

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS GRAVES – ESTUDO DESCRITIVO COM ADOLESCENTES ATENDIDAS EM MATERNIDADE ESCOLA

SEVERE HYPERTENSIVE SYNDROME – DESCRIPTIVE STUDY WITH ADOLESCENTS ATTENDED AT A MATERNITY SCHOOL

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS GRAVES – ESTUDIO DESCRITIVO CON ADOLESCENTES ASISTIDAS EN MATERNIDAD ESCUELA

Andreia Gregório Lima¹, Isabella Beatriz Barbosa Oliveira², Maria Lúcia Neto de Menezes³, Rachel Caroline Alves Leite⁴

Estudo exploratório e descritivo, com o objetivo de analisar os dados clínicos e obstétricos relacionados às síndromes hipertensivas graves ocorridas em adolescentes assistidas em uma maternidade-escola do Recife-PE. A população foi constituída por 186 gestantes adolescentes com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave e/ou eclâmpsia ocorrida entre 2003 a 2008. A idade variou entre 15 e 19 anos, eram negras, solteiras e com baixa escolaridade. A maioria era primigesta, mas a recorrência de gestação configurou-se em 16% dos casos. Realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, a gestação evoluiu a termo e o tipo de parto mais frequente foi a cesárea. As comorbidades identificadas foram alterações do volume do líquido amniótico, quadros hemorrágicos e infecções. Foram também identificados casos de retardo do crescimento intrauterino, prematuridade, icterícia, hipóxia e baixo peso ao nascer. Concluiu-se que a gravidez na adolescência associada às síndromes hipertensivas graves está relacionada a severas complicações maternas, fetais e neonatais.

Descritores: Adolescente; Pré-Eclâmpsia; Gestação de Alto Risco; Perfil de Saúde.

This is an exploratory and descriptive study with the objective of analyzing the clinical and obstetric data related to the severe hypertensive disorders in adolescents assisted at a maternity school of Recife. The population was consisted of 186 pregnant adolescents with severe preeclampsia and/or eclampsia between 2003 and 2008. The age ranged between 15 and 19 years; they were black, single and had low education. Most of them were primiparas but the pregnancy recurrence was configured at 16% of cases. They did six or more prenatal consultations. The pregnancy progressed to term and the most frequent type of delivery was cesarean section. The comorbidities identified were changes in amniotic fluid volume, hemorrhages and infections. There were also identified cases of intrauterine growth retardation, prematurity, jaundice, hypoxia and low birth weight. It was concluded that teenage pregnancy associated with severe hypertensive syndrome is related to severe maternal, fetal and neonatal complications.

Descriptors: Adolescent; Pre-Eclampsia; Pregnancy High Risk; Health Profile.

Estudio exploratorio y descriptivo, con objetivo de analizar los datos clínicos y obstétricos relacionados a síndromes hipertensivas graves en adolescentes asistidas en maternidad escuela de Recife-PE, Brasil. La población fue de 186 adolescentes embarazadas con preeclampsia severa y/o eclampsia entre 2003 y 2008. La edad varió entre 15 y 19 años, eran negras, solteras y con baja escolaridad. La mayoría era primíparas, pero la recurrencia del embarazo fue de 16% de los casos. Realizaron seis o más consultas de prenatal, el embarazo avanzó a término y el tipo de parto más frecuente fue la cesárea. Las comorbidades identificadas fueron alteraciones de volumen del líquido amniótico, cuadros hemorrágicos e infecciosos. Fueron identificados también casos de retraso del crecimiento intrauterino, prematuridad, ictericia, hipoxia y bajo peso al nacer. El embarazo en la adolescencia asociado con los síndromes hipertensivos severos posee relación con complicaciones maternas, fetales y neonatales.

Descriptor: Adolescente; Preeclampsia; Embarazo de Alto Riesgo; Perfil del Salud.

¹Enfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Recife, PE, Brasil. E-mail: deagregory@hotmail.com

²Enfermeira. Residente de Enfermagem em Cardiologia do Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco Prof. Luiz Tavares (PROCAPE). Recife, PE, Brasil. E-mail: isabellabboliveira@hotmail.com

³Enfermeira Obstétrica. Mestre em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco (UPE). Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da UPE. Recife, PE, Brasil. E-mail: maria.luciamenezes@yahoo.com.br

⁴Enfermeira. Mestranda em Cuidados Intensivos pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Residente de Enfermagem em Saúde da Mulher do IMIP. Recife, PE, Brasil. E-mail: rachelcaroline@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A adolescência, nas últimas décadas, ocupa lugar de destaque no contexto das inquietações que assolam a comunidade científica mundial, tanto no campo da saúde quanto na área da educação⁽¹⁾. A preocupação reside especialmente na área de saúde, pelas consequências relacionadas ao seu comportamento sexual e reprodutivo.

No Brasil, estima-se que um milhão de adolescentes têm filhos a cada ano, o que correspondia a 20% do total de nascidos vivos do país no ano de 2000⁽²⁾. A gravidez na adolescência é considerada uma situação de risco psicossocial, já que pode ser vista como um problema para os jovens que não planejam constituir uma família neste período. Possui impacto ainda maior quando ocorre nas classes socioeconomicamente desfavorecidas, podendo intensificar o potencial de perdas de oportunidades educacionais e de trabalho, comprometendo o projeto de vida dos jovens⁽³⁾.

Analisada num contexto de risco, a gestação na adolescência desperta a atenção dos serviços de saúde pública como fenômeno que requer prevenção. Aproximadamente 40% das mulheres experimentam algum tipo de morbidade na gestação. O alto risco materno chega a atingir 15% das mulheres adultas podendo levá-las ao óbito; quanto às adolescentes, esse percentual tende a ser maior. Os dados oficiais do Brasil sobre a mortalidade materna evidenciam que as doenças hipertensivas, seguidas das síndromes hemorrágicas e infecções, são as principais causas de mortalidade materna no país⁽⁴⁾.

As síndromes hipertensivas na gestação podem ser classificadas em: hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional. A pré-eclâmpsia é caracterizada por comprometimento clínico generalizado, podendo se manifestar tanto como uma síndrome materna quanto como uma síndrome fetal, ou ambas.

Esta ocorre em 5% a 8% das gestações e é a principal causa de morte materna e perinatal nos países em desenvolvimento⁽⁵⁾. No Brasil, a mortalidade materna por eclâmpsia ainda é elevada, atribuída à baixa qualidade da assistência pré-natal. Dados do Ministério da Saúde revelam que, do total de óbitos maternos, 19,7% foram causados hipertensão arterial⁽⁶⁾.

Diante do exposto, a avaliação das condições que predispõem à ocorrência da hipertensão arterial, a sua prevenção e adequado manejo no pré-natal tem importância fundamental para a saúde reprodutiva das mulheres, especialmente quando estas apresentam dificuldade de acesso ao pré-natal ou não têm uma adequada assistência.

A problemática que motivou a realização do presente estudo emergiu de uma atividade de iniciação científica realizada pelas autoras no ano de 2009 quando foi procedido um levantamento de dados sobre a gestação na adolescência, tendo sido detectado que no Estado de Pernambuco, em 1999, haviam 84.000 gestantes adolescentes cadastradas no Sistema de Informação de Atenção Básica e, em 2009, esse número atingia 120.000, sendo que 36.000 destas residiam na Região Metropolitana do Recife⁽⁷⁾. Nesta pesquisa foi analisada a prevalência de hipertensão entre adolescentes assistidas em uma maternidade-escola do Recife e este indicador correspondeu a 23%, valor superior àquele encontrado em estudo anterior (10,26%)⁽⁸⁾, provavelmente por se tratar de uma unidade que recebe gestantes de alto risco de diversas localidades do Estado.

Após considerar que a prevenção da morbidade e mortalidade materna está relacionada principalmente à qualidade da assistência ao planejamento reprodutivo, ao pré-natal, ao parto e puerpério, o estudo teve por objetivos analisar os dados clínicos e obstétricos relacionados à gestose hipertensiva grave ocorrida em adolescentes.

MÉTODOS

Estudo exploratório, descritivo, transversal, com análise quantitativa e de caráter documental desenvolvido na Maternidade Monteiro de Morais integrada ao Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros e vinculada à Universidade de Pernambuco (UPE), considerada uma unidade de referência do Estado de Pernambuco para a gestação e parto de alto risco. Localizada no Distrito Sanitário II da cidade do Recife, a instituição possui 102 leitos, os quais são disponibilizados para o Sistema Único de Saúde (SUS), e atende mensalmente cerca de 13 mil pacientes em nível hospitalar e ambulatorial.

Analisaram-se as síndromes hipertensivas graves, presentes nas patologias pré-eclâmpsia grave e/ou eclâmpsia. A pré-eclâmpsia grave é diagnosticada na presença de um ou mais dos seguintes critérios: pressão arterial $\geq 160/110$ mmHg, em duas aferições com 6 horas de intervalo e com a paciente em repouso; proteinúria de 24h ≥ 5 g ou $\geq 3+$ em fita, em duas amostras coletadas com intervalo de 4 horas; oligúria; insuficiência renal; distúrbios visuais ou cerebrais persistentes; edema pulmonar ou cianose; dor epigástrica ou no quadrante superior direito persistente; insuficiência hepática; trombocitopenia e/ou evidência de anemia hemolítica microangiopática; síndrome HELLP; restrição de crescimento fetal. A eclâmpsia é definida como o surgimento de convulsões em pacientes com pré-eclâmpsia ou hipertensão gestacional⁽⁵⁾.

A coleta de dados foi realizada em 186 prontuários de gestantes adolescentes (10 a 19 anos) com diagnóstico médico de pré-eclâmpsia grave e/ou eclâmpsia, por ocasião da internação hospitalar, ocorrida entre os anos de 2003 a 2008. A amostra foi extraída de um total de 461 prontuários de adolescentes hipertensas analisados no estudo anterior. O levantamento dos dados ocorreu com base em dados secundários, obtidos

por meio da análise de registros nos prontuários. Estes documentos foram selecionados pelo setor de Estatística e Epidemiologia da instituição.

Foram levantadas variáveis sócio-econômicas, antecedentes obstétricos, antecedentes pessoais e familiares, dados da gestação, pré-natal, diagnóstico de admissão e os desfechos da gestação, considerando o tipo de parto, condições de saúde no pós-parto e do recém-nascido.

As questões éticas foram tratadas conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, conforme protocolo 475/2008.

RESULTADOS

O levantamento analítico inicial realizado no período de 2003 a 2008, com uma amostra de 461 prontuários de adolescentes que apresentaram diagnóstico admissional de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), permitiu identificar 186 casos de pré-eclâmpsia grave, o que revelou prevalência de 40,4% da patologia entre as adolescentes, cujas características demográficas e clínicas foram apresentadas a seguir.

A análise dos dados das adolescentes com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave revelou a predominância na faixa etária entre 15 a 19 anos de idade, solteiras, com baixa escolaridade, que se autodeclararam pretas ou pardas (negras), não possuíam vínculos empregatícios formais e que foram encaminhadas ao serviço provenientes do Recife e região metropolitana.

Quanto ao comportamento reprodutivo e as características da assistência pré-natal, verificou-se que a maior parte das adolescentes era primigesta, informou ter realizado seis ou mais consultas ao pré-natal e foi admitida no termo da gestação (37 semanas ou mais).

Tabela 1 – Distribuição do número de adolescentes com diagnóstico de pré- eclâmpsia grave segundo características sociodemográficas. CISAM, 2003 a 2008. Recife, PE, Brasil, 2010

Variáveis	N	%
Idade (ano) (n=186)		
10 a 14	11	6
15 a 19	175	94
Estado Civil (n=147)		
Solteira	131	70,4
Casada/Unida	16	8,6
Raça/Cor (autodeclarada) (n=117)		
Branca	24	12,9
Negra	93	50
Escolaridade (ano) (n=146)		
< 9	97	52,2
9 a 14	41	22
> 14	8	4,3
Ocupação (n=151)		
Estudante	31	16,7
Do lar	112	60,2
Emprego Formal	8	4,3
Procedência (n=186)		
Recife	54	29
Municípios da região metropolitana	76	40,9
Outros municípios do Estado	56	30,1
Número de gestações anteriores (n=185)		
Primigesta	155	83,3
Duas ou mais gestações	30	16,1
Nº de consultas pré-natal		
6 ou mais	67	36
Menos de 6	54	29
Idade gestacional na admissão (n=185)		
Termo	126	67,8
Pré-termo	59	31,7
Pós-termo	1	0,5

Fonte: Núcleo de Epidemiologia do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros– CISAM

O levantamento dos antecedentes pessoais e familiares revelou que a maioria não apresentava estes fatores de risco entre as suas características, sendo o antecedente pessoal de hipertensão arterial sistêmica citado por 12% das adolescentes. Apenas 5,3%

mencionaram consumo de tabaco, todas negaram consumo de bebidas alcoólicas, 33,8% possuíam pessoas da família com histórico de hipertensão e 32,8% de diabetes mellitus.

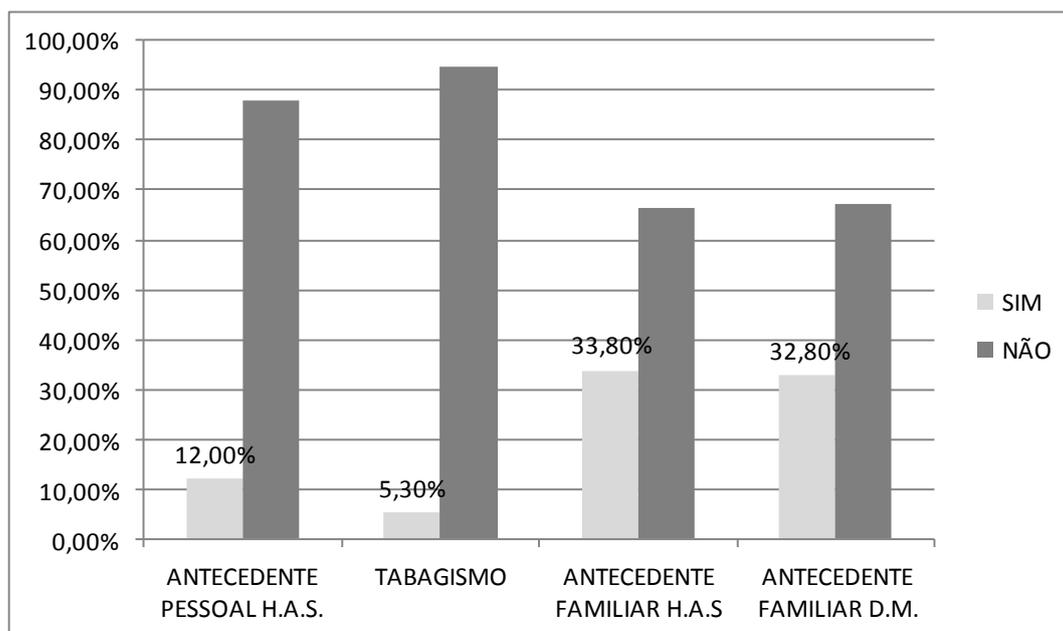


Figura 1 - Antecedentes pessoais e familiares das gestantes adolescentes com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave. CISAM, 2003 a 2008. Recife, PE, Brasil, 2010.

Fonte: Núcleo de Epidemiologia do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM

De acordo com os dados da Tabela 2, a cesárea foi o tipo de parto mais prevalente, representando 61% dos casos. Mais de um terço das hipertensas apresentaram outro tipo de complicação no ciclo gravídico, dentre as quais as alterações do volume do líquido amniótico foram as mais frequentes, ocorrendo em 27,9% dos casos, seguidas dos quadros hemorrágicos (22,1%) e das infecções, que corresponderam a 17,6%. Além destas complicações foram detectados casos de edema agudo de pulmão, síndrome HELLP, alterações da função renal e eclâmpsia. As complicações fetais apareceram em 7,5% dos prontuários analisados e o crescimento intrauterino retardado foi aquela que apresentou maior número de ocorrências.

O encaminhamento para unidades de terapia intensiva foi identificado em seis casos. Dentre as gestantes que tiveram alta do próprio serviço e cuja pressão arterial, em ocasião da alta hospitalar, foi registrada em prontuário, 46,8% foram liberadas com níveis pressóricos dentro dos padrões normais.

Quando relacionadas às informações relativas à ocorrência de outras complicações materno-fetais, além da hipertensão, com dados da assistência pré-natal, verificou-se que 59,5% das gestantes realizaram menos de seis consultas de pré-natal ou não fizeram este tipo de acompanhamento, ou ainda, esse dado não foi registrado em prontuário.

Tabela 2 – Distribuição do número de adolescentes com pré-eclâmpsia grave conforme desfechos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal. CISAM, 2003 a 2008. Recife, PE, Brasil, 2010

Variáveis	N	%
Tipo de parto (n=186)		
Normal	68	36,6
Cesárea	113	60,7
Fórceps	3	1,6
Intercorrências* (n=82)		
Maternas	68	36,6
Fetais	14	7,5
Encaminhamento para UTI		
Sim	6	3,2
Não	180	96,8
Pressão arterial na Alta Hospitalar**(n=171)		
Normal	87	46,8
Hipertensa	84	45,1

Fonte: Núcleo de Epidemiologia do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM

* Dados relativos à amostra total; ** Dados relativos às pacientes que tiveram alta do próprio serviço.

Tabela 3 - Distribuição do número de adolescentes com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave quanto aos dados relacionados aos recém-nascidos. CISAM, 2003 a 2008. Recife, PE, Brasil, 2010.

Variáveis	N	%
Quanto à idade gestacional (n=180)		
Termo	119	63,3
Pré-termo	62	33
Pós-termo	1	0,5
Peso ao nascer (n=181)		
Adequado	134	71,3
Sobrepeso	2	1,1
Baixo peso	47	25
Complicações **(n=81)		
Icterícia	23	28,4
Hipóxia	21	26
Infecção	15	18,5
Outros	22	27,1

Fonte: Núcleo de Epidemiologia do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM *Amostra contabilizou casos de gestações gemelares e óbito intraútero

** Dados relativos apenas aos recém-nascidos com complicações

De acordo com os dados da Tabela 3, mais de um terço dos recém-nascidos foram prematuros, 25% tiveram baixo peso ao nascer, dentre estes, 10,6% apresentaram peso muito baixo ou extremo baixo peso.

As complicações neonatais foram identificadas em

42% dos prontuários analisados e as maiores prevalências foram de icterícia e hipóxia neonatal. Dentre as outras complicações ocorreram malformações, problemas cardíacos e óbito neonatal, com prevalências menos significativas.

DISCUSSÃO

Constatou-se o déficit no preenchimento dos prontuários das gestantes da amostra, sobretudo no que diz respeito aos dados relacionados às variáveis socioeconômicas, hábitos de vida e antecedentes de saúde pessoais e familiares. Apesar da nítida melhoria dos registros ao longo do período estudado, estes ainda são realizados de forma insatisfatória.

Foram identificados 186 casos de pré-eclâmpsia grave dentre as 461 gestantes com diagnóstico de HAS inclusas na amostra inicial. Revelou-se, pois, uma alta prevalência deste agravo, que pode estar relacionada ao fato de a amostra conter apenas usuárias com HAS, ou seja, uma população sob maior risco, que possui uma taxa de evolução para pré-eclâmpsia entre 10 e 50%⁽⁵⁾. Além disso, o CISAM é um centro de referência estadual para gestação de alto risco, recebendo um maior fluxo de usuárias com distúrbios relacionados ao período gravídico-puerperal.

Evidenciou-se susceptibilidade afetiva das mães adolescentes, na questão relacionamento conjugal, visto que expressiva maioria se autodeclarou solteira ao realizar o cadastramento na instituição para abertura de prontuário. Este dado é relevante, já que a vida conjugal influencia o modo como a gestação é percebida e aceita pela adolescente e sua família, podendo influenciar o comportamento da gestante e interferir nos resultados da gestação. Sendo assim, as solteiras se encontram em condição de maior susceptibilidade ao não dispor da rede de apoio conjugal e familiar. Por outro lado, é importante salientar que em uma sociedade em que as relações de gênero desfavorecem a mulher, o fato de estar vivendo uma relação conjugal não reflete a existência de um apoio social efetivo para essa adolescente.

A maioria das adolescentes se autodeclarou preta ou parda (negra), característica marcante da população

do Nordeste, correspondendo a 64% do contingente⁽⁹⁾. Os dados revelaram concordância com outro estudo, no qual foi constatada maior prevalência de gravidez na adolescência entre mulheres que se declararam negras em comparação às que se declararam brancas⁽¹⁰⁾.

A baixa escolaridade também predominou no grupo estudado, assim como em diversas outras pesquisas que demonstraram a associação entre fecundidade de adolescentes e menores níveis de instrução⁽¹⁰⁾. Estes apresentam influência sobre a evolução de diversas patologias, inclusive a pré-eclâmpsia grave, já que podem comprometer o acesso aos serviços de saúde para um diagnóstico precoce, bem como a adesão ao tratamento e o não seguimento às recomendações da equipe de saúde.

Na análise do comportamento reprodutivo, ficou evidenciado que, apesar de a maioria estar experimentando a primeira gestação, foi identificada uma prevalência de recorrência de gestação na adolescência de aproximadamente 16%. Os dados são semelhantes às taxas encontradas em estudo anterior, as quais variaram entre 10% e 50% até o segundo ano após o parto⁽¹¹⁾. A incidência de pré-eclâmpsia sofre forte influência da paridade, sendo duas vezes mais comum em primigestas do que em multigestas⁽¹²⁾.

A avaliação da qualidade do acompanhamento pré-natal das adolescentes da amostra foi comprometida, visto que mais de um terço dos prontuários analisados não continham registros acerca do número de consultas realizado. Este fato relaciona-se não só à baixa importância atribuída ao registro desta variável pelos profissionais de saúde como também à elevada demanda de pacientes na instituição. O Ministério da Saúde preconiza a realização de, no mínimo, seis consultas durante o pré-natal. Dentre os 186 prontuários utilizados no estudo, em 121 foi possível identificar tais dados, sendo observado que, sem correlacionar com as complicações materno-fetais,

55% das gestantes realizaram seis ou mais consultas de pré-natal.

O acompanhamento pré-natal, quando realizado com qualidade, deve promover mudanças no processo saúde-doença, favorecendo o prognóstico materno-fetal. Nos casos das síndromes hipertensivas, viabiliza a determinação do risco gestacional com a aplicação de cuidados precoces e encaminhamento para atenção terciária quando necessário.

Antecedentes pessoais de HAS foram encontrados em 12% dos casos. A HAS crônica é fator de risco para o aparecimento de pré-eclâmpsia sobreposta em 15% a 25% das gestantes⁽¹³⁾.

A baixa prevalência do tabagismo encontrada nesta pesquisa é considerada subestimada por estar baseada em informação auto-referida e registro no prontuário, que conforme apresentado, possui subregistro. Tal fato pode ser justificado por estudo anterior, o qual demonstrou que as mulheres tendem a omitir o uso do tabaco durante a gravidez⁽¹⁴⁾. As gestantes fumantes apresentam vascularização útero-placentária anormal, com deficiência na perfusão, possuindo um risco aumentado de placenta prévia, ruptura prematura das membranas, descolamento prematuro da placenta, crescimento intrauterino retardado e baixo peso ao nascer⁽¹⁵⁾.

No estudo, a prevalência de cesáreas encontrada está acima das recomendações da Organização Mundial de Saúde, que estabelece limites para este tipo de parto entre 10% a 15%⁽¹⁶⁾. O elevado número de cesáreas identificado nesta pesquisa pode ser consequente à coleta de dados ter sido realizada em centro de referência para gestantes de alto risco, onde há elevada demanda de pacientes com complicações clínico-obstétricas.

Mais de um terço das hipertensas apresentaram complicações no ciclo gravídico além da pré-eclâmpsia grave, sendo as alterações do volume do líquido

amniótico as mais frequentes. A relação entre oligoâmnio e HAS estaria associada à insuficiência placentária. Em seguida vieram os quadros hemorrágicos e as infecções. As hemorragias associam-se a quadros hipertensivos por degeneração arteriolar. Já as infecções podem estar relacionadas a quadros pré-existentes, como é o caso de infecções urinárias não tratadas no pré-natal, podem ser consequentes a trabalhos de parto laboriosos ou ainda decorrentes de cesáreas em mulheres com estado geral comprometido não apenas pela hipertensão, mas por outros quadros associados⁽¹⁷⁾.

As complicações fetais foram identificadas em 7,5% dos prontuários analisados e o crescimento intrauterino retardado foi aquela que apresentou maior número de ocorrências. As repercussões mais frequentes para o conceito relacionadas à hipertensão durante o período gestacional são: prematuridade e restrição do crescimento intra-uterino⁽⁵⁾. Com relação à ocorrência de prematuridade, verificou-se que sua prevalência coincidiu com as taxas encontradas em estudo anterior, que variaram de 15% a 67%⁽⁵⁾.

O encaminhamento para terapia intensiva ocorreu em poucos casos, o que está diretamente relacionado ao fato de só existir uma UTI obstétrica em Pernambuco e estados vizinhos. As UTI gerais, por sua vez, possuem um reduzido número de leitos, os quais são normalmente ocupados por pacientes com patologias não-obstétricas. Apenas 46,8% das gestantes que receberam alta do próprio serviço apresentaram níveis pressóricos dentro dos padrões normais na ocasião da alta hospitalar. Torna-se evidente, assim, a importância do acompanhamento clínico e cardiológico das mesmas após o parto.

Constatou-se que 25% dos recém-nascidos tiveram baixo peso ao nascer, dentre estes, 10,6% apresentaram peso muito baixo ou extremo baixo peso. Ressalta-se que o baixo peso ao nascimento nem

sempre está relacionado com a prematuridade, pois pode ser consequência do crescimento intra-uterino retardado.

As complicações neonatais estiveram presentes em 42% dos casos, sendo a icterícia e a hipóxia neonatais as que tiveram maior prevalência. A presença de icterícia pode ser justificada por sua associação com a prematuridade, sendo o baixo peso ao nascer um dos principais fatores preditivos das formas moderada e grave⁽¹⁸⁾. A hipóxia está relacionada às síndromes hipertensivas da gestação, pois estas aumentam o risco para desfecho neonatal desfavorável, como índice de Apgar baixo no 1º e 5º minutos⁽⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mães adolescentes hipertensas estavam, em sua maioria, entre os 15 aos 19 anos de idade, eram negras, solteiras e tinham nível de escolarização inferior ao esperado para a sua faixa etária, procedentes do Recife e região metropolitana. A presença marcante de condições sócio-demográficas desfavoráveis, demonstrou que essas adolescentes estavam inseridas em um contexto de vulnerabilidade social.

Quanto ao comportamento reprodutivo, a maioria havia vivenciado a primeira gestação. A recorrência de gestação configurou-se como elemento preocupante no comportamento reprodutivo das adolescentes, tendo atingido 16% dos casos. A maioria realizou seis ou mais consultas de pré-natal, foi admitida com gestação a termo, sendo submetida a parto cirúrgico.

As comorbidades maternas associadas à HAS foram alterações do volume do líquido amniótico, quadros hemorrágicos e infecções. Em relação ao desenvolvimento fetal, foi identificada ocorrência de retardo do crescimento intrauterino e os recém-nascidos apresentaram prematuridade, icterícia, hipóxia e baixo peso ao nascer.

O elevado déficit no preenchimento dos prontuários das gestantes, sobretudo no que diz respeito aos dados relacionados às variáveis socioeconômicas, hábitos de vida, antecedentes de saúde e consultas ao pré-natal limitou a exploração mais detalhada do objeto de estudo, apesar da nítida melhoria dos registros ao longo do período estudado.

A partir dos resultados desse estudo, demonstrou-se a importância do desenvolvimento de ações em saúde, sobretudo na atenção básica, direcionadas às mulheres que estão vivenciando a gestação na adolescência, levando em consideração os aspectos culturais, sociais e econômicos. Deve-se minimizar a gravidez precoce e, quando não for possível evitar a gestação, garantir o acesso destas adolescentes ao pré-natal, a fim de prevenir complicações que podem comprometer o bem estar materno-fetal, tais como as síndromes hipertensivas graves.

Após demonstrar os riscos que envolvem a gravidez na adolescência, o estudo evidenciou a necessidade do desenvolvimento de outras pesquisas que abordem esta temática, a fim de que se tenha mais subsídios para planejar e implementar ações que contemplem a saúde da gestante adolescente de forma integral.

REFERÊNCIAS

1. Gurgel MGI, Alves MDS, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Barroso GT. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. Esc Anna Nery. 2008; 12(4):800-6.
2. Silva L, Tonete VLP. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. Rev Latino-am Enfermagem. 2006; 14(2):199-206.
3. Gurgel MGL, Alves MDS, Moura ERF, Pinheiro PNC, Araújo MAL, Rêgo RMV. Ambiente favorável à saúde: concepções e práticas da enfermeira na prevenção da

gravidez na adolescência. *Rev Rene*. 2010; 11(n. esp.):82-91.

4. Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil: desafios da raça e pobreza. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(11):2473-79.

5. Freire CMV, Tedoldi CL. Hipertensão arterial na gestação. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(6):110-78.

6. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

7. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

8. Oliveira CA, Lins CP, Sá RAM, Netto HC, Bornia RG, Silva NR, Amim Junior J. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006; 6(1):93-8.

9. Berlofi LM, Alkimin ELC, Barbieri M, Guazzelli CAF, Araújo FF. Prevenção de reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(2):196-200.

10. Ximenes Neto FRG, Dias MSA, Rocha J, Cunha ICKO. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(3):279-85.

11. Crittenden CP, Boris NW, Rice JC, Taylor CA, Olds DL. The role of mental health factors, behavioral factors, and past experiences in the prediction of rapid repeat

pregnancy in adolescence. *J Adolesc Health*. 2009; 44(1):25-32.

12. Prakash J, Pandey LK, Singh AK, Kar B. Hypertension in pregnancy: hospital based study. *JAPI*. 2006; 54:273-78.

13. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Stuczynski JV, Brietzke E, Barros E. Doença hipertensiva na gravidez. In: Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA, editores. *Rotinas em Obstetrícia*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.389-406.

14. McDermott R, Campbell S, Li M, McCulloch B. The health and nutrition of young indigenous women in north Queensland – intergenerational implications of poor food quality, obesity, diabetes, tobacco smoking and alcohol use. *Public Health Nutr*. 2009; 11(6):1-7.

15. Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAA, Silva CAR, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2004; 30(2):1-76.

16. Plasencia W, Maiz N, Bonino S, Kaihura C, Nicolaidis KH. Uterine artery doppler at 11 + 0 to 13 + 6 weeks in the prediction of pre-eclampsia. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2007; 30:742-49.

17. Apel-Sarid L, Levy A, Holcberg G, Sheiner E. Placental pathologies associated with intra-uterine fetal growth restriction complicated with and without oligohydramnios. *Arch Gynecol Obstet*. 2009; 280(4):549-52.

18. Lima GM, Porto MASC, Barbosa AP, Cunha AJLA. Fatores de risco preditivos de hiperbilirrubinemia neonatal moderada a grave. *Einstein*. 2007; 5(4):352-7.

Recebido: 28/09/2011

Aceito: 08/03/2012