientes com hipertensão e sem hipertensão. O tratamento também deverá ser coordenado com outras terapêuticas como medidas dietéticas e mudanças de estilo de vida. A recomendação de estilo de vida para redução do RCV é a prática de atividade física (30 minutos diário, todos dos dias da semana), redução do consumo de sal (não passar de 2 g diário), abandono do álcool e do fumo e uma redução do IMC >25 kg/m² e mantê-lo < 25 kg/m² até 65 anos, após 65 anos manter IMC < 27 kg/m² (OLIVEIRA et al., 2013).

O tratamento do portador de DRC deve ser individualizado, tendo-se em mente a causa da DRC e a presença de doença cardiovascular preexistente. O tratamento anti-hipertensivo desses pacientes deve visar não apenas a redução da PA, mas também a redução da proteinúria (PEREIRA et al., 2015).

Apesar das diferentes abordagens das diretrizes, os fármacos usados prioritariamente no tratamento da hipertensão em pacientes renais crônicos são os

diuréticos tiazídicos, bloqueadores de canais cálcio (BCC), inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) e os bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA). Um aspecto polêmico refere-se ao bloqueio duplo do SRAA, mediante a combinação de IECA com BRA ou de um inibidor de renina com IECA ou BRA que resultando em maior ocorrência de lesão renal aguda e de hiperpotassemia, que levou a proscrição dessa estratégia da prática nefrológica. Contudo, os BCC são eficazes, em especial para uso combinado com IECA ou BRA, associando-se a redução de eventos cardiovasculares. Vale ressaltar, que os diuréticos (DIU) tiazídicos continuam recomendados, por serem eficazes nos estágios 1, 2 e 3 da DRC, enquanto os DIU de alça são preconizados para os estágios 4 e 5. Essa classe de fármacos reduz a morbimortalidade e os eventos cardiovasculares, sendo considerada de escolha para associação em DRC. Os IECA ou BRA são fármacos largamente utilizados em DRC, sendo eficazes para o controle da HA bem como para a redução da albuminúria (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

2.1 Diuréticos

Tendo-se em mente que a hipervolemia é um importante determinante da elevação da PA nos pacientes com DRC, os diuréticos devem ser incluídos na maioria dos esquemas anti-hipertensivos, pois eles reduzem a pressão arterial sobretudo ao produzirem depleção das reservas corporais de sódio. Após quatro a seis semanas de uso, o volume circulante praticamente se normaliza e ocorre redução da resistência vascular periférica (RVP), reduzindo PA e diminuindo a morbimortalidade CV. Aqueles que não devem aderir a esse tratamento são os pacientes com doença túbulo-intersticial. Inicialmente, os diuréticos reduzem a pressão arterial ao diminuírem o volume sanguíneo e o débito cardíaco. Estes atuam inibindo a reabsorção de sódio ao nível dos túbulos renais. Os diuréticos tiazídicos mostram-se apropriados para a maioria dos pacientes com hipertensão leve ou moderada e com normalidade de funções cardíaca e renal enquanto os diuréticos poupadores de potássio (espironolactona e amilorida) não devem ser utilizados principalmente em pacientes com DRC e diabetes mellitus pelo risco da hiperpotassemia. Já os DIU de alça (furosemida e bumetanida) devem ser usados nos casos de insuficiência renal (creatinina > 2,0 mg/dl ou RFG calculado < 30 ml/min/1,73m²) e situações de edema, IC ou insuficiência renal (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016; MANN et al., 2017).

2.2 Bloqueadores de Cálcio

Os bloqueadores de canal cálcio (BCC) reduzem a resistência periférica e a pressão arterial pelo mecanismo de inibição do influxo de cálcio nas células musculares lisas arteriais. Possuem efeitos atianginosos e antiarrítmicos. Esses fármacos são muito utilizados nos pacientes com doença renal, pois não possuem efeitos metabólicos adversos. Estes agentes têm bom efeito hipotensor e habitualmente são eficazes, em

especial para uso combinado com IECA ou BRA, associando-se a redução de eventos cardiovasculares.

Atrelado a isso, os BCC não-dihidropirimidínicos são bem-sucedidos na diminuição da proteinúria em pacientes com DRC secundária a nefropatia diabética. Porém, podem agravar a proteinúria nos doentes renais crônicos, diabéticos e não-diabéticos. Vale ressaltar, ainda, que os dihidropirimidínicos evidenciaram menos efetividade que outras classes de drogas em reduzir a progressão da doença renal, apesar de uma propensão ao seu uso por serem isentos de efeito depressor do miocárdio, condição de gravidade nos pacientes com DRC hipervolêmicos. Nesse contexto, em pacientes com DRC e proteinúria, recomenda-se o uso dos BCC dihidropirimidínicos apenas se associados a um IECA ou BRA (PEREIRA et al., 2015).

2.3 Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA)

Quando a pressão arterial do doente renal está controlada, os inibidores do sistema renina-angiotensina (RAS), inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) e bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA) são mais eficazes que outros anti-hipertensivos na redução da proteinúria e na diminuição da progressão da taxa da doença renal crônica, reduzindo a progressão da falência renal, independentemente da etiologia ou do estágio evolutivo. A proteinúria tem uma redução ainda mais significativa quando os inibidores da ECA são associados aos BRAs. Vale ressaltar que os inibidores da ECA e os BRAs são mais eficazes do que as outras classes anti-hipertensivas, essencialmente na nefropatia diabética, assim como em hipertensos não diabéticos (BORTOLOTTI, 2008).

Os inibidores da ECA costumam agir diretamente na redução da excreção de proteínas de pacientes, de 30 a 35%, com DRC portadores ou não de diabetes mellitus. O efeito antiproteinúrico é mais notável em pacientes que estão com baixa ingestão de sódio ou que estão em tratamento com diuréticos, visto que a diminuição relativa do volume resulta em maior dependência da angiotensina II da microcirculação glomerular. Tal efeito antiproteinúrico é compatível com uma maior queda na pressão intraglomerular, o que foi demonstrado em modelos animais de DRC proteinúrica, sendo mediado, em parte, pela dilatação de ambas as arteríolas glomerulares eferentes e aferentes, em vez de apenas as arteríolas aferentes, como ocorre com outras classes de drogas anti-hipertensivas (MANN et al., 2017).

Alguns estudos baseados em dados experimentais sugerem que a destruição de parte dos néfrons pela DRC acarreta adaptações nas unidades saudáveis, como sobrecarga hemodinâmica e funcional, com conseqüente esclerose glomerular e fibrose intersticial. Nesse contexto, os inibidores da ECA podem atuar diminuindo a repercussão proliferativa da angiotensina II sobre os glomérulos e os vasos renais e sistêmicos, sendo esta a atuação direta, ou por meio da disponibilização de citocinas,

como TGF β e PDGF, sendo possível, também evitar a fibrose intersticial e glomerular (BORTOLOTTI, 2008).

2.4 Betabloqueadores

Os betabloqueadores (BB) são bastantes benéficos e podem também ser utilizados com certa segurança nos pacientes com DRC, tanto pelo seu efeito anti-hipertensor quanto pelo seu efeito cardioprotetor. A inibição do sistema nervoso simpático (SNS) se caracteriza como o mecanismo de ação principal para o controle da PA, visto que pacientes com DRC apresentam atividade aumentada do SNS. Levando-se em conta que eles obtêm a secreção de renina, os efeitos colaterais e o e os cuidados relativos devem ser similares aos aplicados aos inibidores de ECA e aos BRAs. Sabe-se, também, que os BB têm pouco ou nenhum efeito sobre a excreção de proteínas (MANN et al., 2017).

Ademais, os alfa-bloqueadores e os inibidores adrenérgicos de ação central são medicamentos que podem ser utilizados, alternativamente, em associação com outras classes de anti-hipertensivos. Atrelado a isso, os agonistas alfa-adrenérgicos centrais são fármacos com destaque no tratamento de HA de difícil controle, devido sua estimulação simpática na patogenia da HA em tais pacientes, reduzindo a ação do sistema nervoso simpático (SNS) e a PA (FARIA, 2012).

2.5 Outros anti-hipertensivos na hipertensão arterial na DRC

Os agentes alfa-agonistas de ação central agem através do estímulo dos receptores α_2 que estão envolvidos nos mecanismos simpatoinibitórios. Os efeitos bem definidos dessa classe são: diminuição da atividade simpática e do reflexo dos barorreceptores, contribuindo para bradicardia relativa e a hipotensão notada em ortostatismo; discreta diminuição na RVP e no débito cardíaco; redução nos níveis plasmáticos de renina e retenção de fluidos. São representantes desse grupo: metildopa, clonidina, guanabenz e os inibidores dos receptores imidazolínicos (moxonidina e rilmenidina).

Já os vasodilatadores de ação direta são medicamentos que atuam diretamente relaxando a musculatura lisa arterial, levando a redução da RVP controlando assim os níveis pressóricos. Os fármacos que representam essa classe são hidralazina e minoxidil (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

3 | MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL NA DRC

Alguns fatores podem alterar a verdadeira PA do paciente, como quando medida no contexto da hemodiálise (HD), seja antes, durante ou depois, seja em momentos de hipertensão noturna, seja pelo “jaleco branco”. A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) se mostra o padrão-ouro no acompanhamento da HAS no tratamento

da DRC, sendo muito efetiva no que se refere a indicar parâmetros anormais de PA associados a dificuldade de controle (ZOCCALI et al, 2015).

Estudos realizados na China concretizaram a MAPA como o melhor método não só de controle pressórico, mas de diagnóstico. Numa amostra de normotensos, foi identificado cerca de 40% dessa amostra como hipertensão mascarada. Esse dado se mostra com significativa importância pois a hipertensão mascarada tem um maior grau de gravidade em pacientes com DRC terminal, sendo a maior parte destes pacientes dialíticos. Nesse contexto, a aderência tanto pelos médicos quanto pelos pacientes com DRC à MAPA é condição indispensável para diagnóstico da HA, escolha do tratamento adequado, constatação da efetividade do tratamento escolhido, percepção acerca da necessidade de ajuste de dose das medicações e, assim, ser possível fornecer ao paciente uma terapêutica e um acompanhamento de acordo com suas necessidades. (ZOCCALI et al., 2015).

4 | CONCLUSÃO

Considerando o resultado desta revisão de literatura, podemos verificar a elevada prevalência de HAS nos pacientes com doença renal crônica e a extrema importância do controle da HAS em tais pacientes, nos seus diversos estágios da sua evolução, inclusive em pacientes dialíticos.

O melhor controle da pressão arterial nestes doentes depende de uma soma de estratégias, farmacológicas e não farmacológicas. A manutenção de uma intervenção farmacêutica associado a MAPA de 24 h aumenta o grau de controle da pressão arterial e promove uma redução progressiva da doença renal crônica.

Estudos mostraram que a pressão arterial do doente renal crônico quando controlada com os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) e bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA) foram mais eficazes que outros anti-hipertensivos na redução da proteinúria e na diminuição da progressão da taxa da doença renal crônica, reduzindo a progressão da falência renal, independentemente da etiologia ou do estágio evolutivo, melhorando assim a qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY. 2017 Guideline for the prevention, detection, evaluation and management of high blood pressure in adults. N1 ed. 28 p. 2017.

Ashish Upadhyay, MD; Amy Earley, BS; Shana M. Haynes, DHSc; Katrin Uhlig, MD, MS. Systematic review: blood pressure target in chronic kidney disease and proteinuria as an effect modifier. **Ann Intern Med**, Philadelphia. v.154, n. 8, p. 541-8, April. 2011.

BORTOLOTTI, Luiz Aparecido. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, n.3, v. 15, p. 152-155, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRITO, Tereza Neuma de Souza; OLIVEIRA, Arthur Renan de Araújo; SILVA, Adrielly Karingy Chaves. Taxa de filtração glomerular estimada em adultos: características e limitações das equações utilizadas. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Natal, v. 48, n.1, p. 7-12, fev. 2016.

DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti; DALLACOSTA, Hotone; MITRUS, Lilian. Detecção precoce de doença renal crônica em população de risco. **Cogitare Enfermagem**, Joaçaba, v. 22, n.2 p. e48714, marc. 2017.

FARIA, Sofia Maria Rodrigues de. **Doença renal crônica e hipertensão**. 2012. 62f. Dissertação de Mestrado – Universidade de Porto, Porto, 2012.

GONÇALVES, Isabel Mendes. Avaliação da função visual em pessoas com insuficiência renal crônica: estudo psicofísico da percepção de cor e contraste, 2012.78 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amapá. Macapá, 2012.

KIRSZTAJN et al.; Fast Reading of the KDIGO 2012: Guidelines for evaluation and management of chronic kidney disease in clinical practice. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36, n. 1, p. 63-73.2014.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int* 3:1–150, 2013.

MANN, Johannes FE, et al. Antihypertensive therapy and progression of nondiabetic chronic kidney disease in adults. **UpToDate**. 2017.

MARTINS, Herlon Saraiva; NETO, Rodrigo Antônio Brandão; VELASCO, Irineu Tadeu. Medicina de emergências: abordagem prática. 12.ed. revisada e atualizada – Barueri, São Paulo, Manoele, 2017.

MEDEIROS, Heloíza Nayara; NEVES, Raissa Resende Alves; AMORIM, Júnior Noronha Carvalhais; MENDONÇA, Santuza Maria Souza. A insuficiência renal crônica e suas interferências no atendimento odontológico – revisão de literatura. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 232-242, set-dez. 2014.

OLIVEIRA, Rodrigo Bueno et al. Calcificação vascular em doença renal crônica: uma revisão. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 35, n.2, p. 147-161, mar. 2013.

OLIVEIRA, Wander Valavares Oliveira Júnior et, al. Inflamação e má resposta ao uso de eritropoetina na doença renal crônica. *J Bras Nefrol*, v. 37(2), p 255-263, 2015

PEREIRA, Edna Regina Silva et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 38, n. 1, p. 22-30, mar. 2015.

PEREIRA, Eleno Rafale.; RIBEIRO, Iára Mariana Lélis; RUAS, Edna Freitas Gomes; SILVA, Patrick Leonardo Nogueira; GONÇALVES, Renata Patricia Fonseca; DIAMANTINO, Neiva Aparecida Marques. Análise das principais complicações durante a terapia hemodialítica em pacientes com insuficiência renal crônica. **Revista de Enfermagem Centro Oeste Mineiro**.v.4, n. 2, p.1123-1134, maio/ago. 2014.

PINHO, Natália Alencar de; OLIVEIRA, Rita de Cássia Burgos de; PIERIN, Angela Maria Geraldo. Hipertensos com e sem doença renal: avaliação de fatores de risco. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, [s.l.], v. 49, p.101-108, ago. 2015.

MENDES, R. S; BREGMAN, R. Avaliação e metas do tratamento da proteinúria. **Rev Bras Hipertens**. vol.17(3):174-177, 2010.

SOARES, Felipe Campos et al. Prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em portadores de doença renal crônica em tratamento conservador do serviço UBAENSE de nefrologia. **Revista Científica Fagoc Saúde**. v.2, n.2, p 21-26. 2017

TEMMAR, M; LIABEU, S; Renard, C, et al. Pulse wave velocity and vascular calcification at different stages of chronic kidney disease. **Journal of Hypertension**, v. 28: p.163-9. 2010.

WEBER, MA; SCHIFFRIN, EL, WHITE, WA, MANN, S; LINDBOLM, LH, Venerson, JG, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **Journal Hypertens**, Greenwich. v.32, n. 1, p. 3-15, jan. 2014.

ZOCCALI, C et al. Moderator's view: Ambulatory blood pressure monitoring and home blood pressure for the prognosis, diagnosis and treatment of hypertension in dialysis patients. **Nephrology Dialysis Transplantation**, [s.l.], v. 30, n. 9, p.1443-1448, 2015. Oxford University Press.

VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acesso aos serviços de saúde 3, 10, 28, 50
Adesão 6, 3, 10, 11, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 57, 91
AIDS 5, 8, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97
Alcoolismo 60, 64, 65
Alzheimer 5, 7, 52, 53, 57, 58, 59
Anti-hipertensivos 14, 20, 21, 22, 23
Antihypertensives 15
Atenção primária em saúde 1, 11
Avaliação em saúde 1

B

Body mass index 100, 108
Brasil 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 23, 26, 28, 31, 40, 41, 46, 47, 48, 51, 53, 54, 55, 59, 60, 62, 63, 65, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 84, 86, 90, 92, 96, 97, 99, 100, 102, 103, 105, 107

C

Carrapato 68, 69, 72, 73, 75, 76, 77, 78
Chikunguya 81, 82, 85
Cholesterol 100
Chronic kidney disease 14, 15, 23, 24, 25
Chronic non-communicable diseases 99, 100, 106, 108
Cirrose hepática alcóolica 60
Cirurgia cardíaca 6, 32, 33, 34, 35, 36, 40, 41, 42
Colesterol 99, 103, 104, 109

D

Diabetes 15, 20, 21, 25, 27, 31, 100, 105, 107
Diagnóstico diferencial 8, 79, 81, 82, 83, 85
Doença crônica 5, 9, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121
Doença renal crônica 6, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 114
Doenças crônicas não-transmissíveis 2, 99

E

Epidemiologia 12, 60, 62, 63, 65, 68, 69, 78, 81, 82, 84
Estimulação elétrica nervosa transcutânea 6, 32, 33, 35, 40, 41, 42, 43, 44
Estratégia saúde da família 1, 2, 12

F

Família 9, 1, 2, 3, 12, 24, 27, 30, 31, 48, 82, 83, 90, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120

Febre de escarlatina 81

Febre maculosa 5, 7, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79

H

HDL 79, 99, 100, 103, 104, 105, 109

Hipertensão 5, 6, 1, 2, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 51, 101, 105

HIV 8, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97

Hypertension 2, 14, 15, 17, 25, 27, 107

I

Idosos 9, 26, 31, 47, 48, 51, 54, 56, 58

Índice de massa corpórea 99, 109

Infecção 36, 68, 73, 74, 78, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97

L

LDL 99, 100, 103, 104, 105, 109

Life expectancy 52, 107

Lipidogram 100

Lipidograma 99, 106, 108, 110

M

Meem 7, 52, 53, 54, 55, 56, 58

P

Pacients 52

Período pós-operatório 33, 34, 40

Q

Qualidade de vida 7, 19, 23, 28, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 66, 90, 91, 97, 104, 106, 114, 115, 117, 118

Quilombolas 46, 47, 48, 51

R

Revisão sistemática 9, 12, 14

S

Saúde da criança 107, 111

Systematic review 15, 23, 65, 108

T

Toxoplasmose 8, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98

 **Atena**
Editora

2 0 2 0