

TOXEMIA GRAVÍDICA NA ADOLESCÊNCIA

Francisca Ferreira Secundo^a

Márcia Maria Mendes Marques^a

Ana Raquel Araújo da Silva^a

José Maciel Andrade^a

Maria Izabel Florindo Guedes^a

Resumo

Este estudo teve como objetivo identificar a ocorrência de complicações da gravidez em adolescentes internadas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Universidade Federal do Ceará) em 2007. Um estudo descritivo, retrospectivo, de caráter documental. A amostra foi constituída de 54 prontuários de adolescentes com diagnóstico de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG). Na análise, considerou-se a adolescência como o período entre 10 e 19 anos, estratificado nas faixas de 10 a 15 adolescente precoce e 16 a 19 adolescente tardia. Os resultados mostraram que 67% das adolescentes precoces desenvolveram pré-eclâmpsia, 8,3% eclâmpsia e 25% síndrome de HELLP. Nas adolescentes tardias, 90,5% desenvolveram pré-eclâmpsia, 9,5% eclâmpsia e nenhum caso de síndrome de HELLP. A Toxemia gravídica foi mais acentuada no 3º trimestre de gestação em ambos os grupos de adolescentes e o parto mais realizado foi o cesáreo. Em relação à variável escolaridade, 51 tinham ensino fundamental. Concluiu-se que a toxemia gravídica na adolescência está associado com as formas graves de pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de HELLP. O estudo ilustra o cerne de um problema social em evolução.

Palavras-chaves: Adolescência. Gravidez. Pré-eclâmpsia. Eclâmpsia. Síndrome de HELLP.

PREGNANCY TOXEMIA IN ADOLESCENCE

Abstract

The aim of the present study was to investigate the occurrence of pregnancy toxemia in the adolescents interned at the School Maternity Hospital Assis Chateaubriand in Fortaleza-CE

^a Laboratório de Bioquímica Humana Universidade Estadual do Ceará, CE, Brasil.

Endereço para correspondência: Maria Izabel Florindo Guedes. Rua Rafael Tobias, 848, Edson Queiroz, CE, Brasil. CEP: 60833-680. florinf@terra.com.br

in 2007. The sample consisted of 54 promptuaries of adolescents diagnosis with DHEG. For the analysis, adolescence was considered the life period between 10 to 19 years of age, stratified in the age groups of early adolescence (from 10 to 15 years) and late adolescence (from 16 to 19). Results showed that 67% of the early adolescents developed preeclampsia, 8,3% eclampsia and 25% HELLP syndrome. In the late adolescents, 90,5% developed preeclampsia, 9,5% eclampsia and there was no case of HELLP syndrome. The pregnancy toxemia occurred predominantly in the 3rd trimester in both groups. In 21 of the adolescents, the pregnancy process was interrupted before 37 weeks, 31 among 37 and 41 weeks, and 2 after 42 weeks. As to schooling, 51 had elementary education. It is assumed that pregnancy toxemia in adolescents is associated with severe forms of preeclampsia, eclampsia and HELLP syndrome. The study illustrates the essence of a social problem in the process of evolution.

Key words: Adolescence. Pregnancy. Preeclampsia. Eclampsia. HELLP syndrome.

INTRODUÇÃO

O mundo assiste a cada ano a, pelo menos, 60 mil mortes de adolescentes em decorrência de complicações da gravidez e do parto. No Brasil, no período de 1970 a 1991, a gravidez na adolescência cresceu 26%. Entre 1993 e 1998, o percentual de partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em mulheres de 10 a 19 anos, aumentou 50%. Em 1996, 14% das adolescentes tinham um ou mais filhos. Levando em consideração a condição socioeconômica, as mais pobres apresentavam taxa de fecundidade dez vezes maior que as ricas.¹

A maternidade precoce está correlacionada com o pior prognóstico materno fetal, sendo responsável por altos índices de partos prematuros (de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional) e representa risco potencial de morte materna (aproximadamente 60 vezes maior do que mulheres na faixa etária de 20 a 24 anos de idade).² As mães adolescentes apresentam um eventual risco de 50% de morte fetal tardia e maior mortalidade infantil.³

A complexidade do fenômeno gravidez na adolescência tem suscitado debates e instigado pesquisas, em virtude da crescente prevalência e dos riscos de complicações para a mãe e o concepto. Dentre as intercorrências maternas e neonatais mais frequentes estão: doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), desproporção céfalo-pélvica, infecções urinárias, prematuridade, retardo de crescimento intrauterino e baixo peso ao nascer.⁴

A toxemia gravídica, atualmente conhecida como DHEG, é a complicação médica de maior relevância durante o período gravídico-puerperal.⁵ Caracteriza-se, em grávida normotensa, após a vigésima semana de gestação, pelo aparecimento da tríade sintomática: hipertensão, proteinúria e edema. É uma doença incurável, exceto pela interrupção da gravidez, e

pode evoluir para quadros ainda mais complexos, como eclâmpsia, síndrome de HELLP (*haemolysis, elevated liver enzyme activity, low platelets*) ou CID (coagulação intravascular disseminada).⁶ Segundo Neme,⁷ a eclâmpsia é, das formas clínicas, a mais violenta, caracterizada pelo aparecimento da crise convulsiva. Essa doença pode ser desencadeada na gestação, no parto ou no puerpério. A crise convulsiva compreende quatro fases: de invasão, de contrações tônicas, de contrações clônicas e de coma. A síndrome de HELLP caracteriza-se por hemólise e níveis elevados de enzimas hepáticas e plaquetopenia.⁸

Estudos relatam que a DHEG está relacionada com uma disfunção do endotélio vascular, acentuada vasoconstricção arteriolar, retração do volume plasmático e hemoconcentração, favorecendo, deste modo, a ativação de plaquetas e contribuindo para a coagulação sanguínea. Isso resulta em um estado de hipercoagulabilidade bem mais acentuado do que na gravidez normal. O diagnóstico é difícil de ser estabelecido e, na maioria das vezes, torna-se essencialmente clínico, o que repercute no manejo e no prognóstico da doença.⁹ Segundo Delascio e Guariento,¹⁰ o problema está relacionado ao inadequado desenvolvimento vascular uterino, a nuliparidade, a idade da vida reprodutiva e ao fato de que as adolescentes não estão preparadas para carregar a sobrecarga fisiológica da gravidez, o que pode acarretar repercussões imprevisíveis nesse segmento etário.

A DHEG provoca danos à saúde da mãe e do filho, principalmente quando se instalam as formas severas da doença.¹¹ Estudos demonstram alguns fatores que contribuem para o desencadeamento desse processo: condições socioeconômicas precárias, aspectos do peso da mãe antes e durante a gestação, baixo nível de escolaridade, deficiência em cuidados pré-natais e comportamentos de risco como o consumo de bebidas alcoólicas.¹²

Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo identificar a ocorrência de complicações da gravidez em adolescentes internadas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Universidade Federal do Ceará) em 2007.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo, retrospectivo, de caráter documental, realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE). É uma maternidade pública, classificada pelo Ministério da Saúde como referência para tratamento de casos de DHEG. A coleta de dados aconteceu entre os meses de abril e junho de 2008 e contou com a participação de profissionais que trabalham na Instituição. A amostra foi constituída de 54 prontuários de mulheres adolescentes com diagnóstico de DHEG submetidas ao parto no ano de 2007. No estudo, considerou-se a adolescência como o período da vida entre 10 e 19 anos de

idade,¹³ estratificada nas faixas etárias de 10 a 15 anos (adolescência precoce), com um total de 12 adolescentes, e 16 a 19 anos (adolescência tardia), com um total de 42 adolescentes. Na coleta de dados, utilizou-se como instrumento um formulário elaborado pela pesquisadora e preenchido por colaboradores. As variáveis pesquisadas buscaram contemplar os objetivos da pesquisa. O estudo seguiu as normas éticas previstas na Resolução 196/96, do Ministério da Saúde. O formulário recebeu parecer favorável do Comitê de Ética da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará (MEAC/UFC), pelo protocolo nº. 14/08. Na análise dos dados, utilizou-se o programa Origin 7,0 e foram disponibilizadas tabelas e figuras. Ocorreram dificuldades pela falta de padronização das anotações registradas nos prontuários.

RESULTADOS

Foram analisados 54 prontuários, retrospectivos ao ano de 2007, de adolescentes gestantes atendidas na MEAC. A coleta foi realizada no período de abril a junho de 2008. A pré-eclampsia foi o desfecho indesejável de maior ocorrência para as adolescentes pesquisadas. Observa-se que atingiu 38 (90,5%) adolescentes tardias e 8 (67%) adolescentes precoces. A eclampsia ocorreu em 4 (9,5%) adolescentes tardias e em 1 (8,3%) adolescente precoce. Por outro lado, a síndrome de HELLP ocorreu em 25% (3) das adolescentes precoces e foi ausente em adolescentes tardias (**Tabela 1**).

Tabela 1. Distribuição de adolescentes atendidas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Universidade Federal do Ceará) com diagnóstico conclusivo de pré-eclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP e o tipo de parto. Fortaleza, 2007

Ocorrências	Adolescente precoce	Adolescente tardia
	10 a 15 anos Precoces (12)	16 a 19 anos Tardias (42)
Pré-eclampsia	67% (8)	90,5 % (38)
Eclampsia	8,3% (1)	9,5% (4)
Síndrome de Hellp	25% (3)	0% (0)
Parto Normal	16,7% (2)	33,3%(14)
Parto Cesáreo	83,3%(10)	64,3%(27)
Parto Fórceps	0% (0)	2,4% (1)

Com relação à predominância do tipo de parto, observa-se que 10 (83,3%) adolescentes precoces e 27 (64,3%) adolescentes tardias tiveram partos cesarianos. O parto normal ocorreu em 2 (16,7 %) adolescentes precoces e 14 (33,3%) adolescentes tardias. Já o parto fórceps foi observado apenas em adolescente tardia 1 (2,4%). (**Tabela 1**).

O **Gráfico 1** mostra que o desencadeamento da DHEG, em todas as adolescentes, ocorreu no final do 2º trimestre, tornando-se acentuado no 3º, com incidência de 92% para as adolescentes precoces e 93% para as adolescentes tardias.

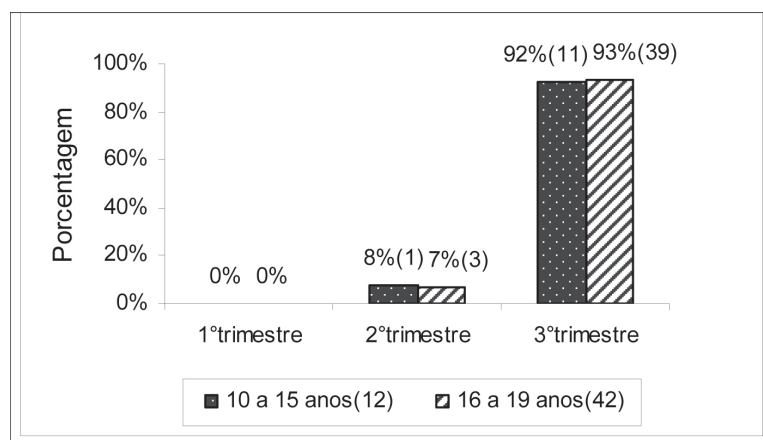


Gráfico 1. Percentual das adolescentes gestantes quanto ao trimestre do desfecho da DHEG. Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Universidade Federal do Ceará). Fortaleza, 2007

Os resultados também mostram que em 7 (58%) das adolescentes precoces e 24 (57,1%) das tardias, o parto ocorreu no tempo normal. O parto prematuro foi observado em 5 (42%) das adolescente precoces e 16 (38%) das tardias, ou seja, na 37ª. semana de gestação. Por outro lado, observa-se que apenas 2 (4,8%) das adolescentes tardias tiveram parto após 42 sg (**Gráfico 2**).

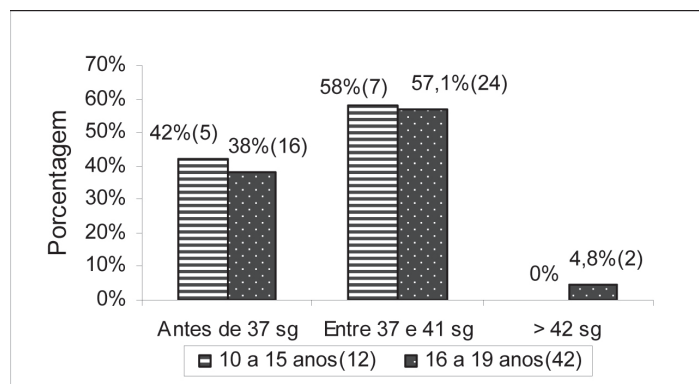


Gráfico 2. Percentual de partos quanto à idade gestacional de adolescentes, precoces e tardias, ocorridos na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Universidade Federal do Ceará). Fortaleza, 2007

Com relação ao nível de escolaridade das participantes, mostrado na **Tabela 2**, observa-se que todas as 12 (100%) adolescentes precoces e 39 (92,6%) tardias estão inseridas no ensino fundamental. Apenas 3 (7,1%) das adolescentes tardias estão cursando o nível médio.

Tabela 2. Nível de escolaridade de adolescentes gestantes atendidas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Universidade Federal do Ceará). Fortaleza, 2007

Nível de escolaridade	Adolescente precoce	Adolescente tardia
	10 a 15 anos Precoces (12)	16 a 19 anos Tardias (42)
Ensino Fundamental	100 % (12)	92,9% (39)
Ensino Médio	0% (0)	7,1% (3)
Ensino Superior	0% (0)	0% (0)

DISCUSSÃO

Dos 54 casos analisados neste estudo, 8 adolescentes precoces apresentaram diagnóstico de pré-eclampsia, mas apenas uma desenvolveu eclampsia. O mesmo perfil foi observado com as adolescentes tardias; das 38 que manifestaram a pré-eclampsia, apenas 4 tiveram a eclampsia. Estes dados apresentam associação com índices evidenciados na literatura, em que a DHEG é considerada uma morbidade materna grave, que pode se manifestar em 20% das adolescentes gestantes.⁹ No entanto o desencadeamento de pré-eclampsia tem progressão imprevisível e, quando associada com hipertensão pré-existente, a doença pode ocorrer em 15 a 30% dos casos e acarretar um desenlace sombrio para mãe e feto.¹⁴

A síndrome de HELLP foi observada em 3 casos de adolescentes precoces e ausente para as tardias. Embora a síndrome de HELLP tenha ocorrido apenas em adolescentes precoces, não se pode afirmar que a idade foi um fator determinante. Há necessidade de mais pesquisas relacionadas a esse assunto, ou seja, correlacionar idade com pré-disposição à síndrome de HELLP. A síndrome de HELLP é uma das formas clínicas grave da DHEG, identificada como um processo de anemia hemolítica microangiopática, que pode evoluir para coagulação intravascular disseminada.⁷ A pré-eclâmpsia, eclampsia e síndrome de HELLP são complicações maternas complexas e ocorrem com maior prevalência em adolescentes grávidas, contribuindo para o aumento da mortalidade materna e infantil.

Estudo recente mostrou que a incidência de hipertensão arterial sistêmica ocorre em 10% das adolescentes, destacando-se como primeira causa de mortalidade materna no ciclo gravídico-puerperal, em que a pré-eclampsia aparece como a principal intercorrência.¹⁵ Outra pesquisa sobre a morbidade materna revelou que a eclampsia contribuiu com 38,8% das complicações maternas e a síndrome de HELLP com 28,2%.¹⁶

Observa-se, na **Tabela 1**, uma predominância de partos cesarianos entre as adolescentes, o que reflete a situação do Brasil, que está no *ranking* dos países com maior ocorrência de cesarianas no mundo.¹⁷ Nos últimos anos, houve uma tendência na diminuição de taxas de partos casários, caindo de 40,6%, em 1996, para 26,4%, em 2003. No entanto a Organização Mundial de Saúde recomenda uma taxa entre 10 e 15%. O parto cesáreo envolve uma série de cuidados clínicos, técnicos e anestésicos, está associado com algumas complicações, devendo ser sempre ponderado, antes da indicação.¹⁸ A elevada taxa de partos cesarianos no grupo de gestantes pesquisadas é fruto das complicações de DHEG.

Os resultados visualizados no **Gráfico 1** evidenciam que a DHEG manifestou-se em todas as adolescentes no final do 2º trimestre e foi acentuada no 3º trimestre da gestação. Esses achados estão em consonância com estudos que demonstram ocorrência de DHEG após a 20ª semana de gestação.¹⁹

Os resultados expostos no **Gráfico 2** mostram que, em 42% (5) das adolescentes precoces e 38% (16) das tardias, o parto aconteceu antes de 37 semanas de gestação. A prematuridade é uma ocorrência que está relacionada com repercussões danosas para a saúde da mãe e da criança.¹⁵ A adolescente, teoricamente, está despreparada para a gestação e para o processo da parturição.

Na **Tabela 2**, das 54 adolescentes pesquisadas, 51 estavam inseridas no ensino fundamental. Estudo desenvolvido sobre o grau de escolaridade em adolescentes mostrou que, depois do nascimento da criança, poucas jovens recebem apoio da família para dar continuidade aos estudos. A relação entre fracasso escolar e gravidez na adolescência, principalmente nos segmentos mais pobres, revela as deficiências existentes na rede de proteção social que as ampara.²⁰ Em consonância com a literatura, este estudo associa a componente baixa escolaridade e gravidez na adolescência. Em que pese as dimensões e dificuldades deste desafio, abordagens educativas e preventivas estão entre as alternativas de enfrentamento.

O caminho de adolescentes envolvidas com o fenômeno gravidez é marcado, muitas vezes, pela mutilação, pelo sofrimento, pela violência e pela desesperança, mas ações resolutivas na prevenção desses eventos, tais como oferta de um bom nível de educação formal, de profissionalização, de acesso ao emprego, ao lazer e aos serviços que contemplem os anseios e desejos dessas jovens tem-se mostrado eficientes.²¹ Nesse cenário de risco, a gravidez precoce exige possibilidades efetivas de intervenção. No ponto de vista de planejamento de políticas públicas, este resultado contribui para o desenvolvimento de ações de prevenção e acompanhamento na evolução da gravidez.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados analisados, é possível concluir-se que a toxemia gravídica na adolescência está associada com as formas graves pré-eclampsia, eclampsia e síndrome de HELLP. A incidência dos eventos encontrados está em consonância com a literatura.

Este estudo ilustra o cerne de um problema social em evolução. Um cenário de riscos, às vezes mascarado e de muitas singularidades. As estratégias e alternativas de prevenção da gravidez na adolescência não podem estar ancoradas apenas em abordagens educativas e preventivas, mas, fundamentalmente, na incorporação de ações efetivas e no acesso adequado e fácil à rede social de assistência e proteção.

Espera-se, com este estudo, despertar a atenção do leitor, sobre os fatores associados com o dilema gravidez na adolescência. As repercussões podem ser danosas e imprevisíveis, porém evidências apontam os rumos da solução.

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará, pela colaboração na coleta dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional. Brasília; 1999.
2. World Health Organization. Risk approach for maternal and child health care. Geneva; 1978. (WHO Offset Publication, 39).
3. Ribeiro ACL, Uhlig RFS. A gestação na adolescência e a importância da atenção à saúde do adolescente. *Divulg. Saúde para o Debate* 2003;26:30-6.
4. Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RSG. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Públ.* 2005;21(4):1077-86.
5. Angonesi J, Polato A. Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), incidência à evolução para a Síndrome de HELLP. *R. bras. Anal. Clín. RBAC* 2007;39(4):243-5.
6. Dusse LMSA, Vieira LM, Carvalho MG. Revisão sobre alterações hemostáticas na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). *J. bras. Patol.* 2001;37(4):267-72.

7. Neme B. Doença hipertensiva específica da gestação: pré-eclampsia-eclampsia. In: Rezende J. *Obstetrícia*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
8. Isler C, Rinehart B, Terrone D, Martin R, Magann E, Martin Jr J. Maternal mortality associated with HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) syndrome. *Am. J. Obst. Gynecol.* 1999;181(4):924-8.
9. Dusse SML, Vieira ML, Carvalho MG. Revisão sobre alterações hemostáticas na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). *J. bras. Patol.* 2001;37(4):267-72.
10. Delascio D, Guariento A. *Obstetrícia, ginecologia, neonatologia*. São Paulo: Savier; 1984.
11. Duarte G, Cunha SP, Mauad FF, Nogueira AA, Berezowski AT, Rodrigues R. *Protocolos de condutas em gestação de alto risco*. 3ª ed. São Paulo: FUNPEC; 2003.
12. Motta ME, Silva GA, Araújo OC, Lira PI, Lima MC. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida? *J. Pediatr.* 2005;81:377-82.
13. World Health Organization. *Global tuberculosis control – surveillance, planning, financing*. Geneva: WHO; 2006.
14. Rezende J de, Montenegro CAB. *Obstetrícia fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
15. Albuquerque DA, Araújo EC, Lacerda ACT. Fatores que influenciam no comportamento das adolescentes durante a parturição. *R. Enferm. UFPE* 2008;2(1):69-77.
16. Amorin MMR, Katz L, Valença M, Araújo DE. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no recife, região nordeste do Brasil. *R. Assoc. Med. bras.* 2008;54(3):261-6.
17. Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *R. bras. Ginecol. Obstetr.* 2007;29(1):34-40.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica da Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília; 2001.
19. Lima IL, Monteiro LC, Matão MEL. *Manual do técnico e do auxiliar de enfermagem*. 7ª ed. Goiânia: AB, Revista Atualizada e Ampliada; 2006.

20. Gonçalves H, Gigante D. Trabalho, escolaridade e saúde reprodutiva: um estudo etno-epidemiológico com jovens mulheres pertencentes a uma coorte de nascimento. Cad. Saúde Públ. 2006;22(7):1459-69.
21. Nascimento EMR, Mota E, Costa MCN. Custos de internações de adolescentes em unidades da rede hospitalar integrada ao SUS em Salvador, Bahia. Epidemiol. Serv. Saúde 2003;12(3):137-45.

Recebido em 28.1.2009 e aprovado em 19.1.2010