

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

SEILA DE OLIVEIRA SOUZA

HIPERTENSÃO ARTERIAL NA MULHER

UBERABA/MG

2014

SEILA DE OLIVEIRA SOUZA

HIPERTENSÃO ARTERIAL NA MULHER

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim

UBERABA/MG

2014

SEILA DE OLIVEIRA SOUZA

HIPERTENSÃO ARTERIAL NA MULHER

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Banca Examinadora:

Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim - orientador

Prof. Me. Nathália Silva Gomes

Aprovado em Uberaba, ____ / ____ / ____

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos os meus colegas que caminharam comigo nesta jornada de aprendizado e aos meus mestres que me ajudaram na formação como profissional. Em especial ao meu orientador Prof. Mário.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela oportunidade de fazer esse curso que irá contribuir significativamente em minha profissão e à minha família que pacientemente me apoiou.

EPÍGRAFE

“O caminho mais grandioso para viver com honra neste mundo é ser a pessoa que fingimos ser.”

Sócrates

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi analisar a Hipertensão Arterial Sistêmica em mulheres gestantes ou no climatério. Trata-se de um estudo descritivo, no qual foram avaliadas mulheres hipertensas cadastradas na Unidade de Saúde da Família (USF) Julieta Andrade Cunha compondo a Estratégia Saúde da Família Recreio dos Bandeirantes. A partir do diagnóstico situacional e da revisão de literatura, aplicou-se um questionário para os pacientes da USF. O estudo demonstrou que dentre os vários problemas de saúde da mulher todos podem ser detectados precocemente e tratados adequadamente se o Agente Comunitário de Saúde realizar sua função adequadamente.

Palavras-chave: hipertensão; complicações na gravidez; climatério.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the Hypertension in pregnant women or during menopause. This is a descriptive study in which hypertensive women enrolled in the Family Health Unit (FHU) were evaluated Julieta Andrade Cunha composing the Family Health Strategy Recreio dos Bandeirantes. From the situational analysis and literature review, a questionnaire was applied to patients of FHU. The study showed that among the various health problems of women all can be detected early and treated appropriately if the Community Health Agent performing its function properly.

Keywords: hypertension; pregnancy complications; climacteric.

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACD: Auxiliar de Cirurgião Dentista

ACS: Agente comunitário de saúde

DNCT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF: Estratégia de saúde da família

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Atenção à Saúde da Família

PA: Pressão Arterial

PSF: Programa Saúde da Família

SGH: Síndrome Gestacional Hipertensiva

SH: Síndrome Hipertensiva

SIAB: Sistema de Informação de Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

URS: Unidade regional de Saúde

USF: Unidade de Saúde Familiar

VD: Visita Domiciliar

LISTA DE TABELAS

QUADRO I - Classificação da Pressão Arterial.....	18
QUADRO II – Nós Críticos	36
QUADRO III -Projetos.....	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	15
3.1 Geral	15
3.2 Específicos.....	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO DE LITERATURA	17
5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	17
5.1.1 Definição de HAS.....	17
5.1.2 Classificação da HAS	17
5.1.3 Epidemiologia da HAS	18
5.1.4 Sinais e sintomas.....	19
5.1.5 Causas da HAS	19
5.1.6 Diagnóstico	23
5.1.7 Prevenção da HAS	23
5.1.8 Tratamento da HAS	24
5.2 A HAS NA MULHER	28
5.3 A HAS NA GRAVIDEZ	29
5.4 A HAS NA MENOPAUSA	31
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	40
ANEXO 1	43

1 INTRODUÇÃO

Em 1994, foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa de Saúde da Família (PSF) para que a população tivesse informações e acesso aos serviços de saúde, assim como para cumprir a constituição no tocante a “garantir ao cidadão seu direito de receber atenção integral à saúde, com prioridade para as ações de promoção e prevenção em saúde, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 2003).

Atualmente, o PSF é conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), pois, mais que um programa, trata-se de um processo de ações e de serviços em saúde, no qual uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico em enfermagem, técnico em saúde bucal, auxiliar de saúde bucal e agente comunitário de saúde, faz cumprir as normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas normas e diretrizes visam à promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, por meio de mudanças na forma de atendimento das equipes de saúde, com intuito de qualificar e garantir atenção integral aos pacientes e padronizar os sistemas de saúde (MS, 2008).

O Modelo de Atenção Integral à Saúde, implantado no país, a partir da reforma sanitária, faz parte da ESF recomenda que a equipe não trabalhe mais dentro da visão biomédica, pela qual só se tratam as doenças. O objetivo passa a ser conhecer o indivíduo como um todo, desenvolvendo ações de promoção da saúde da família e prevenção de doenças. O modelo assistencial proposto tem como objetivo principal a humanização da assistência e a qualidade do atendimento, além de propor aos profissionais um desempenho resolutivo e integrado às características específicas das famílias e comunidades da área de abrangência (BARROS; BONALDI; LOUZADA, 2007).

O Recreio dos Bandeirantes está localizado em uma posição periférica na cidade de Uberaba-MG. Possui uma Unidade de Saúde Familiar (USF) na qual se encontram lotados pediatra, ginecologista, clínica geral, fisioterapeuta e assistente social do programa Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de técnica de enfermagem, auxiliares administrativos, técnica em economia doméstica e uma ESF, composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma Auxiliar de Cirurgião Dentista (ACD), um médico clínico geral e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O bairro tem topografia plana, com leve declive em sua maior parte, contrastando áreas urbanizadas e áreas rurais (chácaras), com predomínio das primeiras. Há, em todo o bairro, estrutura de energia elétrica, saneamento básico, água potável e transporte público. É um bairro residencial, com poucas estruturas comerciais, entre elas: padarias; bares, papelaria, sorveteria, mercearias, fábrica de vela e doces. A população residente no bairro, em sua maioria, é de classe média baixa. Em seu território encontram-se organizações e equipamentos sociais tais como: uma escola de ensino fundamental; uma igreja católica e uma chácara de recuperação de usuários de drogas ilícitas (Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, 2014).

O Jardim Induberaba, por sua vez, tem topografia plana, sendo totalmente urbanizado e tendo toda a estrutura de energia, saneamento, água e transporte, como a do Recreio dos Bandeirantes. Assim como este, tem a predominância de estruturas residenciais sobre as comerciais. A população é constituída em sua maioria por pessoas de classe média. Em seu território encontram-se organizações e equipamentos sociais tais como: uma escola de ensino fundamental; uma igreja católica, um hotel geriátrico, uma escola particular infantil, e algumas estruturas comerciais, entre elas: padaria, açougue, sacolão, posto de gasolina, *Lan-house*, gráfica, costureiras, bares, mercearias, escritório de contabilidade, oficinas, faculdade e uma Unidade Regional de Saúde (URS) do município. Como atividade de lazer, possui duas praças, sendo que uma possui academia na praça com educador físico duas vezes na semana (SIAB, 2014).

Nessa área de abrangência dos bairros Recreio dos Bandeirantes e Jardim Induberaba, existe total de 625 famílias cadastradas, que correspondem a população total de 2.098 pessoas. O número de pessoas com 15 anos ou mais alfabetizadas chega a 1.632 pessoas, o que corresponde a 92,20% da população total da área estudada (SIAB, 2014).

De acordo com os problemas identificados após a coleta e a análise dos dados obtidos para identificação do diagnóstico situacional da ESF Recreio dos Bandeirantes, pode-se destacar: preponderância da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em relação às outras co-morbidades; alta taxa de desemprego; baixo nível de renda familiar; nível de escolaridade regular (dentro da média nacional de ensino médio completo) e distância das estruturas de lazer em relação à população de um bairro do outro, dentro da mesma área de abrangência.

Diante dos problemas apresentados foi realizada uma reunião com a equipe da ESF para classificar a ordem de prioridades das necessidades básicas desta comunidade. Após a interpretação dos dados, a classificação das características da comunidade levantadas foram os seguintes:

1. Hipertensão Arterial Sistêmica;
2. Predominância de mulheres;
3. Desemprego;
4. Nível de escolaridade regular;
5. Baixo nível de renda familiar;
6. Carência das estruturas de lazer no bairro.

Com base nessas prioridades, também foram discutidas e elaboradas estratégias e planejamento de ações a serem executadas a fim de promover medidas de controle e prevenção sobre as co-morbidades observadas. O critério utilizado para a classificação das prioridades foi o índice de doenças encontradas e o percentual mais elevado em cada questão da entrevista e em relação ao número de pessoas participantes da pesquisa. Apesar de a co-morbidades em destaque na entrevista ser a Hipertensão Arterial Sistêmica, o tema a ser abordado no presente estudo será a hipertensão arterial na mulher com base na predominância deste sexo entre os moradores do bairro.

2 JUSTIFICATIVA

O investimento em planejamento de ações de qualquer natureza é essencial para minimizar desperdícios e otimizar recursos. Assim, para a realidade econômico-social brasileira, no que diz respeito às questões relacionadas à saúde, conhecer as características da população onde atua uma equipe de ESF é importante para que se garanta a melhor assistência integral à população, respeitando-se o acesso universal e, claro, a priorização com base em critérios de predominância epidemiológica e fisiopatológica.

Assim, na ESF do Recreio dos Bandeirantes, com características populacionais marcantes, compreender as demandas do cuidado à mulher é elemento importante diante da demanda maior deste grupo populacional sobre os serviços de saúde ali instalados.

A partir deste entendimento, é possível que se gere intervenções assistenciais específicas que promovam efetivas transformações nas pessoas e suas famílias dentro da área de atuação do ESF.

Desta forma, o presente estudo se fundamenta nas bases do processo assistencial planejado, pretendendo contribuir para o incremento do acesso populacional às informações em saúde, com orientações precisas e específicas, direcionadas a um público que exige atenção redobrada, face natureza do momento vivido – durante a gravidez e durante a menopausa, duas situações que só podem ser vivenciadas, exclusivamente, pelas mulheres.

Por certo, através deste estudo, pretende-se, ainda, enriquecer o fortalecimento do vínculo entre equipe assistencial de saúde e as famílias ali atendidas. Isto poderá resultar na melhoria da qualidade do atendimento ofertado a esta camada populacional, gerando maior satisfação em todos os envolvidos.

Para Santana et al (2011), as visitas domiciliares são momentos que devem ser aproveitados para a realização de ações que visam atendimento educativo e assistencial. Deve estar direcionada para a educação em saúde e a conscientização dos indivíduos com relação aos aspectos de saúde no seu próprio contexto. A população feminina necessita adquirir conhecimento para conseguir cuidar dos familiares e se cuidar também. Elas são a maioria no tocante à ajuda aos familiares como mães, filhas e irmãs, agindo como cuidadoras das famílias. O Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) é guarnecido com as informações obtidas nas

visitas domiciliares, para que se possa monitorar e planejar as ações de saúde local. Com estas informações a equipe pode conhecer a área onde estão inseridas as famílias e então planejar ações de promoção e prevenção de doenças da população.

A partir do exposto, este trabalho destaca a HAS que pode ser adquirida pelo sexo feminino, buscando não só o conhecimento sobre a evolução dessa doença, mas as formas de prevenção. Espera-se que este trabalho possa ser útil àqueles que trabalham junto às mulheres, auxiliando-os a promover uma maior conscientização sobre a importância de uma vida saudável para uma vida longa e feliz.

Preende-se abordar as complicações na gravidez, a pressão arterial alta e as complicações em doenças cardiovasculares na mulher, em especial no climatério.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Analisar a Hipertensão Arterial Sistêmica que se manifesta em mulheres gestantes ou no climatério.

3.2 Específicos

- Identificar as diversas formas de diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica em mulheres grávidas ou no climatério na área da ESF Recreio dos Bandeirantes;
- Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial Sistêmica em mulheres grávidas ou no climatério na área da ESF Recreio dos Bandeirantes;
- Propor ações que reduzam a ocorrência de Hipertensão Arterial Sistêmica em mulheres grávidas ou no climatério na área da ESF Recreio dos Bandeirantes.

4 METODOLOGIA

O diagnóstico situacional foi realizado na USF. Aplicou-se questionário para detecção dos principais problemas da unidade, identificando a HAS como a condição de saúde com maior frequência.

A partir desse ponto, foi realizada por meio de revisão de literatura, em livros, manuais de saúde pública e artigos científicos em português publicados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *sites* de medicina e saúde, além de livros. Foi complementado com uma pesquisa feita na USF Julieta Andrade Cunha compondo a ESF Recreio dos Bandeirantes na qual trabalho.

Os descritores utilizados foram: hipertensão, menopausa e complicações na gravidez. Como critérios de inclusão artigos publicados na íntegra, que continham discussões relevantes sobre o tema da HAS na mulher.

Foram pesquisados mais de 200 textos e utilizados apenas 30 da SciELO, sete da Bireme e 17 de *sites* como Sociedades Brasileiras de Hipertensão, Nefrologia, Cardiologia, do governo (MS, IBGE e DATASUS) e de revistas especializadas na área médica que estavam relacionadas com os objetivos do trabalho.

No anexo I o detalhamento das pesquisas com os respectivos sites.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

5.1.1 Definição de HAS

A HAS designa uma elevação excessiva da PA, acima dos valores de referência para a população em geral, sendo considerada como uma das doenças mais comuns do mundo moderno (SBH, 2013).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBH, 2013).

5.1.2 Classificação da HAS

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) os valores normais aceitos são de 120 x 80 mmHg, em que a PA é considerada excelente e 130 x 85mmHg considerada limítrofe. Valores pressóricos acima de 140 x 90 mmHg, são considerados HAS (OMS, 2014).

Uma dificuldade pertinente a HAS é que ela é uma patologia silente e a maior parte da população que inicia uma elevação da PA somente percebe quando já causa algum impacto no organismo levando a distúrbios metabólicos (LESSA et al., 2006).

No Quadro 1 são expostos os valores atribuídos aos níveis pressóricos conforme as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2010 para adultos acima de 18 anos (SBH, 2010):

Quadro I – Classificação da Pressão Arterial

Classificação da pressão arterial (> 18 anos)		
Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	<130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão		
Estágio 1 (leve)	140-159	90-99
Estágio 2 (moderado)	160-179	100-109
Estágio 3 (grave)	> ou = a 180	> ou = a 110

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010.

Durante a estimativa dos dados pressóricos deve-se dar particular gravidade para a técnica e ambiente para a verificação da PA, pois vários estudos demonstram que existe associação entre a reatividade pressórica e o emocional das pessoas (OLIVEIRA JUNIOR, 2000).

5.1.3 Epidemiologia da HAS

A HAS é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e uma das mais extraordinárias dificuldades da saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SBC - V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2006).

Aproximadamente 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA sendo 54% por Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 47 % por doença isquêmica do coração (DIC) em 2001 (CESARINO et al., 2008). As DCV têm sido a principal causa de morte no Brasil sendo que em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (MALTA et al., 2009).

Uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular foi relatada entre 1990 e 2006 assim como o aumento da HAS com a

idade, pois aproximadamente 70% da população com mais de 70 anos é hipertensa (CESARINO et al., 2008).

Assim sendo, devido à alta morbimortalidade associada à HAS e aos custos elevados para o tratamento de suas consequências, torna-se imperativo o diagnóstico e o tratamento adequados para a mudança da sequência do desenvolvimento desta (BRASIL, 2011).

5.1.4 Sinais e sintomas

A definição da HAS pelos seus sinais associa a doença aos desconfortos causados pela mesma, como: cefaleia, tontura, palpitação, insônia e outras. Todavia, a HAS raramente manifesta algum sintoma ou desconforto físico. Isso constitui um dos motivos para o hipertenso não se empenhar com as condutas indispensáveis ao seu controle, pois as pessoas só se percebem doentes quando qualquer alteração na qualidade de vida as impede de realizar suas atividades rotineiras (SANTOS et al., 2005).

5.1.5 Causas da HAS

A HAS possui duas categorias: hipertensão essencial e hipertensão secundária. A hipertensão essencial ou primária surge sem causa explicada, enquanto que a hipertensão secundária ocorre devido a uma doença identificável, como insuficiência renal, apneia do sono, hipotireoidismo e etc. (LESSA, 1998).

Cerca de 95% dos casos de PA são causados pelo que definimos como hipertensão essencial. Não se sabe por que ela surge, mas sabe-se que é causada por múltiplos fatores genéticos e hábitos de vida. Compreende-se que entre os mecanismos responsáveis pela elevação da PA na hipertensão primária é o aumento de absorção de sal pelos rins, uma excessiva resposta dos vasos sanguíneos a estímulos nervosos mediados por neurotransmissores, como a adrenalina, e uma perda de elasticidade das artérias, tornando-as mais rígidas (LESSA, 1998).

A hipertensão essencial começa gradativamente e vai piorando ao longo dos anos. Existem vários fatores de risco para a HAS, entre eles:

- **Idade:** Analisando-se os artigos de conteúdos de literatura científica pode-se constatar que o aumento da pressão com o avançar da idade tem sido observado, embora segundo III CBHA (BRASIL, 2001) indique que esse aumento não represente um comportamento fisiológico normal. A prevenção é o meio mais eficiente de combater a HAS, evitando os problemas e o elevado custo de seu tratamento e de suas complicações.
- **Hereditariedade:** Cerca de 74% dos portadores de HAS possuem parentes com a mesma patologia. Segundo Barreto-Filho e Krieger (2003), dos fatores envolvidos na fisiopatogênese da HAS em média um terço deles deriva de fatores genéticos.
- **Sexo:** A predominância do sexo masculino estende-se até próximo aos 60 anos quando o sexo feminino passa a se igualar. Isso pode ser devido a relação entre climatério e HAS segundo Irigoyenet et al. (2003). Estudos demonstram que os hormônios ovarianos são responsáveis pela PA mais baixa nas mulheres e com a chegada da menopausa a prevalência da PA entre homens e mulheres tende a se aproximar.
- **Hábitos sociais e uso de anticoncepcionais:** atualmente muitas mulheres fizeram ou fazem uso de contraceptivo hormonal. Segundo o III CBHA (BRASIL, 2001) a ingestão de anticoncepcionais orais deve ser considerada como possível causa de HAS. O uso de anticoncepcionais orais deve ser evitado em mulheres com mais de 35 anos de idade e em obesas, pelo maior risco de HAS e em mulheres com mais de 35 anos e fumantes irreduzíveis, o anticoncepcional oral deveria ser proibido (BRASIL, 2001);
- **Tabagismo:** A nicotina é nociva ao organismo promovendo a liberação de catecolaminas as quais aumentam a frequência cardíaca, a PA e a resistência periférica. A capacidade orgânica em formar coágulos é aumentada e a função de destruí-los diminuída havendo redução de oxigênio nos glóbulos vermelhos devido ao monóxido de carbono, que lesa a parede interna dos vasos, propiciando a deposição de gorduras (KLEIN et al, 1985).
- **Bebida alcoólica:** O consumo de álcool pode elevar a PA de formas tanto aguda quanto cronicamente (OPARIL, 1997).

- Colesterol alto: Em níveis altos aumenta a deposição de gordura nas artérias causando um processo chamado de aterosclerose (III CBHA - BRASIL, 2001).
- Sedentarismo: A prática regular de exercícios diminui os níveis circulantes de adrenalina, que causa constrição das artérias, e aumenta a liberação de endorfinas e óxido nítrico, que causam vasodilatação. Além disso, o sedentarismo contribui para o sobrepeso e aumento do colesterol (BARROS, 2007).

A HAS secundária é aquela que tem uma causa bem definida, pois o paciente tem uma doença que leva à HAS. São várias as patologias que podem causar hipertensão secundária, porém elas representam apenas 5% do total de casos de HAS, pois 95% dos casos são de hipertensão primária. Ao contrário da hipertensão essencial que costuma piorar progressivamente, a hipertensão secundária costuma ter início abrupto, iniciando-se já com níveis pressóricos altos (BORTOLOTTTO; PRAXEDES, 2005).

As doenças renais são causas comuns de hipertensão secundária visto que o rim é o principal controlador do volume de água e de sódio do organismo. Dentre as principais causas de hipertensão secundária relaciona-se (BORTOLOTTTO, PRAXEDES, 2005):

- Insuficiência renal crônica: é uma das principais causas de hipertensão secundária, pois quando os rins começam a falhar, há dificuldades em excretar o excesso de sal e de líquidos consumidos, levando a um aumento da PA. Em média 85% dos pacientes com insuficiência renal crônica são portadores de HAS. Também a HAS pode levar à insuficiência renal pois uma pressão constantemente elevada durante anos costuma causar lesão dos vasos e dos glomérulos dos rins. O paciente passa então a apresentar um mecanismo de auto - alimentação: a HAS causa lesão nos rins que por sua vez causa piora da PA que vá se agravando pela progressão da insuficiência renal;
- Rins policísticos: a expansão dos cistos gera um aumento da liberação de um hormônio chamado renina, que causa maior absorção de sódio nos túbulos renais, aumentando assim o risco de HAS;
- Estenose da artéria renal: a estenose da artéria renal causa uma diminuição no aporte e sangue para o rim diminuindo a pressão do sangue que chega ao

rim que supõe que a pressão está baixa em todo corpo e passa a reter mais sal e líquidos para compensar esta falsa hipotensão.

- Feocromocitoma: é um tumor maligno da glândula suprarrenal que produz a adrenalina cujo excesso pode levar à HAS;
- Aldosteronismo primário: causa HAS devido a uma maior produção de um hormônio chamado aldosterona, que atua no rim aumentando a absorção de sódio nos túbulos renais sendo raramente causado por tumor benigno da suprarrenal ou por um crescimento anormal de toda a glândula;
- Síndrome de *Cushing*: doença causada por excesso de corticoides no organismo, ou por produção exagerada da glândula suprarrenal, ou por ingestão excessiva de corticoides sintéticos para tratamento de algumas doenças.
- Apneia obstrutiva do sono: doença que ocorre, sobretudo em obesos e se distingue por períodos de apneia durante o sono. Cerca de 50% dos pacientes apresentam HAS mais elevada no período da manhã, ao contrário do que ocorre em outras causas de hipertensão.
- Doenças da tireoide: tanto o hipotireoidismo quanto o hipertireoidismo podem causar HAS. No hipertireoidismo o resultado direto do hormônio tireoidiano no miocárdio e a resposta elevada às catecolaminas tendem para aumento do débito cardíaco e da velocidade do fluxo sanguíneo. Uma contração mais rápida e forte causa aumento da PA sistólica. Em contraste, o hormônio tiroideiano reduz a resistência vascular sistêmica. No hipotireoidismo, os efeitos metabólicos são os inversos do hipertireoidismo. O déficit cardíaco é diminuído e ocorre acréscimo da resistência vascular sistêmica. Os aspectos clínicos incluem bradicardia e redução da perfusão periférica e da amplitude do pulso. Grande parte dos pacientes com hipotireoidismo exibe módica elevação da PA sistólica e elevação mais exacerbada da PA diastólica. Essas alterações desaparecem com o tratamento hormonal (Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica, 2004).

5.1.6 Diagnóstico

O diagnóstico em HAS é baseado na anamnese, exame físico e exames complementares que auxiliam na realização do diagnóstico da doença propriamente dita, sua etiologia, grau de comprometimento de órgãos-alvo e na identificação dos fatores de risco cardiovascular associado (KOEHLER et al, 2002).

A medida da PA institui o meio essencial para o diagnóstico da HAS. Portanto, destaca-se a importância de realizar essa técnica através de métodos e condições apropriadas. Alguns estudos têm demonstrado muitos erros na medida da PA, os quais podem ser evitados com o preparo do paciente, uso da técnica padronizada de medida da PA com equipamento calibrado (SBH, 2006).

5.1.7 Prevenção da HAS

Entre as medidas preventivas, se sobressaem a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividade física e o abandono do tabagismo. Entre eles podemos destacar (ARAÚJO; GARCIA, 2006; PIRES; MUSSI, 2008):

- Hábitos alimentares saudáveis: reduzir o consumo de sal, moderar o de álcool, controlar o de gorduras e incluir alimentos ricos em potássio na alimentação diária;
- Peso corporal: manter o índice de massa corporal entre 18,5 e 24,9 kg/m² é o ideal. Também é importante que a circunferência da cintura não seja superior a 102 cm para os homens e 88 cm para as mulheres. No caso de sobrepeso ou obesidade, a perda de 5% a 10% do peso inicial já traz melhoramentos. O consumo de calorias necessita estar ajustado com o consumo calórico diário.
- Sal: a população brasileira realiza consumo de sal superior a 12 g/dia o que é muito elevado. A ingestão de sódio deve ser no máximo de 2,4 g/dia. Recomenda-se diminuir o sal adicionado aos alimentos, evitar o saleiro à mesa e reduzir os alimentos industrializados, como enlatados, conservas, frios, embutidos, sopas, temperos, molhos prontos e salgadinhos. A redução da ingestão excessiva de sódio e/ou a perda de peso pode prevenir a HAS em 20%.

- **Álcool:** o consumo de bebida alcoólica deve ser restringido a no máximo, 30 ml/dia de etanol para homens e 15 ml/dia para mulheres.
- **Gordura:** o valor calórico total da dieta deve ser de no máximo 30% de gorduras, sendo a saturada até 10% e o colesterol até 300 mg/dia.
- **Potássio:** o consumo de 4,7 g/dia de potássio, utilizando-se verduras, legumes, frutas, principalmente cruas, e leguminosas como feijões, ervilha, lentilha, grão-de-bico, soja deve ser estimulado.
- **Atividade Física:** existe uma afinidade inversa entre quantidade total de atividade física e incidência de HAS, sendo essa relação mais manifesta com a inclusão em atividades vigorosas. Em geral, a prática regular de exercícios aeróbicos reduz a PA casual e a ambulatorial, ficando o efeito hipotensor maior quanto maior for a PA inicial. A atividade física ajuda também influencia outros fatores de risco, como o peso corporal, a resistência à insulina e a dislipidemia, reduzindo o risco cardiovascular geral.
- **Tabagismo:** é o único fator de risco totalmente evitável de doença e morte cardiovasculares.
- **Estresse:** o controle do estresse emocional é necessário na prevenção primária da HAS.

5.1.8 Tratamento da HAS

Para Fontana (1996), o tratamento preventivo da HAS em UBS durante um ano não custa ao governo um dia de internação por qualquer complicação da HAS.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia e a Sociedade Brasileira do Climatério (2008) publicaram uma diretriz específica para a prevenção do risco cardiovascular em mulheres na menopausa onde fazem recomendações como: controlar a HAS, o diabetes mellitus (Tipo 2) e o colesterol elevado, abandonar o cigarro, praticar atividade física (pelo menos 30 minutos de 3 a 6 dias por semana), buscar uma dieta equilibrada rica em frutas, verduras e vegetais, entre outros.

A Terapia de Reposição Hormonal tem indicações bastante definidas e aceitas na bibliografia médica como alternativa para o alívio dos sintomas do climatério. O que diferencia as terapias entre si são os tipos de hormônios, pois cada

um traz um benefício diferente. A drospirenona tem efeitos significativos na redução da PA das mulheres, afora o alívio dos sintomas da menopausa, evitando a retenção de líquido e o aumento de peso, produzindo efeitos diretos sobre o sistema cardiocirculatório (AUGUST, P. et al., 1999).

Utilizando-se uma dieta rica em frutas, fibras, minerais, hortaliças e laticínios com baixos teores de gordura e sódio haverá uma redução significativa da PA (MONTEIRO, SOBRAL FILHO, 2004).

O alto consumo de potássio, magnésio e cálcio junto com a redução na ingestão de sódio é uma das medidas de maior impacto na prevenção da HAS, pois se associa à menor elevação anual da PA e promove queda pressórica proporcional à diminuição do teor de sódio (SBH, 2010).

As modificações no estilo de vida são essenciais e o exercício físico é recomendado, pois além de saudável, causa sensações agradáveis ao corpo devido à liberação de um conjunto de substâncias opióides conhecidas como endorfinas. Estas mantêm a estrutura corporal mais magra e rígida, atendendo as exigências de estética e beleza e provoca a melhora cardiovascular (MONTEIRO, SOBRAL FILHO, 2004).

A implementação da prática gradual e regular as atividades físicas está se tornando mais utilizada ao invés de utilizar agentes medicamentosos visando não só uma redução estatística de hipertensos, mas também uma melhora das condições de vida da população (MONTEIRO, SOBRAL FILHO, 2004).

Monteiro e Sobral Filho (2004) acompanharam um estudo de seis a dez anos, indivíduos norte-americanos que praticavam exercício físico de forma regular, e constataram que estes apresentavam risco 35% menor de desenvolver HAS que indivíduos sedentários. Eles citam que se justifica a redução da PA em indivíduos hipertensos pelas alterações humorais relacionadas à produção de substâncias vasoativas, como o peptídeo natriurético atrial ouabaína-like, modulada centralmente.

Existem diversas drogas anti-hipertensivas disponíveis durante a gestação, porém o parto prematuro parece ser a única forma de impedir a evolução das alterações fetais e maternas. A interrupção precoce nos casos graves é essencial para controle das alterações maternas e do sofrimento fetal, e toda Síndrome da Hipertensão Gestacional (SHG) mesmo com menores complicações clínicas

recomendam cuidados maiores do que gestações de pacientes normotensas (FERRÃO, et al., 2006).

Com relação ao medicamento, este deve ser eficaz por via oral e com administração do menor número possível de doses. A preferência deve ser para aqueles com posologia de tomada única diária (MOCHEL et al., 2007).

Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução dos níveis tensionais e de eventos cardiovasculares. Os disponíveis no Brasil são classificados em: diuréticos; inibidores adrenérgicos; betabloqueadores; vasodilatadores diretos; inibidores da enzima conversora da angiotensina; bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores dos receptores da angiotensina II; inibidores diretos da renina; e antagonistas da endotelina (VI DBH, 2010).

Os diuréticos são eficazes na redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular, tendo duplo mecanismo de ação. Um agudo, que inibe a reabsorção do sal pelo rim, reduzindo a volemia, o retorno venoso ao coração e o débito cardíaco; e outro crônico, que leva à vasodilatação arteriolar, diminuindo a resistência vascular periférica (LUNA, 2009).

Os inibidores adrenérgicos de ação central atuam estimulando os receptores alfa-2-adrenérgicos pré-sinápticos no sistema nervoso central, reduzindo o tônus simpático. Não são eficazes sozinhos geralmente, mas, podem ser úteis em associação com medicamentos de outras classes terapêuticas (SBH, 2010).

Os betabloqueadores são drogas que antagonizam as respostas às catecolaminas, mediadas pelos receptores beta agindo na diminuição inicial do débito cardíaco, redução da secreção de renina e readaptação dos barorreceptores. São utilizados, preferencialmente, em situações especiais, como nas pessoas coronariopatas, com disfunção sistólica, arritmias cardíacas ou infarto do miocárdio prévio (SBH, 2010).

Os vasodilatadores atuam sobre a musculatura da parede vascular, promovendo seu relaxamento e têm como consequência a vaso dilatação e redução da resistência vascular periférica. São contra indicados em mono terapia associação, pois sua ação vasodilatadora direta promove retenção hídrica e taquicardia reflexa, devendo ser associado com os diuréticos e/ou betabloqueadores (SBH, 2010).

Os bloqueadores dos canais de cálcio possuem ação anti-hipertensiva que decorre da redução da resistência vascular periférica por diminuição da

concentração de cálcio nas células musculares lisas vasculares com efeitos antianginosos, antiarrítmicos e também controlam a PA. São utilizados em usuários sem restrição ao sal (LUNA, 2009).

Os inibidores da enzima conversora da angiotensina agem pela inibição da enzima conversora, bloqueando a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos sendo eficazes no tratamento da HAS e reduzindo a morbimortalidade nos hipertensos (SBH, 2010).

Os bloqueadores do receptor AT1 são eficazes no tratamento da HAS, pois antagonizam a ação da angiotensina II por meio do bloqueio específico dos seus receptores AT1 (SBH, 2010). Contudo, a experiência com antagonistas AT1 é mais restrita do que com os IECA. Para as pessoas com HAS, nas quais está indicado um IECA, mas que não podem tolerá-lo, em virtude da ocorrência de tosse seca, os antagonistas AT1 mostram-se úteis (RANG et al., 2004).

O alisquireno como único fármaco disponível para o uso clínico para os inibidores diretos da renina que promove inibição direta dela com consequente diminuição da formação de angiotensina II, porém não é amplamente usado em virtude da experiência com este medicamento ainda ser inexpressiva (LUNA, 2009).

Os inibidores da endotelina possuem três tipos e dois de receptores: os A (ETA), presentes nas células musculares lisas, e os B (ETB), presentes também no endotélio. Sua ação induz o bloqueio dos receptores e dos receptores A (BO 123), enquanto provocam vaso constrição das células musculares lisas vasculares, enquanto os ETB, quando estimulados, levam também à vaso constrição, condicionando a liberação de óxido nítrico das células endoteliais, cuja ação é vasodilatadora (KATZUNG, 2006).

Quanto à farmacoterapia na gestação, propôs-se a inibição da fosfodiesterase tipo cinco, placentária na reversão da vasoconstrição que está na origem da isquemia/hipóxia da mesma. A utilização do ácido acetilsalicílico (AAS) em baixa dose (75-100 mg) é aceitado como prevenção da PE em gestantes de risco (com HTA gestacional, diabetes mellitus gestacional ou antecedentes de PE (BARRA et al 2012).

A HAS grave (PA > 160/110 mm Hg) deve ser tratada com o intuito de reduzir a morbimortalidade materna sendo usados os medicamentos: Labetalol, Nifedipina e Hidralazina visando atingir valores de PA normais (BARRA et al., 2012).

5.2 A HAS na mulher

Segundo Luz e Solimene (1999):

É uma visão simplista que a doença cardiovascular na mulher não mais se justifica, pois a doença coronária tornou-se a principal causa de morte no sexo feminino do mundo ocidental, maior que o câncer de útero, de mama ou mortes no parto.

As mulheres de hoje em dia além de cuidar de filhos, marido e parentes idosos, adquiriram os encargos que antes se destinavam ao homem: trabalho fora do lar e responsabilidades financeiras devido a abandono, divórcio e viuvez. As mulheres também adquiriram costumes que eram típicos dos homens: dietas irregulares, tabagismo, etilismo, sedentarismo e de descanso adequado (LUZ, SOLIMENE, 1999).

No Brasil, existe uma grande variedade de etnias e isso demanda problemas pertinentes a cada grupo étnico - cultural. Vários estudos demonstram que grande número de mulheres de cor negra ou parda com forte relação com a alta frequência de HAS, já que a etnia negra é um forte fator predisponente, como também a um maior risco de ataque cardíaco e morte súbita, em comparação à etnia branca (CRUZ, LIMA, 1999).

A grande parte dos estudos encontrou um perfil de mulher trabalhadora, com baixa renda e baixo nível de escolaridade. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2009, com relação às diferenças nos níveis educacionais entre homens e mulheres, hoje estas estudam muito menos, tendendo reverter em breve deste quadro. As mulheres estão indo mais à escola e, permanecendo nela por mais tempo.

Neste mesmo levantamento do IBGE encontrou-se que a principal ocupação das mulheres foi o trabalho doméstico, o qual é não remunerado e cujo tempo gasto é bem maior do que em as outras atividades desenvolvidas pelas mulheres. As mulheres, além dos afazeres domésticos trabalham na atividade produtiva, no domicílio e na atividade reprodutiva, com grande sobrecarga de trabalho e dificuldades de conciliação entre as responsabilidades familiares e as profissionais (BRUSCHINI, 2006).

Cerca de 33,3% dos domicílios tinham mulheres como responsáveis em 2012 segundo dados do IBGE (2009), delegando maior responsabilidade do sexo

feminino pela responsabilidade financeira da casa, aumentando o nível de estresse, ansiedade, piora da qualidade de vida, e o surgimento de um estilo de vida prejudicial.

5.3 A HAS na gravidez

A HAS gestacional é uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico-puerperal atingido de 6% a 30% das gestantes, o que resulta em alto risco de morbidade e de mortalidade materna e perinatal (KAHHALE, NEME, ZUGAIB, 1988).

A hipertensão gravídica recebe a denominação geral de SHG que são caracterizadas por níveis pressóricos iguais ou acima de 140 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para pressão diastólica. Podem ser classificadas em crônica, crônica supera juntada à pré-eclâmpsia, gestacional, pré-eclâmpsia e eclampsia (KAHHALE, NEME, ZUGAIB, 1988).

Classificação dos distúrbios hipertensivos (KAHHALE, NEME, ZUGAIB, 1988):

- a) Hipertensão crônica: existe antes da gravidez ou diagnosticada antes da 20ª semana de gravidez, com níveis pressóricos 140 mmHg na sistólica ou 90 mmHg na diastólica. Também os casos de HAS que são diagnosticados pela primeira vez durante a gravidez e não se resolvem após o parto.
- b) Pré-eclâmpsia superimposta à HAS crônica: acontece em mulheres com HAS, sem o incremento de proteinúria, ou mulheres com HAS e proteinúria antes da 20ª semana, quando a proteinúria causa um aumento súbito da PA que se apresentava satisfatoriamente controlada ou ainda presença de trombocitopenia ou alteração das enzimas hepáticas.
- c) Hipertensão gestacional: resolve-se, em média em até 12 semanas após o parto.
- d) Pré-eclâmpsia: síndrome específica da gravidez, aparecendo, geralmente após a 20ª semana onde é verificada pelo aumento da PA seguida por proteinúria.

e) Eclampsia: ocorre porque a mulher tem convulsões porque a PA sobe muito diminuindo o fluxo de sangue que vai para o cérebro.

O desenvolvimento das SHG apresentam vários fatores, como: diabete, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 30 anos, antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia e/ou HAS crônica e raça negra (KAHHALE, NEME, ZUGAIB, 1988).

Em estudo realizado no Brasil mostrou que gravidez acima dos 40 anos, a primiparidade e a HAS crônica são os principais fatores de risco para a hipertensão na gravidez (KAHHALE S, NEME B, ZUGAIB M, 1988).

Dessa forma, pode-se observar que alguns fatores são semelhantes entre diferentes populações estudadas, enquanto outros estão relacionados à área geográfica e à etnia da população (WHO, 2010).

As SHG são a principal causa de morte materna nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Entretanto, as SHG podem provocar várias complicações, como: encefalopatia hipertensiva, falência cardíaca, grave comprometimento da função renal, hemorragia retiniana, coagulopatias e associação com pré-eclâmpsia. Também há risco para o feto como restrição de crescimento intrauterino, descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal, morte intra-útero, baixo peso e prematuridade (BASTOS, A et al, 1999).

As SHG complicam 5% a 10% de todas as gestações no quesito morbidade maternas (AMORIM et al., 2008).

No Brasil as taxas de mortalidade materna ainda são consideradas elevadas sendo a HAS é uma das principais causas desse evento. Em 2007, ocorreram 63 óbitos maternos, 11 (17,5%) devido às SHG, causa que foi superada apenas pelas complicações do trabalho de parto e parto, que somaram 12 óbitos (DATASUS, 2013).

A gestante hipertensa deve fazer repouso e dieta, apenas utilizando tratamento medicamentoso quando a PA diastólica da gestante ultrapassar 100 mmHg. Um pré-natal com ótima assistência colabora para redução de complicações e das mortes maternas pela SHG (PEIXOTO MV, et al., 2008).

Segundo Seizo Miyadahira (2001) as recomendações para adiantamento do parto são:

- a) Condições maternas: SHG, Diabetes tipo I, nefropatia crônica, Doenças cardíacas cianóticas, hemoglobinopatias, Lúpus, Síndrome Antifosfolípides, hipertireoidismo.
- b) Condições relacionadas à gestação: pré-eclâmpsia, diminuição de Movimentos Fetais, oligidrâmnio, poliidrâmnio, crescimento intrauterino restrito, gestação prolongada, aloimunização, perda fetal anterior sem causa aparente, gestação múltiplas (crescimento discrepante).

A mortalidade materna decorrente da HAS continua elevada embora haja aumento da assistência pré-natal, levando-se a crer que um dos problemas é a qualidade do atendimento pré-natal. Estudos levam a crer que no grupo de gestantes hipertensas, comparadas às de baixo risco, a faixa etária seja maior, haja predominância da cor negra, múltiparas, obesas e com antecedentes de desfechos neonatais piores. (VETTORE, MV et al 2011).

5.4 A HAS na menopausa

O climatério deriva da palavra grega klimater significa degrau e marca a transição da idade adulta à senescência (FRANÇA et al., 2003).

O climatério marca a transição da vida reprodutiva para a não reprodutiva, onde ocorre a menopausa, que é a última menstruação fisiológica da mulher (CAMPANA, L. O. C et al., 2001).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012):

A menopausa natural é definida por 12 meses consecutivos de amenorreia, sem outra causa patológica ou psicológica evidente, não existindo nenhum indicador biológico independente e adequado para caracterizá-la.

A partir dos 35 anos inicia-se o climatério quando são detectadas as primeiras alterações hormonais as quais vão até aproximadamente os 65 anos, tendo com duração de cerca de 30 anos (FRANÇA, A. P. et al., 2003).

O começo da menopausa pode ser antecipado pelo baixo nível socioeconômico, baixo peso e tabagismo ou postergados pelo número de

gestações, uso de contraceptivos hormonais e outros fatores que reduzem os ciclos ovulatórios durante o período reprodutivo (FRANÇA, A. P, et al., 2003).

A menopausa é o período no qual cessa o ciclo menstrual como consequência da diminuição na liberação dos hormônios femininos estrogênio e progesterona (GUYTON et al, 2002).

A falta de estrogênio afeta cerca de 75% das mulheres que sofrem na fase inicial com sintomas como: ondas de calor, incontinência urinária, ressecamento da pele, secura vaginal e distúrbios do sono. Podem acontecer ainda sinais de irritabilidade, perda de concentração, baixa da libido e aumento da depressão. Em 30% das mulheres os sintomas são severos. A baixa hormonal em longo prazo está relacionada ao aumento de doenças cardiovasculares, aumento e redistribuição da adiposidade, osteoporose, cânceres, doenças cognitivas e demências, como o Mal de Alzheimer (NAHAS et al., 2003; ZAHAR et al., 2005).

Em muitos estudos foi verificado que na menopausa há uma redução da força e massa muscular, da massa óssea, aumento da gordura corporal, especialmente na região abdominal, prevalência de diabetes, de osteoporose e de doenças cardiovasculares. As doenças cardiovasculares são mais propensas devido ao aumento da gordura intra-abdominal que tem um efeito negativo nos níveis de lipídios (IRYGOYEN et al, 2006).

É muito importante que nessa fase há uma diminuição do gasto energético de repouso, pois a diminuição da massa magra reduz as necessidades energéticas do organismo, e que associada ao sedentarismo e a manutenção da ingestão calórica, possa levar a um aumento de massa gorda (TREVISAN et al, 2007).

A partir dos anos 60, quando ingressou no mercado de trabalho e aumentou sua exposição ao estresse, fumo e maus hábitos alimentares, a taxa de mortalidade das mulheres devido às doenças cardiovasculares aumentou expressivamente, passando de 10% para 25%. A morte devido às doenças cardíacas é 39% maior em homens do que em mulheres entre os 45 e 64anos, mas depois dos 65 anos, ultrapassa a dos homens em 22% (IRYGOYEN, 2006).

A privação estrogênica é o que causa o aumento de doenças cardiovasculares nas mulheres após o início da menopausa, atribuindo um papel cardioprotetor aos estrogênios (IRYGOYEN, 2006).

Os hormônios sexuais femininos além de exercerem sua função primária como reguladores do sistema reprodutivo da mulher atuam como importantes

moduladores em diferentes tecidos do organismo, como ossos, sistema nervoso central e cardiovascular. Estes hormônios possuem efeitos hemodinâmicos, metabólicos e vasculares que estão diretamente correlacionados à proteção (IRYGOYEN, 2006).

Os possíveis efeitos benéficos do estrogênio também estão relacionados a modificações no metabolismo hepático das lipoproteínas, aumento do catabolismo das LDL, da produção de HDL e diminuição da captação das LDL pelas paredes arteriais, possuindo atividade antioxidante e vasodilatadora (LUZ, 2003).

A vaso-atividade arterial na pós-menopausa causada pelo déficit de estrogênio pode gerar aumento do tônus vascular e, por conseguinte elevação da PA e diminuição do fluxo sanguíneo tecidual. A prevenção na formação de placas de ateroma é mais um benefício exercendo ação inibitória em fatores pró-inflamatórios, como citocinas e moléculas de adesão, envolvidos no processo de ajuntamento emigração transendotelial (DANTAS, 2005).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A HAS é um problema mundial que pode atingir todas as faixas etárias e suas complicações são graves e dispendiosas. O SUS não consegue conscientizar os pacientes da importância do tratamento medicamentoso e principalmente do não medicamentoso com as mudanças de hábito para melhoria da qualidade de vida e da saúde.

Um plano intervencionista teria como princípio as atividades de educação em saúde e as visitas domiciliares. Tendo como base as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, as ações do Plano Assistencial seriam: consulta incluindo medida da PA, da altura e do peso, da circunferência da cintura e do quadril e cálculo do índice de massa corporal; investigação sobre fatores de risco e hábitos de vida; orientação sobre a doença e o uso regular de medicamentos prescritos pelo médico; e orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares, incluindo controle do peso, melhora no padrão alimentar, redução do consumo de sal, moderação no consumo de álcool e realização de exercício físico.

As intervenções propostas abaixo no quadro, guardam coerência com os problemas identificados, e com essa tabela, é possível acompanhar o resultado do plano de 6 meses a 1 ano com *check ups* de 3 em 3 meses para facilitar este acompanhamento.

No caso da tabela o problema identificado poderá ser avaliado em relação a ação proposta e o impacto da mesma, observando a redução, por exemplo, no número de mulheres sedentárias, obesas e tabagistas. E a cada um desses indicadores, relativo ao seu respectivo nó crítico e ação realizada.

Dentro do plano de ação, em relação ao nó crítico 1, buscando uma modificação nos hábitos e estilos de vida da população em geral, focando mulheres hipertensas, o monitoramento do plano de ação seria feito através de uma tabela com os seguintes indicadores: Obesas, Tabagistas, Sedentários, Portadores de Dislipidemia e dentro dos obesos um indicador extra de Peso (meta de perda de 10% do peso em 6 meses). Avaliando a redução no número de tabagistas, sedentárias e portadores de dislipidemia, e a redução no peso corporal dos pacientes, em 3, 6, 9 e 12 meses, teremos uma visão sobre o resultado do nosso plano de ação. Em relação às complicações da doença de base (HAS) analisaremos os seguintes indicadores: % de HAS internados por complicações inerentes a

doença de base e óbitos de hipertensos devido às mesmas complicações citadas em um período de um ano e comparado ao ano anterior ao plano, para verificar as mudanças esperadas nesses números. Pra finalizar, quanto a adesão medicamentosa, faremos uma tabela com o indicador "Hipertensas aderidas ao tratamento medicamentoso" e "Hipertensas não aderidas", e observaremos esses números em 3, 6 9 e 12 meses para avaliar os resultados. A avaliação do processo de trabalho da equipe como um todo será feita através da auto - avaliação de cada membro e discussão sobre os resultados do trabalho de cada um e seu impacto em todo o plano de ação traçado anteriormente, ao final do projeto.

Palestras de conscientização da severidade da HAS e suas complicações, em especial no climatério e na gravidez, orientando e ajudando ao ajustamento de conduta e hábitos de vida e saúde. Já as visitas domiciliares poderiam ser para controle da PA e orientações de saúde como preconizado na ESF. O cuidado ambulatorial é importante para controlar a PA e a frequência cardíaca; pesquisar sobre os fatores de risco, assim como os hábitos de vida; avaliar os sinais e sintomas da doença crônica; e orientar os familiares e a clientela sobre a medicação usada e seus efeitos.

Esses atos teriam como objetivo melhorar a adesão ao tratamento, pois sendo uma doença crônica e sem sintomas aparentes, acaba ocasionando abandono do tratamento e diminuir as complicações ocasionadas pela HAS. A idealização deve ter o foco nos problemas da mulher grávida com HAS, evidenciando: os objetivos do tratamento, ingestão líquida e hábitos alimentares adequados, respeitando-se o descrito nas diretrizes já mencionadas; regularidade nas atividades físicas, sobretudo nas atividades aeróbicas; orientações a respeito da ação e efeitos da medicação prescrita; e atividades de educação em saúde para reforço das orientações da consulta, sobretudo da convivência com fatores de risco cardiovascular. E para as mulheres no climatério, a adequação à reposição hormonal e exercícios físicos.

Com relação à educação em saúde deve se ter uma metodologia com linguagem simples e que abranja de forma particularizada, cada encontro, separando a mulher com HAS normal, a na gravidez e a na menopausa de forma a passar as orientações adequadas a cada caso.

Não seriam necessários recursos maiores do que os já existentes. Apenas o foco de todos do quadro de profissionais de saúde preparados para orientarem e ajudarem as mulheres portadoras de HAS.

Quadro II – Nós Críticos

Nós Críticos	Soluções	Projeto de intervenção\Operações	Resultados	Proposta para plano de ação	Responsáveis Atores sociais	Recursos Críticos
Curso assintomático na maior parte dos casos;	Mudanças de hábitos e estilo de vida	Programa de caminhada orientada	Diminuir o número de sedentárias, obesas e tabagistas	Caminhada 3 x por semana de 30 minutos no começo da manhã ou final do dia	Nutricionista, educador físico, enfermeira, medico, dentista	Político: conseguir espaço na rádio local para divulgação
Subdiagnósticos;	Dificuldade em formar diagnósticos devido a falta de acompanhamento	Programa de avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular	Avaliar o nível de conhecimento da população para adotar medidas de esclarecimentos	Gincana de conhecimentos sobre saúde da mulher com pontuações valendo kits de exames preventivos	Enfermeira e psicóloga, ACS	Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos
Tratamento inadequado;	As mulheres não aderem as orientações dos profissionais da saúde, prescrição médica e mudanças no estilo de vida	Programa de saúde escolar	Divulgar as consequências da não adesão aos tratamentos mostrando fotos	Folder com fotos ilustrativas de mulheres com AVE, entre outras	Enfermeira e psicóloga, ACS, medico, técnico de enfermagem	Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço
Baixa adesão dos pacientes	Falta de compromisso no tratamento e pouca ou nenhuma participação em grupos de saúde da mulher	Capacitação dos gestores, profissionais de saúde sobre risco de vida para a HAS vem todas as fases da vida	Mobilizar gestores, profissionais da saúde para a importância de medidas preventivas para o controle das doenças cardiovasculares	Palestras educativas sobre as consequências da HAS	Enfermeira, psicóloga, ACS, medico	Humano: Humanização no atendimento, trabalho em equipe e acolhimento

Baixo nível educacional;	Dificuldades para entender termos técnicos ou prescrição médica	Usar termos populares que facilitem o entendimento da doença, seu tratamento e medicamento,	Mobilização e informação da população para hábitos preventivos de controle as doenças cardiovasculares	Trabalhar ludicamente com ilustrações, teatros e vídeos	Enfermeira, e psicóloga, ACS, medico, técnico de enfermagem	Político: Parceria com a secretaria de educação
Sistema de saúde ineficiente	falta de medicamentos da farmácia básica, dificuldade em tempo hábil de consultas básicas ou com especialistas e também realização de exames básicos, de média e alta complexidade e cirurgias de urgência ou emergência	Mobilização e participação de líderes da comunidade	Conscientização da comunidade para adesão e acompanhamento na USF	Campanha de visitas domiciliares para arrecadação de medicamentos não vencidos e busca de parceiros religiosos ou políticos	USF, URS, Secretaria Municipal de Saúde, TV e Jornais	-Político: Decisão de aumentar os recursos para oferecer serviço de qualidade -Financeiro: recursos necessários para equipamentos da rede e para custeio(medicamentos, exames e consultas especializadas)
Dificuldades para monitorar a gestante hipertensa	Dificuldades em achar medicamentos compatíveis com a saúde da gestante	Procurar tratamentos alternativos	Capacitar profissionais para trabalhar com a alteração da qualidade de vida da gestante	Oficinas de treinamento dos profissionais envolvidos	Enfermeira, psicóloga, ACS, medico, técnico de enfermagem e dentista	Humano: Humanização no atendimento, trabalho em equipe e acolhimento
Distanciamento na relação equipe-paciente.	Atenção da equipe e buscar as mulheres faltosas para o grupo não se perder e a comunidade perceba o quanto sua participação é vital	Educação Permanente focada em planejamento	Capacitar profissionais para humanização no atendimento e conhecimentos técnicos e troca de experiência com outros profissionais	Oficinas de treinamento dos profissionais envolvidos	Enfermeira, psicóloga, ACS, medico, técnico de enfermagem e dentista	Humano: Humanização no atendimento, trabalho em equipe e acolhimento

Quadro III - Operação/Projeto:

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Campanha educativa na radio local	Seila	6 meses	Iniciado contato com profissionais da radio	Planejamento em andamento
Programa de orientação dietética	Seila	6 meses	Projeto em discussão	Planejamento em andamento

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho está focado na HAS da mulher e tem o intuito de fazer com que elas possam conhecer mais sobre as doenças e também o modo de prevenção das mesmas.

Diante dos resultados obtidos, percebe - se que a HAS acomete grande parte da clientela atendida e que, simultaneamente, são encontrados outros fatores de risco como estresse, sobrepeso, dislipidemia e sedentarismo.

Grande parte faz uso de medicação anti-hipertensiva e um acompanhamento ambulatorial da doença e seus fatores de risco.

Um fator importante também relacionado à questão de gênero é que a mulher hipertensa que procura uma assistência de saúde, pois as mulheres têm um histórico de frequentar mais os serviços de saúde; além disso, recebem atendimento nas diversas especialidades, como intervenções educativas de prevenção de agravos de doenças crônicas degenerativas, entre outras.

Esforços devem ser feitos para a redução da morbimortalidade das mulheres grávidas e na fase da menopausa, oriunda das doenças cardiovasculares, principalmente com o investimento na prevenção primária e promoção da saúde.

Por meio da consulta clínica ou visita domiciliar, identificamos os fatores de risco cardiovasculares e as complicações da HAS, além de realizarmos a educação em saúde, que constitui um dos principais elementos para melhorar as condições de vida de pessoas portadoras de doenças cardiovasculares.

A monitoração dos fatores de risco pelo ACS é de suma importância, pois auxilia na identificação dos aspectos ligados à melhoria das condições de saúde e de vida para quem convive com problemas cardiovasculares.

É importante que haja um processo de educação e reeducação da clientela que convive com os fatores de risco cardiovasculares, com a finalidade de preservar a saúde e bem-estar e a qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, G.B.S.; GARCIA, T.R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, João Pessoa/PB, v. 08, n.02, p. 259-272, 2006.
- AMORIM, M.M.R.; KATZ, L.; VALENÇA M.A. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, Região Nordeste do Brasil. **Revista Associação Medicina Brasileira**. vol.54 no.3 São Paulo May/June 2008.
- BARRA, S. CACHULO, M.C.; PROVIDÊNCIA, R.; LEITÃO - MARQUES, A. Hipertensão arterial na grávida: o atual estado da arte - **Revista Portuguesa de Cardiologia**- Volume 31,425-32, June 2012.
- BARRETO-FILHO, J. A. S; KRIEGER, J. E. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica. **Revista Sociedade Brasileira Cardiologia** Estado de São Paulo, v.13, n.1, p. 46-55, 2003.
- BARROS, T.L. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 2007.
- BASTOS, A., ANDRADE, A.V., OLIVEIRA, S.F. Efeito do atendimento fisioterápico no puerpério imediato para pacientes portadoras de hipertensão arterial induzida pela gravidez. **Revista Fisioterapia USP**, 1999.
- BORTOLOTTI, L.A., PRAXEDES, J.N. **Hipertensão secundária**. In: Nobre, F.; Serrano Jr, C. Tratado de cardiologia da SOCESP. Barueri: Manole, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. (DF); 2011.
- BRUSCHINI, C. Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não remunerado? **Revista Brasileira Estudos Populacionais** 2006.
- CAMPANA, L.O.C.; NETO, A.M.P.; PEDRO, A. *O Conhecimento sobre a menopausa e seu tratamento de acordo com o estado menopausal e estrato social: análise de inquérito populacional domiciliar em mulheres climatéricas do município de Campinas*. Dissertação para obtenção de título de mestre. UNICAMP, 2001.
- CESARINO, C.B.; CIPULLO; J.P.; MARTIN, J.F.V.et al. Prevalência e fatores sócio demográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2008.
- CRUZ, I.C.F.; LIMA, R. Etnia negra: um estudo sobre a Hipertensão Arterial Essencial - HAE e os fatores de risco cardiovasculares. **Revista Enfermagem UERJ** 1999, págs.35-44.

DANTAS, A.P.V. Ações cardiovasculares dos hormônios sexuais femininos. **Revista Hipertensão**, v.8,n.3, 2005.

DATASUS. Sistema de informações sobre mortalidade.[acesso 2014] Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#mort>.

DATASUS. Sistema de informações em saúde. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/matrj.def>, acessado em 31/nov/2013.

FERRÃO, M.H.L.; PEREIRA, A.C.L.; GERSGORIN, H.C.T.S.; et al. Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. **Revista Associação Medicina Brasileira**, vol.52 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2006).

FONTANA, A.P.; ISHIKAWA, A.; KURAOKA, A.M.; BATISTA, E.B.; et al. Estudo comparativo dos custos de controle preventivo e de tratamento da hipertensão arterial. Seminário. 17(ed. especial):68-72, nov. 1996.

FRANÇA, A. P.; MARUCCI, M. F. N.; ALDRIGHI, J. M. *Estado nutricional e risco de doença cardiovascular em mulheres no climatério atendidas em um ambulatório da cidade de São Paulo*. Dissertação para obtenção de título de mestre. Universidade de São Paulo FCF/FEA/FSP, 2003.

GADELHA, F.V.; FEIJÃO, A.M.M.; BEZERRA, A.A.; et al. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2005.

GUSMÃO, J.L.; GINANI, G.F.; SILVA, G.V.; et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev. Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 16, n.1, p. 38 – 43. 2009.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 10^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE [on-line]. [acesso 2013]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf

IRIGOYEN, M.C.; LACCHINI, S.; ANGELIS, K.; MICHELINI, L. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? **Revista Sociedade de Cardiologia**, São Paulo, v.13, n. 1, p. 20-45, 2003.

KAHHALE, S.; NEME, B.; ZUGAIB, M. Síndromes hipertensivas na gestação. In: Neme B. Patologia da gestação. **Revista Brasileira Enfermagem**. vol.58 no.1 Brasília Jan./Feb. 2005.

KATZUNG, B.G. **Farmacologia Básica e Clínica**. 9 ed. Guanabara Koogan, 2006.

KLEIN, C.H., ARAUJO, J.W.G. Fumo, bebida alcoólica, migração, instrução, ocupação, agregação familiar e pressão arterial em Volta Redonda, Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 1, 1985.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 931-943, out./dez. 1998.

LESSA, I. et al. Hipertensão Arterial na População Adulta de Salvador (BA) – Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, n. 6, 2006.

LOURES, D.L.; SANT'ANNA, I.; BALDOTTO, C.S.R.; SOUSA, E.B.; NÓBREGA, A.C.L. Estresse mental e sistema cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 78(5):525-30.2007.

LUNA, R.L. Aspectos Históricos da Hipertensão. **Revista Brasileira Hipertensão**. Vol. 8(3): julho/setembro de 2001.

LUZ, P.L., SOLIMENE, M.C. Peculiaridades da doença arterial coronária na mulher. **Revista Associação Medicina Brasileira**, vol.45 n.1 São Paulo Jan./Mar. 1999.

MALTA, D.C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil,1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008. **Revista Brasileira Epidemiologia**. vol.14 supl.1 São Paulo Sept. 2009.

MIYADAHIRA, S., Vigilância Fetal Anteparto. **Revista Associação Medicina Brasileira**. vol.47 no.2 São Paulo April/June 2001.

MOCHEL, E.G.; ANDRADE, C.F.; ALMEIDA, D.S.; et al.Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes da rede pública em São Luis, Maranhão. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, Salvador, Jan/Jun, 2006.

MONTEIRO, M.F.; SOBRAL FILHO,D.C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Revista Brasileira Medicina do Esporte**, 10 (6): 513-519, 2004.

NAHAS, M.V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. **Revista Brasileira Medicina do Esporte** vol.34 no.2Londrina, 2003.

NOBRE F., PIERIN A.M.G., MION D. **Adesão ao tratamento o grande desafio da hipertensão**. São Paulo (SP): Lemos Ed., 2001.

OLIVEIRA JUNIOR, W. Fatores de Risco: Estresse mental como fator de risco para hipertensão arterial. **Revista Brasileira Hipertensão**, Pernambuco, v. 3, n. 3, 2000.

OPARIL, S.et al.Hipertensão arterial. In: BENNETT, J.C.; PLUM, F. et al. Cecil - **Tratado de medicina interna**. 20ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.1, 1997.

PEIXOTO, M.V., MARTINEZ, M.D., VALLE, N.S.B. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégia e cuidados de enfermagem. **Revista Educação Meio Ambiente**. Saúde. 2008.

PIRES, C.G.S.; MUSSI, F.C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, págs. 2257-2267, 2008.

SANTANA, A.B.; SOUZA, Z.C.S.N.; MELO, R.O.; et al. **Visita domiciliar como estratégia de promoção da saúde no puerpério**: relato de experiência na graduação em enfermagem, Congresso Brasileiro de Enfermagem e Obstetrícia e Neonatal, trabalho 590^a BENFO/MG, 2011. Disponível em:<<http://www.abence.com.br/cben/temas.html>> Acesso em 26/01/2014.

SANTOS, J.E. Obesidade e hipertensão. **Revista Hipertensão** v. 12 n. 1, 2009.

SANTOS, Z.M.S.A.; FROTAII, M.A.; CRUZ, D.M.; HOLANDA, S.D.O.; et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: uma análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enfermagem**. vol.14 no.3 Florianópolis July/Sept. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 4^a Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA /SOCIEDADE BRASILEIRA DO CLIMATERIO 2008. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. <http://www.cardiol.br/>. Acesso em 14 abr 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. São Paulo, 2010. Disponível em:<<http://departamentos.cardiol.br/dha/publicações/diretrizes>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Hipertensão**, v.13, n.1, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo, 2002.<http://www.sbh.org.br/>Acesso em: 02 nov. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. III CBHA. São Paulo, 1998. http://www.sbn.org.br/pdf/diretrizes/III_Consenso%20Brasileiro_Hipertensao.pdf

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretrizes de Condução de Doença Renal Crônica. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica**, vol.43 no.4 São Paulo Agosto, 2004.

TREVISAN, M.C.; BURINI, R.C. Metabolismo de repouso de mulheres pós-menopausa submetidas a programas de treinamento com pesos (hipertrofia). **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.13, n.3, p.133-7, 2007.

VETTORE, M.V.; DIAS, M.; DOMINGUES, R.M.S.M.; et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno Saúde Pública** vol.27 no.5 Rio de Janeiro May 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Maternal mortality [Internet]. Geneva; 2010 [cited 2014.Mar.11]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index>.

ANEXO I

Fontes da referências bibliográficas

ARAÚJO, GILMARA BARBOSA SILVA; GARCIA, TELMA RIBEIRO. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Rev. Eletrônica de Enfermagem, João Pessoa/PB, v. 08, n.02, p. 259-272, 2006. Disponível em <<http://www.revista.ufg.br>>. Acesso em 12 jun. 2014. (http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000200010&script=sci_arttext&tlng=pt)

AMORIM MMR, KATZ L, VALENÇA M, ARAÚJO. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, Região Nordeste do Brasil. Rev. Assoc. Med. Bras. 2008. (http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302008000300021&script=sci_arttext)

BARRA, S., et al.-Hipertensão arterial na grávida: o atual estado da arte - Revista Portuguesa de Cardiologia -- Volume 31, Issue 6, June 2012). (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S087025511200087X>)

BARRETO-FILHO, J. A. S; KRIEGER, J. E. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica. Rev. Soc. Bras. Card. Estado de São Paulo, v.13, n.1, p. 46-55, 2003. (<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=364517&indexSearch=ID>).

BARROS, TURÍBIO LEITE. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2007. (<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=283943&indexSearch=ID>).

BASTOS A, ANDRADE AV, OLIVEIRA SF. Efeito do atendimento fisioterápico no puerpério imediato para pacientes portadoras de hipertensão arterial induzida pela gravidez. Revista Fisioterapia USP, 1999. (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001300002)

BORTOLOTTO LA, PRAXEDES JN. Hipertensão secundária. In: Nobre F, Serrano Jr C, eds. Tratado de cardiologia da Socesp. Barueri: Manole, 2005. (http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000500009&script=sci_arttext)

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. (DF); 2011. (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf).

BRUSCHINI C. Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não remunerado? Revista Brasileira Estudos Populacionais 2006. (<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n2/a09v23n2.pdf>).

CAMPANA, L. O. C.; NETO, A. M. P.; PEDRO, A. O Conhecimento sobre a menopausa e seu tratamento de acordo com o estado menopausal e estrato social: análise de inquérito populacional domiciliar em mulheres climatéricas do município de Campinas. Dissertação para obtenção de título de mestre. UNICAMP, 2001.

(http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000100003&script=sci_arttext).

CESARINO CB, CIPULLO JP, MARTIN JFV ET AL. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq. Bras. Card.* 2008. (http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2008001300005&script=sci_arttext).

CRUZ ICF, LIMA R. Etnia negra: um estudo sobre a Hipertensão Arterial Essencial - HAE e os fatores de risco cardiovasculares. *Ver. Enferm. UERJ* 1999. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=oogle&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=360442&index>

DANTAS, A.P.V. Ações cardiovasculares dos hormônios sexuais femininos. *Hipertensão*, v.8,n.3, 2005. http://www.sbh.org.br/revistas/2005_N3_V8/revista2Hipertensao2005.pdf

DATASUS. Sistema de informações sobre mortalidade.[acesso 2014] Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#mort>.

DATASUS. Sistema de informações em saúde. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/matrj.def>, acessado em 31/nov/2013.

FERRÃO, M.H.L. et al., Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas, *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol.52 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2006). (http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302006000600016&script=sci_arttext)

FONTANA AP. Estudo comparativo dos custos de controle preventivo e de tratamento da hipertensão arterial. Seminário. 1996. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=218352&indexSearch>

FRANÇA, A. P.; MARUCCI, M. F. N.; ALDRIGHI, J. M. Estado nutricional e risco de doença cardiovascular em mulheres no climatério atendidas em um ambulatório da cidade de São Paulo. Dissertação para obtenção de título de mestre. Universidade de São Paulo FCF/FEA/FSP, 2003.

GADELHA FV, FEIJÃO AMM, BEZERRA AA, OLIVEIRA AM, SILVA MSS, LIMA JWO. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. *Arq. Bras. Cardiologia.* 2005. <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n1/23002.pdf>

GUSMÃO, JOSIANE LIMA ET AL. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev. Brasileira de Hipertensão*, São Paulo, v. 16, n.1, p. 38 – 43. 2009. <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/134010539911-adesao.pdf>

GUYTON, ARTHUR C.; HALL, JOHN E. *Tratado de Fisiologia Médica.* 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE [on-line]. [acesso 2013]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf

IRIGOYEN, M. C. ET AL. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? *Rev.*

Sociedade de Cardiologia, São Paulo, v.13, n. 1, p. 20-45, 2003. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=364516&indexSearch=ID>

KAHHALE S, NEME B, ZUGAIB M. Síndromes hipertensivas na gestação. In: Neme B. Patologia da gestação. São Paulo: Sarvier, 1988. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000100011

KATZUNG, B. G. Farmacologia Básica e Clínica. 9 ed. Guanabara Koogan, 2006.

KLEIN, C. H., ARAUJO, J. W. G. de. Fumo, bebida alcóolica, migração, instrução, ocupação, agregação familiar e pressão arterial em Volta Redonda, Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, v. 1, 1985. (<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>).

LESSA, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo-Rio de Janeiro: HucitecAbrasco, 1998. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a14v9n4.pdf>

LESSA, I. et al. Hipertensão Arterial na População Adulta de Salvador (BA) – Brasil. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v. 87, n. 6, 2006. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001900011

LOURES, D.L., et al. Estresse mental e sistema cardiovascular. Arq.Bras.Cardiol. 2007. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2002000500012&script=sci_arttext

LUNA, R.L. Aspectos Históricos da Hipertensão. Rev. Bras. Hipertens. Vol. 8(3): julho/setembro de 2001. <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-3/aspectos.pdf>

LUZ, P.L., SOLIMENE, M.C. Peculiaridades da doença arterial coronária na mulher. Rev. Ass. Med. Bras., 1999. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42301999000100010&script=sci_arttext

MALTA, D.C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000500010

MIYADAHIRA, S., Vigilância Fetal Anteparto. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.47 no.2 São Paulo April/June 2001. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200019

MOCHEL, E. G. et al. Avaliação do Tratamento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes da Rede Pública em São Luiz (MA). Revista Baiana de Saúde Pública, v. 31, n. 7, Salvador, Jan/Jun, 2006. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk>

MONTEIRO M.F., SOBRAL FILHO, D.C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. Rev. Bras. Med. Esporte, 10 (6): 513-519, 2004. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000300003&script=sci_arttext

NAHAS, M.V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2003. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32892012000200018

NOBRE F., PIERIN A.M.G., MION D. Adesão ao tratamento o grande desafio da hipertensão. São Paulo (SP): Lemos Ed., 2001. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000300003&script=sci_arttext

OLIVEIRA JUNIOR, W. Fatores de Risco: Estresse mental como fator de risco para hipertensão arterial. Hipertensão, Pernambuco, v. 3, n. 3, 2000. http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/2056/1/2011_tese_cjoliveira.pdf

OPARIL, S. et al. Hipertensão arterial. In: BENNETT, J. C.; PLUM, F. et al. Cecil - Tratado de medicina interna. 20ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.1, 1997. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000600009

PEIXOTO, M.V., MARTINEZ, M.D., VALLE, N.S.B. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégia e cuidados de enfermagem. Rev. Edu. Meio Amb. Saúde. 2008. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000400003&script=sci_arttext

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. Ciênc.SaúdeColetiva, v. 13, suppl 2, 2257-2267, 2008. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=497197&ind>

SANTANA, A.B. et al. Visita domiciliar como estratégia de promoção da saúde no puerpério: relato de experiência na graduação em enfermagem, Congresso Brasileiro de Enfermagem e Obstetrícia e Neonatal, trabalho 590ª BENFO/MG, 2011. Disponível em:<<http://www.abence.com.br/cben/temas.html>> Acesso em 26/01/2014.

SANTOS, J.E. Obesidade e hipertensão. Revista Hipertensao v. 12 n. 1, 2009. http://www.sbh.org.br/revistas/2009/RevistaHipertensao1_2009.pdf

SANTOS, Z.M.S.A. et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: uma análise com abordagem interdisciplinar. Texto Contexto Enferm. 2005. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000300003&script=sci_arttext

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 4ª Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arq. Bras. Cardiol. 2007. http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias.pdf

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA /SOCIEDADE BRASILEIRA DO CLIMATERIO 2008. <http://www.cardiol.br/>. Acesso em 14 abr 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. São Paulo, 2010. Disponível em:<<http://departamentos.cardiol.br/dha/publicações/diretrizes>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. Rev. Hipertensão, v.13, n.1, 2010. <http://www.sbh.org.br/>. Acesso em: 14 abr 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo, 2002. <http://www.sbh.org.br/> Acesso em: 02 nov. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. III CBHA. São Paulo, 1998. http://www.sbn.org.br/pdf/diretrizes/III_Consenso%20Brasileiro_Hipertensao.pdf

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretrizes de Condução de Doença Renal Crônica. São Paulo, 2004. <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>

TREVISAN, M.C.; BURINI, R.C. Metabolismo de repouso de mulheres pós-menopausa submetidas a programas de treinamento com pesos (hipertrofia). Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v.13, n.3, p.133-7, 2007. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922007000200013

VETTORE, M.V.; et al. Artigo Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2011. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500019

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Maternal mortality [Internet]. Geneva; 2010 [cited 2014.Mar.11]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index>. <http://www.data.unicef.org/maternal-health/maternal-mortality>