

DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO EM ADOLESCENTES INTERNADAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

Karina Conceição Sales Alves¹
Marta Miriam Lopes Costa²

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo investigar a incidência de adolescentes acometidas pela DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação), no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2002, e listar suas manifestações clínicas. O método utilizado na pesquisa foi o documental com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no SAME do Hospital Universitário Lauro Wanderley, no período de outubro a dezembro de 2003. A população foi constituída de 287 prontuários de mulheres adolescentes grávidas. Destes, foi identificada uma amostra de 28 prontuários de gestantes com DHEG. A análise do *corpus* revela que 67,9% das adolescentes encontravam-se na faixa etária entre 17 e 19 anos de idade; o nível de escolaridade apresentado foi baixo, do total 82,1% tinham apenas o ensino fundamental. Quanto à idade gestacional, a maioria (42,8%) encontrava-se entre a 32^a e a 38^a semana de gestação. Em 75% das adolescentes ocorreu a pré-eclâmpsia leve. Os resultados descritos apontam o quanto à gestação na adolescência se trata de um problema complexo, principalmente no que diz respeito à assistência básica e hospitalar, que deve ser realizada através de uma abordagem segura e humanizada por parte dos profissionais da saúde.

UNITERMOS

Hipertensão na gravidez. Gravidez na adolescência. Hipertensão.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase da vida em que o indivíduo é uma criança, em seus jogos e brincadeiras com os amigos, e é um adulto, em seu corpo, seus sentimentos e suas expectativas de futuro. Portanto, é um período de transição entre a criança e o adulto, em que o adolescente vive novas expectativas, reformulando idéias que têm a respeito de si mesmo e das transformações que acontecem em seu corpo (JREISSATI, 2003).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é um período que vai dos 10 aos 19 anos de idade, podendo ainda ser dividida em dois grupos: dos 10 aos 14

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.

² Doutora em Ciências da Saúde. Professora da Universidade Federal da Paraíba.

anos, incluem-se os chamados pré-adolescentes; e dos 15 aos 19 anos, os identificados como jovens adolescentes (BAENINGER, 1999).

Oliveira (1995, p. 25) define adolescência como “uma fase de transformação e de conflitos onde o indivíduo vivencia mudanças no corpo, nas relações familiares e nas sociais”. Nesse sentido, adolescência e puberdade se misturam, ou seja, inicia-se uma etapa do ciclo vital em que acontecem transformações biológicas e psicossociais que irão caracterizar uma das maiores crises evolutivas vividas pelo ser humano (MORAIS, 2001).

A adolescência tem seu começo com a puberdade, que nada mais é que um conjunto de transformações biológicas ligadas à maturação sexual, à capacidade de reproduzir do ser humano e ao crescimento físico, traduzindo a passagem progressiva da infância à adolescência (POIT, 2001).

O início da puberdade caracteriza-se pelas transformações anatômicas e pelo começo da atividade hormonal, a qual se encontra sob a influência do sistema nervoso central, especialmente o hipotálamo, hipófise e gônadas. As principais conseqüências dessa influência são o aumento da secreção dos hormônios adrenocorticais e sexuais e a produção de óvulos e espermatozoides maduros (COUTINHO, 2001). Portanto, do ponto de vista biológico, essa etapa se caracteriza pela maturação dos órgãos sexuais e crescimento físico acentuado, que transformam o organismo infantil em um organismo apto à reprodução (MORAIS, 2001).

Na mulher, as transformações acontecem, em geral, entre os 10 e os 14 anos de idade, variando de pessoa para pessoa. Nesse período, geralmente tem início a primeira menstruação, que coincide com o surgimento das transformações hormonais e corporais na menina, das quais podem ser citadas o alargamento dos quadris, pilosidade no púbis e nas axilas e aumento do volume dos seios (BALLONE, 2003).

Para Santos Júnior (1999, p. 224) “ao lado da ocorrência mais cedo da menarca, as adolescentes têm tido sua iniciação sexual cada vez mais jovens”. A associação dessas duas ocorrências vai resultar numa mudança no comportamento sexual das adolescentes, bem como constituir uma das principais conseqüências da gravidez na adolescência.

Com o passar dos anos, a liberdade sexual existente em todo o mundo trouxe alguns problemas para a sociedade (ANDRAUS, 2000). Para Ferreira (2000, p. 70) “a falta de

orientação adequada engrossa a estatística de adolescentes vítimas de doenças sexualmente transmissíveis e de gestação na adolescência”.

A precocidade das relações sexuais é um dos fatores que tem contribuído para a elevada taxa de natalidade entre as jovens no Brasil. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), desde 1980 o número de adolescentes entre 15 e 19 anos grávidas aumentou 15%; isso significa que há uma média de 700 mil meninas tornando-se mães a cada ano. Nessa mesma época, 1,3% dos partos realizados eram em garotas entre 10 e 14 anos (SOUZA, 2003).

A gravidez na adolescência resulta de um conjunto de fatores estruturais da sociedade, dentre estes estão os culturais, econômicos e sociais. Portanto, ela desencadeia uma crise sistêmica caracterizada por um período temporário de desorganização, precipitado por mudanças internas ou externas. A gravidez, nesse momento da vida, pode ser desestruturante, pois normalmente apresenta pesada carga emocional, física e social, fazendo com que não sejam vivenciados importantes estágios de maturação psicossocial, além de ser identificada como um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil (CAVALCANTI, 2000).

Dessa maneira, na adolescência, a gestação é quase sempre uma desagradável surpresa, em que a vergonha e o temor ocasionam a negação e a ocultação da gravidez, fazendo com que a adolescente não receba uma assistência médica adequada e, conseqüentemente, levando à aumentada incidência de patologias tanto para a mãe como para o bebê (CAVALCANTI, 2000). Diante disso ocorrem complicações no período da gestação, dentre as quais a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (doravante DHEG), tema sobre o qual versará este trabalho.

De acordo com o Ministério da Saúde (1991, p. 25),

a DHEG surge após a 20ª semana de gestação, como um quadro de hipertensão arterial, acompanhada ou não de edema e proteinúria (pré-eclâmpsia) evoluindo, eventualmente, para convulsão e coma (eclâmpsia). Podendo ser de forma leve e grave.

O interesse pela temática dessa doença surgiu durante a minha vivência na prática do estágio da disciplina Enfermagem Obstétrica, na Clínica Obstétrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, quando percebi um grupo de adolescentes grávidas

acometidas por DHEG, no terceiro trimestre da gestação. Em estudo realizado por Silva (1996), nessa mesma clínica, foi apresentado um percentual de 10,4% de gestantes de baixo e alto risco que apresentaram DHEG. A partir desse dado, resolvi investigar a incidência de adolescentes grávidas acometidas pela DHEG, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2002, e listar as manifestações clínicas dessa doença nas referidas adolescentes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, com uma abordagem quantitativa, o qual foi desenvolvido no Serviço de Arquivo Médico (doravante SAME) do Hospital Universitário “Lauro Wanderley” (doravante HULW), da Universidade Federal da Paraíba – Campus I, João Pessoa – PB. A escolha do Hospital Universitário para a realização deste trabalho deve-se ao fato de se tratar de uma instituição de referência na gestação de alto risco, e é nessa instituição que eu desenvolvo a monitoria da disciplina Enfermagem Obstétrica e também onde foi realizado o Estágio Supervisionado II, fato que possibilita um melhor acesso para a coleta de dados junto aos prontuários no SAME.

O *corpus* deste estudo é constituído de 287 prontuários de mulheres adolescentes grávidas. Desses, foi identificada uma amostra de 28 prontuários de gestantes com DHEG, registrados no livro de registro do Serviço Social da clínica obstétrica do HULW. Foram levadas em consideração as observâncias éticas preconizadas na Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisa em seres humanos. O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário previamente elaborado contendo questões sobre condições socioeconômicas, dados gineco-obstétricos referentes à gestação e à patologia DHEG.

A coleta de dados foi realizada no SAME do HULW, da Universidade Federal da Paraíba, durante o período de outubro a dezembro de 2003. Os resultados obtidos foram tabulados manualmente, analisados e apresentados numa distribuição de frequência simples, através de tabelas e figuras, discutidos com base na literatura consultada.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para fins de demonstração, os dados analisados serão apresentados em tabelas e figuras, para que se possa estabelecer uma melhor discussão sobre os mesmos.

Dados referentes à situação socioeconômica das adolescentes pesquisadas

A operacionalização da análise dos dados obedeceu à seqüência apresentada pelo instrumento de pesquisa, de acordo com a seguinte ordem para a primeira parte da análise: faixa etária, renda familiar, escolaridade e estado civil.

No período de janeiro de 2000 a dezembro de 2002 foram identificados 28 casos de adolescentes atendidas no HULW, que apresentaram a DHEG. A média de idade entre essas adolescentes foi de 17,4 anos de idade, tendo a maioria (67,9%) a idade oscilando entre 17 e 19 anos, conforme demonstra a tabela 1.

TABELA 1 – Distribuição do número de adolescentes que apresentaram DHEG, segundo a faixa etária. (João Pessoa – PB, 2004)

FAIXA ETÁRIA	Nº	%
11 – 13	02	7,1
14 – 16	07	25,0
17 – 19	19	67,9
TOTAL	28	100,0

A faixa etária é um dos fatores que predispõe a gestante adolescente a desenvolver a DHEG. Segundo Ziegel (1985) e Galletta (2003) é muito freqüente adolescentes com faixa etária inferior a 20 anos de idade desenvolverem a DHEG.

Para Branden (2000, p. 137), “a doença hipertensiva específica da gestação é particularmente alta nas gestantes com menos de 20 anos”.

Já Rezende (1991, p. 489) afirma que “a ocorrência da DHEG é preferencial nas primigestas, entre elas, particularmente nas jovens (adolescentes) e nas mais idosas”.

Vários fatores relacionados com a idade podem colocar em risco a gravidez de uma adolescente (menos de 19 anos), dentre os quais podem ser citados os riscos físicos, como a ingestão inadequada de proteínas, calorias e vitaminas, as quais prejudicam o desenvolvimento fetal, os riscos de morbidade materna, fetal e neonatal, devido à DHEG, e

a doenças sexualmente transmissíveis e, por fim, riscos psicossociais, como falta de consultas com profissionais de saúde, início tardio ou abandono do pré-natal, impossibilidade de continuar os estudos, de assumir o próprio sustento, além da falta de apoio dos pais (BRANDEN, 2000).

A tabela 2, abaixo, demonstrará a possível influência da renda familiar sobre o desenvolvimento da DHEG.

TABELA 2 – Demonstrativo da renda familiar das adolescentes que apresentaram DHEG. (João Pessoa – PB, 2004)

RENDA FAMILIAR	Nº	%
1 a 3 salários mínimos	13	46,4
Acima de 4 salários mínimos	08	28,6
Não informado	07	25,0
TOTAL	28	100,0

Como se vê, a grande maioria das adolescentes grávidas (46,4%) vivia com 1 a 3 salários mínimos. Segundo Ziegel (1985), a condição socioeconômica menos favorecida vem a ser mais um fator pelo qual as adolescentes predispõem para desenvolvem a DHEG na gestação.

Observa-se, na tabela 3, a relação entre o nível de escolaridade apresentado pelas adolescentes e o desenvolvimento da DHEG.

TABELA 3 – Demonstrativo do nível de escolaridade das adolescentes que apresentaram DHEG. (João Pessoa – PB, 2004).

ESCOLARIDADE	Nº	%
Nível fundamental	23	82,1
Nível médio	04	14,3
Nenhum	01	3,6
TOTAL	28	100,0

O baixo nível de escolaridade tem sido freqüentemente associado à gravidez na adolescência. Contudo, a gravidez pode ser apontada como uma das causas de interrupção dos estudos dessas adolescentes e contribuir com a manutenção da baixa escolaridade,

diminuição do padrão de vida e problemas no futuro profissional, podendo comprometer para o resto da vida o seu projeto de vida (OLIVEIRA, 2000).

Guimarães e Colli (1998, apud Oliveira, 2000), estudando a questão, confirmaram a hipótese de que, em muitas circunstâncias, a gravidez e o nascimento do filho causam o fim da escolaridade formal, sugerindo que a escolaridade seria maior se aquele evento não tivesse ocorrido.

De acordo com Mandú (2000, p. 95),

boa parte dos estudos que focalizam as conseqüências médico-sociais da gravidez entre adolescentes desconsidera, do ponto de vista teórico-metodológico, as diferenças derivadas da sua específica inserção social. Em sua estruturação e análise, as complicações decorrentes da gravidez na adolescência encontram explicação primeira nas condições inadequadas de vida com renda, trabalho e no limitado acesso a serviços e recursos sociais como saúde e educação.

A tabela 4 corresponde ao demonstrativo do estado civil das adolescentes investigadas.

TABELA 4 – Demonstrativo do estado civil das adolescentes que apresentaram DHEG. (João Pessoa – PB, 2004).

ESTADO CIVIL	Nº	%
União estável	16	57,1
Casada	10	35,7
Solteira	02	7,2
TOTAL	28	100,0

Os dados da tabela acima demonstram que a maioria das adolescentes (57,1%) referiu viver uma união estável, 35,7% era casada e apenas 7,2% era solteira. É válido ressaltar, no entanto, que, de acordo com o novo Código Civil Brasileiro, Art 1.723 (BRASIL, 2003, p. 300), “é reconhecida como entidade familiar a união estável entre o homem e a mulher, configurada na convivência pública, contínua e duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição de família”.

O estado civil não é considerado pela maioria dos autores uma das características de risco para que uma adolescente desenvolva a DHEG. Já para Burroughs (1995), o estado civil é um dos fatores associativos à gestação de alto risco, denotando, assim, uma das influências para o resultado apontado na tabela 4.

Dados referentes à Doença Hipertensiva Específica da Gestação

Uma das maneiras pelas quais se diagnostica e identifica a DHEG é através do pré-natal, o qual é indispensável para qualquer gestante, seja ela adolescente ou adulta.

A tabela 5 apresenta os dados relativos ao número de adolescentes que realizaram consultas pré-natais.

TABELA 5 – Demonstrativo da realização de consultas pré-natais das adolescentes que apresentaram DHEG. (João Pessoa – PB, 2004).

PRÉ-NATAL	Nº	%
Sim	25	89,3
Não	01	3,6
Sem registro	02	7,1
TOTAL	28	100,0

Conforme demonstrado na tabela acima, 89,3% das adolescentes faziam o pré-natal. Esse fato revela que apesar dos vários fatores de risco e das condições socioeconômicas, a grande maioria das adolescentes procurou assistência pré-natal, o que possivelmente amenizou as conseqüências da DHEG.

É interessante destacar que não foi possível identificar o número de consultas realizadas e a “qualidade” da assistência prestada às adolescentes.

Para Burroughs (1995), um dos objetivos da assistência pré-natal é a detecção precoce de sinais da doença hipertensiva, antes que haja a sua evolução. ZIEGEL (1985, p. 265), por sua vez, diz que “a freqüência, assim como a qualidade, da assistência pré-natal desempenha, sem dúvida, um papel significativo, particularmente no que tange à DHEG”.

Atente-se, agora, para a tabela 6, que revela os antecedentes obstétricos das adolescentes que apresentaram DHEG.

TABELA 6 – Demonstrativo dos antecedentes obstétricos das adolescentes que apresentaram DHEG (João Pessoa – PB, 2004)

Antecedentes obstétricos	Gestações	
	Nº	%
Primigestas	21	75,0
Secundigestas	07	25,0
TOTAL	28	100,0

Os dados acima mostram que, das adolescentes que compõem o *corpus*, 75% eram primigestas e 25% secundigesta. Esse fato ratifica os estudos de Saab Neto (1991, p. 6), para o qual a DHEG é, primariamente, mas não exclusivamente, uma doença de primigestas. Ou seja, também pode acometer mulheres secundigestas. Ressalta-se, ainda, que das adolescentes que estavam na segunda gestação, 14,3% tiveram um parto anterior e 10,7% tiveram abortos.

A tabela 7, a seguir, demonstra a idade gestacional em que as adolescentes desenvolveram a DHEG.

TABELA 7 – Demonstrativo da idade gestacional em que as adolescentes desenvolveram a DHEG. (João Pessoa – PB, 2004)

IDADE GESTACIONAL	Nº	%
27,3 a 28 semanas	5	17,9
32,4 a 38 semanas	12	42,8
39 a 41semanas	11	39,3
TOTAL	28	100,0

Segundo dados do Ministério da Saúde (1991), o desenvolvimento da DHEG se dá após a 20ª semana de gestação. Nos 28 casos estudados, as adolescentes apresentaram a DHEG a partir da 27ª semana, o que confirma, segundo Burroughs (1995), o distúrbio hipertensivo encontrado apenas após a 20ª semana de gestação.

Observa-se, abaixo, a percentagem correspondente aos tipos de partos das adolescentes que apresentaram a DHEG.

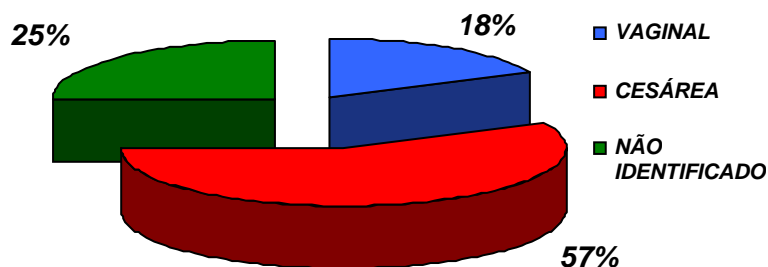


FIGURA 1 – Distribuição dos tipos de partos das adolescentes que apresentaram DHEG. (João Pessoa – PB, 2004)

Conforme a figura 1, dos casos analisados, foi identificado um maior número de cesareana (57%) nas adolescentes atendidas, em detrimento do número de partos vaginais realizados, que correspondem a apenas 18%. O valor de 25% identificado corresponde às mulheres que não realizaram o parto no HULW, e sim em outras instituições.

De acordo com Saab Neto (1991), independente da classificação da DHEG, a via de parto mais utilizada quando há indicação de interrupção da gravidez é a cesariana, porque a doença apresenta um risco de mortalidade materno-fetal, o que exige uma intervenção rápida e segura para a mãe e o concepto.

Outro fator de risco considerado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) para o desenvolvimento da DHEG são os antecedentes familiares, conforme revela a figura 2, a seguir:

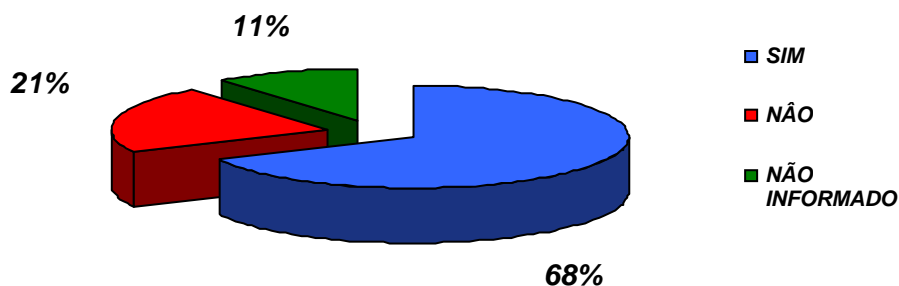


FIGURA 2 – Classificação dos antecedentes pessoais de hipertensão arterial das adolescentes do estudo. (João Pessoa – PB, 2004)

Como se vê, a figura em questão vem ratificar os estudos realizados pelo Ministério da Saúde. Observe-se na figura que 68% tinham antecedentes para hipertensão arterial, 21% não apresentaram esse fator de risco e 11% não souberam informar sobre antecedentes pessoais para hipertensão. Rezende (1991) também confirma que a hereditariedade ou antecedentes familiares se relacionam com a ocorrência da DHEG.

Na figura 3 são expostos os tipos de DHEG desenvolvidas nas adolescentes que compõem o *corpus* em análise.

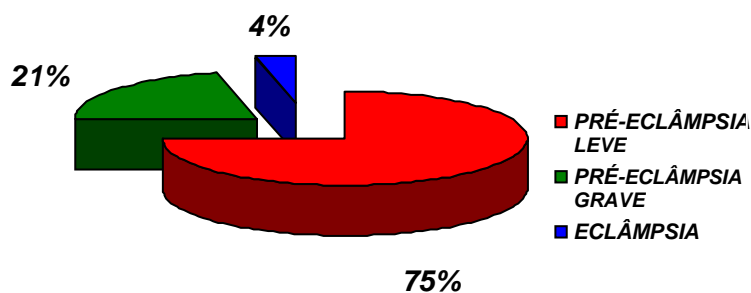


FIGURA 3 – Classificação dos tipos de DHEG nas adolescentes do estudo. (João Pessoa – PB, 2004)

A figura acima revela que 75% tiveram pré-eclâmpsia leve ou foram classificadas como tal devido à sintomatologia apresentada, e à história clínica como um todo; 21% foram diagnosticadas com pré-eclâmpsia grave e 4% apresentaram eclâmpsia.

O Ministério da Saúde (2000) enfatiza que o diagnóstico da DHEG é essencialmente clínico e dado pela própria conceituação utilizada.

Na tabela 8, a seguir, são mostradas as principais manifestações clínicas que as adolescentes apresentaram quando tiveram a DHEG.

TABELA 8 – Distribuição das manifestações clínicas identificadas no momento da internação das adolescentes que apresentaram DHEG. (João Pessoa – PB, 2004)

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	Nº	%
Edema de MMII*	13	46,4
Cefaléia	05	17,9
Edema de face	05	17,9
Tontura e mal estar	02	7,1
Edema de mãos	02	7,1
Convulsão	01	3,6
TOTAL	28	100,0

* MMII: membros inferiores.

Como se vê, a queixa mais freqüente foi a do edema de membros inferiores (46,4%). De acordo com Burroughs (1995), boa parte das gestantes (46,4%) apresenta edema de membros inferiores devido à pressão do útero grávido na veia cava inferior e ao relaxamento da musculatura lisa dos vasos sanguíneos. Esse autor ainda alerta que, como sinal para o desenvolvimento da DHEG, deve-se perceber que a gestante apresenta edema de face (17,9%) e de mãos (7,1%), o que caracteriza o chamado edema generalizado, que pode ser observado por um ganho de peso de mais do que 900g por semana, associado também à cefaléia.

Atente-se para o fato de que o edema de face e a cefaléia a que se refere Burroughs correspondem ao segundo maior índice de manifestações clínicas identificadas nas adolescentes. Já o edema de mãos corresponde, juntamente com a tontura e o mal estar, ao terceiro maior índice de queixas, ficando a convulsão classificada como o menor índice de queixas.

A seguir, na tabela 9, estão expostas as variações pressóricas das adolescentes que apresentaram DHEG.

TABELA 9 – Variações pressóricas das adolescentes que apresentaram a DHEG. (João Pessoa – PB, 2004)

PRESSÃO ARTERIAL	Nº	%
130x90 a 140x110 mmHg	14	50,0
150x95 a 170x120 mmHg	10	35,7
180x120 a 200x 120 mmHg	04	14,3
TOTAL	28	100,0

Os dados acima revelam que a maioria das adolescentes gestantes (50%) apresentou a pressão arterial variando entre 130x90 e 140x110 mmHg. Esse fato demonstra que a verificação da pressão arterial na gravidez é uma das melhores formas para se diagnosticar um possível desenvolvimento da DHEG.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou investigar a incidência de adolescentes grávidas acometidas pela DHEG e listar as manifestações clínicas dessa patologia nas referidas adolescentes.

A partir da análise dos dados, evidenciou-se que dos 28 casos em estudo 67,9% das adolescentes se encontravam na faixa etária entre 17 e 19 anos de idade, caracterizando, assim, a adolescência como um grupo predisponente a desenvolver a DHEG. O nível de escolaridade revelado pelas adolescentes foi, em sua grande maioria, baixo. Do total, apenas 82,1% haviam concluído o ensino fundamental.

A maioria das adolescentes estava na primeira gestação, perfazendo um total de 75%, destes, a maioria (42,8%) encontrava-se entre a 32^a e a 38^a semana de gestação. No tocante ao tipo de parto realizado, prevaleceu a cesárea, com um total de 75%. Esse dado deve-se ao fato de a cesárea ser um dos tratamentos utilizados para a DHEG. Um outro dado importante a se destacar é que 67,9% das adolescentes apresentavam antecedentes

familiares para o desenvolvimento da DHEG. Quanto ao tipo de DHEG que as adolescentes tiveram, a maior ocorrência foi o da pré-eclâmpsia leve, com um total de 75%. Ressalte-se, ainda, que ao procurarem assistência pré-natal, as adolescentes geralmente se encontram com a idade gestacional avançada, mesmo assim, os resultados foram satisfatórios, visto que 89,3% das adolescentes realizaram o pré-natal.

É interessante salientar que a gestação na adolescência se trata de um problema complexo, principalmente, no que diz respeito à assistência básica e hospitalar, devendo esta ser realizada por meio de uma abordagem humanizada por parte dos profissionais de saúde.

Em suma, este estudo revelou que a DHEG na adolescência deve ser vista como um problema que tem, na educação preventiva, a maneira mais fácil de assegurar a uma passagem por essa etapa da vida, com riscos biológicos ou emocionais reduzidos. Esse trabalho deve ser realizado durante a consulta pré-natal, pois durante a mesma é possível detectar sintomas predisponentes à DHEG, e combatê-los através de intervenções que possibilitem às adolescentes, uma gravidez mais serena.

GESTATIONAL HYPERTENSION IN HOSPITALIZED ADOLESCENTS IN THE UNIVERSITY HOSPITAL LAURO WANDERLEY

ABSTRACT

The present study had as objectives to investigate from January 2000 to December 2002 the incidence of GH in adolescents, and list its clinic characteristics. It was a documental research with a quantitative approach. The collection of data was carried through in the Medical Archives Service of the University Hospital Lauro Wanderley, in the period of October to December of 2003. The population was constituted of 287 handbooks of pregnant adolescent women. Of these, a sample of 28 handbooks of gestantes with gestational hypertension (GH) was identified. The “corpus” analysis reveals that 67,9% of the adolescents were from 17 to 19 years of age; the presented very little education: 82,1% had only basic schooling. The GH, in the majority (49,8%), occurred between the 32nd and the 38th week of pregnancy, and 75% of the adolescents had light preeclampsia. The results indicate how adolescent pregnancy is a complex problem, mainly concerning basic and hospital assistance, for it demands human and safe attention from health professionals.

KEYWORDS

Gestational hypertension. Adolescent pregnancy. Hypertension.

REFERÊNCIAS

ANDRANS, L. M. S. et al. Gravidez e parto de adolescente em maternidade pública. In: **ABEn. Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: DF, 2000. p 105-111.

BAENINGER, R. Demografia da população jovem. In: **CADERNOS juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. v. 1.

BALLONE, G. L. **Adolescência e puberdade – 1**. 2003. Disponível em: <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc2.html>. Acesso em: 16 set. 2003.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno-infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000. 524p.

BRASIL. Lei nº 10.406/2002 de 10 de janeiro de 2002, Art. 1723. Título III da união estável. In: **Código Civil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**. 4. ed. Brasília, 2000. 164p.

BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 456 p.

CAVALCANTI, A. P. L. S. et al. Aspectos psicossociais de adolescentes gestantes atendidas em um serviço público da cidade do Recife. In: **ABEn. Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: DF, 2000. p 112 – 118.

COUTINHO, M. F. G. BESERRA, R. R. **Adolescência uma abordagem prática**. São Paulo: Atheneu, 2001.

FERREIRA, M. A., et al. Inserção da saúde do adolescente na formação do enfermeiro: uma questão de cidadania. In: **ABEn. Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: DF, 2000. p. 68-78.

GALLETTA, M. A.; ZUGAIB, M. **PSF: pré-natal da adolescente**. 2003. Disponível em: http://ids_saude.uol.com.br/psf/medicina/tema7/texto105_definicao.asp. Acesso em: 24 jul. 2003.

JREISSATI, C. S. **Adolescente e grávida**. 2003. Disponível em: http://enfermagem.online.vilabol.uol.com.br/obstetricia_adolesc_gravida.htm. Acesso em: 24 jul. 2003.

MANDÚ, E. N. T. Adolescência: saúde, sexualidade e reprodução. In: **ABEn. Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília: DF, 2001 p. 61–76. (Projeto Acolher).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de alto risco**: normas e manuais técnicos. Brasília: DF, 1991. 89 p.

MORAIS, F. R. R. **Gravidez em mulheres adolescentes**: a ótica de familiares. 2001. Dissertação (Mestrado), Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

OLIVEIRA, M. R. **Adolescência e prática da amamentação**: ações educativas do enfermeiro. 1995. Dissertação (Mestrado), Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

POIT, M. L. Desenvolvimento puberal. In: Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência, São Paulo, Atheneu, 2001.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

SAAB NETO, J. A.; SARTORI, J.; EL HAJE, S. A. Doença Hipertensiva Específica da Gravidez na forma grave: análise de 20 casos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 20, n. 1, p. 5-9, jun. 1991.

SANTOS JUNIOR, J. D. dos. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília; Ministério da Saúde. v 1.1999.

SILVA, A. S. **Doença hipertensiva específica da gestação**: proposta de assistência de enfermagem à gestante. 1996. 122 p. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SOUZA, C. de. **Gravidez na adolescência**. Disponível em: <http://www.adolescente.psc.br/adolescente/gravidez.htm>. Acesso em: 16 jul. 2003.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. 696p.