

AUTOCUIDADO DA GESTANTE ADOLESCENTE NA PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO DA SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (SHEG).

Pregnant adolescent self-care in the prevention of risk factors of Hypertensive Disorders in Pregnancy (HDP).

Artigo original

RESUMO

A gestação na adolescência é considerada um problema para a saúde pública, em decorrência alta mortalidade relacionada à Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação – SHEG. Estudo descritivo com o objetivo de analisar o autocuidado de gestantes adolescentes na prevenção dos fatores de risco da SHEG. Foi realizado no Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI, em Fortaleza – Ceará, com vinte mulheres procedentes da Comunidade do Dendê, atendidas no ambulatório de pré-natal daquela instituição, durante os meses de setembro e outubro de 2005. Os dados foram coletados através de entrevista. As gestantes informaram precárias condições sócio-econômicas, baixa escolaridade e outros fatores de risco para SHEG, além da idade: cor negra, história familiar, hipertensão arterial (HA), *diabetes mellitus*, doença renal e conflitos emocionais. O conhecimento sobre a prevenção dos fatores de riscos era restrito a cinco (25%) gestantes, porém resumia-se a informações fragmentadas; e as condutas preventivas relacionavam-se com o hábito alimentar, a abolição de tabagismo e do alcoolismo, e exercício físico. Portanto, constatou-se entre as adolescentes que havia o exercício insatisfatório das atividades de autocuidado, com vista à prevenção dos fatores de risco da SHEG; que além da faixa etária, essas apresentavam outros fatores predisponentes a esse agravo e que eram passíveis de condutas preventivas e/ou de controle, como é o caso das doenças crônico-degenerativas – HA e *diabetes mellitus*. Provavelmente, esse comportamento estava associado ao saber elementar e fragmentado, e ausência ou deficiência na participação da família nas ações de promoção da saúde, principalmente àquelas inerentes ao acompanhamento no pré-natal.

Descritores: Gravidez; Gravidez na adolescência; Hipertensão induzida pela gravidez; Autocuidado.

ABSTRACT

Adolescent pregnancy is considered a problem for public health, due to the high mortality related to hypertensive disorders in pregnancy – HDP. This was a descriptive study with the aim of analyzing the pregnant adolescent self-care in the prevention of HDP risk factors. It was carried out in the Nucleus of Integrated Medical Attention – NAMI, in Fortaleza – Ceará, with twenty women from the Dendê Community, taken care of in the prenatal ambulatory of that institution, during the months of September and October, 2005. The data were collected by means of interview. The pregnant adolescents informed precarious socio-economic conditions, low schooling and other risk factors for HDP, beyond the age: black color, familiar history, arterial hypertension (AH), diabetes mellitus, renal illness and emotional conflicts. The knowledge on the prevention of risk factors was restricted to five (25%) pregnant adolescents; however it was reduced to fragmented information, and the preventive behaviors related to feeding habit, smoke and alcoholism cessation, and physical exercise. Therefore, it was evidenced among the adolescents the unsatisfactory exercise of self-care activities, aiming at preventing HDP risk factors; that beyond the age, they presented other predisposing factors to this disorders; that they were susceptible to preventive behaviors and/or control, as in the case of chronic-degenerative illnesses – AH and diabetes mellitus. Probably, this behavior was associated to the elementary and fragmented knowledge, and the absence or the deficiency of family participation in health promotion actions, mainly in those inherent to the prenatal follow-up.

Descriptors: Pregnancy; Pregnancy in Adolescence; Pregnancy-Induced Hypertension; Self-care.

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos⁽¹⁾
Mariza Galassi Neves⁽²⁾
Jennara Cândido do Nascimento⁽³⁾
Helexiana Teixeira Fernandes⁽⁴⁾
Janaina da Silva Feitoza⁽³⁾

1) Enfermeira, Professora Doutora do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, líder do Núcleo de Estudo e Pesquisa na Promoção da Saúde de pessoas com hipertensão arterial - NUVSPA.

2) Enfermeira, Graduada pela UNIFOR. Fortaleza-Ceará, membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa na Promoção da Saúde de pessoas com hipertensão arterial - NUVSPA.

3) Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Fortaleza, Bolsista do PIBIC/CNPq, membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa na Promoção da Saúde de pessoas com hipertensão arterial - NUVSPA.

4) Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Fortaleza, membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa na Promoção da Saúde de pessoas com hipertensão arterial - NUVSPA.

Recebido em: 26/10/2006

Revisado em: 13/04/2007

Aceito em: 11/06/2007

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a gestação na adolescência tem sido considerada um importante assunto de saúde pública, em virtude da prevalência com que esse fenômeno vem ocorrendo ao redor do mundo. A chamada epidemia da maternidade na adolescência só foi reconhecida por volta de 1970, quando as taxas de fecundidade nesta faixa etária já começavam a cair nos Estados Unidos e em outros países do primeiro mundo. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, cresceu a proporção da participação da gravidez entre 15 e 19 anos nos índices de fecundidade, paralelamente à diminuição da proporção das demais faixas etárias. Além disso, dados do Sistema Unificado de Saúde (SUS) indicam que a porcentagem da faixa etária dos 10 aos 19 anos no total dos partos nos hospitais conveniados chegou a 26,5%, em 1997, contra 22,3%, em 1993⁽¹⁾.

Para Galleta e Zugaib⁽²⁾, a mortalidade materna e perinatal são maiores na gravidez na adolescência. No Brasil, grande parte das mortes na adolescência está relacionada às complicações da gravidez e parto, a saber: a toxemia gravídica ou Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação - SHEG, que abrange HA na gravidez, edema, proteinúria e tendências de convulsões (eclâmpsia - EC); maior índice de cesarianas; desproporção céfalo-pélvica; síndromes hemorrágicas (coagulação vascular disseminada); lacerações perineais (envolvendo vagina e às vezes ânus); amniorrexe prematura (ruptura precoce da bolsa d'água); e prematuridade fetal.

No período de 2000 a 2003, ocorreram 8.881 óbitos em mulheres em idade fértil, dentre os quais 460 foram por mortes maternas. Observou-se nesse estudo que 283 óbitos decorreram de causa obstétrica direta. Nesse período, as quatro principais causas obstétricas diretas foram: a SHEG, com 103 óbitos; as síndromes hemorrágicas ante e pós-parto, com 59 óbitos; as infecções puerperais, com 30 óbitos e as complicações de aborto, com 29 óbitos. Em indicadores de morbidade e fatores de risco para partos e abortos em adolescentes entre 10 e 19 anos, no período de 2001, foi constatado no Estado do Ceará, na micro-região I (Fortaleza), para 1.000 mulheres adolescentes, houve uma taxa de 42,3⁽³⁾.

O diagnóstico de hipertensão arterial (HA) na gravidez é feito quando a pressão arterial (PA) é igual ou superior a 140X90 mmHg, e se distingue em⁽⁴⁻⁶⁾:

HA crônica ou preexistente. A HA está presente antes da gravidez ou diagnosticada antes da 20ª semana de gestação, persiste além de seis semanas após o parto, pode ser idiopática ou secundária a situações patológicas, como a doença renal, ou neoplasias endócrinas, como o feocromocitoma ou síndrome de Cushing.

HA gestacional. HA diastólica desenvolve-se após

a 20ª semana de gestação e, em muitos casos, desaparece em seis semanas após o parto. Há três condições clínicas: 1) HA induzida pela gravidez, HA transitória ou HA sem proteinúria - consiste na elevação da PA durante a gravidez, ou nas primeiras 24 horas após o parto, sem outros sinais de pré-eclâmpsia (PE) ou HA preexistente. Essa condição parece ser preditiva do desenvolvimento posterior da HA crônica ou idiopática, e tende a recorrer em gestações subsequentes; 2) PE - caracteriza-se clinicamente por proteinúria, edema generalizado e, às vezes, alterações da coagulação e da função hepática; 3) EC - convulsões, PA diastólica acima de 110 mmHg, trombocitopenia, oligúria, edema pulmonar, enzimas hepáticas elevadas, náuseas e vômitos, cefaléia frontal, visão turva, dor abdominal persistente, síndrome de HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets), desenvolvimento uterino retardado e oligohidrânio;

HA crônica ou preexistente com HA gestacional (PE) superajuntada. A PE pode ocorrer em mulheres com HA preexistente e, em tais casos, o prognóstico para a mãe e para o feto é pior do que qualquer uma das condições isoladamente. O diagnóstico é feito quando há aumento da PA (30mmHG sistólica ou 15mmHG diastólica) acompanhado de proteinúria ou edema, após a 20ª semana de gestação.

Os fatores de risco para SHEG (PE e EC) são: gestantes de baixa estatura, obesas e tensas (com oscilações na PA, em particular as grávidas brevilíneas (o tronco maior que os membros) com tendência ou tipo constitucional cushingóide, seriam as mais predispostas; primiparidade; idades extremas (menores de 17 anos e maiores de 35 anos); *diabetes mellitus*; proteinúria de 24h maior que 3g; gestação gemelar; disfunção hepática; ascendentes familiares com PE ou EC; HA transitória ou crônica; PE sobreposta em gestação prévia (70,0% de ocorrência); hidropsia fetal (não imune); plaquetopenia (menor que 100.000/mm³); gestação molar (hidatiforme); restrição de crescimento fetal; nova paternidade; uso de anticoncepcional de barreira; aborto prévio; ganho excessivo de peso (IMC maior ou igual a 25,8) e sinais de hemólise microangiopática⁽⁷⁾.

A SHEG é mais freqüente na adolescente, na primiparidade, e mediante o estresse associado à gravidez. Há dúvidas sobre a possibilidade de se prevenir a PE, mas consegue-se prevenir as principais complicações: EC e síndrome de HELLP. Começa-se pela detecção das mulheres de risco (todas as adolescentes), buscando-se detectar aumento rápido de peso e surgimento de edema. Nesta fase, o tratamento básico consiste em dieta hipossódica e repouso, que controlarão a grande maioria dos casos⁽²⁾.

É difícil estabelecer a incidência de SHEG, a qual pode ocorrer em 10% das gestantes, especialmente em nulíparas e em mulheres de baixo nível socioeconômico. O desfecho convulsivo no curso da PE é mais freqüente em primigestas,

embora possa ocorrer também em multigestas com HA gestacional superposta⁽⁸⁾.

Para identificar a PE, a frequência das consultas de pré-natal deverá ser maior na adolescente, principalmente nas últimas semanas. Retornos depois da 30ª semana devem ser quinzenais e, após a 36ª semana, semanais, pois é nesse período final que a doença se estabelece. É fundamental medir a PA em todas as consultas, e pesar a gestante para identificar aumento ponderal, primeiro sinal da instalação da SHEG. É inconcebível admitir a possibilidade de “alta” do pré-natal, frente ao risco de a gestante desenvolver HA longe dos olhos do pré-natalista⁽²⁾.

A gravidez na adolescência não é só um problema clínico, dadas as peculiaridades no acompanhamento dessas mulheres; é um problema complexo interligado a inúmeros fatores – socioeconômicos e educacionais que exacerbam uma série de dificuldades secundárias à maternidade precoce. E essa situação torna-se mais caótica, quando se observa nessas gestantes de alto risco para SHEG o desconhecimento sobre esse agravo e sobre as condutas de prevenção e/ou de controle dos fatores de riscos, que podem conduzi-las ao exercício inadequado das atividades de autocuidado.

Mediante a problemática supracitada e a experiência vivenciada no Ambulatório de Pré-natal no Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI), optou-se pelo estudo com o objetivo de analisar o autocuidado de gestantes adolescentes na prevenção dos fatores de risco da SHEG.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo, realizado no Núcleo de Atenção Médica Integrada - NAMI. Instituição pertencente à Universidade de Fortaleza – UNIFOR, que foi criado em 1978.

Participaram vinte gestantes adolescentes acompanhadas no ambulatório de pré-natal, entre as trinta e cinco que foram atendidas durante os meses de setembro e outubro de 2005, independentemente do estado civil, cor e escolaridade, as quais apresentaram condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos, e aceitaram participar do estudo.

Como técnica de coleta, elegeu-se a entrevista, utilizando-se um roteiro estruturado, que conteve os dados: sociodemográficos, fatores de risco da SHEG, conhecimento e condutas relacionadas à prevenção desses fatores de risco, os quais constituíram as variáveis do estudo. A análise baseou-se nas informações das gestantes e na literatura selecionada.

A coleta de dados ocorreu após parecer favorável da Comissão de Ética da UNIFOR, sob o N° 018/2005, e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

As vinte gestantes estavam na faixa etária de 15 a 19 anos. A maioria 18 (90,0%) dedicava-se às atividades próprias do lar; preferia o catolicismo 15 (75,0%); informara renda familiar de até 2 salários mínimos 18 (90,0%); vivia com o companheiro em regime de união consensual 18 (90,0%); co-habitava com o companheiro, pais, sogros, primos e amigos 18 (90,0%); morava em casa própria 16 (80,0%); não completara o ensino fundamental 18 (90,0%); era parda 18 (90,0%); e nascera em outros municípios do Estado do Ceará n (90,0%), porém todas residiam na Capital (Tabela 1).

Tabela I: Distribuição das gestantes adolescentes, segundo as características sociodemográficas. Fortaleza - Ceará, 2006. (n = 20).

Características Sociodemográficas	n	%
Prática religiosa		
Catolicismo	15	75
Protestantismo	05	25
Renda familiar (salários mínimos)		
Menor que 1	08	40
1 a 2	10	50
3	02	10
Estado Civil		
União consensual	18	90,0
Solteira	01	5,0
Separada	01	5,0
Co-habitação		
Companheiro e outros	18	10,0
Pais e irmãos	02	90,0
Condições de moradia		
Própria	16	80
Não própria	04	20
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	18	90
Ensino médio incompleto	02	10,0
Naturalidade		
Fortaleza-Ceará	18	90
Outros municípios do Ceará	02	10,0
Cor		
Parda	19	95,0
Negra	01	5,0

* Pais, primos, amigos e sogros.

Entre as gestantes, doze (60,0%) experienciavam a primeira gestação, sendo que oito (40,0%) com idade abaixo de dezessete anos. Cerca de oito (40,0%) eram multíparas. Dessas, seis (30,0%) informaram um aborto e uma (10,0%) dois episódios dessa natureza. Em quatorze (70%), a primigestação ocorreu entre as idades de 14 a 19 anos; quatro (20,0%) entre 16 e 18 anos, e duas (10,0%) aos 13 anos. Quanto à via de parto, em seis (30,0%) ocorreu por via vaginal e em duas (10,0%), por abdominal. A elevação da PA aconteceu na primeira gravidez de seis (30,0%) mulheres, cuja faixa etária variou de 14 a 19 anos. Dessas, quatro (20,0%) apresentaram PE, sendo que duas (10,0%) complicaram com EC, e tornaram-se hipertensas, posteriormente.

Identificaram-se duas (10,0%) gestantes com *diabetes mellitus*, e uma (5,0%) com doença renal. Cerca de quatro (20,0%) relataram história familiar de SHEG. Os conflitos emocionais estavam presentes em sete (35,0%) gestantes, sendo causados por recusa da gravidez em quatro (20,0%) mulheres, e por infidelidade conjugal em três (15,0%).

Cerca de quatorze (70,0%) nada souberam informar sobre SHEG; cinco (25,0%) referiram noções superficiais e fragmentadas. Dessas, três (15,0%) citaram alguns fatores de risco desse agravo.

Três (15,0%) gestantes receberam orientações sobre a prevenção dos fatores de risco da SHEG de profissionais (não distinguiram a categoria) e de familiares, e relacionavam-se com o hábito alimentar, abolição do tabagismo e do alcoolismo; uso de medicamentos, exercício físico e sono e repouso.

As gestantes informaram uso restrito de sal, nove (45,0%) optaram por gordura vegetal, sete (35,0%) preferiram a ingestão de vegetais (frutas e verduras), nove (45,0%) ingeriam carnes brancas e quatro (20,0%) não tinham preferência alimentar.

As gestantes não eram tabagistas e nem etilistas. O sono e o repouso eram adequados em duas (10,0%) e a ingestão hídrica em oito (40,0%) gestantes. Seis (30,0%) caminhavam regularmente, 3 (15,0%) gestantes praticavam a automedicação. Entre os medicamentos habitualmente utilizados, indicaram os analgésicos.

DISCUSSÃO

As gestantes estudavam possuíam baixa escolaridade, viviam em união consensual (90,0%), freqüentemente em consequência da gravidez precoce, passando a conviver sob o mesmo teto, sem oficializar a união e/ou possuir uma independência financeira. O número de pessoas que co-habitam e o fato de a maioria morar em imóvel próprio demonstram o modo como as famílias da periferia se adaptam a novas uniões desencadeadas pela gravidez precoce.

Dessa forma, surgem vários núcleos familiares, compostos por pessoas de diferentes gerações, com e sem vínculo co-sanguíneo, vivendo numa situação socioeconômica precária, em que os recursos financeiros são escassos e as dificuldades no cotidiano são inevitáveis.

Portanto, as condições de saúde e o processo de adoecer e morrer são diretamente influenciados pelas características socioeconômicas e demográficas de uma população. Tem sido demonstrado por vários autores que o nível de renda familiar, de escolaridade materna, a situação conjugal, o local de residência e a paridade da mulher estão associados à utilização dos serviços de saúde, incluindo-se a assistência pré-natal e hospitalar ao parto⁽¹⁰⁾.

Identificaram-se nas gestantes os fatores de risco da SHEG: idade (menor de 17 anos), cor (parda e negra), primigestação, história prévia de SHEG, elevação de PA na gestação anterior, HA, *diabetes mellitus*, doença renal, história familiar de SHEG, conflitos emocionais e multiparidade.

Cerca de 7% de todas as gestações são afetadas pela HA, e 6 a 10% dos óbitos perinatais estão associados aos episódios hipertensivos. O distúrbio hipertensivo pode resultar diretamente da própria gravidez ou preceder a gestação, e ser secundária a uma doença cardiovascular ou renal⁽¹¹⁾.

As adolescentes do estudo eram de alto risco e necessitavam de acompanhamento sistemático pela equipe multiprofissional em parceria com a família, para fins de controle desses fatores de risco, prevenção da SHEG e de outras intercorrências materna e fetal, e da inclusão precoce na assistência ao planejamento familiar (PF). Assim, a participação da família mostra-se imprescindível no atendimento às necessidades humanas básicas dessa pessoa, sendo que esta se encontra pressionada a adotar mudanças no seu comportamento, as quais costumam exigir uma grande dispensação de energia, tolerância e apoio dos familiares para conseguir atingir o objetivo de aderir integralmente ao estilo de vida saudável. Deve-se lembrar que esta concessão ocorre gradativamente e que, se incentivada através da adoção coletiva, terá forte indício de sucesso.

Com a crescente incidência de gravidez na adolescência, o planejamento familiar (PF) é inegavelmente um tema de suma importância a ser inserido na família e na escola, através da discussão dialogada, objetivando a educação dos adolescentes. Desse modo⁽¹²⁾, o PF estrutura-se de ações preventivas e educativas, pela garantia do acesso igualitário às informações aos métodos e às técnicas disponíveis para regulação da fecundidade, devendo atender às reais necessidades da população feminina e masculina em idade fértil, através da utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos mais adequados e disponíveis⁽¹³⁾. É necessária a inserção do

homem no contexto das ações de Saúde Reprodutiva, para que possa contribuir com maior integração e participação nas decisões e responsabilidades diante da saúde reprodutiva e cuidado com os filhos.

A PE é grave, se um ou mais critérios estiverem presentes: PA maior ou igual a 160x110 mmHg, verificado em duas ocasiões diferentes de no mínimo 6 horas, com a mulher em repouso; proteinúria maior ou igual a 5g/24 horas ou maior ou igual a 3g, em 2 amostras de urina coletadas em um intervalo mínimo de 4 horas; oligúria menor que 500 ml/24 horas; distúrbios cerebrais ou visuais; edema de pulmão ou cianose; dor epigástrica ou no quadrante superior direito; síndrome de HELLP e crescimento intra-uterino restrito (CIR). A EC é a presença de convulsão em mulheres com PE⁽⁸⁾.

Na maioria das grávidas com HA, esse agravo é do tipo idiopático, se comparadas com gestantes normotensas, aquelas grávidas têm um desempenho gestacional desfavorável. O aumento da mortalidade materna e perinatal, em geral, está associado à sobreposição de PE, à idade materna inferior a 16 anos e superior a 30 anos e ao tempo de duração da enfermidade. Mulheres hipertensas deveriam ser avaliadas antes da concepção, com vista aos fármacos que não devem ser utilizados na gravidez tais como, inibidores da enzima conversora da angiotensina, que podem ser substituídos por outros, como a metildopa ou o pindolol⁽⁷⁾.

De acordo com Gemelli⁽¹⁴⁾, as alterações cardiovasculares causadas pela HA induzida pela gravidez são pressões de enchimento ventricular esquerdo anormais, resistência vascular sistêmica elevada, função ventricular hiperdinâmica, aumento do débito cardíaco e hemoconcentração. A HA induzida pela gravidez pode ser complicada pelas anormalidades hematológicas, incluindo-se trombocitopenia, reduções de alguns fatores de coagulação e alterações dos eritrócitos. A coagulação intravascular disseminada (CID) pode desempenhar um papel importante na patogenia da HA induzida pela gravidez. Apesar das pesquisas intensivas, as causas de todos esses problemas ainda não foram esclarecidas. Alguns hormônios estão normais ou ficam abaixo dos níveis pré-gestacionais e não funcionam com tanta eficácia, como é o caso dos níveis reduzidos da aldosterona, que não aumentam a excreção de sódio, conforme seria esperado.

Na anamnese obstétrica, a paridade é o ponto chave, considerando-se a PE apanágio das nulíparas ou primigestas. A ocorrência de PE em 6% de nulíparas, e em somente 0,3% de mulheres em sua segunda gestação. As nulíparas têm risco de 5 a 6% para desenvolver PE em comparação com menos que 1% das múltiparas. Deve ser lembrado, ainda, que a ocorrência de PE em múltiparas esteja aumentada nos casos em que a gestação ocorreu com outro parceiro,

o que se acredita decorrer de novo fator imunogenético. A predição da PE deve passar pela avaliação clínica e terminar com a avaliação laboratorial. Também, a atenção deve estar voltada para a HA em familiares, pois trabalhos têm revelado a possibilidade de que essa condição clínica tenha caráter hereditário, em que a herança estaria ligada a um gene autossômico recessivo único. A frequência gênica para a população geral está em torno de 0,20 a 0,25%, o que leva a esperar que a incidência de PE numa primeira gestação viável deveria ser de 5% na população geral, 22% nas filhas, e 38% nas irmãs de mulheres que tiveram a doença. Enfim, deve-se estar atento aos antecedentes de HA fora da gravidez, de recorrência nas gestações anteriores e de patologias que, comprometendo ou não o sistema vascular, determinam processos hipertensivos (HA, *diabetes mellitus*, doença renal, doença vascular do colágeno, coactação da aorta, aldosteronismo primário, síndrome de *Cushing* e feocromocitoma)⁽¹⁵⁾.

Evidencia-se, entre as mulheres do estudo, déficit de conhecimento em relação à SHEG e aos fatores de risco. Esse achado é preocupante, uma vez que esse agravo ainda constitui um grave problema de Saúde Pública, por ser a principal causa de mortalidade materna. Então, este fato possibilitará o surgimento de complicações, dos custos sociais com as internações, absenteísmo ao trabalho, licença para tratamento de saúde etc.

O consumo de alimentos hipossódicos pelas gestantes é uma ação de autocuidado significativa na prevenção do aumento da PA, conseqüentemente na instalação da SHEG, pois ⁽¹⁶⁾ ao acrescentar sal nos alimentos naturais (que já contém sódio), estar intensificando a retenção aquosa, a reatividade vascular arterial e a contratilidade uterina, com os seus evidentes efeitos nocivos no desenvolvimento do edema, na elevação dos níveis tensionais arteriais, na redução do fluxo sangüíneo uteroplacentário e, conseqüentemente, na ocorrência de reduzido crescimento fetal e, eventualmente, da prematuridade⁽¹⁷⁾. A recomendação de dieta padrão em que se combinavam vegetais, alimentos com baixo teor de gorduras, repercutiu na redução significativa da PA.

O uso de dieta rica em ácidos graxos poli-insaturados (AGPI) tem sido preconizado como terapêutica substitutiva do uso da aspirina na prevenção da PE. Esse interesse tem sido despertado por alguns trabalhos que relatam redução da síndrome de má adaptação na gravidez em populações que fazem uso de dieta rica em AGPI. Assim, populações de baixo nível socioeconômico, como as da Groenlândia e Ilhas Faroe, que ingerem grande quantidade de AGPI, têm menor incidência de PE e EC, quando comparadas com as populações de alto nível socioeconômico da Dinamarca e Alemanha. A suplementação de 2g de cálcio por dia produz queda na PA e redução da incidência de PE⁽¹⁵⁾. Portanto, o estado nutricional da gestante, antes e durante a gravidez, é fator fundamental para a sua saúde e a do feto. Situação importante a ser considerada, uma vez que estas mulheres

constituem um grupo nutricionalmente vulnerável, especialmente nos países em desenvolvimento.

A abstenção de tabaco e de álcool pelas adolescentes, certamente, foi um avanço na promoção de sua saúde, uma vez que⁽¹⁴⁾ gestantes fumantes, na maioria dos casos, têm filhos com baixo peso e maiores riscos de contrações, abortos espontâneos e partos prematuros. As bebidas alcoólicas, quando consumidas em altas doses pela gestante, passam diretamente para a placenta através da corrente sanguínea e, dependendo da quantidade ingerida e da fase da gravidez, podem provocar um aborto espontâneo, um parto prematuro ou a chamada síndrome alcoólica fetal, que causa alterações no desenvolvimento neurológico do feto e malformações em suas pernas, braços, coração, rins e, principalmente, na face.

A inadequação do sono e do repouso, na maioria das gestantes, poderia favorecer o surgimento de agravos à sua saúde e à do feto, pois a execução adequada dessas duas condutas, além de contribuir substancialmente para a saúde e bem-estar geral, integra o *pool* de condutas imprescindíveis^(2,16) à prevenção e ao tratamento ambulatorial ou hospitalar da SHEG leve ou grave. A partir da 20ª semana, a gestante deve repousar no leito, após almoço, durante uma hora e meia, e, à noite, este repouso deverá exceder oito horas, em decúbito lateral. Essa posição possibilita a descompressão da veia cava, facilitando a reabsorção do líquido intersticial para o espaço intravascular, aumentando sucessivamente o retorno venoso, débito cardíaco, perfusão renal e utero-placentária. O aumento do fluxo plasmático renal resultaria em incremento da filtração glomerular e natriurese. A excreção aumentada de sódio reduz a resistência periférica e, conseqüentemente, a PA. O repouso físico e psíquico parece beneficiar tanto a mãe quanto o seu feto, e é imprescindível, bem como assegurar a dieta condizente (hipocloretada, rica em proteínas e vitaminas, e pobre em lipídeos); favorecer a adequada terapêutica medicamentosa; a avaliação evolutiva do processo toxêmico materno e o provimento da rigorosa avaliação das condições fetais (vitalidade e maturidade).

As gestantes que aderiam a uma rotina de exercício físico, com a frequência mínima de três vezes por semana, certamente estavam reduzindo a ação dos estressores da vida diária na sua saúde, controlando a PA, além de manter ou atingir o peso saudável⁽¹⁸⁾. A atividade cardiovascular durante a gestação se eleva, comparada ao período não gestacional. No entanto, com a prática regular de exercícios físicos, reduz-se esse estresse cardiovascular, o que se reflete, especialmente, em frequências cardíacas mais baixas, maior volume sanguíneo em circulação, maior capacidade de oxigenação, menor PA, prevenção de trombose e varizes e redução do risco de diabetes gestacional.

A automedicação continua sendo uma prática

habitual, embora as instituições de saúde disponibilizem informações sobre os riscos para a saúde, e as autoridades sanitárias invistam na fiscalização de estabelecimentos que comercializam os medicamentos, além de checar a presença compulsória de um farmacêutico nestes locais. Reportando-se à gestante, os danos causados por esta prática em si mesma e no feto podem ser graves, além de irreversíveis, principalmente pelo uso de drogas hipertensoras e teratogênicas, respectivamente, haja vista que⁽¹⁹⁾ o uso de medicamentos na gestação merece especial atenção pelos riscos potenciais ao feto em desenvolvimento. Contudo, os efeitos sobre o feto dependem do fármaco ou substância, da gestante, da época de exposição durante a gestação, da frequência e da dose total, redundando potencialmente em teratogenia ou com conseqüências farmacológicas e toxicológicas diversas.

A assistência pré-natal é alvo de crescente destaque na atenção materno-infantil e representa uma oportunidade para as mulheres receberem assistência adequada, um espaço onde possam expor suas dúvidas e sentimentos, serem ouvidas e esclarecidas. Constitui-se um exercício de promoção da saúde física e mental da gestante, mediante a identificação das alterações próprias da gravidez e os encaminhamentos necessários, a fim de se evitarem repercussões prejudiciais ao feto⁽²¹⁾.

Desse modo, no pré-natal, as ações convergem para uma assistência mais efetiva e eficiente. Dentre essas ações, a educação em saúde vivenciada por grupos de gestantes favorece a socialização dos conhecimentos e possibilita o engajamento no autocuidado, objetivando a conquista de um melhor nível de saúde e de bem-estar, e garantindo às mulheres um estilo de vida saudável, como também o exercício da cidadania.

A educação em saúde deverá ser uma *práxis* em diferentes espaços institucionais, como escola, família e trabalho, a tornar a pessoa livre e consciente para a seleção de condutas favoráveis a um estilo de vida saudável. Mas essa deve ser iniciada na infância, a fim de conduzir as pessoas, de forma salutar, nas diversas fases do ciclo vital⁽²²⁾.

Pensando assim, percebe-se que a prática educativa deva partir de um ponto comum e visível, utilizando-se para isso uma linguagem acessível e compreensível, pois a maioria da população tem baixa escolaridade, necessitando de uma abordagem livre de definições técnicas e práticas mirabolantes. Somando-se a isso, ousa-se dizer que a participação da família tem importância crucial no que diz respeito ao engajamento da pessoa no autocuidado, pois esta se apresenta como primeira unidade de cuidado e se mostra como partícipe no processo de adesão às condutas terapêuticas e preventivas.

O autocuidado é a prática de atividades, iniciadas e

executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar⁽²³⁾.

A atuação do profissional deve ser mais efetiva, mais presente, pois, para suprir as reais necessidades de sua clientela, é necessário muito mais que uma simples aferição de PA ou medida uterina. É preciso que a equipe pré-natalista reveja seu trabalho, para que, além de orientar as gestantes, possa conscientizá-las da importância das informações prestadas, vendo-as como seres humanos dotados de sentimentos. Porém, esse processo de educação em saúde e humanização da assistência requer tempo, dedicação e compromisso com a causa assumida⁽²⁴⁾.

A educação em saúde constitui-se em uma opção política, que busca a participação, como forma de garantir aos sujeitos a possibilidade de decidirem sobre seus próprios destinos (individuais e/ou coletivos), através de uma reflexão/ação/reflexão, em que sujeito e comunidade constroem sua própria trajetória histórica em busca de uma vida melhor⁽²⁵⁾.

CONCLUSÃO

De acordo com a análise dos achados, evidencia-se entre as adolescentes que havia o exercício insatisfatório das atividades de autocuidado, com vista à prevenção dos fatores de risco da SHEG, pois, além da faixa etária, elas apresentavam outros fatores predisponentes a esse agravo, os quais eram passíveis de condutas preventivas e/ou de controle, como é o caso das doenças crônico-degenerativas – HA e *diabetes mellitus*. Provavelmente, os fatores determinantes desse comportamento estejam associados ao saber elementar e fragmentado sobre a temática pesquisada, possivelmente decorrente da baixa escolaridade e da dificuldade no entendimento das orientações recebidas durante as consultas do pré-natal, uma vez que eram assíduas a esse procedimento; e à ausência ou deficiência na participação da família nas ações de promoção da saúde, principalmente aquelas inerentes ao acompanhamento no pré-natal.

A assistência pré-natal constitui um recurso imprescindível na prevenção e/ou controle de problemas de saúde que possam interferir na saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, conseqüentemente contribuindo para a redução da morbimortalidade materna e fetal. Essa assistência oportuniza e dispensa um cuidado integralizado à gestante, em um amplo contexto, em que se articulam as vertentes biológica, socioeconômica, educacional, política e familiar.

Os resultados deste estudo possibilitarão uma reflexão entre os profissionais da instituição que sediou este estudo, atuantes na saúde reprodutiva e/ou saúde do adolescente, sobre as condutas inerentes à promoção da saúde, bem como

ao (re) planejamento estratégico fundamentado na educação em saúde, destinado à assistência pré-natal de alto nível, com vista à prevenção e/ou ao controle dos fatores de risco da DHEG, através de práticas efetivas de autocuidado.

No tocante à gravidez na adolescência, é imperiosa e urgente uma reflexão crítica sobre a complexidade de uma proposta para fins de uma política de prevenção à gravidez nessa faixa etária, além do repasse de informações relacionadas à contracepção e prevenção de DST/AIDS. Portanto, essa proposta deve conter estratégias que viabilizem o entendimento da dinâmica envolvida na construção social do adolescente, com o objetivo de discutir as questões sexuais e reprodutivas, nos vários espaços educacionais – escola, família e instituição de saúde, com a meta de tornar essa pessoa autônoma e responsável pelos seus atos.

REFERÊNCIAS

1. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007;23(1):177-86.
2. Galleta MA, Zugaib M. Pré-Natal da Adolescente. [on line]. [Acesso 2005 Mar 05]. Disponível em: <<http://www.ids.-saude.org.br/medicina>>.
3. Secretaria de Saúde(CE). Departamento de Epidemiologia da Secretaria Estadual de Saúde. *Boletim Epidemiológico*. Fortaleza: A Secretaria; 2004.
4. Cifková R. Hypertension in pregnancy: recommendations for diagnosis and treatment: Update on hypertension management. Institute for clinical and experimental medicine. Prague, Czech. Republic. *European Society of Hypertension Scientific Newsletter* 2004; 5(2).
5. Pascoal IF. Hipertensão e gravidez. *Rev Bras Hipertens* 2002;9(3):256-61.
6. Helewa ME, Burrows RF, Smith J, Williams K, Brain P, Rabkin SW. Definitions, evaluation and classification of hypertensive disorders in pregnancy [Report]. In: *Canadian Hypertension Society Consensus Conference*. Canadá: Canadian Medical Association Journal; 1997.
7. Duncan BB, Shmidt MI, Giuliane ERJ. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
8. Rezende J. *Obstetrícia fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
9. Ministério da Saúde(BR). *Diretrizes e normas*

- regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96). Brasília (DF): MS; 1996.
10. Montenegro CAB, Leite SP, Castro P, Regattiere N, Lima MLA, Rezende Filho J. Predição e prevenção da toxemia gravídica. *Feminina* 2004;32(6):509-15.
 11. Branden PS. Enfermagem materno-infantil. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso; 2000.
 12. Bié APA, Rocha MAR, Moura ERF. Planejamento familiar: o que os adolescentes sabem sobre este assunto? *RBPS* 2006;19(3):125-30
 13. Costa COM, Lima IC, Martins Júnior DF, Santos CAST, Araújo FPO, Assis DR. Gravidez na adolescência e coresponsabilidade paterna; trajetória sócio-demográfica e atitudes com a gestação e a criança. *Ciências & Saúde Coletiva* 2005;10(3):719-27.
 14. Gemelli RD. Gestação e hipertensão. [on line]. [Acesso 2004 Mar 15]. Disponível em: <<http://www.jakobi.com.br/gestacaohipertensao.htm>>.
 15. Rudge P. Hipertensão na Gravidez – Prevenção da Pré-Eclâmpsia. [on line]. [Acesso 2005 Maio 15]. Disponível em: <<http://www.sogesp.com.br/protocolos/manuais/hipertensao/cap06.html>>.
 16. Neme B. Fisiopatologia da pré-eclâmpsia: ilações terapêuticas preventivas. *Go Atual* 2002;11(7):24-6.
 17. Sass N, Souza E, Camano L. Sal, gestação, hipertensão. *Femina* 2002;30(10):727-30
 18. Batista DC, Chiara VL, Gugelmin SA, Martins PD. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. *Rev Bras de Saúde Materno Infantil* 2003;3(2): 88-92.
 19. Castro CGSO, Pepe VLE, Luiza VL. Uso indicado e uso referido de medicamentos durante a gravidez. *Cad Saúde Pública* 2004;20(1):583-82.
 20. Silva ET, Caetano JÁ, Silva ARV. Assistência pré-natal de um serviço de atendimento secundário. *RBPS* 2006;19(4):216-23
 21. Santos ZMSA, Lima HP. Atitudes e práticas adotadas por trabalhadores hipertensos no controle da doença. *RBPS* 2006;18 (3):140-4.
 22. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. Geórgia (GA): Mosby; 1995.
 23. Leal MVP. Conhecimento e sentimentos de mulheres portadoras de doença hipertensiva específica da gravidez. *RBPS* 2004;17(1):21-6.
 24. Wendhausen A. Educação em saúde e controle da hipertensão arterial. *Alcance/CCS* 2001;8(2):19-22.

Endereço para correspondência:

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos
Universidade de Fortaleza - Mestrado em Saúde Coletiva
Avenida Washington Soares, 1321, Bloco S, sala 01, Edson
Queiroz.
CEP: 60811-905 - Fortaleza-CE
E-mail: zeliasantos@unifor.br