



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação –VRPPG  
Centro de Ciências da Saúde – CCS  
Mestrado em Saúde Coletiva – MSC

**PREVENÇÃO E CONTROLE DO RISCO DA SINDROME  
HIPERTENSIVA ESPECIFICA DA GRAVIDEZ EM  
ADOLESCENTES**

**Marlucilena Pinheiro da Silva**

**Fortaleza-Ceará**

**2009**

**MARLUCILENA PINHEIRO DA SILVA**

**PREVENÇÃO E CONTROLE DO RISCO DA SINDROME  
HIPERTENSIVA ESPECIFICA DA GRAVIDEZ EM  
ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Mestrado em  
Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza -  
UNIFOR, como requisito para obtenção do  
título de Mestre.

Grupo de Pesquisa - Políticas e Práticas na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa - Políticas e Prática na Promoção da Saúde.

Núcleo de Estudo e Pesquisa na Promoção da Saúde de Pessoas  
com Hipertensão Arterial – NUESPHA

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. PhD. Zélia Maria de Sousa Araújo Santos.

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2009**

---

S586p Silva, Marluçilena Pinheiro da.  
Prevenção e controle do risco da síndrome hipertensiva específica da gravidez em adolescentes / Marluçilena Pinheiro da Silva. - 2009.  
78 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2009.  
“Orientação : Profa. Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, PhD.”

1. Gravidez na adolescência. 2. Hipertensão induzida pela gravidez.  
3. Educação em saúde. I. Título.

CDU 618.2-053.6

---

MARLUCILENA PINHEIRO DA SILVA

PREVENÇÃO E CONTROLE DO RISCO DA SINDROME  
HIPERTENSIVA ESPECIFICA DA GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES

Data de Aprovação: 30 de março de 2009

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. PhD. Zélia Maria de Sousa Araújo Santos  
Presidente / Orientadora/UNIFOR

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Virgínia de Melo Fialho  
Examinadora/ UECE

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Raimunda Magalhães da Silva  
Examinadora/ UNIFOR

---

Prof<sup>a</sup> Dr Helvécio Neves Feitosa  
Suplente/ UNIFOR

Dedico este estudo aos meus pais, que, com o espírito de pessoas trabalhadoras e humildes, deram-me todas as condições para que eu pudesse acreditar sempre em mim, ensinando-me principalmente a não ter medo na vida, onde continuo trilhando o caminho das minhas conquistas.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiro, a Deus, depois, ao meu marido (Bruce Leite), aos meus filhos (Daniel e Daniela Leite), pela força, alegria e amor, que sempre me deram em todos os momentos difíceis e vitoriosos da minha vida.

Aos meus irmãos Francisco da Silva, Sandra Santos e Regina Eclache, com suas respectivas famílias, por sempre acreditarem em mim.

À Prof<sup>a</sup>. PhD. Zélia Santos, minha orientadora, pela dedicação, profissionalismo, atenção, paciência e pelas diversas oportunidades de formular e reformular meu conhecimento.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva - Ana Maria de Fontenele Catrib, Fátima Luna Pinheiro Landim, Mirna Albuquerque Frota, Raimunda Magalhães da Silva, Maria Teresa Moreno Valdéz, Anya Vieira, Marcelo Campos, Rosendo Amorim e Carlos Bruno, pelos ensinamentos que muito contribuíram para minha formação de mestre e feitura da dissertação.

Aos colegas de turma, de modo particular a Ana Luiza Campos, pela troca de experiências, cumplicidade e gostosas risadas. De modo mais que especial, a Juliana Fonteles, pela pessoa e irmã transparente, espontânea e amiga que é.

Às colegas do NUESPHA, Amabili Couto, Janaina Feitoza e Jennara Cândido, que me acolheram de maneira muito carinhosa, facilitando meu ingresso no grupo de estudos; Helexiana T. Fernandes e Joanalice Pimentel, que me ajudaram na coleta de dados.

Aos funcionários do Mestrado, pela dedicação e disponibilidade sempre que foram requisitados.

Aos que colaboraram como facilitadores nos encontros educativos realizados durante esta pesquisa: Professor Eder Evangelista (Educador Físico), Sandra Santos (Nutricionista) Ana Luíza Campos (Psicóloga e mestra em Saúde Coletiva), Professora Francisca Dantas (Psicopedagoga), Helena Feitosa acadêmica de Nutrição, Daniel Neto e José Carlos Silva, acadêmicos de Fisioterapia.

À Coordenadora do Centro de Saúde da Família, Terezinha Parente; à Dr<sup>a</sup> Sílvia Amélia Feitosa, em nome da qual estendo os meus agradecimentos a todos os funcionários desta unidade, pelo apoio, colaboração e respeito a minha pesquisa, especialmente aos enfermeiros e agentes de saúde, sem os quais não teria acesso à comunidade.

Às gestantes que participaram e colaboraram com esta pesquisa, pela disponibilidade, confiança e questionamentos que me incentivaram a buscar respostas, mas principalmente por ter tido a oportunidade de refazer meus conceitos de vida.

Aos colegas docentes e companheiros do Colegiado do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), pelo apoio e incentivo que deles sempre recebi.

Aos amigos do Movimento de Cursilho de Macapá, pois os nossos encontros me fortaleceram a edificar cada momento deste trabalho.

Às minhas amigas de todos os momentos, cada uma de seu jeito, mas sempre muito verdadeiras, Maria Raimunda N. da Costa, Maria das Dores da Costa Mendes, Elza Arruda, Rivanete Corina Alves e M<sup>a</sup> do Socorro Pantoja.

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para realização deste estudo.

## RESUMO

A gravidez na adolescência não é apenas um problema clínico, é também um sério problema de saúde pública, pelo aumento crescente de sua incidência e pela complexidade de vários fatores, tais como os socioeconômicos e educacionais, que põem em risco à maternidade precoce. Essa situação torna-se mais precária, quando associada às gestantes de alto risco para o desenvolvimento da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG), o desconhecimento sobre esse agravo e sobre as condutas de prevenção e/ou de controle dos fatores de riscos. A SHEG contribuiu significativamente para o aumento da mortalidade materna em mulheres em idade entre dez a dezenove anos, representando assim um dos maiores desafios para os serviços e profissionais de saúde. A etiologia da SHEG ainda é descrita por muitos estudiosos como desconhecida, mas sabe-se que alguns fatores exercem certa influência na ocorrência deste agravo, como os comportamentos insalubres dessas gestantes em relação ao cuidado da sua saúde e de seu filho. Esse estudo constituiu-se de uma pesquisa-participante, com vinte e cinco gestantes adolescentes que estavam entre o primeiro e o segundo trimestre gestacional realizando o pré-natal, em um Centro de Saúde da Família, em Fortaleza-Ce que possibilitou a elaboração de dois artigos. O primeiro pautou-se em um estudo descritivo com a abordagem quantitativa, com o objetivo de analisar as ações de adolescentes grávidas na prevenção e/ou no controle dos riscos da SHEG, com enfoque na Educação em Saúde, onde se constatou que o saber das gestantes acerca da prevenção e do controle da SHEG era muito fragmentado, reduzindo-se a informações relacionadas à alimentação e ao uso de anti-hipertensivos. Constatou-se também que, embora elas possuíssem esse saber, as condutas não eram seguidas, comprometendo a prevenção e/ou controle do risco da SHEG. Neste contexto, o pré-natal (PN) deve ampliar suas ações transpondo a questão meramente curativa, capacitando essas adolescentes para o autocuidado e, conseqüentemente, manutenção de sua saúde. O segundo artigo teve como objetivo avaliar as mudanças comportamentais em gestantes adolescentes na prevenção e/ou controle dos fatores de risco para a SHEG, com a aplicação de uma tecnologia educativa embasada no Modelo de Crença em Saúde (MCS), podendo-se observar mudanças significativas no comportamento das gestantes, contribuindo para uma vida mais saudável e para a prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SGEH. Identificou-se, também, que, embora todas tenham participado ativamente da aplicação da tecnologia educativa, algumas não conseguiram quebrar hábitos arraigados em sua vida diária, sendo que isso não a impede de futuramente mudar este quadro através de uma tomada de decisão para a promoção de sua saúde. Nesse contexto, a proposta mostrou-se eficiente, pois permitiu modificações comportamentais, principalmente no que se refere à adesão de medidas de prevenção e/ou controle do aumento da pressão arterial na gravidez.

**Palavras chaves:** Gravidez na adolescência; Hipertensão induzida pela gravidez; Educação em Saúde.

## ABSTRACT

Pregnancy in the adolescence is not only a clinical problem but it is also a serious public health problem because of the growing increase in its incidence and the complexity of several factors, such as socioeconomic and education factors that endanger precocious maternity. That situation becomes even worse when associated to the high risk pregnancy, the development of the Gestational Hypertension Syndrome (GHS), the ignorance about that issue and the procedures of prevention and/or control of the risk factors. The GHS has contributed significantly to the increase in maternal mortality in women aged 10-19 years, representing therefore one of the largest challenges for the health services and professionals. The etiology of GHS is still described by many specialists as ignored, but one knows that some factors have a certain influence on the occurrence of this problem, such as the unhealthy behavior of those pregnant women concerning her own health and that of her child. This study consisted of a participative research, with twenty-five adolescent pregnant women who were between the first and second quarter of their gestation and undergoing a prenatal program in a Basic Unit of Family Health, what enabled the preparation of two articles. The first one consisted of a descriptive study with a quantitative approach, with the objective of analyzing the actions of pregnant adolescents in the prevention and/or control of GHS risks, focusing on health education. In that study, we noticed that the pregnant women's knowledge concerning the prevention and control of GHS was very fragmented, being limited to information related to food and the use of antihypertensive drugs. We also observed that although those women had that knowledge, they did not act according to it and, therefore, the prevention and/or control of the GHS risks were hindered. In this context, the prenatal (PN) program should extend their actions beyond the merely healing subject, enabling those adolescents for her self care and, as a result, to keep her health. The second article aimed at evaluating the behavioral changes in pregnant adolescents in the prevention and/or control of the risk factors of the GHS with the application of an educational technology based on the Health Belief Model (HBM). Through that study, we can observe significant changes in the behavior of pregnant women that contributed to a healthier life and to the prevention and/or control of the risk factors of GHS. We also noticed that, although all of them participated actively in the application of the educational technology, some were not able to break with deep-rooted habits of their daily lives, but that does not prevent them from changing this scenario by taking a decision that will promote their health. In that context, the proposal turned out to be efficient as it allowed behavioral changes, mainly concerning the adoption of measures of prevention and/or control of the increase in the blood pressure during pregnancy.

**Keywords:** Pregnancy in adolescence; Pregnancy-induced hypertension; health education.

## LISTA DE TABELAS e QUADROS

### Artigo 1

- QUADRO 1 - Distribuição das gestantes segundo as características sociodemográficas. Fortaleza – Ce, 2008. n = 25 ..... 23
- QUADRO 2 - Distribuição das gestantes adolescentes, segundo a identificação e conhecimento dos fatores de risco da SHEG. Fortaleza – CE, 2008. n = 25 ..... 25
- TABELA 1 – Distribuição das gestantes adolescentes, segundo o saber e o fazer sobre as condutas de prevenção e/ ou controle dos riscos da SHEG. Fortaleza – CE, 2008. n = 25 ..... 27

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EC	Eclampsia
HA	Hipertensão Arterial
IMC	Índice de Massa Corporal
MCS	Modelo de Crença em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PE	Pré-Eclampsia
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
SER VI	Secretaria Executiva Regional VI
SHEG	Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez
SUS	Sistema Único de Saúde
TS	Tecnologia em Saúde
TES	Tecnologia Educativa em Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
V DBHA	V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

## SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....	11
2 OBJETIVOS .....	15
3 ARTIGOS .....	16
3.1 – Adolescentes grávidas – análise das ações na prevenção e/ou controle da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG). .....	16
3.2 – Prevenção dos Riscos da Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação em Adolescentes – Uma Tecnologia em Saúde .....	35
4 CONSIDERAÇÕES REFLEXIVAS .....	58
5 REFERÊNCIAS .....	59
APÊNDICES .....	63
ANEXOS .....	73

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Vários estudos demonstram que os estados hipertensivos durante o período gestacional são os grandes responsáveis pela ocorrência da morte materna e da morbidade e mortalidade perinatais, Borne,2007 relata que de 5 a 10% das gestações acabam sendo complicadas pela hipertensão, fato que enseja grande prejuízo à saúde pública e à saúde da mulher.

De acordo com as recomendações da Sociedade Internacional para o Estudo da Hipertensão Arterial na Gravidez, o diagnóstico é realizado quando, em qualquer época da gestação, a pressão arterial sistólica é maior ou igual a 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg. A gestante com hipertensão arterial (HA) que precede a gravidez tem incidência mais alta de pré-eclâmpsia (PE), e também maior probabilidade de parto prematuro e de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (SASS e ATALLAH, 2005).

O Ministério da Saúde revela que as adolescentes grávidas de menos de 19 anos representam um percentual de 15,8% do total de partos de nascidos vivos no Brasil. Deste elevado dado epidemiológico, 479.511 grávidas de menos de 19 anos foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2005, sendo que 26,7% tinham entre dez e quatorze anos, fato caracterizado como gravidez precoce (BRASIL, 2006).

Estudos realizados por Vieira (2007) demonstraram que a gravidez em adolescentes menores de 16 anos pode desencadear complicações, como aborto espontâneo, parto prematuro, ruptura da vagina e dos músculos do períneo, HA e crises de depressão.

Recentemente foi realizado pela Sociedade Brasileira de Hipertensão de Sorocaba-SP um evento relacionado à atenção especial à saúde da mulher, onde se alertou para o fato de que não é apenas no período da menopausa que os profissionais de saúde devem se preocupar com a saúde do coração das mulheres, pois alguns estudos já confirmam que o risco para doenças cardiovasculares sempre existe, e em todas as faixas etárias. Sendo assim, há de se redobrar os cuidados com o coração das gestantes adolescentes para evitar complicações a ela e ao seu filho.

Faz-se necessário o profissional de saúde estar integrado a esta realidade, que ainda maltrata as mulheres em um período tão importante e de transformações, que é a gravidez. Para tal, é imprescindível o acompanhamento da evolução da circunstância política da saúde das mulheres desde a década de 1980, mais precisamente, em 1983, quando foi criado o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), sendo priorizada a promoção da saúde das mulheres, ultrapassando sua especificidade reprodutiva e enfatizando a dimensão educativa como forma de alterar valores, práticas e comportamentos de saúde.

A posição do PAISM nesse momento é uma ressonância daquela expressa pelo Brasil na Conferência Mundial de População de Bucareste, em 1974; ou seja, ao Estado cabe proporcionar meios e informações para que todos os brasileiros possam planejar suas famílias. Nesse contexto, a atenção à mulher deve ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção.

Após o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o PAISM recebeu influência de sua política, sendo incorporada a reorganização da atenção básica por intermédio do Programa Saúde da Família (PSF). Este, atualmente em vigor, traz entre suas prioridades a redução da mortalidade materna mediante assistência à gestante (BRASIL, 2006).

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), demonstram que as mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de dez a quarenta e nove anos, eram 58.404.409 e representam 65% do total da população feminina, sendo 16.524.926 adolescentes, conformando um segmento social importante para a elaboração e efetivação das políticas de saúde, informação que chama atenção para um dos objetivos gerais da Política Nacional de Ação Integral a Saúde da Mulher (PNAISM, 2004) de contribuir efetivamente para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie (BRASIL, 2007).

Outro fato a considerar é que a falta de prevenção da gravidez é uma realidade entre as adolescentes, estando vinculada a diversos fatores, como

desinformação, dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, falta de estrutura familiar e violência doméstica, entre outros transtornos de ordem social, econômica e política.

Embora existam políticas públicas relevantes como a criação do Programa de Atenção Integral a Saúde do adolescente (PROSAD) que, segundo o Ministério da Saúde, foi criado fundamentando-se numa política de Promoção de Saúde com o enfoque educativo, este não tem conseguido garantir ao adolescente o acesso à saúde e, conseqüentemente problema como a hipertensão na gravidez acaba tornando uma situação de dimensão difícil de controle, provocando graves prejuízos sociais e físicos à mãe adolescente e ao seu filho.

É necessário considerar o fato de que muitas mudanças aconteceram, para contribuir com a melhora da qualidade de vida da mulher; os diversos investimentos políticos e sociais que viabilizam as ações de saúde da mulher, passam por investimentos e se começa a vislumbrar uma melhor qualidade de assistência à saúde dessa população, sendo que, para a concretude dessas políticas precisa-se, como profissionais de saúde, promover pesquisas e ações que favoreçam a transformação da política intencional e a prática aplicada junto às mulheres.

Nesse contexto, percebe-se a necessidade do uso de uma tecnologia como instrumento que venha colaborar com a conquista do conhecimento, das gestantes, pois tecnologia se refere a algo que desenvolvido pelo próprio homem, venha facilitar a realização de um trabalho, bem como viabilizar o entendimento e aplicação de uma ação (SCHALL E MODENA, 2005).

Diante da abrangência deste assunto, reporta-se ao que seja Tecnologia em Saúde, como uma forma de intervenção usada para promoção, prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças; ou para promover a reabilitação ou cuidados a curto, médio e longo prazo (BRASIL, 2005).

Pelos motivos mencionados e em virtude da proporção crescente de adolescentes grávidas, é importante que sejam desenvolvidas estratégias mais efetivas para prevenção e controle da SHEG, nesta clientela. Para contribuir com a solução da problemática, alguns modelos teóricos tentam explicar a adoção de comportamentos preventivos, ao estabelecer relações entre o comportamento e algumas crenças individuais.

Para compreender essas atitudes, busca-se então, o referencial teórico de promoção da saúde - *Modelo de Crenças em Saúde* (MCS), que possibilita explicar o comportamento preventivo em saúde, especificamente quanto à mudança comportamental para promoção de hábitos saudáveis e aderência a tratamentos.

As pessoas podem mudar seu comportamento mediante a análise do custo-benefício dessa situação. Essa teoria serve de base para mostrar que o comportamento das pessoas é dirigido pelas consequências de seus atos.

O MCS é fundamentado na Educação em Saúde, e envolve uma prática interdisciplinar, que possibilite a empatia entre os indivíduos e os profissionais de saúde, facilitando o alcance dos objetivos relacionados às mudanças comportamentais para a promoção de saúde.

Educar para a saúde é mudar o comportamento para o exercício da cidadania. Essa mudança é viabilizada quando o profissional de saúde reconhece e valoriza o saber socialmente constituído pelo indivíduo em seu ambiente. Com suporte nesse conhecimento, ocorrerá a produção afetiva de mais conhecimentos, objetivando atingir um melhor nível de bem-estar (SANTOS; BARROSO, 2003: p.36).

Diante do exposto e pela vivência do atendimento na atenção básica, observa-se que muitas usuárias da assistência pré-natal são adolescentes e possuem risco para a SHEG, fato que conduziu a que se despertasse para os questionamentos: Qual o conhecimento que estas adolescentes têm sobre os fatores de risco da SHEG? Quais os cuidados que as adolescentes grávidas estão desenvolvendo para a prevenção e/ou controle dos fatores de risco para a SHEG?. Mediante estes questionamentos, optou-se por este estudo, com o objetivo de analisar as mudanças comportamentais em gestantes adolescentes na prevenção e/ou no controle dos fatores de risco para a SHEG, com a aplicação de uma tecnologia educativa embasada no Modelo de Crença em Saúde (MCS).

Justifica-se a relevância deste estudo em detrimento da necessidade de capacitar estas adolescentes para a prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG, uma vez que estas constituem um grupo suscetível a este agravo, além da frequência cada vez mais elevada de gravidez.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar as mudanças comportamentais em gestantes adolescentes na prevenção e/ou controle dos fatores de risco para a SHEG, com a aplicação de uma tecnologia educativa embasada no Modelo de Crença em Saúde (MCS).

### **2.2 Específicos**

1. Caracterizar as gestantes adolescentes;
2. Identificar os fatores de risco da SHEG nas gestantes adolescentes;
3. Averiguar o conhecimento e as ações das adolescentes grávidas em relação à prevenção e/ou controle dos riscos da SHEG; e
4. Avaliar as mudanças comportamentais com a aplicação da tecnologia educativa.

### **3 ARTIGOS**

#### **3.1 Adolescentes grávidas – análise das ações na prevenção e/ou controle da Síndrome Hipertensiva Especifica da Gravidez (SHEG).**

Este artigo atende ao seguinte objetivo:

Analisar as ações de adolescentes grávidas na prevenção e/ou no controle dos riscos da SHEG, com enfoque na Educação em Saúde.

**Adolescentes grávidas – análise das ações na prevenção e/ou controle da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG).**

**Pregnant adolescents - Analysis of the actions in the prevention and/or control of the Hypertensive Syndrome Pregnancy related.**

**Marlucilena Pinheiro da Silva<sup>1</sup>.**

**Zélia Maria de Sousa Araújo Santos<sup>2</sup>.**

**RESUMO:**

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, cujo objetivo é analisar as ações de adolescentes grávidas na prevenção e/ou no controle dos riscos da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez, com enfoque na Educação em Saúde, realizado em um Centro de Saúde da Família, da Secretaria Executiva Regional VI (SER VI), em Fortaleza-CE. Participaram do estudo vinte e cinco gestantes do Programa de Pré-Natal. Os dados foram coletados durante dois meses, por meio de entrevista estruturada. Observaram-se precárias condições socioeconômicas, baixa escolaridade e outros fatores de risco para SHEG, além da idade, história familiar, hipertensão arterial, história pregressa de pré-eclampsia e conflitos emocionais. O saber das gestantes acerca da prevenção e do controle da SHEG era inexistente ou fragmentado, reduzindo-se a informações relacionadas à alimentação e ao uso de anti-hipertensivos. Constatou-se que, embora possuíssem um saber elementar, as condutas não eram seguidas, comprometendo a prevenção e/ou controle do risco da SHEG. Neste contexto, o pré-natal deve ampliar suas ações além da questão meramente curativa, capacitando essas adolescentes para o autocuidado e, conseqüentemente a, manutenção de sua saúde e de seu conceito.

**Descritores:** Gravidez; Gravidez na Adolescência; Hipertensão Induzida pela Gravidez.

## ABSTRACT

This is a descriptive study having a quantitative approach with the objective of analyzing the knowledge and practice of pregnant teenagers in relation to the prevention and/or control of the Gestational Hypertension Syndrome (GHS) risks. It was conducted in a Family Health Basic Unit (FHBU) belonging to the Regional Executive Secretary VI (RES VI), in Fortaleza - CE. Twenty-five pregnant women enrolled in the Prenatal Program participated in the study. The data were collected for two months through the structured interview. The pregnant women had precarious socioeconomic conditions, low education level and other risk factors for GHS besides their age, such as family history, high blood pressure (there is), past history of pre-eclampsia and emotional conflicts. The pregnant women's knowledge concerning prevention and control of GHS was very fragmented and was limited to information related to food and the antihypertensive drugs. It was also observed that, although they had that knowledge, they did not follow the adequate procedures and therefore prevention and/or control of GHS risks were hindered. In this context, the prenatal (PN) program should improve their actions beyond the merely healing subject, enabling those teenagers for their self care and consequently for maintenance of their health.

**Keywords:** Pregnancy; Pregnancy in adolescence; pregnancy-induced hypertension

## INTRODUÇÃO

A adolescência corresponde a um período do desenvolvimento humano que se estende dos dez aos dezenove anos de idade e se caracteriza por grandes transformações físicas e psicológicas. Este período é didaticamente dividido em três fases: a primeira ocorre dos 10 aos 14 anos, chamada de adolescência precoce, a segunda, dos 15 aos 17 anos adolescência média, e a terceira, dos 17 aos 19, anos adolescência tardia (SOUZA, 2004). Para as sociedades em geral, a gravidez nesta etapa da vida reprodutiva representa um instigante desafio, pois surge como um evento precoce e inoportuno, que compromete a perspectiva de se alcançar a promoção de saúde integral dos adolescentes e o desenvolvimento da juventude (SILVA, 2001).

Nos Estados Unidos, 77% das mulheres adolescentes tiveram a primeira relação sexual, mas somente 17% ficam grávidas; por outro lado, na América Latina e Caribe, 56% foram iniciadas sexualmente, mas 34% tiveram um filho antes dos 19 anos (OPAS, 2007). Em consequência, observa-se aumento progressivo de gravidez em

adolescentes, como mostram os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Em 2007, os registros identificaram em torno de 1.868.029 gestações em mulheres antes dos 20 anos de idade, no plano nacional, 118.055 só no Estado do Ceará e 5.366 em Fortaleza (BRASIL, 2009)

As adolescentes grávidas são especialmente mais vulneráveis à ocorrência de agravos durante a gestação, tais como a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG), por acumularem características desfavoráveis, como, por exemplo, a imaturidade de órgãos e sistemas, a desinformação e dificuldade de acesso ao sistema de saúde. Segundo Born (2007), esse agravo é a “principal causa de morbimortalidade materna e mortalidade perinatais, pois cerca de 5 a 10% das gestações são complicadas pela hipertensão arterial (HA).

A SHEG pode ser classificada em HA crônica, HA crônica com pré-eclampsia (PE) superajuntada, HA gestacional, PE e eclampsia (EC) (NHBPEP, 2000). A primeira corresponde à HA de qualquer etiologia, presente antes da gravidez ou diagnosticada até a vigésima semana da gestação, persistindo além de seis semanas após o parto (SBC, 2006). Quando associada a PE, o prognóstico é grave, tanto do ponto de vista materno quanto perinatal. Seu diagnóstico é definido quando ocorre aumento dos níveis pressóricos associados à proteinúria antes não detectada, sendo então denominada HA crônica com PE superajuntada (MONTENEGRO, REZENDE e LIMA, 2003).

Denomina-se PE o aumento gradual da pressão arterial (PA), acompanhado de proteinúria (maior ou igual a 0,30g/24h) e/ou edema. A ocorrência de edema está associada a aumento da permeabilidade capilar, queda de pressão osmótica plasmática e por fatores hormonais (GANDELSMAN *et al*, 2002). Os valores tencionais ficam iguais ou acima de 140mmHg (PA sistólica) e 90mmHg (PA diastólica), em duas aferições sucessivas no intervalo de 4h. Habitualmente, a patologia se instala na segunda metade da gestação, mais especificamente após 24 semanas (FERREIRA; ROCHA ; SANTOS, 2001).

A EC é definida pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas e/ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causado por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva (Brasil, 2006). Evolui de forma insidiosa, podendo ocorrer durante a gestação, parto e puerpério e, muito raramente, até depois de 72 horas

pós-parto, acompanhada ou não por descolamento prematuro de placenta (FERREIRA; ROCHA; SANTOS, 2001).

A etiologia da HA durante a gravidez é descrita por muitos estudiosos como desconhecida, mas sabe-se que alguns fatores exercem certa influência na ocorrência destes agravos. Primigestação, nuliparidade, gemelaridade, antecedentes pessoais e familiares de PE ou EC, história de síndrome hipertensiva em gestações prévias, presença de HA, neuropatia, lúpus ou diabetes, gestação nos extremos de idade e paternidade diversa, são conhecidos como fatores de risco para ocorrência e agravamento da SHEG (BORN, 2007). Então, mediante este fato, a equipe de saúde envolvida na implementação do pré-natal (PN), deve também priorizar as ações de Educação em Saúde, dentre as demais condutas inerentes a esta assistência.

No atendimento às mulheres no ambulatório de pré-natal, no entanto, estas têm manifestado *déficit* de conhecimento e prática de condutas insalubres em relação à promoção da saúde e do bem-estar, inclusive à prevenção e controle do risco da SHEG. Diante deste fato, questiona-se: no PN, foram implementadas ações de educação em saúde com vista à prevenção e ao controle do risco da SHEG? Se foram implementadas, será que as gestantes foram orientadas sobre os fatores de risco da SHEG? Se foram orientadas, elas compreenderam estas orientações? Então, com base nestes questionamentos, optou-se por este estudo, com o objetivo de analisar as ações de adolescentes grávidas na prevenção e/ou no controle dos riscos da SHEG, com enfoque na Educação em Saúde.

Entre as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a saúde da mulher é destacada como uma das áreas de maior significância para atuação das várias esferas do governo, tanto no contexto municipal quanto estadual e federal, para a redução de agravos à saúde desse grupo tão vulnerável, e, no Pacto pela Saúde, está enfatizada a melhor assistência à mulher em todas as fases do ciclo vital (BRASIL, 2007).

## MATERIAL E MÉTODOS

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

Participaram do estudo vinte e cinco gestantes do Programa de Pré-natal, independentemente de estado civil, cor e escolaridade, que apresentavam condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos, e que aceitaram participar do estudo.

Os dados foram coletados durante dois meses, mediante entrevista estruturada, cujo roteiro conteve os dados sociodemográficos, identificação e conhecimento dos fatores de risco da SHEG, e saber e fazer sobre as condutas preventivas e/ou de controle destes fatores de risco. As informações das entrevistas foram gravadas e algumas manuscritas no diário de campo.

Os dados foram organizados no programa *Statistic Package for Social Science* – SPSS (versão13), representados em quadros, e a análise baseou-se nas informações das participantes e na literatura selecionada.

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Às participantes, pais e também aos responsáveis, foram assegurados, pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o anonimato e o direito de retirar o consentimento na ocasião que desejassem. Os dados foram coletados após emissão do parecer favorável da Comissão de Ética da UNIFOR, sob o número 008/2008.

## RESULTADOS

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

### Caracterização das gestantes adolescentes

De acordo com o Quadro 1, as gestantes estavam na faixa etária de 13 a 19 anos; a maioria era de cor parda (60%), nascera e residia em Fortaleza-CE (92%), habitava em imóveis pertencentes a parentes e familiares do cônjuge ou companheiro (68%), informara o catolicismo (56%), vivia em união estável (60%), renda familiar mensal de um salário mínimo vigente (60%) e cursara até o ensino fundamental (60%).

Segundo Magalhães *et al* (2006), a SHEG é particularmente mais incidente nas adolescentes mais jovens (menor de 16 anos) porque, neste grupo, é maior o número de nulíparas, com estado nutricional deficiente e ausência de cuidado pré-natal. Já a baixa escolaridade é descrita como fator de risco para a gravidez na adolescência, bem como motivo de saída da escola, principalmente para aquelas que estão com a escolaridade atrasada (GUIMARÃES, 2001), comprometendo a saúde desse grupo.

Os aspectos sociodemográficos são importantes fontes de informações sobre a saúde da população, pois, como acentua (Antunes, 2008), as condições socioeconômicas podem ser aferidas por meio de vários indicadores, como renda, escolaridade e ocupação.

A condição socioeconômica da gestante adolescente também pode influenciar de várias maneiras o risco da SHEG. Por exemplo, o nível educacional dificulta o relacionamento do profissional de saúde e a gestante e pode levar a uma menor aderência aos medicamentos e orientações utilizadas para o controle dos fatores de risco vascular, como os anti-hipertensivos. A baixa renda pode levar a uma dificuldade maior no acesso à assistência por um serviço de saúde adequado. As condições socioeconômicas também estão diretamente ligadas aos fatores de risco

relacionados aos hábitos de vida, que podem comprometer a saúde da mãe e de seu filho.

Estas informações são importantes, inclusive na análise das condições de vida e saúde das gestantes adolescentes, bem como para a tomada de decisões políticas à saúde da população.

Quadro 1 - Distribuição das gestantes segundo as características sociodemográficas. Fortaleza – CE, 2008 n = 25.

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

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

## Identificação e conhecimento dos fatores de risco da SHEG

No Quadro 2, as gestantes apresentavam os fatores de riscos para SHEG, exceto eclampsia; contudo, a minoria conhecia alguns destes fatores. Quanto à identificação destes entre as gestantes, a condição socioeconômica precária era comum (100,0%), a maioria vivenciava conflitos emocionais (88,0%), era de cor parda (50,0%), múltipara (52,0%), e tinha idade abaixo de 17 anos (52,0%). Os conflitos emocionais também exercem influência na saúde das gestantes. Eles são situacionais e transitórios, decorrentes de condições orgânicas, psicológicas ou sociais sobrepostas (Tedesco, 2002). Preocupações de ordem familiar são mais referenciadas pelas gestantes como sendo precipitadoras de alterações que vão repercutir de forma negativa nos níveis tensionais.

Embora apresentassem risco para a SHEG, uma, entre oito gestantes, conhecia um fator de risco, a saber: cor parda; elevação da pressão arterial na gravidez anterior; elevação da pressão arterial na gravidez atual e anterior; pré-eclampsia na gravidez atual e anterior, história familiar de SHEG, *diabetes mellitus*, sobrepeso/obesidade, e idade inferior a 17 anos.

Quadro 2 - Distribuição das gestantes adolescentes, segundo a identificação e o conhecimento dos fatores de risco da SHEG. Fortaleza – CE, 2008. n = 25

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

### Saber e fazer na prevenção e/ou controle dos riscos da SHEG

De acordo com a Tabela 1, 15 (60,0%) gestantes sabiam sobre a redução do consumo de sal e, destas somente 3 (12%) aderiam a esta conduta. Os demais procedimentos, excetuando a redução de carboidratos complexos, foram informados pelas gestantes, numa frequência que variava de 01 (4,0%) a 5 (20,0%). Também, de 1 (4,0%) a 5 (20,0%) gestantes seguiam as condutas - controle da pressão arterial, uso de gordura vegetal, uso adequado de café (100ml ao dia), refeições fracionadas (5 a 6 vezes ao/dia), comparecimento regular a consulta do pré-natal, uso regular de anti-hipertensivo e uso regular de hipoglicemiante oral.

Ressalta-se que este saber implicava noções e quase todos reproduzidos de informações oriundas das pessoas do seu convívio e/ou do que entendiam sobre as orientações fornecidas pela Equipe de saúde do Pré-natal. “... o médico disse para não fumar e não beber porque vai fazer mal para o meu filho...”.

Entre as adolescentes, que não souberam informar sobre as condutas, e que predominaram neste contexto, seguiam 12 condutas, estas em sua maioria correspondiam a um hábito anterior à gravidez, tais como o tabagismo e o alcoolismo. Muitas das adolescentes que realizavam alguns desses procedimentos não o faziam com o propósito de prevenir agravos à saúde, mas para preservar a auto-imagem perante o companheiro. ...”*sinto muita falta do meu namorado, to fazendo tudo p/ não ficar gorda se não ai é que ele não vai me querer*”.

A educação em saúde, como pluralidade de ações para promoção da saúde, necessita utilizar de estratégias didáticas que transformem os indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável (CATRIB et al, 2003)). Segundo Acioli (2008), muitas das práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros mantêm este enfoque educativo-preventivo, mas sem incorporar a compreensão dos fatores determinantes dos problemas de saúde ou, ainda, as necessidades e saberes da população trabalhada. É necessário, portanto, que os profissionais atuem junto a essas adolescentes de modo mais efetivo, assegurando, assim, que elas adquiram condições favoráveis à adoção de hábitos de vida mais salubres.

Tabela 1 – Distribuição das gestantes adolescentes, segundo o saber e o fazer sobre as condutas de prevenção e/ou controle dos riscos da SHEG. Fortaleza – CE, 2008. n = 25.

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

## DISCUSSÃO

Alguns fatores são descritos como de risco para a ocorrência da prenhez em adolescentes, tais como a iniciação precoce da atividade sexual, baixa condição socioeconômica, baixa escolaridade, falta de informações e história familiar de gravidez na adolescência (GUIMARÃES, 2001). Esse início precoce da atividade sexual sem orientação adequada expõe a adolescente à gravidez, infecções pelo HIV e outras DST, refletindo o despreparo dessas para o início da vida sexual (BRASIL, 2005a). Muitas engravidam na primeira relação e o casamento nem sempre é consequência natural deste evento.

O aumento da gravidez nessa fase de vida prejudica a preparação destas jovens para a vida adulta, principalmente no quesito estudo. O ônus relacionado à

maternidade e à constituição da família pode dificultar o progresso da escolarização das mães, afetando a sua inserção exitosa no mercado de trabalho, colaborando para a continuidade do ciclo de pobreza (BRASIL, 2005b).

No Brasil, a razão de mortalidade materna na faixa etária de 15 a 19 anos (38%) é duas vezes maior se comparada à de outros países, como Argentina, México e Chile, e geralmente está associada a complicações relacionadas ao estado gravídico, ao parto e puerpério (OPAS, 2007).

Como agravante desta situação, observa-se a baixa escolaridade destas jovens, fruto da suspensão ou abandono definitivo da escola por conta do estado gravídico, principalmente entre aquelas que vivenciam esta situação pela primeira vez. Guimarães (2001) acrescenta que a maternidade precoce é fator relevante para a escolaridade final alcançada pela adolescente. Esta situação demonstra quão danoso para o futuro dessas jovens é a gravidez não planejada, uma vez que ela limita as chances daquelas de obter sucesso no campo profissional e, conseqüentemente melhor qualidade de vida.

Em relação ao estado civil destas adolescentes, foi observado um número significativo vivendo em união estável com seu parceiro, 15 (60,0%), 8 (32,0%) na condição de solteiras, e apenas 2 (8,0%) casadas. Esta realidade pode ser justificada quando se recorda que o parceiro desta jovem nem sempre possui condição emocional para assumir a gestação, pois isto implica um compromisso em que as responsabilidades serão divididas (MONTES *et al*, 2006). Outras situações também podem influenciar no tipo de união conjugal da adolescente, tais como a busca de aceitação, carinho, amor e também a esperança de ascensão social. Heidemann (2006) acrescenta que, em comunidades carentes, a única expectativa da mulher é seu rito de passagem para a vida adulta através da ocorrência da gravidez.

O número de pessoas que coabitam com a adolescente também é um reflexo das uniões firmadas ante a gestação precoce. A maioria 18 (72,0%) vivia com outras pessoas, favorecendo o surgimento de vários núcleos familiares, compostos por pessoas de gerações diferentes, com e sem vínculo consanguíneo (SANTOS *et al*, 2007). Esse fenômeno fortalece o ciclo de pobreza constantemente atrelado a esse tipo de realidade. A renda familiar se torna então um fator determinante da qualidade de vida dessas gestantes (PINTO *et al*, 2005). Quanto maior a família, maiores são as dificuldades de

aquisição e distribuição da renda mensal, dificultando a manutenção da saúde. Como resposta, surge a necessidade de complementar a renda com atividades de caráter informal, muitas vezes realizada no próprio domicílio da adolescente.

Resultados obstétricos desfavoráveis são cada vez mais comuns entre as gestações precoces e estes parecem receber influência de vários fatores. De acordo com Brasil (2006), os transtornos hipertensivos, com grande destaque para a pré-eclampsia e eclampsia, correspondem a 37,0% de todas as mortes obstétricas diretas. Outras patologias, como anemia, prematuridade e baixo peso ao nascer, parecem estar mais fortemente associados à baixa idade e às condições psicossociais (SILVA, 2001). As adolescentes do estudo em sua maioria apresentavam fatores de risco para a ocorrência da SHEG, bem como de outras patologias, e, o mais grave, o saber acerca desta condição e da forma de prevenção era fragmentado ou inexistente.

Essa realidade reforça o pressuposto de que a educação e a assistência especializada devem estar cada vez mais presentes na vida dessas jovens. O acompanhamento sistemático deve ser realizado por uma equipe multiprofissional e esta deve estabelecer com a família uma parceria para que os objetivos traçados sejam alcançados. É recomendável que os profissionais que atendem esta clientela adquiram uma série de competências que permitam a realização adequada das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência e reabilitação (BRASIL, 2005b).

Os conflitos emocionais ilustram a realidade do grupo estudado, contribuindo para o surgimento e o agravamento de múltiplos quadros patológicos. A não-aceitação da gravidez pela família, pelo seu parceiro e até pela própria gestante, aumenta as chances de ocorrência de agravos. Segundo Montes *et al.* (2006), na maioria dos casos, a gravidez não desejada pode resultar em abandono do conceito ou em abortos mal praticados.

Em relação à multiparidade, 13 (52,0%) adolescentes encontravam-se nesta condição. Conforme Rezende (2005), é considerada múltipara toda mulher que pariu acima de duas vezes. Esta condição representa risco para a ocorrência de agravos à saúde do binômio mãe-feto. As múltiparas adolescentes apresentam risco duas vezes maior para recém-nascidos PIG (pequenos para a idade gestacional) do que as múltiparas adultas (SILVA, 2001). Os distúrbios de cunho hipertensivo também são

objeto da influência desta condição, tornando-se mais frequentes entre as gestantes que se enquadram neste contexto.

A instalação da PE está frequentemente relacionada à instalação da primiparidade. Incide em cerca de 10% das primíparas e constitui a maior causa de morte materna e perinatal (MONTENEGRO; REZENDE FILHO; LIMA, 2004). Esta incidência é significativamente maior entre as filhas de mulheres pré-eclámpticas do que naquelas em que não há esse antecedente (BRASIL, 2004), estabelecendo assim um elo entre a história familiar e a perpetuação desta patologia.

A experiência sexual das adolescentes está se processando cada vez mais cedo e geralmente favorece o estabelecimento de vínculos temporários com o sexo oposto. Esta condição colabora para a manutenção de um evento denominado paternidade diversa. Na amostra deste estudo, observou-se que três (12,0%) adolescentes se enquadravam nesta situação. Este evento desperta interesse por influenciar de certa forma na ocorrência da PE. Ainda não se conhece o mecanismo desencadeador deste processo na íntegra, mas sabe-se que uma reação imunológica provocada pela exposição materna ao líquido seminal e ao esperma dos vários parceiros, seriam os principais responsáveis pela ocorrência de PE (BRASIL, 2004).

Os jovens, em razão da sua inexperiência muitas vezes engajam-se em comportamentos potencialmente destrutivos (GUIMARÃES, 2001). O consumo de cigarro e de álcool está inserido muitas vezes no contexto de vida destas jovens, mesmo na vigência da gravidez. Isso compromete a evolução favorável da gestação, expondo não apenas a mãe, mas também o feto, ao desenvolvimento de patologias graves. Gestantes fumantes possuem chance de gerar filhos de baixo peso, além de apresentarem predisposição aumentada para abortos espontâneos e parto precoce. Já o etilismo contribui para o desenvolvimento de anomalias em membros, órgão e principalmente na face.

## CONCLUSÕES

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

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

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

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

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

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. **Rev. Bras Enferm.** v. 61, n. 1, p. 117-121. 2008.

BORN, D. Hipertensão em situações especiais na gravidez. In: PÓVOA, R (ORG.). **Hipertensão arterial na prática clínica.** São Paulo: Atheneu, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informação e informática do SUS (DATASUS). **Sistema de informações de nascidos vivos (SINASC).** Disponível em: < [http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) >. Acesso em: 02 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 126p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Área temática de saúde da mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005 a. 163p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para organização de serviços de saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 b. 44p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diabetes e hipertensão na gravidez: manual técnico /** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/FEBRASGO. São Paulo (SP): Ponto, 2004. 99p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96. Decreto Nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília. v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996.

CATRIB, A. M. F; PORDEUS, A. M. J; ATAÍDE, M. B. C; ALBUQUERQUE, V.L M; VIEIRA, N. F. C. Promoção da saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, G. T; VIEIRA, N. F; VARELA, Z. M [org.]. **Educação em saúde no contexto da promoção humana.** Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

FERREIRA, R. G; ROCHA, T; SANTOS, W. Mortalidade materna por eclâmpsia. **Ginecol obstet atual.** v. 10, n. 6, p. 28-33, jun. 2001.

GANDELSMAN, A; CARVALHO, B. O; CHAKR, R. M. S; LOPES, R. N. T. A disfunção endotelial na pré-eclâmpsia. **Femina**. v. 30, n. 7, p. 455-460, ago. 2002.

GUIMARÃES, E. B. Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: SAITO, M. I; SILVA, L. E. **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001.

HEIDEMANN, M. **Adolescência e saúde: uma visão preventiva para profissionais de saúde e educação**. Petrópolis: Vozes, 2006.

MAGALHÃES, M. L. C; FURTADO, F. M; NOGUEIRA, M. B; CARVALHO, F. H. C; ALMEIDA, F. M. L; MATTAR, R; CAMANO, L. Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos? **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 28, n. 8, p. 446-452. 2006.

MONTENEGRO, C. A. B; REZENDE FILHO, J; LIMA, M. L. A. Hipertensão crônica e gravidez. **Femina**. v. 31, n. 8, p. 729-723, set. 2004.

MONTES V, M. M; ALVAREZ, G. C; ARGOTE O, L. A; OSORIO A, A; OSORIO M, O. La adolescente grávida: um desafio para la família en el afrontamiento de su autoestima. **Cogitare**. v. 11, n. 2, p. 105-112, ago. 2006.

NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM – NHBPEP [slide] Disponível : <[http://hp2010.nhlbihin.net/nhbpep\\_slds/hbppreg\\_ss/main.htm](http://hp2010.nhlbihin.net/nhbpep_slds/hbppreg_ss/main.htm)>. Acesso em: 28 mai. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Saúde nas Américas**. Washington (D.C): 2007. Publicação científica e técnica. n. 622. Vol. I – Regional. CD-ROM.

PINTO, L.F; MALAFAIA, M.F; BORGE, J. A; BACCARRO, A;SORANV, D.R. **Rev Ciência e Saúde Coletiva** n.10, p.205-213, 2005

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SANTOS, Z. M. S. A; NEVES, M. G; NASCIMENTO, J. C; FERNANDEZ, H. T; FEITOZA, J. S. Autocuidado da gestante adolescente na prevenção dos fatores de risco na Síndrome Específica da Gravidez - SHEG. **RBPS**. v. 20, n. 3, p. 173-180, 2007.

SILVA, J. L. P. A gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. In: SAITO, M. I; SILVA, L. E. **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. 2006

SOUZA, R. P. Adolescência: abordagem do adolescente. In: DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I; GIUGLIANI, E. R. J [Col]. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TEDESCO, J. J. A. Gravidez de alto risco: fatores psicossociais. In: \_\_\_\_\_. **A grávida:** suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo (SP): Atheneu, 2002.

### **3.2 Prevenção dos Riscos da Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação em Adolescentes – Uma Tecnologia em Saúde**

Este artigo atende ao seguinte objetivo:

Avaliar as mudanças comportamentais em gestantes adolescentes na prevenção e/ou controle dos fatores de risco para a SHEG, com a aplicação de uma tecnologia educativa embasada no Modelo de Crença em Saúde (MCS).

**PREVENÇÃO DOS RISCOS DA SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA  
DA GESTAÇÃO EM ADOLESCENTES – UMA TECNOLOGIA EM SAÚDE**

**PREVENTION OF THE RISK OF THE GESTATIONAL HYPERTENSION  
SYNDROME IN TEENAGERS – A TECHNOLOGY IN HEALTH**

**DE LOS RIESGOS DEL SÍNDROME ESPECÍFICO HIPERTENSIVA DE LA  
GESTACIÓN EN ADOLESCENTES - UNA TECNOLOGÍA EN SALUD**

*Marlucilena Pinheiro da Silva*. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá – UNIFAP. Macapá-AP

*Zélia Maria de Sousa Araújo Santos*. Enfermeira. PhD em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Fortaleza-CE.

Endereço para correspondência

Marlucilena Pinheiro da Silva

Rua:

Fone

email :

**Resumo:** Pesquisa participante com o objetivo de avaliar as mudanças comportamentais em gestantes adolescentes na prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG, com a aplicação de uma tecnologia educativa em saúde, embasada no Modelo de Crenças. Participaram do estudo, vinte e cinco gestantes acompanhadas no pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde da Família, em Fortaleza-CE. Com a aplicação da TES, percebemos mudanças significativas nas condutas das gestantes, em relação a sua saúde, inclusive como agentes multiplicadoras das ações educativas no ambiente em que viviam. Contudo, percebemos que houve dificuldades no processo de mudança em algumas e houve predomínio na motivação para a adoção de condutas promotoras de saúde, entre estas as inerentes à prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG. Sendo assim, a TES aplicada mostrou-se eficaz, uma vez que contribuiu para torná-las agentes de autocuidado e multiplicadoras das ações de saúde na família e na comunidade.

**Palavras-chave:** Cuidado Pré-natal; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão Induzida na gravidez; Educação em saúde.

**Abstract:** This is a participative research aiming to evaluate the behavioral changes in pregnant teenagers in the prevention and/or control of the risk factors of the Gestational Hypertension Syndrome (GHS), and we applied a health education technology (HET), based on the Health Belief Model (HBM). Twenty-five pregnant women who were undergoing a pre-natal program in a Basic Unit of the Family Health Program in Fortaleza, Ceará, took part in the study. With the application of HET, we observed significant changes in the pregnant women' behavior concerning their health, also as multiplying agents of education actions in the environment in which they lived. However, we noticed some difficulties in the change process for some of them, but for most of them there was motivation for adopting attitudes that would promote health, among which were related to prevention and/or control of the risk factors of GHS. Therefore, the HET showed itself as efficient since it contributed to making pregnant women self-care agents and multipliers of health actions in family and in community.

**Keywords:** Pre-natal Care; primary health care; Pregnancy-induced hypertension; Health education..

**Resumen:** Investigación del participante con el objetivo para evaluar los cambios mannering en gestantes adolescentes en la prevención y/o el control de los factores de riesgo del SHEG, con el uso de una tecnología educativa en salud, basado en el modelo de la creencia. Habían participado del estudio, veinte y cinco gestantes folloied en el prenatal en una unidad básica de salud de la familia, en fortaleza-CE. Com el uso del TES, percibimos cambios significativos en los comportamientos de los gestantes, en la relación su salud, también como multiplicar los agentes de las acciones educativas en el ambiente donde vivieron. Sin embargo, percibimos que tenía dificultades en curso de cambio en alguno, no obstante tenía predominio en la motivación para la adopción de comportamientos promocionales de la salud, entra en éstos a ése inherente a la prevención y/o al control de los factores de riesgo del SHEG. Siendo así, TES aplicó eficiente revelador, una época que contribuyó para convertirse en él los agentes del autocuidado y de multiplicarse de las acciones de la salud en la familia y la comunidad.

**Palabras clave** - Atención Prenatal; Atención Primaria de Salud; Hipertensión Inducida en el Embarazo Educación en Salud.

## INTRODUÇÃO

A mortalidade materna no Estado do Ceará, no período de 1997 a 2005, teve como causa predominante a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG) com 280 (25,5%) óbitos, ficando as causas obstétricas indiretas, com destaque às doenças do aparelho circulatório com 73 (6,6%) do total de 229 óbitos (CEARÁ, 2007).

Os estados hipertensivos na gravidez, segundo Born (2007), têm sido a principal causa de morte materna e de morbidade e mortalidade perinatais. O mesmo autor estima que cerca de 10% das gestações são complicadas pela hipertensão, o que reforça a necessidade de uma política de saúde da mulher mais eficiente e eficaz, preocupada com esse quadro devastador.

A hipertensão arterial (HA) na gestação é um agravo obstétrico que geralmente surge após a 20ª semana de gestação ou com mais frequência, caracterizando-se pela tríade sintomática HA, edema e proteinúria, neste caso, denominado de pré-eclampsia (PE), forma não convulsiva e eclampsia (EC) forma convulsiva, acrescida a sintomatologia da PE de encefalopatia, manifestando-se a partir da 21ª semana gestacional ou nas primeiras 48 horas do puerpério, é mais comum em primíparas, acometendo assim mulheres mais jovens (BORN, 2007).

Se a elevação da pressão arterial aparecer antes do período gestacional, é dita HA crônica, ou seja, refere à presença de HA antes da gravidez ou da 20ª semana de gestação. A HA que persiste além de seis semanas após o parto pode também ser considerada HA crônica. Sendo, assim, o conjunto de eventos ocorridos na gestação devido à HA é dito como Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG) (BORN, 2007). O diagnóstico da HA na gestação é realizado quando a Pressão Arterial (PA) sistólica é maior ou igual a 140 mmHg e/ou a PA diastólica maior ou igual a 90mmHg. A gestante com HA que precede a gravidez tem incidência mais alta de PE e também maior probabilidade de parto prematuro e de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional.

A etiologia da HA durante a gravidez é descrita por muitos estudiosos como desconhecida, mas sabe-se que alguns fatores exercem certa influência na ocorrência destes agravos. Os fatores de risco para SHEG são: gestantes de baixa estatura, obesas e

tensas com oscilações na PA, em particular as grávidas breviféreas (o tronco maior que os membros), com tendência ou tipo constitucional cushingóide; nível socioeconômico; primiparidade; raça negra; idades extremas (menores de 17 anos e maiores de 35 anos); hereditariedade; *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 % de ocorrência); gestação molar; nova paternidade e ganho excessivo de peso ( GREGÓRIO2007).

Pôde-se perceber o alto índice de SHEG em adolescentes, como demonstra a pesquisa realizada em uma instituição hospitalar pública, na cidade de São Paulo, no ano de 2002, em que 45,45% eram adolescentes e as principais complicações apresentadas foram: a crise hipertensiva a eclampsia, o óbito fetal intra-uterino, o óbito neonatal, o sofrimento fetal crônico e a prematuridade (GONÇALVES; QUINTELLA e HENRIQUES, 2005).

Neste contexto, torna-se cada vez mais necessário o uso de uma tecnologia em saúde como instrumento que venha colaborar com a construção do conhecimento da população para disseminar as informações, como forma de mecanismo protetor contra os agravos da SHEG. Constituindo-se assim em algo que desenvolvida com e para as gestantes venha facilitar a realização de um trabalho, bem como viabilizar o entendimento e aplicação de uma ação (SCHALL e MODENA, 2005).

Para entender como se comportam as pessoas no espaço da saúde, Rosenstock (1974) apresenta o Modelo de Crença em Saúde (MCS), que inclui um forte componente de motivação e do mundo perceptual do indivíduo. É uma teoria que não só tenta explicar um problema particular de saúde, mas que também pode ser adaptada a outras áreas de comportamento.

Partindo desse contexto, da severidade da SHEG e das doenças cardiovasculares que vem acometendo as mulheres em idade fértil, ou seja, dos 10 aos 49 anos, e em especial as adolescentes, optamos por este estudo com o objetivo de avaliar as mudanças comportamentais em gestantes adolescentes na prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG, com a aplicação de uma tecnologia educativa em saúde (TES) embasada no MCS.

## TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Pesquisa participante, realizada no Centro de Saúde da Família Terezinha Parente, pertencente à Secretaria Executiva Regional VI (SER VI), em Fortaleza - CE.

Participaram do estudo vinte e cinco gestantes adolescentes, entre o primeiro e segundo trimestre gestacional, com condições psicoemocionais para participarem da pesquisa. A idade destas adolescentes variou entre 13 e 19 anos. Quanto à cor, quinze eram pardas, oito brancas e duas negras. Vinte e três adolescentes residiam em Fortaleza - CE e duas em outros municípios do Estado. Quanto ao estado civil, duas eram casadas, oito solteiras e quinze viviam consensualmente com o companheiro. A renda familiar mensal oscilava entre meio a um salário mínimo vigente na época da pesquisa (R\$ 415,00). Em relação à ocupação, cinco eram manicuras, oito eram estudantes e doze se dedicavam às atividades próprias do lar. Quanto à escolaridade, duas eram analfabetas, oito estavam cursando o ensino fundamental e as demais abandonaram os estudos, em decorrência da gravidez. Em relação à condição de moradia, dezessete residiam em casa própria e oito em imóvel alugado. Entre as adolescentes, doze co-habitavam com familiares, tais como sogra, mãe, avós e irmãos, e oito somente com o cônjuge ou companheiro.

A pesquisa de campo aconteceu em três etapas, entre março e julho de 2008, quando foi aplicada uma tecnologia educativa em saúde (TES). Esta TES foi elaborada com base no MCS, fundamentada nos pressupostos da educação em saúde e constou de dez encontros educativos, facilitados por meio de dinâmicas de grupo e de uma tecnologia em saúde - TS (SANTOS *et al*, 2007). Deste modo, favorecemos a construção individual e coletiva do conhecimento sobre as condutas de prevenção e/ou de controle dos fatores de risco da SHEG e a incorporação dessas condutas no cotidiano das gestantes.

Utilizamos o MCS como referencial teórico metodológico, em detrimento da adoção de comportamento preventivo em saúde depender do indivíduo se considerar suscetível a um problema de saúde; de associar o problema de saúde à gravidade de suas consequências e acreditar que esse problema de saúde pode ser prevenido por uma ação,

embora esta ação envolva aspectos negativos, tais como impedimentos, obstáculos, desconfortos, gastos financeiros, entre outros.

As etapas da pesquisa de campo foram desenvolvidas do seguinte modo:

Primeira etapa – Realizamos reunião com as adolescentes, pais ou responsáveis para esclarecimento da natureza e objetivos do estudo, e registro da anuência de participação destas na pesquisa.

Segunda etapa - Aplicamos a TES proposta, como segue, em dez encontros:

No *primeiro encontro*, iniciamos a apresentação entre as gestantes, pesquisadora e os demais envolvidos na pesquisa. Nesta ocasião, acordamos as datas e horários, respeitando a comodidade das adolescentes, para a aplicação da primeira entrevista, cujo roteiro conteve os dados sociodemográficos, identificação dos fatores de risco para SHEG, conhecimento e as condutas sobre a prevenção e/ou controle dos fatores de risco deste agravo, além do aprazamento semanal dos encontros educativos.

No *segundo e terceiro encontros*, abordamos a primeira fase do MCS - *percepção da susceptibilidade*, com a exposição sobre os fatores de risco da SHEG, e conduzimos as adolescentes a se auto-avaliarem quanto à identificação destes. Também, abordamos a importância do *cartão da gestante*, para a promoção de sua saúde e bem-estar.

No *quarto e quinto encontro nos baseamos* na segunda fase do MCS - *percepção da severidade* dos riscos da SHEG para mãe e filho.

Entre o *sexto e nono encontros*, nos norteamos pela terceira fase do MCS - *custos e benefícios das mudanças* na promoção da saúde materno-fetal. Nesta ocasião, aconteceram três oficinas educativas para adoção de um estilo de vida saudável, com vista à prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG: uma conduzida por uma psicóloga sobre o gerenciamento do estresse, a outra por um educador físico sobre a prática regular de exercício físico e a última por uma nutricionista sobre a alimentação saudável.

No *décimo encontro*, desenvolvemos a última fase do MCS - *Sugestionamento ou motivação para mudanças*, com a aplicação de uma dinâmica para resgate do saber apreendido nos encontros anteriores, e construção de um *Plano de Metas* pelas adolescentes com vista à prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG. Também, foram acordados as datas e horários para a entrevista final, com o

objetivo de avaliar as mudanças comportamentais ocorridas com a implementação do plano de metas.

Finalizamos esta etapa da pesquisa com uma confraternização para manutenção do vínculo entre a pesquisadora, as gestantes e familiares.

Terceira etapa - Realizamos duas entrevistas após a aplicação da TES. A primeira logo após o último encontro, com as questões norteadoras: Relate o que você aprendeu sobre SHEG., Em sua opinião, quais as condutas que você deve adotar para prevenir e/ou controlar os fatores de risco da SHEG ?, Comente sobre suas expectativas com relação à implementação do *Plano de Metas*. A segunda entrevista foi realizada dois meses após o último encontro educativo, com as questões norteadoras: Comente sobre suas experiências vivenciadas com a implementação do *Plano de Metas*; Com base na sua participação nos encontros e no seu *Plano de Metas*, relate sobre as suas perspectivas com vista à prevenção e/ou controle da SHEG.

Vale ressaltar que as entrevistas foram gravadas, após as devidas autorizações. Durante a pesquisa, utilizou-se o diário de campo para o registro de informações relevantes à complementação da análise dos dados.

Os resultados foram organizados em categorias empíricas, analisados conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), fundamentando-se nas experiências vivenciadas pelas gestantes na aplicação da TES, no referencial teórico de Becker (1974) e nos pressupostos da educação em saúde.

Os aspectos ético-legais desta pesquisa obedeceram à Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP (Brasil, 1996). Ressaltamos que a coleta de dados foi realizada após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos pais ou responsáveis pelas adolescentes, e a emissão do parecer favorável pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, sob o nº. 008/2008. Para respeitar o anonimato, identificamos as gestantes pela letra G.

### Prevenção e Controle do Risco da SHEG em Adolescentes – Tecnologia Educativa em Saúde Norteadada no MCS

Encontros	ETAPAS DO MCS	Assuntos	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS MATERIAIS	AVALIAÇÃO
1º	-----	-Apresentação entre sujeitas e a pesquisadora -Exposição da proposta da tecnologia educativa e plano das atividades educativas -1ª Entrevista (marcar) -Encontros (marcar)	-Estabelecer interação/vínculo -Informar a importância da participação na implantação da tecnologia em saúde	-Dinâmicas de apresentação - “Entrevista” -Discussão circular do roteiro de entrevista -Demonstração do roteiro de entrevista -Agendar entrevistas e encontros	Aparelho de som CD, caneta colorida, papel colorido, papel A4 Cartilha TES.	A dinâmica gerou breve relação entre os presentes, o que deve facilitar outros momentos. Definido local, dia e hora das entrevistas e encontros.
2º 3º	Susceptibilidade	SHEG e seus fatores de risco Cartão da gestante e saúde.	-Conhecer os fatores de risco da SHEG -Identificação dos registros no cartão da gestante.	-Auto-identificar os FR -Reflexão do texto Ver – Vendo	Canetas e papéis coloridos Cartilha TES.	Produção do saber <i>Feedback</i> por meio de perguntas ao grupo/pesquisadora
4º 5º	Severidade	-Risco da SHEG para saúde materno-fetal -Complicações agudas e crônicas	-Informar e sensibilizar as gestantes sobre o risco materno fetal	-Gestantes descrevem experiências com SHEG -Divulgar dados epidemiológicos	Cartazes feitos pelas expositora  Cartilha TES	Discussão circular  Técnica de relaxamento
6º 7º	Benefícios  Custo p/mudança	-Promoção da saúde materno-fetal -Ruptura de hábitos insalubres	-Valorizar os benefícios em detrimento aos custos -Estimular a adoção de condutas para redução da morbimortalidade.	Discussão Circular Gerenciamento do stress Orientação de exercícios físicos.	Aparelho de som, CD Colchonetes, Caixas, etc.. Cartilha TES	Realizada com a dinâmica de aprendizado caixa de surpresa.
8º 9º	Sugestimento para mudança	-Alimentação saudável -Explicar plano de metas	-Valorizar benefícios -Elaborar um plano de metas	Trabalho em grupos Construção das metas e apresentação	Canetas, papéis coloridos Cartilha TES.	Discussão circular Interagindo com as apresentações.
10º	-----	-Encaminhamentos aprazamento p/ EF.	-Manter o vínculo	-Confraternização	Lanche, brindes	Avaliação dos encontros c/ a dinâmica Repolho.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o processamento da análise, organizamos os resultados nas categorias: descrição do saber e das condutas de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG; percepção da suscetibilidade e severidade da SHEG; percepção dos benefícios com a prevenção da SHEG; percepção dos custos das mudanças com vista à prevenção da SHEG; descrição das mudanças ocorridas com a implementação do Plano de Metas e motivação para manter as metas de mudança, com vista à prevenção da SHEG.

### **Descrição do saber sobre as ações de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG**

As gestantes desconheciam as condutas de prevenção e/ou de controle dos fatores de risco para SHEG, porém relacionavam o uso excessivo de sal com danos à saúde.

*[...] não uso muito sal ... me disseram que faz muito mal para saúde, mais de vez enquanto, acho que não!* (G1, 18 anos)

*[...] a doutora disse para mim não abusar de sal, porque posso ficar inchada e feia. Deus me livre [...]* (G8, 13 anos)

A associação do sal com a HA é muito presente no entendimento mal formulado das pessoas. A redução da ingestão do sal à prevenção e controle deste agravo é confuso, uma vez que a HA é assintomática (V DBHA, 2006).

*[...] eu acho que já tive esse problema de pressão alta quando tive grávida da outra vez, fiquei muito ruim, muito agoniada até perdi o meu filho, acho que foi por causa disso [...]* (G4, 18 anos)

*[...] eu não sei, mais sei que esse problema de pressão alta é perigoso para todo mundo [...]* mais eu estou muito bem, estou curtindo minha gravidez com o meu gatinho, não tenho nada não, pressão alta é coisa de velho. (G 25, 14 anos)

Nestas falas, percebemos um saber fragmentado, dando espaço a um vago entendimento sobre a HA na gravidez, necessitando de intervenção com ações de educação em saúde (ACIOLI, 2008 p.119). Esta situação necessita da ação compartilhada, nascendo do conhecimento superficial das gestantes e o conhecimento e prática científica dos profissionais de saúde, buscando a interação de dúvidas e saberes diferentes.

## **Aplicação da TES norteada no MCS**

Uma pessoa será motivada a tomar decisões preventivas em ações de saúde quando ela acredita realmente na sua suscetibilidade em contrair um dano ou nas consequências graves que poderão advir de tal situação, ou ainda que a ação tomada possa reduzir essa ameaça. Assim, as crenças do indivíduo, em relação ao comportamento preventivo, são demonstradas por quatro variáveis: *suscetibilidade* e *seriedade* percebida, *benefícios* percebidos, *barreiras* percebidas e tomada de decisão. Essas percepções são influenciadas por fatores como sexo, idade, raça, condições socioeconômicas e culturais (ROSENSTOCK,1974).

### ***Percepção da suscetibilidade e severidade da SHEG***

A *susceptibilidade percebida* é a variável que avalia a aceitação da possibilidade do indivíduo em contrair uma determinada condição, ou patologia, ou seja, avalia a percepção subjetiva do risco pessoal dessa possibilidade. Portanto a ênfase é dada à realidade subjetiva e não a objetiva, considerando-se que as pessoas reagem de forma mais intensa na interpretação de uma realidade objetiva.

Quando as adolescentes perceberam-se suscetíveis ao risco da SHEG, mediante a identificação das situações e dos comportamentos de risco, demonstraram preocupação e medo. Diante disso, as incentivamos a auto-identificação dos fatores de risco da SHEG, a percepção da necessidade de preveni-los e/ou de controlá-los, e a importância do pré-natal, como mediador da promoção de sua saúde.

As adolescentes relataram o uso excessivo e rotineiro de sal, quando a quantidade diária indicada é em torno de 500mg. Todavia, Nakasato (2004) afirma que o consumo médio dos brasileiros é de 12,3 g por dia.

*[...] ai meu pai, vê se entendi, a nossa idade e o uso de muito sal na comida da gente pode provocar SHEG, há estou com sorte [...] sou branca. A Paula é bem preta. Será que é isso o que causa SHEG? (G2, 18 anos)*

*[...] esses fatores não sei todos, mas vou dizer o que lembro: cor negra e morena, ser gorda, e ter gestação de homens diferentes, isso para mim foi a maior novidade [...] (G16, 19 anos)*

*[...] a minha mãe teve pré- eclampsia, e isso também, é um risco pra mim não é?. (G3, 16 anos)*

Podemos perceber que entre os fatores de risco para SHEG, a paternidade diversa foi a grande novidade para as adolescentes. Neste sentido, Duncam, Shmidt e Giuliane (2004) e Gregório (2007) afirmam que a exposição materna a novos antígenos fetais oriundos de outro parceiro é um fator predisponente à PE.

Mulheres com história familiar de SHEG terão maior risco de apresentar esta síndrome (GREGÓRIO, 2007 ). Isto se deve ao fato da existência de fatores genéticos envolvidos no desenvolvimento deste agravo.

As mulheres com gestação dupla ou tripla têm maior probabilidade de apresentar HA e diabetes *mellitus* na gestação. Sendo assim, estes dois problemas de saúde devem ser prevenidos e detectados precocemente, além de controlados imediatamente.

*[...] eu tenho tudo para ter uma gravidez complicada, sou diabética, tenho pressão alta, e tive pré-eclâmpsia na gravidez anterior. Então, só Deus para me proteger [...]* (G 6,19 anos)

De forma ainda tímida, as gestantes conseguiam estabelecer situações de risco para SHEG, a partir das experiências do cotidiano.

*[...] tudo aquilo que coloca em risco a minha vida, como a minha idade, tomar bebida alcoólica, fumar cigarro, usar coca ou pedra [...] todas essas coisas ruins, pode provocar SHEG na gente.* (G20, 16 anos)

A percepção da gestante sobre a suscetibilidade em desenvolver SHEG e o seu empoderamento mediado pelas ações de educação em saúde são condições favoráveis à adesão de condutas de prevenção e/ou de controle dos fatores de riscos para este agravo, bem como para a manutenção da saúde em geral.

A *severidade percebida* é percepção da gravidade de uma dada condição de saúde. O grau de severidade pode ser percebido pelo simples conhecimento das complicações que determinada condição ou doença poderá trazer para a saúde e qualidade de vida de uma pessoa (BECKER, 1974).

As gestantes do estudo ao perceberem a severidade da SHEG reagiram demonstrando medo, desconforto, incertezas, insegurança, curiosidade e principalmente déficit de conhecimento sobre o assunto. Todavia, dezoito adolescente percebiam o pré-natal, como o mediador da promoção da saúde.

*[...] eu não quero ter pressão alta, pois isso vai prejudicar a gente [...] eu tenho muito medo, por isso eu corri para vim fazer o pré-natal... tudo tem que da certo ... eu só tenho 14 anos, mais sei me cuidar” (G25, 14 anos)*

*[...] mulher eu sou muito jovem, eu achava que pressão alta só dava em velho, fiquei assustada de saber que pode também ser uma bronca durante a gravidez, minha mãe está no meu pé ... eu gosto muito de sal, como com o saleiro do meu lado, agora eu sei que é perigoso para nós ... mais eta coisa difícil, aqueles nomes pré-eclâmpsia e eclampsia, ficam na minha cabeça martelando. (G3, 16 anos)*

A percepção da severidade da SHEG despertou em algumas gestantes a necessidade de divulgação em massa de medidas preventivas desse agravo.

*[...] mulher que coisa ... quem bem souber... tem que ter muito cuidado antes de ficar grávida ... ai, essa síndrome da gravidez devia sai até no radio, na televisão no jornal, porque nós temos que saber disso e pensar que faz muito mal para a gente e para o meu bichinho. Já pensou ter aquele negócio todo, a convulsão... ah! eu preciso me cuidar, estou grávida por descuido, mais não posso ter essa síndrome não, pelo amor de Deus. (G10, 16 anos)*

Observamos que a rotina das ações e possivelmente a banalização dos casos de SHEG em adolescentes pelos serviços de saúde podem contribuir com o déficit de conhecimento da gestante sobre este agravo.

*[...] para mim o nome é novidade, tive esse problema na gravidez passada, e não sabia como é complicado. Também tive diabete e pressão alta desde o começo. E agora nessa a mesma coisa de novo. (G6, 19 anos)*

Quando a severidade da doença é percebida, ela passa a constituir um fator importante, estimulando o indivíduo a adotar um novo comportamento de vida. A combinação das percepções individuais de suscetibilidade de um problema de saúde e da severidade das consequências de se contrair esse problema gera uma percepção de ameaça que irá determinar uma reação no indivíduo para adotar uma ação (BECKER, 1974).

### ***Percepção dos benefícios e custos das mudanças com vista à prevenção da SHEG***

Trata-se de benefícios toda situação que minimize ou elimine os riscos de complicações do estado de saúde, portanto para a percepção dos benefícios é necessário que as pessoas tenham pelo menos uma ação que indique subjetividade relacionada à redução da suscetibilidade ou da severidade da SHEG (BECKER, 1974).

Para a implementação desta etapa do MCS, foi aplicada estratégia educativa voltada à prevenção e/ou controle dos fatores de riscos da SHEG. Entre as medidas direcionadas à prevenção, destacam-se o gerenciamento do estresse, a prática de atividade física, a adoção de hábitos alimentares saudáveis e o abandono ao tabagismo e alcoolismo (V DBHA, 2006).

Percebemos nos relatos que inúmeros fatores contribuíram para o estresse emocional, sendo confirmado por Nobrega; Castro; Souza (2007) que há evidências entre a relação do estresse com o desenvolvimento da hipertensão arterial.

*[...] o que está me deixando triste é que o pai do meu filho foi embora! Justamente agora que preciso mais dele. Estou muito estressada e não consigo evitar isso ... mas isso me faz muito mal” (G13, 18 anos)*

*[...] eu dependo do meu companheiro, e ele ganha pouco. Sabe, eu queria me casar... mas eu sou a outra, e isso é me estressa. Mas eu procuro me acalmar, fecho os olhos e respiro fundo, por enquanto não tem jeito. (G14, 17 anos)*

*[...] eu sou muito estressada, o pai do meu filho me abandonou, moro com a minha sogra, isso me incomoda muito ... ainda bem que estou aprendendo a lidar com isso. (G2, 18 anos)*

As adolescentes referiram como estressores frequentes o abandono pelo companheiro, interrupção do estudo, o distanciamento das amigas, a dificuldade financeira e a dependência econômica de outras pessoas. No entanto, a realização da oficina *gerenciamento do estresse* despertou nas adolescentes as condutas gerenciadoras desses estressores – lazer, prática religiosa, atividade laborativa para aquisição de recursos financeiros, e retorno à escola, pois como é afirmado por Nóbrega; Castro; Souza (2007): “reagimos diante de desafios comuns, podendo desenvolver o chamado distresse.

*[...] escrevi junto com a minha colega o que eu poderia fazer para melhorar a minha gravidez, ,buscar alguma diversão saudável, e até ir para a igreja para ficar mais em paz comigo mesma.Pode acreditar mulher, isso não é fácil. (G2, 18 anos)*

*[...] estou fazendo o curso de bijuteria da unidade e já estou ganhando até um dinheirinho, e também revendo roupa usada ... tem dado certo, pois já consegui comprar umas frutas, e posso ajudar a minha mãe ... estou me sentindo mais importante. (G3, 16 anos)*

*[...] eu tinha parado de estudar e isso estava me deixando bem para baixo ...então voltei para o colégio, pois não vou ficar com vergonha da minha gravidez ... também vi que não sou a única. (G18,15 anos)*

O consumo de alguns alimentos ditos recreacionais era muito comum entre as gestantes (JENKINS, 2007). Estes alimentos são cheios de calorias, mas relativamente vazios de nutrientes essenciais como aminoácidos, vitaminas, sais minerais e anti-oxidantes, importantes no estado nutricional das mulheres em qualquer fase de suas vidas. O prognóstico da gestação sofre influência do estado nutricional materno antes e durante a gestação.

Durante e após os encontros educativos, as adolescentes questionaram sobre as possíveis dificuldades (custos ou barreiras) para adoção de hábitos saudáveis, inclusive a ingestão de água, sendo que os benefícios foram percebidos, restando apenas a sua inserção no estilo de vida.

*[...] eu que quero parar de comer pirão salgado ... diminuir o sal é bastante difícil. Eu não sou chegada à coisa doce, mas salgada pode mandar que eu como qualquer coisa ... laranja com sal, manga com sal... chega a dar água na boca.*  
(G21, 16 anos)

*[...] adoro refrigerante e batata frita com ketchup ...já estou mais do que viciada ... está muito difícil deixar de comer.* (G23, 15 anos)

Os custos para as mudanças estão explícitos nesses depoimentos. Para Becker (1974) estes custos constituem os aspectos negativos percebidos pelas pessoas em relação às ações em saúde, elas podem perceber essas ações como caras, inconvenientes, desagradáveis, dolorosas ou que exige muito tempo disponível para realizá-las, o que pode levar a criação de barreiras e conflitos de comportamentos.

Para o abrandamento das várias barreiras apresentadas, as adolescentes foram incentivadas a construir juntamente com a nutricionista uma relação de alimentos que deveriam ser consumidos por elas para garantir e manter os benefícios de uma alimentação saudável, favorecendo a restrição ou a abstinência de alimentos que não vão contribuir com a promoção da saúde dessas gestantes e de seus filhos.

Na realização da oficina sobre a prática regular do exercício físico, as adolescentes se preocuparam com a auto-imagem e negligenciaram os benefícios desta prática na promoção de sua saúde e do conceito. Para Jenkins (2007), a prática regular do exercício favorece a queima de calorias, ajuda a controlar a pressão sanguínea, fortalece os músculos e os ossos, e melhora a função respiratória e a atividade intestinal.

[...] *preciso caminhar e não tenho com quem deixar o meu filho ... ainda mais agora que ele está doente ... vou acabar engordando.*(G5,19 anos)

[...] *quero caminhar, pois tenho pavor de ficar gorda e feia.* (G4, 18 anos)

[...] *tenho que me cuidar, não posso engordar muito. Pois, eu não engordei do meu primeiro filho... então, como ia arranjar outro marido?* (G21,16 anos)

Duas gestantes estavam com sobrepeso, porém não percebiam o risco desta condição para a sua saúde. Jenkins (2007) diz que a elevação do peso corporal é alvo de doenças, e a pessoa que foge do padrão de elegância acaba sendo excluída da sociedade. Muitas vezes o culto ao corpo e ao belo passa a ser o mais importante em vez da busca pelo peso e corpo saudável. Jardim, Monego e Sousa (2004) dizem que o aumento de peso pode tornar-se um fator predisponente ao aumento da pressão em adolescentes, agravando-se com a existência de uma gravidez.

Entre as adolescentes, uma era tabagista e quatro consumiam bebidas alcoólicas nos fins de semana. O fumo é o único fator de risco totalmente evitável e causador de doenças e morte cardiovasculares (V DBH, 2006). O consumo de bebidas alcoólicas, tais como cerveja, aumenta a pressão arterial e alguns estudos que estão ainda em fase de observação do problema informam que beber já é um risco potencial pra provocar a HA independentemente da quantidade ingerida.

[...] *O difícil vai ser largar o meu cigarro, já fumo há muito tempo... outra coisa vai ser parar de comer couro de galinha frito e bem salgadinho... como quase todo dia ... é gostoso e mais barato também.* (G1, 18 anos)

[...] *meu único divertimento é tomar cerveja com os meus colegas nos fins de semana.* (G19, 17 anos)

[...] *o problema é que meu companheiro não dispensa uma, ai eu vou com ele, a concorrência está grande, bebo até três garrafas e depois fico enrolando.* (G11, 19 anos).

### **Descrição das mudanças ocorridas com a implementação do Plano de Metas**

Após a realização das oficinas, as gestantes foram incentivadas a construir um *plano de metas* para mudanças comportamentais salubres, com vista à prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG e manutenção da saúde em geral. O *plano de metas* é uma ferramenta para garantir o alcance dos objetivos, ou seja, a mudança ou eliminação de

ações insalubres pelas gestantes, excluir soluções impensadas ou parcialmente aderentes à meta central - prevenção e/ou controle da SHEG.

O ato de mudança requer das gestantes uma tomada de decisão que as conduza à seleção de atitudes que devem ser adotados por elas, haja vista que as adolescentes foram capacitadas mediante aplicação da TES para este ato.

Na execução do *Plano de Metas para Mudanças*, embora surgissem algumas dificuldades entre as gestantes, elas se revelaram como agentes de mudanças e multiplicadoras do saber entre familiares e outras pessoas do convívio. Estas estavam relacionadas com a ruptura de hábitos insalubres, dependência financeira e resistências dos familiares.

*[...] ai meu pai, que vergonha ... não consegui parar de fumar ainda, mais deu para diminui um pouco. Agora estou fumando só três vezes no dia ... mas isso está bem difícil. (G1, 18 anos)*

*[...] nessa parte já não deu para fazer muita coisa ... a minha sogra já tem os costumes dela e não da para mexer muito, não posso brigar com ela [...]* (G5, 19 anos)

*[...] não consegui realizar minhas caminhadas, pois estou sempre tão cansada e sem companhia para andar... queria fazer uma academia, mais não tenho dinheiro. (G7, 19 anos)*

*[...] consegui diminui o refrigerante, não tirar totalmente ... mais já é um avanço acho. (G8, 13 anos)*

A mudança de comportamento estava condicionada momentaneamente a situações de dificuldades, que as impediam de efetiva transformação. Todavia, esta condição pode ser reversível, diante da possibilidade de surgirem fatores facilitadores.

Percebemos assim um indício positivo e favorável a mudanças de comportamentos das gestantes envolvidas na produção de sua saúde, onde não se faz necessária uma mudança brusca de comportamento da vida diária, e sim uma mudança voluntária e gradativa.

Mesmo com algumas dificuldades, as gestantes passavam a desenvolver a disseminação de seus conhecimentos apreendidos nos encontros junto a familiares, companheiros, namorados e amigos, reforçando dessa maneira as experiências como “processo estimulador de mudanças individuais e coletivas” (ACIOLI, 2008).

*[...] em casa apesar das dificuldades financeiras todos estão me ajudando, e eu estou conseguindo fazer o certo para evitar a SHEG, eu li com eles o nosso livrinho e falei de algumas coisa que aprendi nos encontros. (G17, 19 anos)*

*[...] conversei com o meu marido e a minha sogra para eles me ajudarem, e graças a Deus está dando certo, tenho acompanhado a minha sogra nas compras para poder aprender a escolher as frutas, verduras, carnes, e o que der para gente compra ... eu ensino para ela e ela me ensina. (G18, 15 anos)*

*[...] a solidariedade é a palavra certa para falar do meu plano, pois ele acabou não sendo só meu ... ele é do voinho, da voinha e do meu namorado também ... nós estamos estudando o livrinho para saber o que fazer (G8, 13 anos)*

A presença de estímulos à ação é um fator decisivo para despertar as percepções de susceptibilidade e severidade e motivar o indivíduo a agir. Nesse caso, os estímulos podem ser internos, aqueles que têm origem na pessoa, e externo, aqueles oriundos do cotidiano (BECKER, 1974). Portanto, neste estudo, consideramos como estímulos externos os encontros ou oficinas educativas e o Plano de Metas de Mudanças.

*[...] preciso me cuidar, não quero passar pelo sufoco que as coleguinhas passaram com esta SHEG. (G24, 14 anos)*

*[...] Deus me livre dessa SHEG,, mulher isso é muito ruim, tenho que mudar, não posso morrer ... já tenho o outro para cuidar, coitada das meninas. (G 18, 15 anos).*

As metas estabelecidas estavam relacionadas com as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco da SHEG, que constituem um estilo de vida saudável: alimentação saudável; gerenciamento do estresse; exercício físico; combate ao sedentarismo; abolição do alcoolismo e do tabagismo e frequência às consultas com seguimento das condutas pertinentes ao pré-natal.

Passamos a perceber com mais consistência porque algumas mudanças foram possíveis e outras não, confirmando o nosso entendimento de que a educação em saúde considera que as ações para aderência de hábitos saudáveis devam ser estabelecidas em conjunto com as pessoas, sendo assim a mudança de comportamento valoriza o saber socialmente construído pelo indivíduo no seu meio social.

A prática regular de exercícios físicos aeróbico foi recomendada e encorajada às gestantes, tais como: caminhar, pedalar, dançar, hidroginástica ou natação, conforme orientação do educador físico e avaliação médica realizada. No entanto, a caminhada foi a modalidade preferida.

Os exercícios aeróbicos praticados no mínimo três vezes por semana, com duração de 20 a 30 minutos, vão contribuir para melhora da resistência cardiovascular e a aptidão física dessas gestantes (JARDIM, MONEGO e SOUSA, 2004).

*[...] mesmo com as minhas dificuldades estou caminhando três vezes por semana, com minha amiga e a vizinha. (G3,16 anos).*

*[...] passei a conhecer as coisas simples que podemos fazer como uma caminhada que ajuda a relaxar, que ajuda na perda de peso, que ajuda também a baixar a pressão, posso também ajudar minha mãe, pois ela é hipertensa. (G23,15 anos).*

Observamos que a mudança em relação ao consumo de alimentos saudáveis passa em algumas famílias a ser um fator importante de aproximação de seus membros, favorecendo a troca de experiências e promovendo a saúde da gestante.

*[...] sabe passei até fazer as compras da minha casa, estou tendo muito cuidado no que vou comprar, tenho acompanhado a minha mãe. E ela está muito admirada, pois estou escolhendo os alimentos que vou comprar, colocando mais frutas, verduras, mais frango e peixe [...]. Em casa todos eram resistentes às mudanças, mais a mãe me ajudou a explicar para eles, que era para melhorar a nossa saúde. (G3, 16 anos).*

*[...] sabe que eu nem acredito, pois parei de comer aqueles salgados de pacote, e diminui os biscoitos recheado ..., conhecer as coisas é bom, hoje estou mais preparada para viver a minha gravidez, já como até legumes de vez em quando. (G24, 14 anos)*

Entre os vícios, o alcoolismo foi relatado por quatro gestantes inicialmente, e após o período de acompanhamento, duas aboliram esse vício, e uma reduziu o consumo. O uso excessivo de álcool compromete o controle da pressão arterial, causando alterações significativas nos níveis pressóricos, embora seus efeitos sejam reversíveis (JARDIM, MONEGO e SOUSA, 2004).

A única gestante tabagista diminuiu a quantidade de cigarros usados ao dia.

*[...] estou firme, continuo fumando só três vezes por dia. (G1, 18 anos)*

A consulta do pré-natal é o espaço que inclui o comparecimento da gestante na unidade de saúde, em no mínimo seis consultas, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. Esses momentos

devem estar voltados para a avaliação, clínica ginecológica e obstétrica das gestantes, permeados pelo processo educativo.

Apesar das gestantes estarem sempre com os seus cartões e até usarem como documento de identidade, essas mulheres não demonstravam o entendimento necessário dos registros ali contidos, sendo, portanto trabalhado em um encontro a importância desse documento para o monitoramento de suas condições de saúde. A educação em saúde deve contribuir para a conscientização individual e coletiva sobre as responsabilidades e direitos relacionados à saúde, bem como necessita utilizar estratégias didáticas que transformem os indivíduos socialmente inseridos em um contexto, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável (CATRIB ET AL, 2003).

Ao encerramento do estudo, percebemos gestantes adeptas à consulta de pré-natal, parcialmente esclarecidas e fortalecidas como cidadãs, preparadas para a interação mútua entre profissional, gestantes e seus familiares.

Por meio de comportamentos adotados, a partir da tecnologia educativa desenvolvida, percebemos nas gestantes a apreensão do saber construído ao longo dos encontros educativos, traçados para que elas possam conquistar e desenvolver uma gravidez livre de danos a sua saúde e a de seu filho. Para essa realidade, foi necessário empoderar essas gestantes adolescentes mediante ações de educação em saúde, que são responsáveis pelas mudanças de comportamentos para o exercício da cidadania, tornando-as responsáveis por sua própria ação de saúde.

Apesar dos benefícios das mudanças, algumas gestantes adolescentes não conseguiram alcançar os fatores protetores da SHEG, portanto mudar comportamentos não é algo tão simplista, porque a mudança implica, em si mesma, uma constante ruptura, ora lenta, ora brusca, da inércia à estabilidade (FREIRE,2005).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Trabalhar com uma população tão especial, como gestantes adolescentes, nos remete a pensar sobre o que representa para ela esta gravidez. Devemos, também, avaliar quais são realmente as suas necessidades, verificando assim o que é para ela promover sua saúde e prevenir e/ou controlar a SHEG e quanto esta afeta a saúde do binômio mãe-filho. Conhecer o comportamento dessas gestantes, para as quais desenvolvemos uma TES, objetiva

a valorização destas, para que sejam atuantes e participativas em todo o processo e não meras espectadoras dos acontecimentos.

A TES possibilitou às gestantes, familiares, companheiros e outras pessoas, condições para reflexão quanto à suscetibilidade e severidade da SHEG, como também passa a mediar as possíveis mudanças, encorajando-os para a tomada de decisão e adoção de condutas saudáveis.

Podemos perceber, por meio da aplicação da TES, que algumas condutas saudáveis não eram seguidas por todas gestantes, embora estivessem conscientizadas sobre a importância destas para a prevenção e/ou controle da SHEG.

Frente aos resultados alcançados, consideramos a aplicação da TES, embasada no MCS, como de singular validade, assim fazendo-se necessário inseri-la no acompanhamento do pré-natal destas mulheres, proporcionando uma assistência eficaz e integralizada.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. *Rev Bras Enferm.* v. 61, n. 1, p. 117-121, 2008.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Portugal: Edições 70, 1977.
- BECKER, M. H. *The Heart Belief Model and Personal Heart Behaviour*. New Jersey: Thorofare, 1974.
- BORN, D. Hipertensão em situações especiais: na gravidez. In: PÓVOA, R. (Org.). *Hipertensão Arterial na Prática Clínica*. São Paulo: Atheneu, 2007
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96. Decreto Nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília. v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996
- CATRIB, A.M.F.; PORDEUS, A. M. J.; ATAIDE, M. B. C.; VIEIRA, N. F. C.; ALBUQUERQUE, V. L. M. Saúde no espaço escolar. In: Barroso, MGT; Vieira, NFC.; Varela, MZV. *Educação em saúde no contexto da promoção humana*. Fortaleza: Demócrito Rocha. 2003.
- DUNCAN, B. B.; SHMIDT, M. I.; GIULIANE, E. R. J. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- CEARÁ, Secretaria da Saúde do Estado. *Mortalidade Materna - análise da situação no Ceará de 1997 – 2005*. Fortaleza, 2007.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2005.
- GONÇALVES, R.; QUINTELLA, F. R. A.; SOBRAL, D. H. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. *Rev. Bras. de Enfermagem.* v. 58, n. 1, p. 61-64, jan./fev. 2005.
- GREGÓRIO, V. R. P. Doença Hipertensiva Específica da Gestação. In: OLIVEIRA, M. E.; MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M. (Org.). **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. 2. ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2007.
- JARDIM, P. C. B. V.; MONEGO, E. T.; SOUSA, A .L. L. A abordagem não medicamentosa do paciente com hipertensão arterial. In: PIERIN, A. M. G. *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. Barueri: Manole, 2004.
- JENKIS, C. D. *Construindo uma saúde melhor: um guia para a mudança de comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- NAKASATO, M. Sal e hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertensão.* v. 11, n. 2, p. 95-97, [s.d.]. 2004.

NOBREGA, A. C. L.; CASTRO, R. R. T.; SOUZA, A. C. Estresse mental e hipertensão arterial sistêmica. *Rev Brasileira de Hipertensão*. v. 14 n. 2 p. 94 – 97, 2007.

ROSENSTOCK, I. M. Historical origins of the health belief model. In: \_\_\_\_\_. *The health belief model and personal health behavior*. United States, Copyright, 1974.

SANTOS, Z. M. S. A. et al. *Cartilha Gravidez saudável e parto seguro: prevenção da DHEG*. Fortaleza: Elsan, 2007.

SCHAL, V. T.; MODENA, C. M. As novas tecnologias de informação e comunicação em educação em saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.). *Críticas e atenuantes – Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. 2006

## 4 CONSIDERAÇÕES REFLEXIVAS

Ao realizar este estudo, logrou-se perceber que desenvolver ações educativas com gestantes adolescentes é bastante complexo, em decorrência da fase de transição no ciclo vital que vivenciam. Esta fase é permeada por conflitos e transformações biológicas e culturais, contudo, a aplicação de uma tecnologia educativa (TE), embasada no Modelo de Crença em Saúde, facilitou a realização deste trabalho, como também estimulou as adolescentes na busca de comportamentos adequados de prevenção e/ou controle dos fatores de risco para a SHEG.

Procurou-se desenvolver as ações educativas, sem alardear o fato de uma gravidez precoce, mais sim contribuir para que essas mulheres consigam realizar práticas que promovam a saúde do binômio mãe-filho, valorizando e respeitando a lição de vida de cada uma.

A TES proposta foi percebida, por elas e por alguns membros familiares, como necessária aos esclarecimentos de situações muitas vezes omitidas de um atendimento pelos profissionais de saúde, em razão do seu volume de trabalho, remetendo, assim, a um atendimento impessoal e sem realização das ações de Educação em Saúde que deveriam contribuir com a promoção da saúde e do bem-estar destas mulheres.

Notou-se que as gestantes adolescentes estavam inseridas em espaços constituídos de fatores de risco para SHEG, *“como se vivessem cercadas por explosivos, prestem a provocar um grande acidente”*, mas a aplicação da TES produziu mudanças comportamentais significantes nestas mulheres, bem como em seus componentes familiares e em outras pessoas do seu convívio. Logo, recomenda-se a inserção desta tecnologia no atendimento sistemático a estas mulheres na rotina do pré-natal.

No estudo, as situações que interferiram na não-adesão de algumas condutas para prevenção e/ou controle da SHEG estão relacionadas com a ruptura de hábitos insalubres, dependência financeira e resistência da família, além da baixa escolaridade, porém as mudanças necessárias a uma melhor qualidade de vida podem ainda ser implementadas, de acordo com alterações e respostas sociais futuras na vida dessas gestantes.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. **Rev Bras Enferm.** v.61, n.1, p.117-121, 2008.
- ANTUNES, J.L.F. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. **Rev de Saúde Publica** v. 42, n.3, p. 562 – 567 , 2008
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Portugal: Edições 70, 1977.
- BECKER, M. H. The Heart Belief Model and Personal Heart Behaviour. New Jersey: Thorofare, 1974.
- BORN, D. Hipertensão em situações especiais na gravidez. In: PÓVOA, R (ORG.). **Hipertensão Arterial na Prática Clínica.** São Paulo: Atheneu, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de informação e informática do SUS (DATASUS). **Sistema de informações de nascidos vivos (SINASC).** Extraído de: <http://www.datasus.gov.br>, acessado em: 02 de março de 2009.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p.
- \_\_\_\_\_, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 126p.
- \_\_\_\_\_, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Área temática de saúde da mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 a. 163p.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para organização de serviços de saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005 b. 44p.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Diabetes e hipertensão na gravidez: manual técnico /** Ministério da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde/FEBRASGO. São Paulo (SP): Ponto; 2004. 99p.
- \_\_\_\_\_, Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 196/96. Decreto N° 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília. v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996

CATRIB, A. M. F; PORDEUS, A. M. J; ATAÍDE, M. B. C; ALBUQUERQUE, V.L M; VIEIRA, N. F. C. Promoção da saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, G. T; VIEIRA, N. F; VARELA, Z. M [org.]. **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

CEARÁ, Secretaria da Saúde do Estado. Mortalidade Materna - análise da situação no Ceará de 1997 – 2005. Fortaleza, 2007.

DUNCAN, B. B.; SHMIDT, M. I.; GIULIANE, E. R. J. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

FERREIRA, R. G; ROCHA, T; SANTOS, W. Mortalidade materna por eclâmpsia. **Ginecol obstet atual**. v.10, n.6, p.28-33, jun., 2001.

GANDELSMAN, A; CARVALHO, B. O; CHAKR, R. M. S; LOPES, R. N. T. A disfunção endotelial na pré-eclâmpsia. **Femina**. V.30, n.7, p.455-460, ago.; 2002.

GONÇALVES, R.; QUINTELLA, F. R. A.; SOBRAL, D. H. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. *Rev. Bras. de Enfermagem*. v. 58, n. 1, p. 61-64, jan./fev. 2005.

GREGÓRIO, V. R. P. Doença Hipertensiva Específica da Gestação. In: OLIVEIRA, M. E.; MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M. (Org.). **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. 2. ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2007.

GUIMARÃES, E. B. Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: SAITO, M. I; SILVA, L. E. **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001.

HEIDEMANN, M. **Adolescência e saúde: uma visão preventiva para profissionais de saúde e educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

JARDIM, P. C. B. V.; MONEGO, E. T.; SOUSA, A .L. L. A abordagem não medicamentosa do paciente com hipertensão arterial. In: PIERIN, A. M. G. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole, 2004.

JENKIS, C. D. Construindo uma saúde melhor: um guia para a mudança de comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MAGALHÃES, M. L. C; FURTADO, F. M; NOGUEIRA, M. B; CARVALHO, F. H. C; ALMEIDA, F. M. L; MATTAR, R; CAMANO, L. Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos? **Rev Bras Ginecol Obstet**. V28, n.8, p.446-452, 2006.

MONTENEGRO, C. A. B; REZENDE FILHO, J; LIMA, M. L. A. Hipertensão crônica e gravidez. **Femina**. v.31, n.8, p729-723, set.; 2003.

- MONTES V, M. M; ALVAREZ, G. C; ARGOTE O, L. A; OSORIO A, A; OSORIO M, O. La adolescente grávida: um desafio para la família en el afrontamiento de su autoestima. **Cogitare**. V.11, n.2, p.105-112, ago. 2006.
- NAKASATO, M. Sal e hipertensão arterial. Rev Bras Hipertensão. v. 11, n. 2, p. 95-97, [s.d.]. 2004.
- NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM – NHBPEP [slide] Disponível em: <[http://hp2010.nhlbihin.net/nhbpep\\_slds/hbppreg\\_ss/main.htm](http://hp2010.nhlbihin.net/nhbpep_slds/hbppreg_ss/main.htm)>. Acessado em 28 Mai. 2008.
- NOBREGA, A. C. L.; CASTRO, R. R. T.; SOUZA, A. C. Estresse mental e hipertensão arterial sistêmica. Rev Brasileira de Hipertensão. v. 14 n. 2 p. 94 – 97, 2007.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Saúde nas Américas**. Washington (D.C): 2007. Publicação científica e técnica. n.622. Vol. I – Regional. CD-ROM.
- PINTO, L.F; MALAFAIA, M.F; BORGE, J. A; BACCARRO, A;SORANV, D.R. **Rev Ciência e Saúde Coletiva** n.10, p.205-213, 2005
- REZENDE, J. **Obstetrícia**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- ROSENSTOCK, I. M. Historical origins of the health belief model. In: \_\_\_\_\_. The health belief model and personal health behavior. United States, Copyright, 1974.
- SANTOS, Z. M. S.; BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C. A interdisciplinaridade na fundamentação da promoção da saúde. In: BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, M. Z. V. **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003. p. 55-58
- SANTOS, Z. M. S. A; NEVES, M. G; NASCIMENTO, J. C; FERNANDEZ, H. T; FEITOZA, J. S. Autocuidado da gestante adolescente na prevenção dos fatores de risco na Síndrome Específica da Gravidez - SHEG. **RBPS** v.20, n.3, p.173-180, 2007.
- SANTOS, Z. M. S. A. et al. Cartilha Gravidez saudável e parto seguro: prevenção da DHEG. Fortaleza: Elsan, 2007.
- SCHAL, V. T.; MODENA, C. M. As novas tecnologias de informação e comunicação em educação em saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.). Críticas e atenuantes – Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- SASS, N.; ATALLAH, A. N. Fisiopatologia da pré-eclampsia. **Revista Hipertensão**. v. 8, n. 3, p. 103-106, [s.d.]. 2005.
- SILVA, J. L. P. A gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. In: SAITO, M. I; SILVA, L. E. **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. 2006

SOUZA, R. P. Adolescência: abordagem do adolescente. In: DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I; GIUGLIANI, E. R. J [Col]. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TEDESCO, J. J. A. Gravidez de alto risco: fatores psicossociais. In: \_\_\_\_\_. **A Grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo (SP): Atheneu; 2002

VIEIRA, C. **Gravidez Precoce**. Núcleo de Educação e Prevenção, 2007.

## APÊNDICES



8. História familiar: Sim ( ) Não ( )
9. Doença vascular: DM ( ) HAS ( ) Doença renal ( )
10. Gestação múltipla: Sim ( ) Não ( )
11. Conflitos emocionais na gestação atual: Sim ( ) Não ( ) Especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Causas dos conflitos \_\_\_\_\_

12. Paternidade diversa: Sim ( ) Não ( )

### III. Conhecimento das gestantes sobre prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG

1. O que você sabe sobre a SHEG? \_\_\_\_\_

2. Quais os fatores de risco da SHEG?

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| ( ) Hipertensão                 | ( ) Paternidade diversa                               |
| ( ) <i>Diabetes mellitus</i>    | ( ) História pregressa de SHEG                        |
| ( ) Gestações múltiplas         | ( ) Elevação de Pressão arterial em gravidez anterior |
| ( ) Gravidez em idades extremas | ( ) Alcoolismo  |
| ( ) Conflitos emocionais        | ( ) Elevação de Pressão arterial em gravidez atual    |
| ( ) Nível socioeconômico        | ( ) Doença renal                                      |
| ( ) Raça/cor negra              | ( ) Primiparidade                                     |
| ( ) Sobrepeso/obesidade         |   |
| ( ) Multiparidade               |   |
| ( ) História familiar           |   |

3. Qual (is) conduta (s) de prevenção dos fatores de risco?

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| ( ) Redução do sal               | ( ) Preferência por carnes brancas              |
| ( ) Controle do peso             | ( ) Preferência por vegetais                    |
| ( ) Controle da pressão arterial | ( ) Uso de adoçantes dietéticos                 |
| ( ) Exercício físico regular     | ( ) Redução de carboidratos simples e complexos |
| ( ) Abolição do tabagismo        | ( ) Refeições fracionadas (5 a 6/dia)           |
| ( ) Abolição do álcool           | ( ) Gerenciamento do estresse                   |
| ( ) Gerenciamento do estresse    | ( ) Diversidade de laser                        |
| ( ) Uso de gordura vegetal       | ( ) Comparecimento às consultas do Pré-natal    |
| ( ) Uso de até 100ml de café/dia |   |

4. Que condutas são adotadas para o controle dos fatores de risco:

### **Hipertensão arterial**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Redução do sal               | <input type="checkbox"/> Uso de gordura vegetal            |
| <input type="checkbox"/> Controle do peso             | <input type="checkbox"/> Uso de até 100ml de café/dia      |
| <input type="checkbox"/> Controle da pressão arterial | <input type="checkbox"/> Preferência por carnes brancas    |
| <input type="checkbox"/> Exercício físico regular     | <input type="checkbox"/> Preferência por vegetais          |
| <input type="checkbox"/> Abolição do tabagismo        | <input type="checkbox"/> Uso de adoçantes dietéticos       |
| <input type="checkbox"/> Abolição do álcool           | <input type="checkbox"/> Uso adequado de antihipertensivos |
| <input type="checkbox"/> Gerenciamento do estresse    | <input type="checkbox"/> Comparecimento às consultas       |

### ***Diabetes Mellitus***

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Redução do sal                 | <input type="checkbox"/> Abolição do tabagismo            |
| <input type="checkbox"/> Uso de gordura vegetal         | <input type="checkbox"/> Abolição do álcool               |
| <input type="checkbox"/> Uso de adoçantes dietéticos    | <input type="checkbox"/> Uso adequado de hipoglicemiantes |
| <input type="checkbox"/> Preferência por carnes brancas | <input type="checkbox"/> Comparecimento às consultas      |
| <input type="checkbox"/> Controle do peso               | <input type="checkbox"/> Controle da pressão arterial     |
| <input type="checkbox"/> Preferência por vegetais       | <input type="checkbox"/> Exercício físico regular         |
| <input type="checkbox"/> Controle da pressão arterial   |   |

### **Sobrepeso/ Obesidade**

- Controle do peso
- Uso de gordura vegetal
- Uso de adoçantes dietéticos
- Preferência por vegetais
- Exercício físico regular
- Redução de carboidratos complexos
- Refeições fracionadas ( 5 a 6/dia)

**Multiparidade**

( ) Fazer planejamento familiar

A. Contraceptivos naturais:

( ) Preservativo ( ) Coito interrompido ( ) Tabela ( ) Ovulação

B. Contraceptivo de barreira:

( ) Diafragma ( ) DIU

C. Contraceptivo químico:

( ) Esponja vaginal ( ) Geléia espermicida ( ) Vasectomia ( ) Laqueadura

( ) Anticoncepcional oral ( ) Anticoncepcional injetável ( ) Adesivo intradérmico

**Conflitos emocionais**

( ) União estável ( ) Gerenciamento do estresse ( ) Dinâmica familiar estável

( ) Diversidade de laser ( ) Evitar a ociosidade

5. Você recebeu orientações sobre a prevenção?

Sim ( ) Não ( ) Quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E sobre o controle?

Sim ( ) Não ( ) Quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Quem orientou?

( ) Enfermeiros ( ) Médico ( ) Agente de saúde ( ) Amigos

( ) Familiares ( ) Outros Especifique \_\_\_\_\_

7. Foi orientada em relação à:

( ) Hábito alimentar: Justifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) Abolição do tabagismo: Justifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) Abolição do álcool: Justifique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) Uso de bebidas contendo cafeína: Justifique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) Prática regular de exercício físico: Justifique: \_\_\_\_\_

( ) Sono e repouso: Justifique \_\_\_\_\_

( ) Uso de medicamentos: Justifique \_\_\_\_\_

### III. Condutas relacionadas à prevenção e ao controle dos fatores de risco da SHEG

1. Uso do sal: Nenhum ( ) Pouco ( ) Muito ( )

2. Uso de gordura: Animal ( ) Vegetal ( ) Ambas ( )

3. Preferência por vegetais: Sim ( ) Não ( )

4. Preferência por carnes: Brancas ( ) Vermelha ( ) Ambas ( )

5. Outras preferências alimentares: \_\_\_\_\_

6. Abstenção do tabagismo: Sim ( ) Não ( )

7. Uso de bebidas alcoólicas: Sim ( ) Não ( )

8. Ingesta de café: (até 100 ml/ dia): Sim ( ) Não ( )

9. Sono e repouso adequado: Sim ( ) Não ( )

10. Ingesta hídrica ( a partir de 2.500 ml/dia ): Sim ( ) Não ( )

11. Gerenciamento do estresse: Sim ( ) Não ( )

12. Controle do peso: Sim ( ) Não ( )

Peso: antes da gestação \_\_\_\_\_ atual \_\_\_\_\_

13. Exercício físico regular: Sim ( ) Não ( )

14. Automedicação: Sim ( ) Não ( )

Qual (is)? \_\_\_\_\_

## Apêndice 2

### ENTREVISTA FINAL 1

#### DIMENSÃO DO MODELO DE CRENÇAS

##### **I. Percepção da susceptibilidade**

1. Comente sobre SHEG.
2. Discorra sobre os fatores de risco da SHEG.
3. No seu entendimento, fale sobre as condutas de prevenção dos fatores de risco
4. E sobre as condutas de controle.

##### **II. Percepção de severidade**

1. O que você acha que pode acontecer se você tiver SHEG? Com você? Com seu filho?
2. Você tem algum fator de risco para SHEG?

##### **III. Avaliação do impacto da tecnologia em saúde na prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG.**

1. Benefícios percebidos e dificuldades percebidas
2. Comente sobre o seu “Plano de Metas”
3. Descreva as suas experiências com a execução deste plano.
4. Comente sobre suas expectativas de mudanças nos seus hábitos com relação ao estilo de vida saudável, tendo como base o seu Plano de Metas.

### **Apêndice 3**

#### **ENTREVISTA FINAL 2**

##### **Motivação para mudanças.**

#### **I. Avaliação do impacto da tecnologia em saúde na prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG.**

- 1) Você continuou com o Plano de metas? Fale sobre suas experiências
- 2) Com a implementação do plano de metas, houve mudanças nos seus hábitos com vista a prevenir e/ou controlar os fatores de risco da SHEG?.
- 3) E na família, houve repercussão mediante a implementação das metas de mudanças?
- 4) Qual sua intenção com vista à prevenção e controle da SHEG?

## Apêndice 4

## CONVITE

CONVITE



VENHA PARTICIPAR DA NOSSA  
REUNIÃO PARA GESTANTES.  
LOCAL  
DIA  
HORA

CONVITE

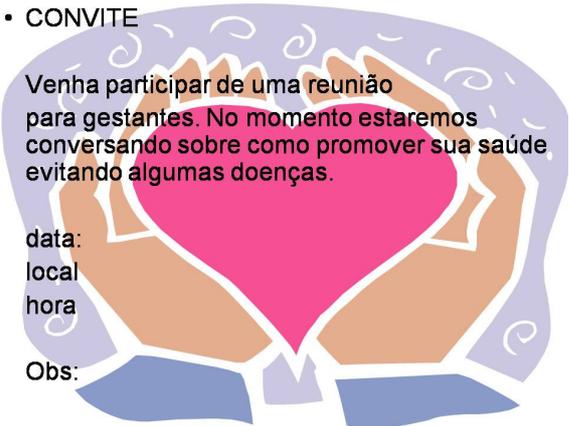


• CONVITE

Venha participar de uma reunião  
para gestantes. No momento estaremos  
conversando sobre como promover sua saúde  
evitando algumas doenças.

data:  
local  
hora

Obs:



AMAR É



PREVENIR A HIPERTENSÃO

## Apêndice 5

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Marlucilena Pinheiro da Silva**, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **Prevenção e/ou controle dos fatores de risco da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez – uma tecnologia em saúde embasada no modelo de crença**. Portanto, venho solicitar sua colaboração para participar da pesquisa, respondendo as entrevistas, participando de encontros educativos, relacionados ao objetivo geral do estudo – Analisar o impacto da aplicação de uma tecnologia em saúde na prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG, em adolescentes embasada no modelo de crenças. Esclareço que as menores de 18 anos precisam da autorização dos pais ou responsáveis e informações coletadas nas entrevistas e encontros, somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa; você tem a liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa. Também esclareço que seu anonimato será preservado e em nenhum momento você terá prejuízo financeiro. Em caso de esclarecimento entrar em contato com a pesquisadora responsável, no endereço: Av. Washington Soares, 1321. Edson Queiroz Fortaleza – Ceará. (85) 3477-3280.

Gostaria de colocar que a sua participação será de extrema importância para o desenvolvimento da pesquisa, e para aplicação dos seus resultados, que subsidiarão o planejamento de estratégias de educação em saúde, numa parceria universidade/UBASF, para fins de promoção da saúde da adolescente grávida.

#### **Dados da entrevistada**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

#### **Consentimento pós-esclarecimento**

Declaro que após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da entrevistada

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) responsável pela menor

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisador

**ANEXOS**

## Anexo 1

### DINÂMICAS DE GRUPO

#### 1 CARINHOS QUENTES *Powerpoint* - Marluclena

janeiro de 2008 ... Era fácil receber *Carinhos Quentes*, sempre que alguém queria,... Os *Carinhos Quentes* faziam as pessoas se sentirem felizes e protegidas,...

**Objetivo** – Promover a relação interpessoal, interação e vínculo.

#### 2 ENTREVISTA

**Objetivo:** Iniciar o processo de integração do grupo, partindo da forma mais elementar de se estabelecer um relacionamento: a conversa a dois.

**Tempo Previsto:** 30 minutos.

**Procedimentos:** O facilitador deve dar todo o esclarecimento necessário antes de iniciar a dinâmica. É importante a participação integral para que, ao final, todos saibam quem é quem. Os participantes devem se agrupar em duplas, de preferência desconhecidas. As duplas deverão conversar durante cinco minutos, em forma de entrevista. Ao término do tempo, todos voltarão ao grupo, onde cada membro fará a apresentação de seu novo colega. Não é permitida a auto-apresentação.

#### 3 VER VENDENDO... **Para Reflexão.**

De tanto ver, a gente banaliza o olhar;

Vê...não vendo.

Experimente ver, pela primeira vez, o que você vê todo dia, sem ver.

Parece fácil, mas não é;

O que nos cerca, o que nos é familiar, já não desperta curiosidade.

O campo visual da nossa retina é como um vazio.

Você sai todos os dias, pela mesma porta...

Se alguém lhe perguntar o que vê no caminho, você não sabe.

O hábito suja os olhos e baixa a voltagem.

Mas há sempre o que ver: Gente, coisas, bichos.

E vemos? Não, não vemos.

Uma criança vê o que um adulto não vê.

Tem olhos atentos e limpos para o espetáculo do mundo.

O poeta é capaz de ver pela primeira vez, o que, de tão visto, ninguém vê.

Há pai que raramente vê o próprio filho.

Marido que nunca viu a própria esposa.

Nossos olhos se gastam no dia-a-dia, opacos. ...

É por aí que se instala o "monstro da indiferença". Autor Desconhecido

#### **4 PAPEL AMASSADO**

**Objetivo:** Levar os participantes a refletir sobre o seu aprendizado e avaliar a experiência vivenciada – o quanto foi válida e o quanto agregou de novo ao seu nível de conhecimento anterior.

**Tempo Previsto:** 15 minutos.

**Procedimento:** O facilitador informa a todos que se preparem, pois “iremos realizar a nossa prova final de mensuração do nível de aprendizado do grupo”. Depois, distribui uma folha de papel em branco para cada participante, orientando que todos formem um grande círculo. Em seguida, pede que amassem o máximo que puderem a folha de papel. Por último, inicia-se a música e, em seguida, solicita-se que os participantes tentem fazer com que as folhas ao que era antes, ou seja, desamassadas. Deixa-se a música tocar por algum tempo.

#### **5 O REPOLHO**

**Objetivo:** Avaliar o aprendizado do grupo.

**Tempo Previsto:** 15 minutos.

**Procedimentos:** O grupo deverá ficar em círculo, quando circulará uma bola formada com folhas de papel contendo perguntas sobre o encontro. A bola de papel deverá circular pelo grupo, quando estiver tocando uma música. Quando o som parar, o participante que estiver com a bola, tirará uma folha e responderá à pergunta.

Anexo 2

CARTÃO DA GESTANTE

IDADE ANOS MENOR DE 15 <input type="checkbox"/> MAIOR DE 35 <input type="checkbox"/>	Nº DE HISTÓRIA CLÍNICA	ALFABETIZADA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ESTUDOS <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO <input type="checkbox"/> PRIMÁRIO <input type="checkbox"/> UNIVERSITÁR.	ANOS COMPLETOS	ESTADO CIVIL / UNIÃO CASAD. ESTÁVEL SOLT. OUTRO
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>PESSOAIS</b>	<b>OBSTÉTRICOS</b> (Anotar o nº de)	<b>NASC. VIVOS</b>	<b>NASC. MORTOS</b>	<b>ALGUM RN PESOU MENOS DE 2.500 g.</b>
<b>FAMILIARES</b> DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> HIPERT. ART. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GEMELARES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> INFERTILIDADE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIPERT. CRÔNICA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CIRURG. PÉLV. UTERINA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	GESTAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ABORTOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS <input type="checkbox"/>	VAGINAIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CESÁREAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	VIVEM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MORRERAM 1ª SEMANA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MORRERAM Após 1ª Semana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
<b>GRAVIDEZ ATUAL</b>	PESO ANTERIOR <input type="text"/> Kg.	ESTATURA <input type="text"/>	DÚVIDAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	ANTITÉTICA PRÉVIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	ATUAL 1ª MÊS <input type="text"/> 2ª/F MÊS <input type="text"/>
EX. CLÍNICO NORMAL <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	EX. DAS MAMAS NORMAL <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	EX. ODONTOL. NORMAL <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	PÉLVIS NORMAL <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	PAPNICOLAU NORMAL <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	COLPOSCOPIA NORMAL <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
EX. CLÍNICO CERVIX <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	V.D,R,L <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	SENSIB. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	GRUPO Rh <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	TRANSF. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL: <input type="text"/>
CONSULTA Nº 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
DATA					

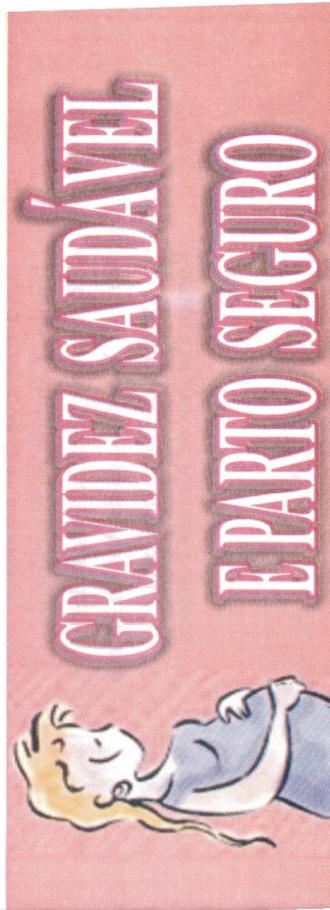
SEMANAS DE AMENORRÉIA	PESO (Kg)	PRESSÃO ARTERIAL MÁX./MIN (mm Hg.)	ALTURA UTERINA (Cm) APRESENT.	BCF / MOV. FETAL	ASSINAT. DO MÉDICO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>PARTO</b>	IDADE GESTA	TAMANHO FETAL CORRESPONDE	INÍCIO	MEMBRANAS	CEF. <input type="checkbox"/>	<b>PATOLOGIA NA GESTAÇÃO/PARTO/PUERPÉRIO</b>
HOSPITAL: <input type="checkbox"/> MENOR DE 37 OU MAIOR DE 42 <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	IND. <input type="checkbox"/> ESP. <input type="checkbox"/>	INT. <input type="checkbox"/> ROT. <input type="checkbox"/>	DATA HORA DIA MÊS	RUTURA PÉLV. <input type="checkbox"/> TRAN. <input type="checkbox"/>	GRAVIDEZ MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> DESPROP. CEF. PÉLV. <input type="checkbox"/>
TERMINAÇÃO EXP. <input type="checkbox"/> CES. <input type="checkbox"/> FORC. <input type="checkbox"/> OUT. <input type="checkbox"/>	HORA MINUTO DIA MÊS ANO	MORTE FETAL NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	NÍVEL DE ATENÇÃO 3º 2º 1º DOMIC. OUTRO	ATENDEU: MÉDIC. ENF/PAR. AUX. EMPIR. OUTR.	PARTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	HIPERTENSÃO PRÉVIA <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 1º TRIMES. <input type="checkbox"/>
EPISIOTOMIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	DEQUIT. EXP. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	MOMENTO: PARTO <input type="checkbox"/> GRAV. <input type="checkbox"/> IGNO. <input type="checkbox"/>	NEONATO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MEDICAÇÃO NO PARTO <input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA REG. <input type="checkbox"/> ANEST. GERAL <input type="checkbox"/>	ANALGÉSICO <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTE <input type="checkbox"/> OCITOL. <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/>	PRÉ-ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 2º TRIMES. <input type="checkbox"/>
LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	PLACENTA COMPL. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	GRAV. <input type="checkbox"/> IGNO. <input type="checkbox"/>	PARASITOSSES <input type="checkbox"/>	AMEAÇA DE PARTO PREMAT. <input type="checkbox"/>	AMEAÇA DE PARTO PREMAT. <input type="checkbox"/>	ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA <input type="checkbox"/>
						DIABETES <input type="checkbox"/> RUTURA PREMAT. MEM. <input type="checkbox"/>
						INFECÇÃO CRÔNICA <input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPER. <input type="checkbox"/>
						OUTRAS INFECÇÕES <input type="checkbox"/> HEMORRAG. PUERPE. <input type="checkbox"/>
						OUTRA <input type="checkbox"/>
						NENHUMA <input type="checkbox"/>

<b>RECÉM-NASCIDO</b>	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	V.D,R,L <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 5º <input type="checkbox"/> 6 OU MENOS <input type="checkbox"/>	APGAR MINUTO <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 5º <input type="checkbox"/>	REANIMAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	PESO AO NASCER <input type="text"/> g. MENOR DE 2.500 g. <input type="checkbox"/>	IDADE POR EXAME FÍSICO <input type="text"/> Sem. MENOR DE 37 SEMANAS <input type="checkbox"/>	PESO/I.G. ADEQ. <input type="checkbox"/> PEQ. <input type="checkbox"/> GRAN. <input type="checkbox"/>	EX. FÍSICO IMEDIATO NORMAL <input type="checkbox"/> ANORM. <input type="checkbox"/>	HOR. OU DIAS PÓS-PART. OU ABORTO	TEMPERATURA	PULSO (BAT./MINUTO)	PRESSÃO ARTER. MÁX./MIN. (mm Hg)	INVÓL. UTERINA	CARACTERÍST. DOS LÓQUIOS
ESTATURA <input type="text"/> Cm	EX. FÍSICO PRÉ-ALTA NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	EX. NEURO. NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> DUVIDOSO <input type="checkbox"/>	PATOLOGIAS M. HIALINA <input type="checkbox"/> S. ASPIRAT. <input type="checkbox"/> OUTROS SDR <input type="checkbox"/> APNÉIAS <input type="checkbox"/>	HEMORRA. <input type="checkbox"/> HIPERBILL. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO <input type="checkbox"/> NEUROL. <input type="checkbox"/>	A. CONG. <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/>	ALTA MATERNA	MORTE MATERNA	CONDON <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> LIG. DE TRO. <input type="checkbox"/> RITMO <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/>						
PER. CEF. <input type="text"/> Cm	EX. FÍSICO PRÉ-ALTA NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	EX. NEURO. NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> DUVIDOSO <input type="checkbox"/>	PATOLOGIAS M. HIALINA <input type="checkbox"/> S. ASPIRAT. <input type="checkbox"/> OUTROS SDR <input type="checkbox"/> APNÉIAS <input type="checkbox"/>	HEMORRA. <input type="checkbox"/> HIPERBILL. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO <input type="checkbox"/> NEUROL. <input type="checkbox"/>	A. CONG. <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/>	ALTA MATERNA	MORTE MATERNA	CONDON <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> LIG. DE TRO. <input type="checkbox"/> RITMO <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/>						
RN ALOJ./CONJ. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	ALTA DO RN SADIO <input type="checkbox"/> TRANSF. <input type="checkbox"/> C/PATOL. <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/>	IDADE NA ALTA/TRANSFERÊNCIA <input type="text"/> DIAS <input type="text"/> HORAS <input type="text"/>	IDADE AO FALECER <input type="text"/> DIAS <input type="text"/> HORAS <input type="text"/>	ALIMENTAÇÃO PEITO <input type="checkbox"/> MIXTO <input type="checkbox"/> ARTIFIC. <input type="checkbox"/>	ALTA MATERNA	MORTE MATERNA	CONDON <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> LIG. DE TRO. <input type="checkbox"/> RITMO <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/>							

## Anexo 3

**TECNOLOGIA EM SAÚDE – GRAVIDEZ SAUDÁVEL E PARTO SEGURO:  
PREVENÇÃO DA DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ.**



**PREVENÇÃO DA DHEG**

*Doença Hipertensiva Específica da Gestação*

**ORGANIZADORES**

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos  
 Ângela Regina de Vasconcelos Silva  
 Raimunda Magalhães da Silva  
 Janaina da Silva Feitosa  
 Jennara Cândido do Nascimento  
 Helexciana Teixeira Fernandes  
 Germana de Vasconcelos de Autran Nunes  
 Andréa de Carvalho Costa  
 Romeu Parente de Moraes Fonseca

**APOIO**

MCT/SCTIE/DECIT/MS/CNPQ

**DIAGRAMAÇÃO**

I.G. ARTES GRÁFICAS

**IMPRESSÃO GRÁFICA**

Gráfica Elsan

FORTALEZA-CEARÁ

2007

## Anexo 4

## PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER N°. 008/2008

**Projeto de Pesquisa:** Prevenção e/ou controle dos fatores de risco da Síndrome hipertensiva da gravidez- uma tecnologia em saúde embasada no modelo de crenças.

**Pesquisador Responsável:** Marluclena Pinheiro da Silva

**Data de apresentação ao COÉTICA:** 08/02/08

**Registro no COÉTICA:** 08-004

**CAAE:** 0101.0.000.037-08

**Parecer:** APROVADO na data de 25/02/08

**Prof. Dr. Haroldo Rodrigues de Albuquerque Júnior**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA