

AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DOS CONTRACEPTIVOS ORAIS SOBRE OS NÍVEIS TENSIONAIS

Anderson Wilbur Lopes Andrade^{1*}; Ermeson Fablo Bezerra Lima².

¹Universidade Federal do Piauí; ²Faculdade Santo Agostinho, Piauí

*E-mail: andersonwilbur@outlook.com

Recebido em: 26/10/2015

Aceito em: 10/05/2016

Publicado em: 30/09/2016

Resumo

Os anticoncepcionais orais são um dos métodos de controle de natalidade mais utilizados por mulheres adultas e adolescentes. Alguns pesquisadores evidenciaram que determinadas mulheres desenvolvem hipertensão arterial nos seis meses iniciais de uso do anticoncepcional hormonal. O presente trabalho verificou a relação entre o uso destes fármacos e a pressão arterial em acadêmicas de uma instituição de ensino superior. Os dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas, constando de identificação, o uso de contraceptivo hormonal oral (se faz ou não uso), o tempo e a regularidade da terapêutica e existência de fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, histórico familiar de hipertensão, obesidade e patologias existentes). Em seguida, realizou-se a aferição da pressão arterial das acadêmicas no período de um mês. As estudantes foram separadas em grupos, sendo as usuárias dos contraceptivos orais classificadas no Grupo A e as não usuárias no Grupo B. Após análise dos níveis pressóricos, observou-se que as diferenças das pressões arteriais (pressão arterial sistólica e diastólica) entre os dois grupos não foram significativas, sendo que em ambos os grupos as acadêmicas apresentaram valores considerados normais da pressão arterial, de acordo com V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.

Palavra-Chave: Anticoncepcionais Oraís, Pressão Arterial, Hipertensão Arterial.

Evaluation of the effects of oral contraceptives on blood pressure levels

Abstract

Oral contraceptives are one of the most used methods of birth control by adult and adolescent women. Researchers showed that some women develop arterial hypertension in the six first months of continuous use of hormonal contraceptive. The present work was carried out to verify the relation between the use of these drugs and the blood pressure in students of a higher education institution. Data were collected through a semistructured questionnaire with open and closed questions, consisting of identification, use of oral contraceptive hormone, time and regularity of the therapy and the existence of risk factors (smoking, alcoholism, sedentary lifestyle, hypertension family history, obesity, and existent pathologies). Then, the blood pressure measurement of the students was performed during one month. The students were separated into groups, being the oral contraceptives users placed in group A and the others non-users in group B. After the blood pressure analysis, it was observed that the differences between the blood pressure (systolic and diastolic blood pressures) of both groups were not significant, as in both groups the academic students showed a normal blood pressure, according to the "V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial".

Keywords: Oral contraceptives, blood pressure, arterial hypertension.

Evaluación de los efectos de los anticonceptivos orales en los niveles de presión arterial

Resumen

Los anticonceptivos orales son uno de los métodos de control de natalidad más usados por mujeres adultas y adolescentes. Algunos investigadores demostraron que algunas mujeres desenvuelven hipertensión arterial en los seis primeros meses de uso del anticonceptivo hormonal. El presente trabajo verificó la relación entre el uso de esos fármacos y la presión arterial en académicas de una institución de educación superior. Los datos fueron recolectados a través de cuestionario semiestructurado, con preguntas abiertas y cerradas, constando de identificación, el uso de anticonceptivos hormonales orales (si hace o no el uso), el tiempo, la regularidad de la terapéutica y la existencia de factores de riesgo (tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, antecedentes familiares de hipertensión, obesidad y patologías existentes). Enseguida fue realizada la medición de la presión arterial de las académicas en el plazo de un mes. Las estudiantes fueron separadas en grupos, siendo que las usuarias de los anticonceptivos orales fueron clasificadas en el grupo A y las que no lo usan en el grupo B. Después del análisis de los niveles de presión arterial, fue observado que, las diferencias en la presión arterial (presión arterial sistólica y diastólica) entre los dos grupos no fueron significativas, los dos grupos académicos presentaron valores considerados normales, de acuerdo con "V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial".

Palabra clave: Anticonceptivos orales, Presión arterial, Hipertensión arterial.

INTRODUÇÃO

Os métodos contraceptivos hormonais são, atualmente, um dos modos de controle de natalidade mais utilizados por mulheres adultas e adolescentes em todo mundo. Porém, grande parcela das mulheres que faz uso de algum método contraceptivo não busca orientações de profissionais na área da saúde sobre os riscos e benefícios desses⁽¹⁾.

Cerca de 4,5 milhões de mulheres apresentam risco de gravidez indesejada por não usarem métodos contraceptivos. Muitos profissionais da saúde recomendam e exigem a realização de exames físicos antes de orientar e disponibilizar os contraceptivos, uma vez que esse momento oferece uma boa oportunidade para os profissionais efetuarem o correto aconselhamento sobre o uso dos métodos anticoncepcionais^(2,3).

Desde 1962, vem-se observando que algumas mulheres desenvolvem hipertensão arterial sistêmica (HAS) nos seis meses iniciais devido ao uso regular de anticoncepcional hormonal oral (ACO). Este quadro hipertensivo resulta do efeito do componente estrogênico sobre o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRA) com alterações definidas sobre o equilíbrio hídrico e eletrolítico⁽⁴⁾.

A HAS é uma doença de alta prevalência nacional e mundial, acompanhada de elevado risco de morbidade e mortalidade que se constitui em um grave problema de saúde pública. Sua evolução é lenta e silenciosa, o que dificulta a percepção dos indivíduos portadores da enfermidade. Para identificar a patologia da mesma exige-se mensuração da pressão arterial e informações a respeito do uso recente de medicações^(5,6).

Ao longo dos anos, observa-se que algumas mulheres, principalmente as mais idosas, obesas e fumantes apresentam um pequeno, porém significativo aumento, na pressão arterial (PA) nos seis meses iniciais decorrente do uso regular de ACO⁽⁷⁾. Dessa forma, é necessário o aprofundamento nos estudos referentes ao risco aumentado de morbimortalidade em mulheres usuárias dos métodos contraceptivos hormonais devido a uma elevação da PA, acarretando benefícios individuais e coletivos para elas.

O presente trabalho propôs descrever a relação entre o uso de anticoncepcionais orais e seus possíveis efeitos na PA em académicas de enfermagem, a partir da coleta de dados durante os meses de maio a dezembro de 2010 na Faculdade Integral Diferencial – FACID.

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 Ciclo sexual e menstrual

Os ciclos sexuais têm início na puberdade, perdurando pelos anos reprodutores. A fisiologia dos ciclos sexuais nas mulheres envolve o hipotálamo, a hipófise, o ovário e o útero e demais órgãos de participação menor (trompas, colo, vagina, glândulas mamárias, etc.). O neurotransmissor fator ou hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) é o principal mediador do processo reprodutivo. Este é carregado pela via sanguínea até a hipófise anterior, onde se liga aos receptores específicos da membrana de células produtoras de dois hormônios gonadotróficos, o luteinizante (LH) e o folículo-estimulante (FSH)⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Os autores supracitados relatam ainda que nas mulheres o FSH estimula o desenvolvimento do folículo ovariano no início de cada ciclo reprodutivo e o FSH e o LH, conjuntamente, atuam na ovulação no meio do ciclo, além da produção de hormônios ovarianos e progesterona. O estrogênio e a progesterona, por sua vez, são responsáveis pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais femininos⁽⁹⁻¹¹⁾.

No ciclo menstrual regular, ocorrem variações nos níveis de hormônios esteroidais ovarianos, estrógeno e progesterona, conforme as fases do ciclo, que são controlados pelo sistema hipotálamo-hipófise-ovário. O ciclo menstrual pode ser dividido em quatro fases: Fase Menstrual, Fase Proliferativa ou Folicular, Fase Secretória ou Progéstacional e Fase Isquêmica ou Pré-Menstrual^(12,13).

A capacidade reprodutora das mulheres começa a diminuir entre 48-55 anos, encerrando, assim, a vida reprodutiva da mulher, fato este que se exhibe ostensivamente pela cessação da função menstrual (menopausa). Os níveis de LH e FSH aumentam gradualmente após a menopausa e a pequena quantidade de estrogênio presente na circulação provém dos precursores androgênicos das suprarrenais^(7,14).

2.2 Contraceção Hormonal

Entre os métodos contraceptivos reversíveis mais empregados, os ACO são altamente eficazes quando utilizados corretamente: provocam diversos efeitos sistêmicos como irritação da mucosa gástrica (náuseas, vômitos), diminuem a excreção de sódio pelo rim, aumentam o peso corporal pela retenção hídrica e estão diretamente relacionados com a fisiologia menstrual⁽¹⁵⁾. Estes podem ser combinados (estrógenos + progesterona) ou apenas conter progesterona. A principal indicação deve ser para a mulher adulta que deseja controlar a natalidade e deve ser precedida de história clínica e exame físico⁽⁴⁾.

Segundo Rodrigues (2007), existem três tipos de contraceptivos orais: Pílula combinada, Minipílula e Pílula do dia seguinte. A pílula combinada é constituída pela combinação de dois derivados sintéticos do estrogênio e da progesterona. De acordo com o teor de cada um destes derivados, as pílulas combinadas podem ser classificadas em: Monofásicas, Bifásicas e Trifásicas^(16,17).

As associações de estrogênios e progestinas exercem efeitos contraceptivos por meio da inibição seletiva da função hipofisária, resultando em inibição da ovulação. Além disto, promovem alterações do muco cervical, do endométrio uterino e motilidade e secreção das tubas uterinas, diminuindo, assim, a probabilidade de concepção e implementação^(18,19).

Porém, em relação à adequação do consumo de ACO, estudos constatam que certa porcentagem de mulheres apresenta pelo menos uma contraindicação para sua utilização. Além disto, deve-se salientar que a procura por parte das mulheres usuárias de ACO por um profissional da saúde tem favorecido a constatação de fatores de risco cardiovasculares, como acidente vascular cerebral, trombose venosa, HAS, dentre outros, decorrentes do uso inadequado e prolongado dos ACO^(20,21).

Dessa forma, esses fatores de riscos estão sendo amplamente avaliados por diversos pesquisadores, os quais buscam verificar a segurança do uso de ACO hormonais e sua relação com doenças cardiovasculares em mulheres jovens e adultas⁽²²⁾.

2.3 Hipertensão arterial e o uso de contraceptivos hormonais orais

Estudos têm demonstrado que a utilização de ACO hormonais pode determinar o desenvolvimento de HAS em uma parcela da população. Mulheres que fazem uso desta medicação possuem riscos duas a três vezes maiores de apresentarem HAS do que aquelas que não utilizam este método contraceptivo. A obesidade, a idade avançada e o tabagismo são um dos principais fatores associados à piora do controle pressórico nas usuárias desse método contraceptivo^(16,23).

Esses fármacos causam pequeno aumento no débito cardíaco (DC) em associação às pressões arteriais sistólicas (PAS) e diastólicas (PAD) mais altas e a um aumento da frequência cardíaca. Foi relatada uma elevação da PA em algumas mulheres pós-menopáusicas, tratadas apenas com estrogênios. Embora a magnitude seja pequena na maioria das pacientes, é importante acompanhar a PA em todas as pacientes^(19,22).

A medida da PA é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da HAS e a avaliação da eficácia do tratamento. A HAS é definida como PAS maior ou igual a 140 mmHg e uma PAD maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão utilizando medicação hipertensiva⁽²⁴⁾.

O envolvimento do SRA (elevação da concentração de renina plasmática), bem como a intolerância à glicose e a síndrome da resistência insulínica em decorrência da exposição ao estrógeno sintético, são os principais mecanismos, admitidos por diversos autores, envolvidos na relação da HAS com o uso de ACO hormonais^(25,26).

Os ACO podem promover um aumento nos níveis séricos de sódio, suprimindo o SRA o que, conseqüentemente, reduz os níveis circulantes de angiotensina II nos vasos renais, acarretando, assim, a ampliação da expressão dos receptores para angiotensina II. Dessa forma, observa-se um aumento na reatividade local à angiotensina II, o que implica dizer que pequenas quantidades de angiotensina II são capazes de promover expressiva vasoconstricção^(7,27-29).

3 METODOLOGIA

A pesquisa obedeceu aos critérios da resolução 466/12 e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Integral Diferencial – FACID, o qual gerou o número de protocolo 358/09. Os sujeitos da pesquisa receberam explicação completa sobre a natureza desta, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta pudesse acarretar. As informações foram formuladas em um termo de consentimento, o que autorizava a participação voluntária na pesquisa e garantia o sigilo em relação às informações coletadas, bem como seu anonimato.

Os sujeitos do estudo foram as acadêmicas do sexto e do sétimo períodos do curso de enfermagem de uma instituição de ensino superior localizada em Teresina, Piauí. Estas foram divididas em dois grupos: Grupo A, constituído por usuárias ACO, e Grupo B, o grupo controle (não usuárias de ACO), com 15 participantes cada. Elegeu-se um grupo heterogêneo de forma aleatória (randomizado) porque, desta forma, visualizar-se-ia as diversidades e as similaridades existentes entre indivíduos.

Aplicou-se um questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas, analisando-se os fatores de risco envolvidos com HAS. A aferição da medida da PA das acadêmicas foi realizada semanalmente, durante um mês, registrando-se os dados obtidos em fichas próprias. A partir destes, as PA obtidas foram classificadas de acordo com V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) em: PA Ótima - PAS com valor menor ou igual a 120 mmHg e PAD menor ou igual a 80 mmHg; PA Normal - PAS com valor menor que 130 mmHg e PAD menor que 85 mmHg; PA Limítrofe - PAS com valor entre 130-139 mmHg e PAD entre 85-89 mmHg; Hipertensão Arterial Estágio 1 - PAS com valor entre 140-159 mmHg e PAD entre 90-99; Hipertensão Arterial estágio 2 - PAS com valor entre 160-179 mmHg e PAD entre 100-109; Hipertensão Arterial estágio 3 - PAS com valor maior ou igual a 180 mmHg e PAD com valor maior ou igual a 110 mmHg.

Todos os resultados foram apresentados como a média \pm erro padrão da média. A análise estatística foi realizada utilizando-se ANOVA, seguida pelo teste de Tukey. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p < 0,05$. Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o *GraphPad Prism 6* (San Diego, CA, EUA).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisaram-se, inicialmente, os dados obtidos nos questionários aplicados, os quais abordaram parâmetros como: idade, raça, índice de massa corpórea (IMC) e os fatores de risco (obesidade, hereditariedade, tabagismo, etilismo e sedentarismo) (**Tabela 1**). A denominação fator de risco é usada para indicar uma variável que se acredita estar relacionada à probabilidade do indivíduo desenvolver uma doença. Diferentes pesquisadores justificam a presença de alterações da PA devido à obesidade, à hereditariedade, ao tabagismo, ao etilismo e ao sedentarismo⁽³¹⁾.

TABELA 1 Quantificação das acadêmicas usuárias e não usuárias de ACO (Grupo B) segundo a faixa etária, índice de massa corpórea (IMC), raça e fatores de riscos.

Parâmetros	Grupo A – usuários de ACO (n=15)	Grupo B – não usuária de ACO (n=15)
Idade		
20 a 25 anos	12	13
26 a 30 anos	3	0
31 a 39 anos	0	2
Valor de IMC		
Eutrofia (18,5 – 24,9)	12	12
Pré-obeso (25,0 – 29,9)	2	2
Obesidade grau I (30,0 – 34,9)	1	1
Raça		
Branca	5	13 ^a
Parda	9	0 ^a
Negra	1	2
Fatores de Risco		
Nenhum	3	2
Tabagismo	0	1
Alcoolismo	0	1
Sedentarismo	9	11
Histórico Familiar de HAS	7	7

Legenda: ^ap < 0,05 em relação ao grupo das usuárias de ACO.

Quanto à idade, 80% das usuárias de contraceptivos orais estão na faixa etária de 20 a 25 anos. Das 15 (quinze) acadêmicas não usuárias de contraceptivos orais, 86,7% delas estão na faixa etária de 20 a 25 anos (**Tabela 1**). Estes resultados assemelham-se aos encontrados por Carreno e colaboradores (2006), os quais, a partir de um estudo populacional realizado em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, constataram que as mulheres que utilizam contraceptivos orais estavam, em sua maior parcela, na faixa etária de 20 a 24 anos.

A partir do cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC), verificou-se que 80% das estudantes, em ambos os grupos (A e B), apresentaram, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (1995), o peso corporal normal (eutrófico) (**Tabela 1**). Por meio da análise de fatores de risco (hábitos sociais e hereditários), os dados mostram que 47,4% das acadêmicas usuárias de ACO e 50% das não usuárias de ACO relataram não praticar atividades físicas regularmente. O caráter hereditário aparece em 36,8% nas usuárias de ACO e 31,8% nas não usuárias de ACO. Tabagismo e alcoolismo foram confirmados somente por uma aluna (**Tabela 1**).

Estes resultados mostram-se divergentes dos obtidos no trabalho realizado por Corrêa (2012). A autora estudou o uso de contraceptivos em mulheres de 18 a 49 anos e, por sua vez, observou que o tabagismo e a obesidade ($IMC \geq 30$) foram os fatores de risco mais prevalentes nos sujeitos avaliados⁽³³⁾.

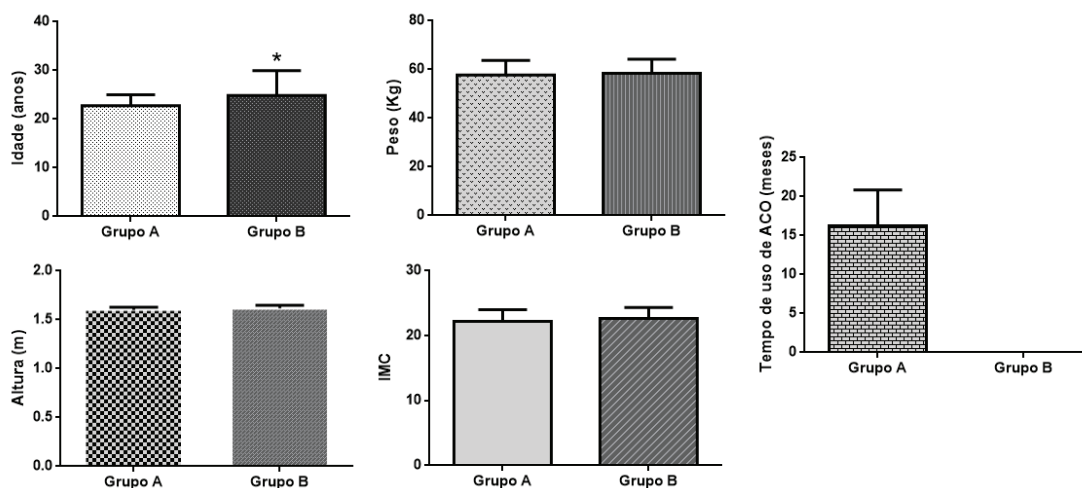
Na análise dos fatores de risco, 34% das acadêmicas apresentam dois ou mais fatores de risco cardiovascular (hábito de fumar, aumento de peso, sedentarismo, antecedentes pessoais de HAS). Entre esses 34% dos indivíduos a probabilidade de um evento cardiovascular, nos próximos dez anos situa-se entre 15 e 20%⁽³⁴⁾.

Quanto à raça, informada pelas entrevistadas, das acadêmicas não usuárias de métodos contraceptivos hormonais (Grupo B), 55,3% consideram-se pardas, 33,3% brancas e 13,3% negras. Das 15 (quinze) usuárias de contraceptivos orais (Grupo A), quando indagadas acerca de sua raça, 60% se consideraram pardas, 33,3% como brancas e 6,67% como negras (**Tabela 1**).

Pôde-se constatar que em todos os parâmetros analisados não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os grupos (A e B), com exceção da raça ($p < 0,05$), em que se observou um maior número da raça branca, no Grupo B, e parda, no Grupo A. Este dado demonstra que as mulheres do Grupo A apresentam risco aumentado de se tornarem hipertensas devido, além do uso de ACO, por possuírem maior tendência genética em desenvolver HAS que as das raças parda e negra⁽³⁵⁾.

A **Figura 1** expõe os valores da média e \pm desvio padrão da idade, peso, altura, IMC e tempo de uso. De acordo com a **Figura 1**, a idade média das estudantes foi de 22 anos, no Grupo A e, 24 anos, Grupo B, verificando-se, estatisticamente, uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos quanto à média de idade.

Figura 1: Média dos fatores de riscos do Grupo A e B.



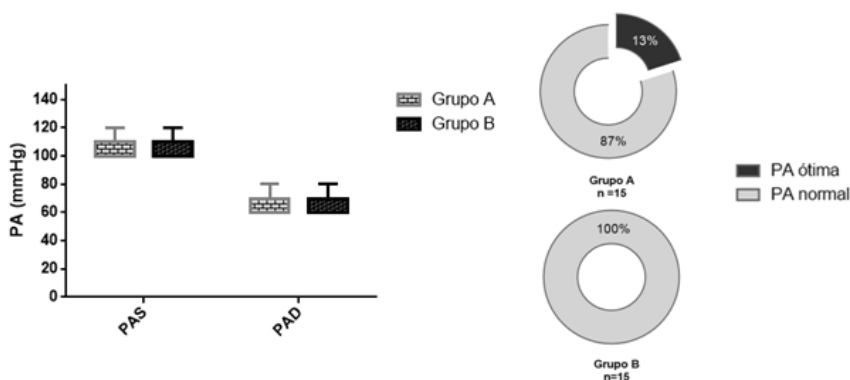
Legenda: Os valores são médias \pm erro padrão (n = 15). * $P < 0,05$ em relação ao grupo das usuárias de ACO.

O tempo médio de uso de ACO pelas estudantes desta pesquisa foi 18 meses, e em 40% da amostra, o tempo de uso de ACO estava entre um a seis meses e mais de 40% estava entre 01 a 04 anos. Das amostras de estudo, a média do peso, altura e o IMC do grupo A foi, respectivamente, 58 kg, 1,60 m e 22. Por sua vez, a média do Grupo B foi de 59 kg, 1,63 m e 23 (**Figura 1**).

O aumento da PA nas usuárias de ACO geralmente ocorre nas mulheres que utilizam o medicamento por um maior período de tempo (acima de 2 anos). Porém, o uso dos ACO hormonais requer um monitoramento da PA a cada seis meses, no mínimo. Caso sejam detectados níveis pressóricos elevados (> 160/100 mmHg) a descontinuação deve ser recomendada, visto que, após a interrupção do uso do ACO, estima-se que os níveis pressóricos voltem aos valores basais em cerca de três a seis meses^(36,37).

Foi constatado que 100% das acadêmicas não usuárias de contraceptivos orais (Grupo B) apresentaram valor pressórico normal (PA entre 130 mmHg e 60 mmHg). Por sua vez, das quinze acadêmicas usuárias de anticoncepcionais orais (Grupo A), 87% apresentaram valor pressórico normal e 13% estavam com pressão arterial considerada ótima (PA entre 120 mmHg e 80 mmHg) (**Figura 2**). Considerando o efeito do uso de anticoncepcionais nos níveis tensionais, foi verificado que, em todas as acadêmicas, seu efeito foi sempre negativo, tanto na média sistólica quanto na média diastólica (**Figura 2**).

Figura 2: Média da PAS e PAD do Grupo A e Grupo B. Classificação da PA das acadêmicas usuárias e não usuárias de ACO segundo a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.



Legenda: Os valores são médias \pm erro padrão (n = 15).

Os resultados alcançados no presente estudo mostram-se divergentes dos de outras investigações realizadas referentes à correlação do uso do ACO e a HAS. Vários autores^(33,37-39) relatam que uma das causas de hipertensão arterial secundária na mulher é o uso de ACO. Entretanto, deve-se considerar a fragilidade da presente pesquisa, uma vez que, na metodologia adotada, o valor de n (n=15) foi pequeno, além do fato de terem sido realizadas somente quatro aferições da PA, durante o período de um mês. Dessa forma, pode-se considerar que ao aumentar o número de participantes e o período de acompanhamento e a aferição da PA nas mulheres avaliadas, os resultados obtidos poderiam assemelhar-se aos das investigações supracitadas.

Os autores discutem ainda que a elevação da PAS e PAD é dependente do tempo de uso do anticoncepcional e que as antigas formulações, com doses mais elevadas de estrogênios, eram responsáveis pelo aparecimento de hipertensão em cerca de cinco por cento das mulheres em uso de anticoncepcional. Entretanto, as novas formulações combinadas com menores doses de estrogênios estão relacionadas com menor incidência de HAS⁽³³⁾.

Normalmente, a hipertensão induzida pelos ACO evolui com níveis tensionais pouco elevados e o mecanismo pelo qual a PA se eleva ainda é desconhecido. Segundo Silva (2002), a exposição ao estrógeno sintético pode estar envolvida na patogênese da HAS em decorrência do desenvolvimento da hipertensão renal, a qual ocorre pela retenção de líquido no intravascular, promovendo, por sua vez, alterações na dinâmica circulatória, aumentando o débito cardíaco, o volume plasmático e a PAS.

Não existe um teste diagnóstico apropriado e, quando realizado, é retrospectivo. De modo geral, com a interrupção da droga, geralmente ao redor de três meses, poderá acontecer um retorno da pressão aos níveis normais, pelo menos em metade das pacientes^(39,40).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o conteúdo obtido a partir das entrevistas e medidas da pressão arterial das acadêmicas de enfermagem, em quase sua totalidade, os sujeitos do estudo não apresentaram aumento significativo da pressão arterial auferida no período de um mês (totalizando um valor de quatro aferições). Tais resultados, mostram-se contrários àqueles já apresentados em outras pesquisas sobre os efeitos dos contraceptivos orais nos níveis tensionais, nas quais, no mínimo 5% das usuárias de anticoncepcionais analisadas, apresentaram aumento da PA.

Diante da observação dos valores colhidos, pode-se concluir que o risco do aumento da PA, nas usuárias de ACO, é quase nulo, embora isso não comprove que o uso deste medicamento não altere os níveis pressóricos nas mulheres que fazem uso deste método contraceptivo.

REFERÊNCIAS

1. Woods GM, Kerlin BA, Brien SHO, Bonny AE. Journal of pediatric and adolescent gynecology. J Pediatr Adolesc Gynecol [Internet]. Elsevier Ltd; 2015; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2015.05.007>
2. Tepper NK, Curtis KM, Steenland MW, Marchbanks PA. Physical examination prior to initiating hormonal contraception: a systematic review. Contraception [Internet]. Elsevier B.V.; 2013;87(5):650–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.08.010>
3. Mosher WD, Jones J. Use of contraception in the United States: 1982–2008. National Center for Health Statistics. Vital Heal Stat. 2010;23:1–44.
4. Silva P. Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
5. Widimský J. The role of arterial hypertension in the primary prevention of stroke. Cor Vasa. 2015;58:e279–86.
6. Cinza-Sanjurjo S, Alonso-Moreno FJ, Prieto-Díaz MÁ, Divisón-Garrotes JA, Rodríguez-Rocae GC, Llisterri-Carof JL. Hipertensión arterial resistente en pacientes na hipertensos atendidos en atención primaria de Espanha: estudio PRESCAP 2010. 2015;41(3).
7. Morais TL de, Giribela C, Nisenbaum MG, Guerra G, Mello N, Baracat E, et al. Effects of a contraceptive containing drospirenone and ethinylestradiol on blood pressure, metabolic profile and neurohumoral axis in hypertensive women at reproductive age. Eur J Obstet Gynecol [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2014;182:113–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.09.006>
8. Steiner M. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. J Affect Disord [Internet]. Elsevier; 2003 Mar 3 [cited 2015 Sep 2];74(1):67–83. Available from: <http://www.jad-journal.com/article/S0165032702004329/fulltext>

9. Veras A, Nardi A. Hormônios sexuais femininos e transtornos do humor. *J Bras Psiquiatr.* 2005;54(1):57–68.
10. Direito A, Bailly S, Mariani A, Ecochard R. Relationships between the luteinizing hormone surge and other characteristics of the menstrual cycle in normally ovulating women. *Fertil Steril.* 2013;99(1):279–85.
11. Sand E, Voss U, Ohlsson B, Ekblad E. Autonomic Neuroscience : Basic and Clinical Luteinizing hormone receptors are expressed in rat myenteric neurons and mediate neuronal loss. *Auton Neurosci Basic Clin [Internet]. Elsevier B.V.;* 2015;193:104–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.autneu.2015.10.001>
12. Rezende J de;, Montenegro CAB. *Obstetrícia fundamental.* 12 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
13. Silva SMCS Da, Silva BFC, Farina BV, Spinoza ED, Breda SM. A influência da tensão pré-menstrual sobre os sintomas emocionais e o consumo alimentar. *Rev da Soc Bras Aliment e Nutr.* 2012;37(1):13–21.
14. Conceição JC de J, Albuquerque e Silva JG de. *Ginecologia fundamental.* São Paulo: Atheneu; 2005. 294 p.
15. Silva P. *Farmacologia.* 6th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
16. Rodrigues CIS, Cadaval RA de M, Almeida FA de. Hipertensão arterial refratária: uma visão geral. *Rev Bras Hipertens.* 2004;11(4):217–22.
17. Godfrey EM, Whiteman MK, Curtis KM. Treatment of unscheduled bleeding in women using extended- or continuous-use combined hormonal contraception: a systematic review. *Contraception [Internet]. Elsevier Inc.;* 2013;87(5):567–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.08.005>
18. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Flower RJ. *Farmacologia.* 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
19. Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ. *Farmacologia básica e clínica.* 12th ed. Porto Alegre: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA; 2014.
20. Carreno I, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Meneghel S. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2006;22(5):1101–9.
21. Amin MEK, Chewning B. Pharmacists' counselling on oral contraceptives: a theory informed analysis. *Res Soc Adm Pharm [Internet]. Elsevier Ltd;* 2015; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2015.08.009>
22. Plu-bureau G, Hugon-rodin J, Maitrot-mantelet L, Canonico M. Best practice & research clinical endocrinology & metabolism hormonal contraceptives and arterial disease : an epidemiological update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab [Internet]. Elsevier Ltd;* 2013;27(1):35–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beem.2012.11.003>
23. Evans G, Sutton EL. Oral Contraception. *Med Clin NA [Internet]. Elsevier Inc;* 2015;99(3):479–503. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2015.01.004>
24. Brasil. Hipertensão arterial sistêmica cadernos de atenção básica - N. 15 [Internet]. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.; 2006. 1-58 p. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf
25. Lima AHR de A, Couto HE, Glêbia AC, Tavares L, Toscano, Silva AS, et al. Treinamento aeróbico não altera pressão arterial de mulheres menopausadas e com síndrome metabólica. 2012;99.
26. Ávila WS, Tedoldi CL. 20. Planejamento familiar e anticoncepção. *Arq Bras Cardiol.* 2012;99(5):979–87.
27. Oigman W. Papel do sistema renina - angiotensina no desenvolvimento da hipertensão arterial associada à obesidade. *Rev Bras Hipertens.* 2000;7(5):142–8.

28. Leo V De, Morgante G, Lucani B, Nami R, Ciotta L, Cianci A, et al. Evaluation of plasma levels of renin-aldosterone and blood pressure in women over 35 years treated with new oral contraceptives. *Contraception*. 2001;64:145–8.
 29. Cagnacci A, Ferrari S, Napolitano A, Piacenti I, Arangino S, Volpe A. Combined oral contraceptive containing drospirenone does not modify 24-h ambulatory blood pressure but increases heart rate in healthy young women: prospective study. *Contraception [Internet]*. Elsevier Inc.; 2013;88(3):413–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.12.002>
 30. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2006.
 31. Chaves ES, Araújo TL De, Bruno D, Chaves R, Gabrielle A, Costa DS, et al. Artigo Original Crianças e adolescentes com história familiar de hipertensão arterial: indicadores de risco cardiovasculares. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(6):793–9.
 32. Who. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee. Technical Report Series No. 854. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series No. 854. 1995. p. 1–452.
 33. Corrêa DAS. Uso de contraceptivos orais entre mulheres de 18 a 49 anos: inquérito populacional telefônico. Belo Horizonte. 2012. 91f. Dissertação (Pós-Graduação em Saúde e Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais. 2012.
 34. Brasil. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Diabetes*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.; 2002. 1-104 p.
 35. Brito ES De, Fátima R, Pantarotto R, Roberto L, Gomes L. A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico (AVE) Hypertension as a risk factor for stroke. *Nursing (Lond)*. 2011;29(4):265–8.
 36. Plavnik FL, Rosa EC, Osvaldo JK. Hipertensão arterial sistêmica na mulher. *RNM Rev Bras Med*. 2007;64(3):88–94.
 37. Szwarcwald CL, Costa SH, Costa EDA, Klein CH, Leal MDC. Anticoncepcionais orais e pressão arterial: pesquisa epidemiológica de hipertensão arterial no Rio Grande do Sul. *Cad Saude Publica*. 1985;1(2).
 38. Ribeiro JM, Florêncio L. Anticoncepcional oral e hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens*. 1997;4(3).
 39. Abrahão SB, Mion Júnior D. Comunicações breves hipertensão arterial e contraceptivos orais. *Rev Bras Hipertens*. 2000;7(4):392–5.
 40. Carvalho JGR de. Hipertensão arterial secundária. *Rev Med*. 1996;(26):220–31.
-

ANEXO A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

1. Nome: _____

2. Endereço: _____

3. DN: ___/___/___ 4. Idade: _____ 5. Raça: _____ 6. Peso: _____ 7. Altura _____ 8. IMC _____

9. Fatores de Risco para Hipertensão Arterial Sistêmica:

 Obesidade Histórico Familiar de Hipertensão Arterial Alcoolismo Tabagismo Sedentarismo Outros _____

10. Histórico Pessoal:

A- Uso de Contraceptivo Hormonal

 Não SimSe sim, qual? Oral Injetável Intradérmico

Tempo de Uso _____

B- Uso de outro medicamento

 Sim Não

Quais _____

C- Patologias

 Hipertensão Arterial Sistêmica Diabetes Mellitus Pré-eclâmpsia em gestação anterior Nefropatias Cardiopatias/ AVC/ Dislipidemia Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica/ Asma Disfunção Sexual