

AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS E FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MULHERES EM USO DE CONTRACEPTIVOS ORAIS

BLOOD PRESSURE ASSESSMENT AND RISK FACTORS FOR ARTERIAL HYPERTENSION IN WOMEN USING ORAL CONTRACEPTIVES

EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL Y FACTORES DE RIESGO PARA LA HIPERTENSIÓN EN MUJERES QUE UTILIZAN ANTICONCEPTIVOS ORALES

Luanna Maria Varela Fontenele¹
Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu²
Thereza Maria Magalhães Moreira³

RESUMO

Com este estudo, objetivamos avaliar níveis pressóricos e averiguar fatores de risco para hipertensão em mulheres em uso de contraceptivos orais. A pesquisa foi desenvolvida com mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde que faziam planejamento familiar e utilizavam contraceptivos orais. De 40 mulheres examinadas, a maioria apresentou pressão arterial (PA) nos limites considerados normais. Quanto aos fatores de risco para hipertensão, 29 mulheres disseram que não consumiam álcool, 35 não fumavam, 30 não praticavam exercícios físicos, 32 julgavam se estressar com facilidade, 29 tinham parentes com doenças associadas à hipertensão. Quanto à existência de possíveis efeitos do contraceptivo oral sobre a PA, 27 disseram que não foram orientadas sobre essa relação. Os resultados mostraram a existência de outros fatores que predispõem à hipertensão nessas mulheres e poderão subsidiar a assistência de enfermagem às mulheres com ações de saúde visando à participação ativa delas no cuidado e na redução da morbimortalidade cardiovascular nesse grupo.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Hipertensão; Enfermagem; Fatores de Risco.

ABSTRACT

This study aims to assess blood pressure levels and recognize risk factors for hypertension in women using oral contraceptives. Forty patients registered in a local health care center that were attending a family planning service and using birth control pills were evaluated. Results showed that most women had normal blood pressure ranges. Regarding risk factors for hypertension, 29 patients denied using alcohol, 35 were non-smokers, 30 women did not practice any physical exercises, 32 considered themselves as being easily stressed and 29 participants had relatives with hypertension related diseases. Most patients (n=27) denied being informed about possible effects of oral contraceptives on blood pressure. Results show that there are other factors which predispose these women to hypertension. This study may subsidize nursing assistance through health actions that require active participation of these women in order to increase self-care and reduce cardiovascular morbid-mortality in this group.

Key words: Women's Health; Hypertension; Nursing; Risk Factors.

RESUMEN

Nuestro objetivo con este trabajo fue evaluar niveles de presión arterial y verificar factores de riesgo para hipertensión en mujeres que toman anticonceptivos. Se trata de un estudio realizado con mujeres inscritas en una unidad del programa salud de la familia que efectuaban planificación familiar y utilizaban anticonceptivos orales. La mayoría de las 40 mujeres presentó presión arterial (PA) dentro de los límites considerados normales. En cuanto a los factores de riesgo para la hipertensión 29 mujeres dijeron no consumir alcohol, 35 no fumar, 30 no practicar ejercicios físicos, 32 estresarse con facilidad, 29 tener parientes con enfermedades relacionadas a la hipertensión. Sobre posibles efectos de los anticonceptivos para la PA 27 dijeron no haber recibido ninguna información al respecto. Los resultados indican que hay otros factores que predisponen a las mujeres a la hipertensión. Esto podrá ayudar a que las enfermeras las orienten a participar activamente en actividades que incentiven el cuidado y reduzcan la morbimortalidad cardiovascular de este grupo.

Palabras clave: Salud de la Mujer; Hipertensión; Enfermería; Factores de Riesgo.

¹ Enfermeira do Programa Saúde da Família. Ex-Bolsista do CNPq.

² Enfermeira; especialista em Enfermagem Clínica; discente do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE); Bolsista da Funcap; Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas, Saberes e Práticas em Saúde Coletiva; UECE.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde da UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Políticas, Saberes e Práticas em Saúde Coletiva.

Endereço para correspondência: Rua Padre Sá Leitão, 340, Casa 8. Henrique Jorge – CEP: 60521-030. Fortaleza-CE.

E-mail: luannafontenele@ibest.com.br; rita_neuma@yahoo.com.br; tmmmoreira@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Nas ações estratégicas mínimas de atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), um dos enfoques prioritários é a atenção à saúde da mulher, mas esta, além de ter sido sistematizada há poucos anos, ainda se restringe de forma mais intensa ao pré-natal, prevenção de câncer de colo de útero e de mamas, e planejamento familiar.¹

A assistência à mulher, no que se refere à anticoncepção, sexualidade e saúde reprodutiva surgiu com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.² Acredita-se que o serviço de planejamento familiar, proposto por esse programa, seja capaz de atender às necessidades de saúde desse grupo.

A literatura diz que, nas consultas de planejamento familiar, a mulher ainda é vista como principal responsável pela contracepção³ e o uso de anticoncepcionais orais (ACO) é maior que a adoção de outros métodos.^{4,5}

A influência do uso de contraceptivos orais no aumento da pressão arterial vem sendo comentada por vários autores⁶⁻¹⁰ e está presente no guia para prestação de serviços em saúde reprodutiva da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará,¹¹ que recomenda a utilização de tais substâncias com cuidado nos casos de pressão alta e somente quando esta estiver menor ou igual a 160 x 100 mmHg em mulheres sem antecedentes de doenças coronarianas e acidente vascular cerebral.

O uso prolongado de ACO produz pequeno aumento, porém significativo, nas pressões sistólica e diastólica. Os níveis pressóricos revertem ao normal com a suspensão dos hormônios, porém usuárias por períodos prolongados, mais de oito anos, têm maior risco de desenvolver hipertensão arterial (HA) em longo prazo.⁸ As diretrizes brasileiras de hipertensão arterial⁹ também alertam que a doença é duas a três vezes mais comum em usuárias de anticoncepcionais orais.

Desse modo, há necessidade de avaliar mulheres em uso de ACO, visando detectar precocemente casos de elevação da pressão arterial, contribuindo para o controle das doenças cardiovasculares, que têm na hipertensão arterial um dos seus principais fatores de risco.¹²

Segundo o Ministério da Saúde¹³, a HA é responsável por 25% e 40% da etiologia multifatorial das doenças isquêmicas do coração (DIC) e dos acidentes vasculares cerebrais (AVCs), respectivamente. A doença hipertensiva e suas complicações são também responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando altos custos hospitalares, econômicos e sociais no país.⁹ Esse fato, aliado à experiência em estudos congêneres,¹⁴⁻¹⁶ fez-nos voltar o olhar para a temática.

Assim, neste estudo nosso objetivo foi verificar a pressão arterial de mulheres que utilizam ACO na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-Ceará, avaliar os fatores de risco constitucionais e de estilo de vida para o desenvolvimento da HA nesse grupo, bem como os tipos de ACO por elas

utilizados e suas possíveis interferências na pressão arterial, relacionando às queixas das mulheres.

MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa é do tipo descritiva, uma vez que pretendíamos explorar as dimensões do fenômeno e outros fatores com os quais se relaciona, além de descrevê-los.¹⁷ Teve enfoque predominantemente quantitativo, por acreditarmos que esse era o tipo mais adequado aos objetivos propostos.

A população foi constituída pelas mulheres cadastradas e em acompanhamento no programa de planejamento familiar que faziam uso de ACO e foram atendidas no mês de setembro de 2004 pelos enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-CE. Esse mês foi escolhido aleatoriamente e coincidiu com a inserção da bolsista no campo. O levantamento foi realizado por meio das fichas de produtividade de consulta de enfermagem. Tais fichas de produtividade representam as quatro equipes de saúde (amarela, azul, verde e vermelha), formadas por um conjunto de profissionais que atendem a programas, dentre os quais pode-se destacar o programa de Planejamento Familiar. Nesse primeiro momento da coleta de dados, foi concluída a consulta às fichas de todas as equipes, nas quais pudemos verificar que 120 mulheres foram atendidas em setembro de 2004 e estavam em uso isolado ou combinado de ACO.

Para a definição da amostra, considerando a inviabilidade de realizar visita domiciliária as 120 mulheres em tempo hábil para o término do estudo e as dificuldades impostas a vinda delas à unidade para a pesquisa, adotamos o seguinte critério: colocamos as fichas encontradas em ordem crescente do número de inscrição. A seguir, pegamos uma ficha e salteamos duas, totalizando uma amostra de 40 mulheres. Além disso, foram critérios para inserção na amostra: estar consciente, orientada, concordar em participar da pesquisa e assinar termo de consentimento para a realização dela. Dessa forma, a pesquisa se deu com 30% da população.

Após a definição amostral, efetuamos a pré-testagem do instrumento para melhor adequação ao propósito e à validação deste estudo. Após as correções necessárias ao instrumento, foram realizadas visitas domiciliárias para verificação de pressão arterial (PA), conforme técnica padronizada,¹⁸ aplicação do formulário que continha os seguintes itens: identificação dos fatores (sexo, raça, fator hereditário) e de estilo de vida (tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, dentre outros) e conhecimento sobre a importância do planejamento familiar e sobre os ACOs e sua relação com a PA.

Durante as visitas às mulheres selecionadas, identificamos fatores que dificultavam a pesquisa, dentre os quais destacamos: os desencontros com algumas mulheres que trabalhavam e só estavam em casa à noite; algumas haviam mudado de método e, portanto, deixaram de fazer parte da amostra; outras haviam se mudado; alguns números da residência não existiam na rua; dentre

outros. Esses fatores foram considerados de exclusão, a fim de tornar a pesquisa o mais fidedigna possível. Em substituição às mulheres não encontradas, outras foram selecionadas, sempre adotando o critério de ordenamento do número da ficha: pegar uma e saltar duas. No total, 40 formulários foram respondidos, tendo representantes de todas as equipes, sendo 11 mulheres da equipe vermelha, sete da verde, 16 da amarela e 6 da azul.

Durante as visitas, informamos as mulheres sobre o trabalho que estava sendo realizado, garantindo que as respostas delas ficariam em completo sigilo, não trazendo nenhuma possibilidade de identificação, para que decidissem sobre a participação delas. A receptividade da pesquisa foi boa.

Os dados foram apresentados de modo descritivo. A análise estatística baseou-se nos valores relativos e foi apoiada em literatura pertinente. A Universidade Estadual do Ceará (UECE) participou do estudo, pois a Coordenação de Enfermagem ofereceu condições de área física para treinamento da aluna, realizado pela orientadora. Além disso, a Pró-Reitoria de Pesquisa lhe concedeu uma bolsa do CNPq de iniciação científica. O estudo contou, também, com apoio dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde do serviço.

Os preceitos ético-legais relacionados à pesquisa envolvendo seres humanos foram todos respeitados ao longo do estudo,¹⁹ tendo sido o projeto aprovado pelo Comitê de Ética da UECE.

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS

Entre as 40 mulheres visitadas, verificamos a PA. Procedemos a três verificações, com intervalos de um a dois minutos entre elas, segundo preconiza as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial,¹⁸ porém, embora seja reconhecida a importância da relação entre a largura do manguito e a circunferência do braço do cliente, neste estudo foi utilizado o esfigmomanômetro aneróide com manguito-padrão e fecho de velcro, e estetoscópio com dois condutores auriculares.

Os valores foram registrados e classificados.¹⁸ Dessa forma, identificamos 13 (32,5%) mulheres com PA ótima (sistólica: <120 mmHg e diastólica: <80 mmHg); 23 (57,5%) com PA classificada como normal (sistólica: <130 mmHg e diastólica: <85 mmHg); outras três (7,5%) participantes com PA limítrofe (sistólica: 130-139 mmHg e diastólica: 85-89 mmHg) e hipertensão estágio 2 (sistólica: 160-179 mmHg e diastólica: 100-109 mmHg) em uma (2,5%) mulher.

Observamos que a maioria das mulheres apresentou a pressão arterial nos limites considerados normais. Vale observar que uma possui diagnóstico médico de hipertensão e é medicada com propranolol de 40 mg. Do total de 40 mulheres examinadas, nenhuma apresentou PA classificada em hipertensão estágio 1 (sistólica: 140-159 mmHg e diastólica: 90-99 mmHg) e em estágio 3 (sistólica: ≥ 180 mmHg e diastólica: > 110 mmHg).

É de suma importância, portanto, destacar que o autocuidado e o conhecimento dos valores pressóricos afetam diretamente a prevenção e o controle da HA, já que esta é assintomática.²⁰

Fatores de risco cardiovasculares

A presença de outros fatores de risco cardiovasculares em usuárias de ACO é determinante para a ocorrência de eventos mórbidos.⁸ Diante disso, resolvemos investigar os fatores de risco constitucionais e de estilo de vida das mulheres e constatamos que todas as mulheres do estudo apresentaram um ou mais fatores de risco para HA, além do uso de ACO.

Dentre as participantes do estudo, 29 (72,5%) relataram ter parentes consanguíneos (pai, mãe, irmãos, tios e avós) com um ou mais problemas relacionados à HA, como acidente vascular cerebral, problemas cardíacos, problemas renais, morte súbita em idade jovem, dentre outros, enquanto dez (25%) pessoas responderam não, o que não nos permite concluir se o respondente está negando a presença de problemas na família, se realmente não os tem ou se não soube informar por não ter conhecimento do fato. Apenas uma (2,5%) referiu não saber informar, justificando tal assertiva pelo fato de desconhecer sua família biológica.

Como a HA possui um componente hereditário⁶ e verificamos um número alto de pessoas com, pelo menos, um parente direto com HA ou problemas a ela relacionados, esse é, então, um fator que merece atenção, devendo essas pessoas serem devidamente orientadas e acompanhadas de forma diferenciada.

Quanto à raça, a prevalência da HA nos negros é maior quando comparados aos brancos, surgindo mais cedo e com níveis pressóricos muito mais elevados.¹² Dessa forma, é necessário que o enfermeiro, durante a consulta de planejamento familiar, considere a raça da paciente para melhor investigar os níveis pressóricos. Nesta pesquisa, as participantes, na sua maioria, se referiram à cor, e não à raça, e se autodeclararam morenas (19 = 47,5%), pardas (13 = 32,5%), brancas (7=17,5%) e uma (2,5%) negra.

Na abordagem ao estilo de vida adotado por essas mulheres, procuramos identificar práticas como ingestão de bebidas alcoólicas, tabagismo, sedentarismo e estresse.

Quanto ao consumo social de bebida alcoólica, 11 (27,5%) pessoas disseram que a consomem, enquanto 29 (72,5%) disseram que não consomem. A restrição de álcool constitui uma considerável medida para a prevenção da HA, pois este produz um efeito direto de pressão na parede dos vasos sanguíneos, como também produz estimulação do sistema nervoso simpático e o aumento da produção de hormônios adrenocorticóides.⁹

Quanto ao fumo, constatamos que cinco (12,5%) mulheres são fumantes, ao passo em que 35 (87,5%) não fumam. O aumento no risco de doenças cardiovasculares em mulheres em uso de anticoncepcionais orais

associados ao tabaco é comentado na literatura.^{4,21} O uso de tabaco deve ser desestimulado na população em geral e entre as mulheres usuárias de ACO com mais de 35 anos em particular.⁹ Vale lembrar que todas as entrevistadas receberam explicações quanto aos problemas causados pelo fumo.

Quanto ao sedentarismo, constatamos um total de 30 (75%) pessoas que não praticam exercícios físicos, enquanto dez (25%) delas não se consideram sedentárias, pelo fato de realizarem exercícios regularmente. A realização de exercícios diminui o risco de HA por diminuir a resistência vascular periférica e aumentar o condicionamento cardíaco. Uma vez que grande parte da amostra é sedentária, há necessidade de recomendar a realização de, pelo menos, 30 minutos de atividades físicas moderadas de forma contínua ou acumulada em, pelo menos, cinco dias da semana, caso não seja contra-indicado.⁹

No quesito estresse, 32 (80%) pessoas disseram que se estressam com facilidade, contra 8 (20%) que disseram que não se estressam facilmente. Como podemos perceber, há um grande número de mulheres que se estressam com facilidade.

Quanto à inter-relação entre estresse e HA, certos estudos sobre a fisiopatologia da HA evidenciaram que o estresse possui, pela sua ação simpatomedular e pituitária-adrenocortical, o poder de aumentar a PA em resposta a estímulos psicológicos,²² porém outras variáveis (fatores genéticos, dieta, exercício físico, peso, dentre outros) podem influenciar no aparecimento da HA. A persistência desse estresse e os mecanismos de enfrentamento para essa condição no indivíduo é que são determinantes da relação entre estresse e hipertensão.²³

Fatores relacionados à consulta e ao método contraceptivo

A orientação é um pré-requisito fundamental para o início, a adequação e a continuidade do uso do método. Portanto, percebemos como é importante que os profissionais de saúde estejam treinados para oferecer orientação sobre todos os métodos que existem e para incentivar a proteção e a prevenção da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis, bem como para tirar as dúvidas que sempre surgem.²⁴

Com respeito à orientação sobre a importância das consultas de planejamento familiar, verificamos que, das 40 mulheres, 37 (92,5%) confirmaram ter sido orientadas sobre tal questão. Ao perguntar do que se lembravam, uma (2,7%) respondeu que era para se prevenir contra as doenças sexualmente transmissíveis; oito (21,6%) disseram que era para ter controle do número de filhos; cinco (13,5%) afirmaram que era importante para se protegerem contra doenças e controlar a família; três (8,1%), para saber como usar cada método e para não pegar doenças; uma (2,7%) para ter controle da família e para saber como usar os métodos; oito (21,6%) só para saber como usar cada método; e 11 (29,7%) relataram

que não se lembravam das orientações fornecidas. As três (7,5%) restantes responderam que não haviam recebido orientação, justificando que não estavam, havia muito tempo, inseridas no programa, embora já estivessem utilizando contraceptivo oral há bastante tempo por conta própria.

Sobre o período de acompanhamento no planejamento familiar, observamos que 24 (60%) estavam com menos de cinco anos de acompanhamento no programa, o que pode ser justificado por alguns fatores, dentre os quais: moravam havia pouco tempo na área de abrangência da unidade na qual estavam cadastradas, só haviam se interessado após terem o primeiro filho, dentre outros, ao contrário de 16 (40%), que estavam inseridas no programa havia mais de cinco anos.

Das 40 mulheres, 26 (65%) relataram ter entrado no programa por iniciativa própria, principalmente depois da chegada do primeiro filho. As outras 14 (35%) afirmaram que começaram a freqüentá-lo por incentivo de vizinhas, amigas, parentes e dos profissionais da unidade de saúde, quando estas levavam seus filhos para consultar.

Quanto à ajuda para escolher o método, 20 (50%) decidiram sozinhas o método a ser utilizado e as outras 20 (50%) contaram com a ajuda de outras pessoas. Cada pessoa deve e tem o direito de escolher o seu método anticoncepcional, de acordo com as suas características (estilo de vida, vida sexual, número de filhos desejados) e as características do método em relação a sua saúde (pressão alta, hábito de fumar, doenças cardiovasculares). O papel do profissional de saúde é informar sobre todas as opções de métodos e seus critérios de elegibilidade, de modo a facilitar que a usuária tome sua própria decisão, livre e informada.²⁵

A importância de não tomar contraceptivo oral sem orientação do profissional é um ponto que deve ser propagado a fim de evitar ou minimizar a ocorrência de problemas em mulheres que possuem riscos de desenvolver HA e não sabem da sua existência, e para mulheres que não têm conhecimento sobre os possíveis efeitos indesejáveis que tais medicamentos podem causar. Assim, detectamos que 26 (65%) mulheres participantes da pesquisa foram orientadas sobre essa questão e disseram que não é legal tomar anticoncepcional sem acompanhamento profissional pelo fato de provocar aumento na PA, derrame e varizes, e que muitas não sabem tomar direito, não respeitam a hora certa e acabam comprometendo a ação do medicamento. Das 40, as 14 restantes (35%) disseram que não receberam tal orientação, apesar de ser amplamente divulgada a advertência de não tomar medicamento sem orientação profissional.

A orientação para o retorno às consultas é muito importante e deve ser incentivada a cada nova consulta, para que fatores das usuárias que possam trazer algum problema futuro possam ser reconhecidos. Assim, observamos que 37 (92,5%) das mulheres disseram que foram orientadas a marcar o retorno.

Quando lhe perguntamos qual a orientação dada para retornarem, elas responderam que era, principalmente, para adquirir nova cartela de contraceptivos, mas, também, para saber se estavam se dando bem com o fármaco utilizado e para verificar a pressão arterial e o peso delas. As outras três (7,5%) responderam que não foram orientadas a retornar às consultas. As consultas de retorno visam ao atendimento periódico e contínuo para reavaliar a adequação do método em uso, bem como prevenir, identificar e tratar possíveis intercorrências.²⁵ O acompanhamento das clientes para saber se continuavam a usar a pílula corretamente é uma parte muito importante de uma boa orientação, principalmente no caso de mulheres que padecem de efeitos colaterais comuns.

Na questão relacionada à orientação sobre os efeitos colaterais, 36 (90%) referiram que foram orientadas sobre quais efeitos poderiam surgir com a utilização do anticoncepcional oral e citaram a ocorrência de enjôo, dor de cabeça, tontura, aumento de peso e nervosismo.

Os efeitos adversos comuns com o uso de anticoncepcionais orais combinados, consistem em: ganho de peso, decorrente da retenção de líquido, ou efeito anabólico ou ambos; náusea discreta, rubor, tontura, depressão ou irritabilidade e alterações cutâneas.⁴ A ocorrência dessas reações poderá fazer com que as mulheres interrompam o uso da pílula, por isso necessitam de acompanhamento por profissional de saúde.

Tratando-se de horário, pudemos observar que 36 (90%) usuárias mostraram que haviam sido orientadas sobre o cuidado com a hora de tomar a pílula, afirmando que tinham de utilizar o fármaco sempre no mesmo horário. Das 40, apenas 4 (10%) disseram que não foram orientadas e, por isso, a tomavam a qualquer hora. Estudo realizado²⁶ com adolescentes mostrou que o desconhecimento em relação ao modo de uso da pílula é alto e que algumas delas, apesar da falta de conhecimento, arriscam-se tomando esses contraceptivos por conta própria ou por indicação de colegas, sem prescrição médica e orientação.

A literatura diz⁸ que o ACO deve ser tomado, ininterruptamente, no mesmo horário do dia. Essa é uma das orientações que deve ser dada nas consultas de planejamento familiar.

Contraceptivos utilizados e conhecimento da relação anticoncepcional oral e elevação da pressão arterial

Os contraceptivos orais combinados, à base de etinilestradiol e levonorgestrel, foram os mais citados pelas mulheres (62,5%). Desses, 55% são compostos de 0,15 mg de levonorgestrel e 0,03 mg de etinilestradiol, em caixas de 21 comprimidos, enquanto 7,5% das mulheres utilizavam ACO com dosagem de 0,25 mg de levonorgestrel e 0,05 mg de etinilestradiol também com 21 comprimidos. Ao se empregar contraceptivos orais combinados, uma das preocupações tem sido o

risco de tromboembolismo venoso associado a esses agentes.⁸

Acrescentamos que 27,5% das participantes do estudo citaram outros ACO e 10% responderam que utilizavam o que o posto de saúde tem no momento. Quando questionadas sobre a existência de possíveis efeitos dos ACO sobre a PA, 27 (67,5%) disseram que não haviam sido orientadas sobre essa questão. As mulheres tomam ACO, não fazem o controle da PA, nem sequer sabem da influência dela em decorrência do uso desse fármaco. Há necessidade de estudos que aprofundem essa relação e demonstrem tal associação, a fim de que essas mulheres sejam mais bem orientadas e utilizem medicação cujos riscos sejam menores, principalmente em relação a um dado tão importante como a PA.

Ao serem questionadas sobre o surgimento de problemas com o uso de ACO em pessoas com pressão alta, 31 (77,5%) respondentes disseram que não sabiam e nem haviam sido orientadas sobre essa relação, enquanto 9 (22,5%) afirmaram que sabiam que podiam surgir complicações, tais como problemas cardíacos, derrame e alterações emocionais.

Alterações na PA pelo uso do contraceptivo oral não foram percebidas por 32 (80%) mulheres, que alegaram ter o padrão sempre normal ou há tempos não a verificavam, e 8 (20%) observaram que, com o uso, a PA se modificara, ficando um pouco alta. Apesar dessas 8 mulheres relatarem ter observado alteração de sua PA, o que pudemos observar por meio dos dados com as cifras da PA é que a maioria das mulheres estava com os níveis pressóricos nos parâmetros aceitáveis.

Quanto às queixas apresentadas durante o uso do contraceptivo oral, 8 (20%) relataram que não haviam apresentado nenhuma, enquanto 32 (80%) apresentaram cefaléia, enjôos, vômitos, aumento de peso, dentre outros.

Os efeitos colaterais dos anticoncepcionais variam de mulher para mulher, independentemente da marca ou da dosagem. Muitas das manifestações descritas relacionam-se com produtos que apresentam altas doses de estrogênio e progestogênios menos seletivos, produzindo, dessa forma, diversos e inaceitáveis efeitos colaterais. Assim, tais queixas são freqüentes e, quando presentes, tendem a desaparecer após um período de adaptação de cerca de três meses.⁷ Em caso de persistência, é indicada a mudança de produto ou método.

CONCLUSÃO

Em nossa pesquisa, obtivemos um perfil diferenciado sobre a população de risco para a HA, ao direcionar o estudo para uma população exclusivamente feminina, com utilização de ACO, o que é um dado importante para os programas de detecção e prevenção da hipertensão arterial. No tocante aos objetivos do estudo, temos que:

- quanto à verificação da PA das mulheres, encontramos cifras pressóricas normais na maioria das mulheres examinadas;

- alguns fatores de risco da hipertensão estiveram presentes nas participantes do estudo, tendo em vista a hereditariedade, o sedentarismo e o estresse, sempre associado ao uso de contraceptivo hormonal pelas mulheres;
- o estudo apresentou a existência de 32 mulheres com queixas após uso de ACO, mas que não perceberam alterações nos níveis de sua PA, o que nos leva a pensar que a pouca importância dada à verificação da PA, por parte dessas mulheres, é decorrente da falta de conhecimento da relação anticoncepcional oral e HA, que não é um assunto abordado nas consultas de planejamento familiar, mas que precisa entrar no foco das orientações dadas às mulheres.

É interessante ressaltar que nem todas as mulheres faziam acompanhamento da pressão arterial nas consultas de planejamento familiar, seja por desconhecimento da importância desse dado na escolha do melhor

método contraceptivo a ser utilizado de maneira a não trazer problemas para sua saúde, seja pelo fato de o profissional realizar a verificação e não informar seu valor à mulher ou, até mesmo, de não ser rotina do serviço, o que contribuiu para o desconhecimento da relação ACO e hipertensão arterial.

O melhor método de prevenção, detecção e tratamento da HA é a implantação de uma rotina de verificação e controle da PA em todas as consultas de planejamento familiar, a fim de identificar as mulheres com potencial para o desenvolvimento da doença, além de estimular a prática de atividades que diminuam o risco da doença, como o incentivo ao exercício e educação nutricional.²⁷ Nesse sentido, a enfermeira tem papel fundamental, dada sua natureza educadora.

Torna-se necessário, ainda, a reaplicação desse formulário em populações maiores para uma avaliação mais ampliada dos fatores de risco da doença hipertensiva em mulheres que fazem uso de contraceptivos orais.

REFERÊNCIAS

1. Alves MDS, Almeida VL, Diógenes AR. Doenças específicas do gênero feminino – um problema de saúde coletiva. In: Alves MDS, Pagliuca LMF, Barroso MGT. Cultura e poder nas práticas de saúde: sociedade, grupo, família. Fortaleza: Pós-graduação/DENF/UFC; 1999. parte I, cap. 1, p. 13-21.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1984.
3. Alencar GMMC, Moreira TMM, Soares E. Programa Saúde da Família: revendo ações desenvolvidas no atendimento à saúde da mulher. *Rev RENE*. 2001; 2(2):107-12.
4. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Moore PK. *Farmacologia*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
5. Costa JSD, D'Elia PB, Moreira MR. Prevalência de uso de métodos contraceptivos e adequação do uso de anticoncepcionais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1996; 12(3):339-44.
6. Gillum LA. Associação de anticoncepcionais orais com o aumento do risco de AVC isquêmico. *JAMA*. 2000; 248:72-8.
7. Aldrighi JM, Pires ALR, Gebara OCE, Aldrighi CMS, Mansur AP. Anticoncepcionais e hipertensão arterial. *Hipertensão*. 1999; 2(3):87-90.
8. Lubianca JN, Wannmacher L. Contraceptivos orais. In: Fuchs FD, Wannmacher L, Ferreira MBC. *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.855.
9. Sociedade Brasileira de Hipertensão. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: SBH; 2006.
10. Szwarcwald CL, Costa SH, Costa EA, Klein CH, Leal MC. Anticoncepcionais orais e pressão arterial: pesquisa epidemiológica de hipertensão arterial no Rio Grande do Sul. *Cad Saúde Pública*. 1985; 1(2):177-91.
11. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA. Guia para prestação de serviços em saúde reprodutiva. Fortaleza: SESA; 1998. p.341-88.
12. Ribeiro RC, Lotufo PA. Hipertensão arterial: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier; 2005. 117p.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal 2002/2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 185p.
14. Moreira TMM, Araújo TL. O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. *Rev Latino-am Enferm*. 2002; 10(1):97-107.
15. Abreu RNDC, Rocha LA, Albuquerque ALP, Fialho AVM, Moreira TMM. Nursing related to arterial hypertension: analysis of the production of the knowledge from 1995 to 2005. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2006 dec. 5.3 16. [Citado em 2008 Maio 15]. Disponível: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=789>.
16. Fontenele LMV, Moreira TMM. Uso de contraceptivos orais e sua relação com níveis pressóricos em mulheres: experiência em uma unidade básica de saúde. 57ª Reunião Anual da SBPC, 2005 julho 17-22; Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2005. p.64.
17. Polit DF, Hungler BP. *Fundamentos da pesquisa em Enfermagem*. 4ª ed. Porto Alegre: Fortaleza: Artes Médicas; 2000.
18. Sociedade Brasileira de Hipertensão. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão: SBH; 2002. 40p.
19. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
20. Cruz ICF, Lima R. Detecção dos fatores de risco para a hipertensão arterial na equipe de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 1998; 6(1):223-32.
21. David HMSL, Matos HS, Silva TS, Dias MG. Tabagismo e saúde da mulher: uma discussão sobre as campanhas de controle do tabaco. *Rev Enferm UERJ*. 2006; 14(3): 412-7.

22. Oliveira Júnior W. Estresse mental como fator de risco para a hipertensão arterial. *Rev Hiperten.* 2000; 3(3):107-9.
23. Lipp MN, Rocha JC. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso. Campinas, SP: Papirus; 1994.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Controle da Hipertensão Arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: CDCV/NUTES; 1995. p.233.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
26. Brêtas JRS. Conhecimento e utilização de contraceptivos por adolescentes. *REME – Rev Min Enferm.* 2005; 9(3): 223-9.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Normas Técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. (PNECHA). Brasília: Ministério da Saúde; 1988.

Data de submissão: 22/5/2008

Data de aprovação: 14/10/2008