

AVALIAÇÃO DAS CONDUTAS DE PREVENÇÃO DA SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ ENTRE ADOLESCENTES*

EVALUATION OF CONDUCTS FOR PREVENTION OF HYPERTENSIVE SYNDROME SPECIFIC OF PREGNANCY AMONG TEENAGERS

EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE PREVENCIÓN DEL SÍNDROME HIPERTENSIVO ESPECÍFICO DEL EMBARAZO ENTRE ADOLESCENTES

MARLUCILENA PINHEIRO DA SILVA¹
 ZÉLIA MARIA DE SOUSA ARAÚJO SANTOS²
 ROSANA OLIVEIRA DO NASCIMENTO³
 JULIANA LIMA FONTELES⁴

As adolescentes grávidas são mais vulneráveis à ocorrência da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG) devido à imaturidade orgânica e a desinformação. Estudo descritivo com abordagem quantitativa com objetivo de avaliar as condutas em adolescentes grávidas na prevenção e/ou no controle do risco da SHEG, com enfoque na educação em saúde. Foi realizado em um Centro de Saúde da Família, em Fortaleza-CE, com 25 gestantes. Os dados foram coletados durante os meses de agosto e setembro /2008, por meio da entrevista estruturada. As adolescentes informaram precárias condições socioeconômicas, baixa escolaridade, riscos para a ocorrência da SHEG, fragmentação do saber e autocuidado inadequado em relação à prevenção deste agravo. Eram fatos que poderiam comprometer a evolução satisfatória da gestação. A assistência pré-natal deve priorizar as ações educativas a fim de conduzir essas adolescentes à prática eficaz do autocuidado com vista à promoção da saúde e do bem-estar.

DESCRIPTORIOS: Gravidez na adolescência; Educação em saúde; Hipertensão induzida pela gravidez; Enfermagem.

Pregnant teenagers are vulnerable to the occurrence of diseases such as Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) due to organic immaturity, and misinformation. This is a descriptive study of quantitative approach with the objective of evaluating the conduct in pregnant teenagers in the prevention and/or control of HDP risks, with focus in health education. It was conducted in a Family Health Basic Unit in Fortaleza — CE, with 25 pregnant women. The data were collected during the months of August and September 2008, through structured interview organized in charts and tables. The pregnant women had precarious socioeconomic conditions, low education level and risk factors of HDP, fragmentation of knowledge and inadequate self-care concerning prevention of this disease were facts that could compromise the satisfactory evolution of pregnancy. The prenatal care must prioritize the educational actions in order to lead those teens to effective practice of self-care in order to promote health and well-being.

DESCRIPTORS: Pregnancy in adolescence; Health education; Hypertension pregnancy-induced; Nursing.

Las adolescentes embarazadas son más vulnerables a acaecerles el Síndrome Hipertensivo Específico del Embarazo debido a la inmadurez orgánica y la falta de información. Estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo para evaluar el comportamiento de las adolescentes embarazadas en la prevención y/o el control del riesgo del SHEE- así como la falta de realización de ambos. Se llevó a cabo en un Centro de Salud del Programa Salud de la Familia (CSF), Fortaleza-CE, con 25 embarazadas. Los datos fueron recolectados durante los meses de agosto y septiembre de 2008, a través de entrevista estructurada, organizados en recuadros y tablas. Las adolescentes informaron precarias condiciones socioeconómicas, bajo nivel de escolaridad y factores de riesgo para acaecimiento de SHEE, fragmentación del conocimiento y autocuidado inadecuado en relación a la prevención de esta enfermedad. Estos hechos podrían comprometer el correcto desarrollo del embarazo. La atención prenatal debe dar prioridad a las acciones educativas para enseñar a esas adolescentes cómo llevar a cabo la práctica efectiva del autocuidado, visando promover la salud y el bienestar.

DESCRIPTORIOS: Embarazo en adolescência; Educación en salud; Hipertensión inducida en el embarazo; Enfermería.

* Estudo extraído da Dissertação Prevenção e controle do risco da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez em adolescentes, 2009. Centro de Ciências da Saúde/Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-CE.

¹ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR). Docente da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Membro do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão na Promoção da Saúde de Pessoas com Hipertensão Arterial-NUESPHA. Macapá-AM/Brasil. E-mail: marlucilena@unifap.br

² Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR. Líder do NUESPHA. Fortaleza-CE. Av. Washington Soares, 1321 Edson Queiroz. Fortaleza-CE. Brasil. Fortaleza-CE. CEP 60.811-905. E-mail: zeliasantos@unifor.br

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Docente da UNIFAP/Brasil. E-mail: zeliasantos@unifor.br

⁴ Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Ceará-FIC e da Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará-FAECE. Membro do NUESPHA. Fortaleza-CE/Brasil. E-mail: jufonteles@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A adolescência corresponde a um período do desenvolvimento humano que se estende dos dez aos dezenove anos de idade e se caracteriza por grandes transformações físicas e psicológicas. Este período é didaticamente dividido em três fases: a primeira ocorre dos 10 aos 14 anos, chamada de adolescência precoce, a segunda, dos 15 aos 17 anos adolescência média, e a terceira, dos 17 aos 19, anos adolescência tardia⁽¹⁾. Para as sociedades em geral, a gravidez nesta etapa da vida reprodutiva representa um instigante desafio, pois surge como um evento precoce e inoportuno, que compromete a perspectiva de se alcançar a promoção de saúde integral dos adolescentes e o desenvolvimento da juventude⁽²⁾.

Nos Estados Unidos, 77% das mulheres adolescentes tiveram a primeira relação sexual, mas somente 17% ficam grávidas; por outro lado, na América Latina e Caribe, 56% foram iniciadas sexualmente, mas 34% tiveram um filho antes dos 19 anos⁽³⁾. Em consequência, observa-se aumento progressivo de gravidez entre adolescentes, como mostram os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINANASC). Em 2007, os registros identificaram em torno de 1.868.029 gestações em mulheres antes dos 20 anos de idade, no plano nacional, 118.055 só no Estado do Ceará, e 5.366 em Fortaleza-CE⁽⁴⁾.

As adolescentes grávidas são especialmente mais vulneráveis à ocorrência de agravos durante a gestação, tais como a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG), por acumularem características desfavoráveis, como, por exemplo, a imaturidade de órgãos e sistemas, a desinformação e dificuldade de acesso ao sistema de saúde. Esse agravo é considerado, a principal causa de morbimortalidade materna e mortalidade perinatais, pois cerca de 5 a 10% das gestações são complicadas pela Hipertensão Arterial (HA)⁽²⁾.

A SHEG pode ser classificada em HA crônica, HA crônica com pré-eclâmpsia (PE) superajuntada, HA

gestacional, PE e eclâmpsia (EC)⁽⁵⁾. A primeira corresponde a HA de qualquer etiologia, presente antes da gravidez ou diagnosticada até a vigésima semana da gestação, persistindo além de seis semanas após o parto. Quando associada a PE, o prognóstico é grave, tanto do ponto de vista materno quanto perinatal. Seu diagnóstico é definido quando ocorre aumento dos níveis pressóricos associados à proteinúria antes não detectada, sendo então denominada HA crônica com PE superajuntada⁽⁶⁾.

Denomina-se PE o aumento gradual da pressão arterial (PA), acompanhado de proteinúria (maior ou igual a 0,30g/24h) e/ou edema. A ocorrência de edema está associada ao aumento da permeabilidade capilar, queda de pressão osmótica plasmática e por fatores hormonais⁽⁷⁾. Os valores tensionais ficam iguais ou acima de 140mmHg (PA sistólica) e 90mmHg (PA diastólica), em duas aferições sucessivas no intervalo de 4h. Habitualmente, esta síndrome se instala na segunda metade da gestação, mais especificamente após 24 semanas⁽⁸⁾.

A EC é definida pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas e/ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causado por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva⁽⁹⁾. Evolui de forma insidiosa, podendo ocorrer durante a gestação, parto e puerpério e, muito raramente, até depois de 72 horas pós-parto, acompanhada ou não por descolamento prematuro de placenta⁽⁸⁾.

A etiologia da HA durante a gravidez é descrita por muitos estudiosos como desconhecida, mas alguns fatores exercem certa influência na ocorrência destes agravos, como: primigestação, nuliparidade, gemelaridade, antecedentes pessoais e familiares de PE ou EC, história de síndrome hipertensiva em gestações prévias, presença de HA, neuropatia, lúpus ou diabetes, gestação nos extremos de idade e paternidade diversa, são conhecidos como fatores de risco para ocorrência e agravamento da SHEG⁽¹⁰⁾. Então, mediante este fato, a equipe de saúde envolvida na implementação do Pré-Natal (PN), deve também priori-

zar as ações de educação em saúde, dentre as demais condutas inerentes a esta assistência.

Entre as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a saúde da mulher é destacada como uma das áreas de maior significância para atuação das várias esferas do governo, tanto no contexto municipal quanto estadual e federal, para a redução de agravos à saúde desse grupo tão vulnerável, e, no Pacto pela Saúde, está enfatizada a melhor assistência à mulher em todas as fases do ciclo vital⁽¹¹⁾.

No atendimento às mulheres no ambulatório de pré-natal, durante a consulta de enfermagem, tem-se constatado *déficit* de conhecimento e de cuidados adequados em relação à prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG. Diante deste fato, questiona-se: será que as adolescentes grávidas realizam prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG? Então, com base neste questionamento, optou-se por este estudo, com o objetivo de avaliar as condutas em adolescentes grávidas na prevenção e/ou controle dos fatores de riscos da SHEG, com enfoque na educação em saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado no Centro de Saúde da Família Terezinha Parente, pertencente à Secretaria Executiva Regional VI (SER VI), em Fortaleza-CE. Esta instituição é uma organização pública da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), que presta serviços de saúde do tipo ambulatorial e domiciliar, e se inclui no nível da atenção básica de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); possui seis Equipes Saúde da Família (ESF).

O recrutamento das gestantes adolescentes aconteceu durante uma das reuniões educativas mensais, mediante a exposição da natureza, objetivo e relevância do estudo. Deste modo, participaram vinte e cinco, entre as trinta adolescentes acompanhadas no Programa de Pré-Natal (PN), independentemente de

estado civil, cor e escolaridade, que apresentavam condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos, e que aceitaram colaborar com do estudo, com o registro da anuência dos pais ou responsáveis no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As demais adolescentes não participaram do estudo em decorrência de recusa, evasão do pré-natal e internação com SHEG.

Os dados foram coletados durante os meses de agosto e setembro de 2008, mediante entrevista estruturada, cujo roteiro conteve os dados sociodemográficos, identificação e conhecimento dos fatores de risco da SHEG, e as ações na prevenção e/ou de controle destes fatores de risco, que constituíram as variáveis do estudo. A seguir, organizou-se estes dados em quadros e tabela, a fim de proceder-se com a análise descritiva. Os depoimentos foram selecionados de modo a integrar a análise dos dados quantitativos.

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa — CONEP⁽¹²⁾, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Às participantes, pais ou responsáveis, foram assegurados o anonimato, a utilização dos dados obtidos somente para a realização deste estudo, e o direito de retirar o consentimento na ocasião que desejassem. Os dados foram coletados após a assinatura do TCLE e a emissão do parecer favorável da Comissão de Ética da UNIFOR, sob o número 008/2008.

RESULTADOS

Para o processamento da análise, organizaram-se os dados em: caracterização das gestantes adolescentes, identificação e conhecimento dos fatores de risco da SHEG, e ações na prevenção e/ou de controle destes fatores de risco.

Caracterização das gestantes adolescentes

De acordo com o Quadro 1, as gestantes estavam na faixa etária de 13 a 19 anos; a maioria (60,0%)

era de cor parda, nascera e residia em Fortaleza-CE (92,0%), habitava em imóveis pertencentes a parentes e familiares do cônjuge ou companheiro (68,0%), e 72,0% coabitavam com estes. Cerca de 56,0% informaram o catolicismo, 60,0% viviam em união estável, 60,0% tinham renda familiar mensal de um salário mínimo vigente, e 60,0% cursaram até o ensino fundamental.

Quadro 1 — Distribuição das gestantes adolescentes, segundo as características sócio-demográficas. Fortaleza, CE, Brasil, 2008 n = 25

Características sócio-demográficas					
	f	%		f	%
Idade (anos)			Procedência		
13 — 16	11	44,0	Fortaleza -CE	23	92,0
17 — 19	14	56,0	OM ²	02	8,0
Cor			Condições de moradia		
Parda	15	60,0	Própria ⁴	17	68,0
Branca	08	32,0	Alugada	08	32,0
Negra	02	8,0	Com quem mora		
Ocupação			Conjuge	08	32,0
Prendas do lar	12	48,0	Pais	05	20,0
Estudante	08	32,0	Outros ⁵	12	48,0
Outras ¹	05	20,0	Estado civil		
Religião			Casada	02	8,0
Catolicismo	14	56,0	Solteira	08	32,0
Protestantismo	05	20,0	União Estável	15	60,0
Nenhuma	06	24,0	Escolaridade		
Renda familiar mensal ²			Analfabeto	01	4,0
Abaixo de 01	06	24,6	Ensino funda-	15	60,0
01	15	60,0	mental		
Acima de 01	04	16,0	Ensino médio	09	36,0
Naturalidade					
Fortaleza-CE	23	92,0			
OM ³	04	8,0			

¹ Manicure, Costureira e Doceira ² Em salário mínimo vigente (R\$ 415,00) ³ Outros municípios do Estado do Ceará ⁴ Pertencentes aos pais, avós, sogros e cunhados ⁵ Companheiro e/ou sogra, avos, mãe, irmãos, sobrinhos, cunhados.

Identificação e conhecimento dos fatores de risco da SHEG

No Quadro 2, as gestantes apresentavam os fatores de riscos para SHEG, exceto EC. Ressalta-se que a condição socioeconômica precária era comum a todas (100,0%). A maioria vivenciava conflitos emocionais (88,0%), era de cor parda (50,0%),

múltipara (52,0%), e tinha idade abaixo de 17 anos (52,0%). Embora apresentassem risco para a SHEG, oito (32,0%) gestantes conheciam distintamente um fator de risco, a saber: cor parda; elevação da pressão arterial na gravidez anterior; elevação da pressão arterial na gravidez atual e anterior; pré-eclampsia na gravidez atual e anterior, história familiar de SHEG, *diabetes mellitus*, sobrepeso/obesidade, e idade inferior a 17 anos.

Quadro 2 — Distribuição das gestantes adolescentes, segundo a identificação e o conhecimento sobre os fatores de risco da SHEG. Fortaleza, CE, Brasil, 2008 n = 25

Fatores de riscos da SHEG	Identificação		Conhecimento	
	f	%	f	%
Cor Parda	15	60,0	01	4,0
Negra	02	8,0	--	--
Condição socioeconômica precária	25	100,0	--	--
Elevação da Pressão arterial Gravidez anterior	04	16,0	01	4,0
Gravidez atual	03	12,0	01	4,0
Pré-eclâmpsia na gravidez anterior	04	16,0	01	4,0
História familiar de SHEG	03	12,0	01	4,0
<i>Diabetes mellitus</i>	01	4,0	01	4,0
Hipertensão arterial sistêmica	01	4,0	--	--
Multiparidade	13	52,0	--	--
Paternidade diversa	03	12,0	--	--
Conflitos emocionais	22	88,0	--	--
Eclâmpsia	--	--	--	--
Primiparidade	12	48,0	--	--
Sobrepeso/Obesidade	02	8,0	01	4,0
Uso de bebidas alcoólicas	04	16,0	--	--
Idade (menor de 17 anos)	13	52,0	01	4,0

Ações na prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG

De acordo com a Tabela 1, 15 (60,0%) gestantes sabiam sobre a redução do consumo de sal e, destas somente 03 (12%) aderiam a esta conduta. Os demais procedimentos, excetuando a redução de carboidratos complexos, foram informados pelas gestantes, numa frequência que variava de 01 (4,0%)

a 5 (20,0%). Também, de 01 (4,0%) a 05 (20,0%) gestantes seguiam as condutas — controle da pressão arterial, uso de gordura vegetal, uso adequado de café (100ml ao dia), refeições fracionadas (5 a 6 vezes ao/dia), comparecimento regular a consulta do pré-natal, uso regular de anti-hipertensivo e uso regular de hipoglicemiante oral.

Tabela 1 — Distribuição das gestantes adolescentes, segundo o conhecimento e a adesão às condutas na prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG. Fortaleza, CE, Brasil, 2008 n = 25

Conhecimento	Sim		Não		Total	
	Sim	Não	Sim	Não	f	%
Adesão	Sim	Não	Sim	Não	f	%
Condutas na prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG						
Redução do consumo de sal	03	12	02	08	25	100,0
Controle do peso	—	03	06	16	25	100,0
Controle da pressão arterial	05	—	15	05	25	100,0
Exercício físico regular	—	04	—	21	25	100,0
Abstenção do tabagismo	—	01	23	01	25	100,0
Abstenção do alcoolismo	—	—	23	02	25	100,0
Gerenciamento do estresse	—	01	07	17	25	100,0
Uso de gordura vegetal	02	—	13	10	25	100,0
Uso adequado de café (100ml ao dia)	01	—	10	15	25	100,0
Preferência por carnes brancas	—	—	02	23	25	100,0
Preferências por vegetais	—	01	04	20	25	100,0
Uso de adoçantes dietéticos	—	01	—	24	25	100,0
Redução de carboidratos simples	—	01	—	24	25	100,0
Redução de carboidratos complexos	—	—	—	25	25	100,0
Refeições fracionadas (5 a 6 vezes ao/dia)	01	02	01	21	25	100,0
Comparecimento regular às consultas do pré-natal	04	—	19	02	25	100,0
Uso regular de anti-hipertensivo	02	—	—	23	25	100,0
Uso regular de hipoglicemiante oral	01	—	—	24	25	100,0

Ressalta-se que este saber implicava em noções e quase todas reproduzidas de informações oriundas das pessoas do seu convívio e/ou do que entendiam sobre as orientações fornecidas pela equipe de saúde do Pré-natal. ...o médico disse para não fumar e não beber, porque vai fazer mal para o meu filho ... (E4, 15 anos).

Entre as adolescentes, que não souberam informar sobre as condutas, e que predominaram neste

estudo, estas aderiam a doze condutas, que na maioria esta adesão era anterior à gravidez, tais como o tabagismo e o alcoolismo. Dentre as adolescentes que realizavam algumas dessas ações, sobressariam-se aquelas que tinham o propósito de preservar a auto-imagem perante o companheiro ... *sinto muita falta do meu namorado, estou fazendo tudo para não ficar gorda ... se não ai é que ele não vai me querer ...* (E8, 17 anos).

DISCUSSÃO

A SHEG é particularmente mais incidente nas adolescentes mais jovens (menor de 16 anos) porque, neste grupo, é maior o número de nulíparas, com estado nutricional deficiente e ausência de cuidado pré-natal⁽¹³⁾. Durante a gestação ocorrem alterações fisiológicas importantes na qual a mulher deve ser orientada e preparada para que tenha uma gestação tranquila⁽¹⁴⁾.

Os aspectos sócio-demográficos são importantes fontes de informações sobre a saúde da população, pois, podem ser aferidos por meio de vários indicadores, como renda, escolaridade e ocupação. A condição socioeconômica da gestante adolescente, também pode influenciar de várias maneiras o risco da SHEG. Por exemplo, o nível educacional dificulta o relacionamento do profissional de saúde e a gestante, e pode levar a uma menor aderência às condutas preventivas e de controle dos agravos à saúde. A baixa renda pode levar a uma dificuldade maior no acesso à assistência por um serviço de saúde adequado. Estas informações são importantes, inclusive na análise das condições de vida e saúde das gestantes adolescentes, bem como para a tomada de decisões políticas em relação à saúde da população.

Os conflitos emocionais são situacionais e transitórios, decorrentes de condições orgânicas, psicológicas ou sociais sobrepostas⁽¹⁵⁾. Estes ilustram a realidade das adolescentes, e poderiam repercutir na saúde destas contribuindo para o surgimento e o agravamento de múltiplos quadros patológicos. Então,

entre os conflitos frequentemente citados, estavam as preocupações de ordem familiar; a não-aceitação da gravidez pela família, pelo seu parceiro e até pela própria gestante. Logo, estes poderiam aumentar as chances de ocorrência de agravos, além de resultar em abandono do conceito ou em abortos mal praticados.

Alguns fatores são descritos como de risco para a ocorrência da gravidez em adolescentes, tais como a iniciação precoce da atividade sexual, baixa condição socioeconômica, baixa escolaridade, falta de informações e história familiar de gravidez na adolescência. Esse início precoce da atividade sexual sem orientação adequada expõe a adolescente à gravidez, infecções pelo HIV e outras DST, refletindo o despreparo dessas para o início da vida sexual⁽¹⁴⁾. Muitas engravidam na primeira relação e o casamento nem sempre é consequência natural deste evento.

O aumento da gravidez nessa fase de vida prejudica a preparação destas jovens para a vida adulta, principalmente no quesito estudo⁽¹⁶⁾. O ônus relacionado à maternidade e à constituição da família pode dificultar o progresso da escolarização das mães, afetando a sua inserção exitosa no mercado de trabalho, colaborando para a continuidade do ciclo de pobreza.

No Brasil, a razão de mortalidade materna na faixa etária de 15 a 19 anos (38%) é duas vezes maior se comparada à de outros países, como Argentina, México e Chile, e geralmente está associada a complicações relacionadas ao estado grávidico, ao parto e puerpério⁽³⁾.

Como agravante desta situação, observa-se a baixa escolaridade destas jovens, fruto da suspensão ou abandono definitivo da escola por conta do estado grávidico, principalmente entre aquelas que vivenciam esta situação pela primeira vez. Haja vista que⁽¹⁴⁾ a maternidade precoce é fator relevante para futuro dessas jovens é a gravidez não planejada, uma vez que esta limita as chances daquelas de obter sucesso no campo profissional e, conseqüentemente melhor qualidade de vida a escolaridade final alcançada pela adolescente. Esta situação demonstra quão danoso para o.

Em relação ao estado civil destas adolescentes, foi observado um número significativo vivendo em união estável com seu parceiro, na condição de solteiras, e apenas duas casadas. Esta realidade pode ser justificada quando se recorda que o parceiro desta jovem nem sempre possui condição emocional para assumir a gestação, pois isto implica um compromisso em que as responsabilidades serão divididas. Outras situações também podem influenciar no tipo de união conjugal da adolescente, tais como a busca de aceitação, carinho, amor e também a esperança de ascensão social. Em comunidades carentes, a única expectativa da mulher é seu rito de passagem para a vida adulta através da ocorrência da gravidez.

O número de pessoas que coabita com a adolescente, também é um reflexo das uniões firmadas ante a gestação precoce. A maioria vivia com outras pessoas, favorecendo o surgimento de vários núcleos familiares, compostos por pessoas de gerações diferentes, com e sem vínculo consanguíneo⁽¹⁷⁾. Esse fenômeno fortalece o ciclo de pobreza constantemente atrelado a esse tipo de realidade. A renda familiar se torna então um fator determinante da qualidade de vida dessas gestantes. Quanto maior a família, maiores são as dificuldades de aquisição e distribuição da renda mensal, dificultando a manutenção da saúde. Como resposta, surge a necessidade de complementar a renda com atividades de caráter informal, muitas vezes realizada no próprio domicílio da adolescente.

Resultados obstétricos desfavoráveis são cada vez mais comuns entre as gestações precoces e estes parecem receber influência de vários fatores. Os transtornos hipertensivos, com grande destaque para a PE e EC, correspondem a 37,0% de todas as mortes obstétricas diretas. Outras patologias, como anemia, prematuridade e baixo peso ao nascer, parecem estar mais fortemente associados à baixa idade e às condições psicossociais⁽⁹⁾. As adolescentes do estudo em sua maioria apresentavam fatores de risco para a ocorrência das SHEG, bem como de outras patologias, e, o mais grave, o saber acerca desta

condição e das formas de prevenção era fragmentado ou inexistente.

Essa realidade reforça o pressuposto de que a educação e a assistência especializada devem estar cada vez mais presentes na vida dessas jovens. No entanto, muitas das práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros mantêm este enfoque educativo-preventivo, mas sem incorporar a compreensão dos fatores determinantes dos problemas de saúde ou, ainda, as necessidades e saberes da população trabalhada⁽¹⁸⁾.

É necessário, portanto, que os profissionais atuem junto a essas adolescentes de modo mais efetivo, assegurando, assim, que elas adquiram condições favoráveis à adoção de hábitos de vida mais salubres.

O acompanhamento sistemático deve ser realizado por uma equipe multiprofissional e esta deve estabelecer com a família uma parceria para que os objetivos traçados sejam alcançados⁽¹⁶⁾. É recomendável que os profissionais que atendem esta clientela adquiram uma série de competências que permitam a realização adequada das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência e reabilitação.

A condição de multiparidade representa risco para a ocorrência de agravos à saúde do binômio mãe-feto. As múltiparas adolescentes apresentam risco duas vezes maior para recém-nascidos PIG (pequenos para a idade gestacional) do que as múltiparas adultas⁽²⁾. Os distúrbios de cunho hipertensivo também são objeto da influência desta condição, tornando-se mais frequentes entre as gestantes que se enquadram neste contexto.

A instalação da PE está frequentemente relacionada à instalação da primiparidade. Incide em cerca de 10% das primíparas e constitui a maior causa de morte materna e perinatal. Esta incidência é significativamente maior entre as filhas de mulheres pré-eclâmpticas do que naquelas em que não há esse antecedente, estabelecendo assim um elo entre a história familiar e a perpetuação desta patologia⁽⁶⁾.

A experiência sexual das adolescentes está se processando cada vez mais cedo e geralmente favorece o estabelecimento de vínculos temporários com o sexo oposto. Esta condição colabora para a manutenção de um evento denominado paternidade diversa⁽⁷⁾. Este evento desperta interesse por influenciar de certa forma na ocorrência da PE. Ainda não se conhece o mecanismo desencadeador deste processo na íntegra, mas sabe-se que uma reação imunológica provocada pela exposição materna ao líquido seminal e ao espermatozóide dos vários parceiros, seriam os principais responsáveis pela ocorrência de PE.

Os jovens, em razão da sua inexperiência muitas vezes engajam-se em comportamentos potencialmente destrutivos. O consumo de cigarro e de álcool está inserido muitas vezes no contexto de vida destas jovens, mesmo na vigência da gravidez. Isso compromete a evolução favorável da gestação, expondo não apenas a mãe, mas também o feto, ao desenvolvimento de patologias graves⁽¹⁵⁾. Gestantes fumantes possuem chance de gerar filhos de baixo peso, além de apresentarem predisposição aumentada para abortos espontâneos e parto precoce. Já o etilismo contribui para o desenvolvimento de anomalias em membros, órgão e principalmente na face. Mediante esta situação de agravo à saúde, reforça-se que a meta da educação em saúde não se limita apenas na explicação e na informação, mas principalmente ajudar os indivíduos e grupos a perceberem sua realidade individual e social, no intuito de despertar habilidades necessárias para enfrentar condições adversas à saúde⁽¹⁹⁾. Portanto, a educação em saúde pode ser considerada uma das principais ações de promoção da saúde, já que a mesma revela-se de suma importância tanto na prevenção e reabilitação de doenças, além de despertar cidadania, responsabilidade pessoal e social relacionada à saúde, bem como a formação de multiplicadores e cuidadores; e que estas ações se desenvolvam com a finalidade de formar sujeitos atuantes e co-responsáveis pelo seu cuidado⁽²⁰⁾.

CONCLUSÕES

Nos dados deste ensaio notou-se que as gestantes possuíam fatores de risco para a ocorrência da SHEG, além de apresentarem fragmentação do saber em relação às condutas de prevenção da doença, favorecendo a instalação de agravos que comprometem a evolução favorável da gestação. Esse saber elementar recebe influência de fatores como a baixa escolaridade, falta de informações, condição socioeconômica desfavorável, dentre outros.

O acesso a informações acerca de sua condição de saúde e dos métodos anticoncepcionais auxilia as pessoas na adoção de hábitos saudáveis e a constituir uma vida sexual e reprodutiva mais responsável e satisfatória. Muitas vezes esse acesso é negligenciado, favorecendo o estabelecimento de vínculos de risco, predispondo a adolescente a gravidez precoce e aquisição das DST/AIDS.

Neste contexto, o pré-natal surge como instrumento para controle e prevenção de problemas relacionados à mulher e ao conceito durante o ciclo gravídico puerperal, reduzindo a morbimortalidade entre esse grupo tão vulnerável. A assistência pré-natal deve ampliar suas ações para além da questão meramente curativa, capacitando essa adolescente para o autocuidado e, conseqüentemente, manutenção de sua saúde.

A gestação na adolescência, antes reconhecida como um problema exclusivamente familiar, agora assume proporções maiores, exigindo não só dos profissionais da saúde, mas também da sociedade um maior engajamento para modificar essa realidade.

A qualidade da atenção prestada aos adolescentes é primordial para a manutenção da saúde e prevenção de agravos e constitui grande desafio para os serviços de saúde, principalmente no que se refere à gestação na adolescência. A organização dos serviços de saúde deve favorecer o acesso da adolescente grávida a ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e doenças, respeitando os princípios organizativos e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

1. Souza RP. Adolescência: abordagem do adolescente. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.314-26.
2. Silva JLP. A gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. In: Saito MI, Silva LE. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu; 2001. p.163-79.
3. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (EEUU). Saúde nas Américas. Washington; 2007.
4. Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS) (BR). Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Brasília; 2009. [online]. [Acesso 2009 mar 2]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
5. National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP). High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2000; 18(3):1-22.
6. Montenegro CAB, Rezende Filho J, Lima MLA. Hipertensão crônica e gravidez. Femina. 2004; 31(8):729-33.
7. Gandelsman A, Carvalho BO, Chakr RMS, Lopes RNT. A disfunção endotelial na pré-eclâmpsia. Femina. 2002; 30(7):455-60.
8. Ferreira RG, Rocha T, Santos W. Mortalidade materna por eclâmpsia. Ginecol Obstet Atual. 2001; 10(6):28-33.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Born D. Hipertensão em situações especiais na gravidez. In: Póvoa R. Hipertensão arterial na prática clínica. São Paulo: Atheneu; 2007. p.87-96.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política

- Nacional de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
 13. Magalhães MLC, Furtado FM, Nogueira MB, Carvalho FHC, Almeida FML, Mattar R, Camano L. Gestação na adolescência precoce e tardia — há diferença nos riscos obstétricos? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28(8):446-52.
 14. Silva MS, Ricci LAM, Oliveira SGC, Santos AS, Vaz MJR. Consulta de Enfermagem Pré-Natal e educação em saúde: prática do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. *Nursing.* 2010; 12(143):170-4.
 15. Tedesco JJA. Gravidez de alto risco: fatores psicossociais. In: Tedesco JJA, organizador. *A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra.* São Paulo: Atheneu; 2000. p.29-41.
 16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para organização de serviços de saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
 17. Santos ZMSA, Neves MG, Nascimento JC, Fernandez HT, Feitoza JS. Autocuidado da gestante adolescente na prevenção dos fatores de risco na Síndrome Específica da Gravidez — SHEG. *RBPS.* 2007; 20(3):173-80.
 18. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(1):117-21.
 19. Feijão AR, Galvão MTG. Ações de educação na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. *Rev Rene.* 2007; 8(2):41-9.
 20. Matos SD, Baptista RS, França ISX, Medeiros FAL, Brito VRS. Conhecimento das gestantes atendidas nos serviços de pré-natal acerca do Teste Anti-HIV. *Rev Rene.* 2009; 10(2):122-30.

RECEBIDO: 25/06/2009

ACEITO: 24/06/2010