



## **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DE FAMÍLIA**

### **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**Estratégia de educação a adolescentes para diminuir o índice de gestações precoces. Unidade Básica Saúde São Francisco 2 São Paulo.**

**MAIS  
MÉDICOS  
PARA  
O BRASIL**

**MAIS  
SAÚDE  
PARA  
VOCÊ**

**Autor: Dr Yasel Hernandez Marrero. \***

**Orientador: Wuber Jefferson De Souza Soares.**

**\*Especialista em Primer Grau em Medicina General Integral.**

**São Paulo**

**Abril/2015**

## Sumario:

Introdução-----	03
Objetivos-----	05
Revisão bibliográfica-----	06
Metodologia-----	10
Resultados esperados-----	13
Cronograma-----	14
Anexos-----	15
Referencias-----	19



## Introdução:

Gravidez corresponde ao período de cerca de nove meses de gestação nos seres humanos, contado a partir da fecundação e implantação do ovo no útero até ao nascimento. Durante este período, o ovo fecundado torna-se um embrião e é alimentado pela mãe através da placenta. A partir do terceiro mês, o embrião passa a ser designado feto e apresenta já a forma humana que se desenvolverá até ao nascimento. O parto ocorre geralmente cerca de 40 semanas após a concepção o que, em mulheres com ciclo menstrual de quatro semanas, corresponde a aproximadamente 40 semanas após o início do último período menstrual normal<sup>1</sup>.

A presença e o crescimento do feto e da placenta determinam um conjunto de fenômenos adaptativos físicos, hormonais e bioquímicos do organismo materno. Na gravidez ocorre um aumento de todos os hormônios e ainda surgem outros como a gonadotrofina coriônica humana (hormônio exclusivo da gravidez) e o lactogênio placentário. O volume e a massa uterinos aumentam e assim determinam o aumento abdominal, o aparecimento de estrias e as adaptações posturais maternas. Também o metabolismo energético e de sais minerais se altera com o processo<sup>2</sup>.

A Gravidez na adolescência, como o próprio nome define, consiste na gravidez de uma adolescente. Apesar de a Organização Mundial de Saúde considerar a adolescência como o período de dez (período onde a mulher tem a sua primeira menstruação geralmente) a vinte anos na vida de um indivíduo, cada país especifica a idade em que seus cidadãos passam a ser considerados adultos (a chamada maioria legal) ainda podendo ser influenciados localmente por fatores culturais<sup>3</sup>.

Como fator fundamental para a ocorrência da gravidez está a ocorrência da menarca, o primeiro período menstrual, que ocorre próximo aos 12,15 anos, embora este valor varie de acordo com a etnia<sup>3</sup>. A gravidez na adolescência envolve muito mais do que problemas físicos, pois há também problemas emocionais, sociais, entre outros. Uma jovem de 14 anos, por exemplo, não está preparada para cuidar de um bebê, muito menos de uma família. Entretanto, o seu organismo já está preparado para prosseguir com a gestação, já que, a partir do momento da menstruação, a maturidade sexual já está estabelecida.

Outra polêmica, é o de mães solteiras, por serem muito jovens os rapazes e as moças não assumem um compromisso sério e na maioria dos casos quando surge a gravidez um dos dois abandona a relação sem se importar com as consequências. Este é apenas um dos motivos que faz crescer consideravelmente a cada ano o número de pais e mães jovens e solteiros<sup>4</sup>.

A gestação na adolescência tem sido citada entre os fatores de risco para o baixo peso ao nascer<sup>5</sup>, porém com resultados contraditórios em diferentes pesquisas. No Brasil há variações regionais de 10% a 23,3% de BP entre

recém-nascidos de mães com menos de 20 anos<sup>6,7</sup>. É discutível se a prevalência de BP entre os filhos de mães adolescentes seria atribuída à idade cronológica (imaturidade biológica) na qual o crescimento materno ainda está acontecendo<sup>8,9</sup> ou a outros fatores externos que possam estar atuando negativamente sobre os resultados gestacionais.

Sobre os países desenvolvidos, diversos autores referem uma tendência de queda na proporção de gravidez na adolescência a partir dos anos 80. Arias et al, relataram que, nos Estados Unidos, essa taxa caiu 31% desde 1991. Creatas, num estudo em 11 países europeus, também observou a tendência de essa taxa se manter estável ou até diminuir. Na Alemanha, por exemplo, que tem a maior taxa de gravidez na adolescência da Europa, o índice caiu de 21% em 1987 para 13% em 1989<sup>10</sup>.

Entre as regiões em desenvolvimento, o Oeste da África e a África Central têm o maior percentual (28%) de mulheres com idades entre 20 e 24 anos que relataram ter tido um parto antes dos 18 anos. Entre as regiões em desenvolvimento, o Oeste da África e a África Central apresentam o maior percentual informado (6%) de partos antes dos 15 anos, enquanto o Leste da Europa e a Ásia Central apresentam o menor percentual (0,2 %) <sup>11</sup>. A região da América Latina e Caribe é a única onde o número de partos de meninas com menos de 15 anos de idade aumentou. Nesta região, projetasse que tais nascimentos devem aumentar ligeiramente até 2030. Na África Subsaariana, prevê-se que os partos de meninas com menos de 15 anos de idade devem quase dobrar nos próximos 17 anos. Até 2030, espera-se que o número de mães menores de 15 anos na África Subsaariana deva igualar-se ao do Sul da Ásia<sup>11</sup>.

Em Brasil, 26,8% da população sexualmente ativa (15-64 anos) iniciou sua vida sexual antes dos 15 anos. Cerca de 19,3% das crianças nascidas vivas em 2010 no Brasil são filhos e filhas de mulheres de 19 anos ou menos. Em 2009, 2,8% das adolescentes de 12 a 17 anos possuíam um filho ou mais. Em 2010, 12% das adolescentes de 15 a 19 anos possuíam pelo menos um filho (em 2000, o índice para essa faixa etária era de 15%)<sup>12</sup>.

Balanço da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em parceria com a Fundação Seade aponta que o índice de gravidez na adolescência no Estado caiu 26,5% em 13 anos e atingiu, em 2011, seu menor nível em 13 anos no Estado. Em 1999, as adolescentes gestantes representaram 19,8% do total de nascidos vivos no Estado. Em 2000, o índice ficou em 19,4%; em 2001, as adolescentes grávidas eram 19,1% do total e, em 2002, 18,4%<sup>13</sup>. Em 2003, a porcentagem de nascidos vivos de jovens mães foi de 17,5%. Já em 2004, o índice ficou em 17% do total de partos e, em 2005, as adolescentes grávidas representaram uma porcentagem de 16,9% do total do Estado. O índice continuou caindo e, em 2006, as adolescentes representaram 16,6% dos partos de todo o Estado. Em 2007, a porcentagem de partos de jovens entre 10 e 19 anos ficou em 16,3%. Em 2008, as adolescentes representaram 15,7% do total do Estado e em 2009, 15,4%. Em 2010, o índice de adolescentes grávidas foi de 14,8% do total de nascidos vivos<sup>13</sup>.

## Objetivos:

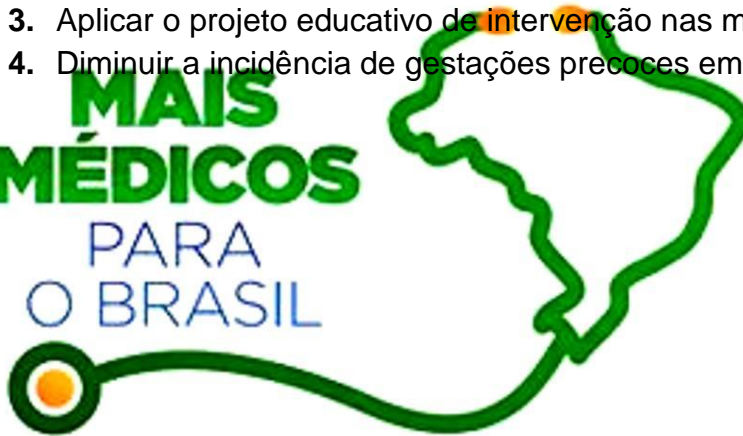
### Objetivo geral:

Diminuir a incidência de gestações precoces, assim como as complicações da mesma a traves de uma estratégia de intervenção educativa em a UBS São Francisco 2, região de São Mateus, zona leste de São Paulo.

### Objetivos específicos:

1. Identificar o numero de gestantes precoces da UBS São Francisco 2 assim como as adolescentes da área.
2. Criar ações de educação em saúde, comunicação e mobilização social sobre a importância de uso de anticonceptivos e relações sexuais saudáveis.
3. Aplicar o projeto educativo de intervenção nas mulheres adolescentes.
4. Diminuir a incidência de gestações precoces em a UBS São Francisco 2.

**MAIS  
MÉDICOS**  
PARA  
O BRASIL



**MAIS  
SAÚDE**  
PARA  
VOCÊ



## Revisão bibliográfica:

A gravidez é o período de crescimento e desenvolvimento do embrião na mulher e envolve várias alterações físicas e psicológicas. Desde o crescimento do útero e alterações nas mamas a preocupações sobre o futuro da criança que ainda irá nascer. São pensamentos e alterações importantes para o período<sup>14</sup>.

A concepção pode dar-se através de relações sexuais ou ser medicamente assistida. Os primeiros sinais que indicam uma possível gravidez são a interrupção da menstruação e a alteração na forma dos seios. Até às oito semanas, o ser humano em desenvolvimento denomina-se embrião<sup>15</sup>. O desenvolvimento do embrião tem início com a divisão do ovo em múltiplas células e é nesta fase que aparece a maior parte dos órgãos, muitos deles funcionais<sup>16</sup>.

Ao fim da oitava semana, o embrião adquire a forma humana e passa a ser designado feto<sup>17</sup>. É comum a divisão convencional da gravidez humana em três trimestres, de forma a simplificar a referência às diferentes fases do desenvolvimento pré-natal. No primeiro trimestre existe risco acrescido de aborto espontâneo (morte natural) do embrião ou do feto). Durante o segundo trimestre, o desenvolvimento do feto pode ser mais facilmente monitorizado e diagnosticado. O terceiro trimestre é marcado pelo desenvolvimento completo do feto e de tecido adiposo fetal<sup>18</sup>. O ponto de viabilidade fetal, ou o momento a partir do qual é o feto é capaz de sobreviver fora do útero, geralmente coincide com o fim do segundo trimestre ou início do terceiro, embora os nascimentos nesta fase apresentem maior risco de doenças e de morte<sup>19</sup>.

A idade embriológica da gestação é contada a partir da fecundação do óvulo. No entanto, é praticamente impossível a identificação do momento em que ocorreu a fecundação ou a data correta do coito ou da ovulação. Por isso, convencionou-se contar a idade da gravidez a partir de um marco mais fácil de identificar: o primeiro dia do último período menstrual da mulher. Trata-se da idade obstétrica da gravidez. Quando o clínico ou o ultrassonografia a se refere a qualquer idade gestacional, está usando como marco esta data. É evidente que no período entre o início do ciclo menstrual e a fecundação (supostamente ocorrida 14 dias depois do início do ciclo menstrual) ou a nidação (considerando-se o início fisiológico da gravidez na mulher) não há ainda a gravidez. Trata-se de marcador impreciso, mas é o único disponível<sup>2</sup>.

A idade gestacional (IG) é definida como o tempo transcorrido entre o primeiro dia da última menstruação (DUM) e a data atual, medido em semanas e dias. A duração da gravidez tendo-se como base a DUM é, em média, de 280 dias ou 40 semanas, 10 meses lunares (de 4 semanas). Devemos nos lembrar que a duração da gestação varia segundo as características da mãe e do concepto. Também pode haver imprecisão na caracterização do último período menstrual.

Em aproximadamente 20% dos casos, observa-se discordância entre a idade gestacional calculada pela DUM e aquela estimada pela ultrassonografia. O exame ultrassonográfico é mais preciso para a avaliação da idade gestacional quando efetuado precocemente. Quanto mais precoce o exame, mais precisa esta avaliação. Nesses casos, se a idade calculada pela DUM se situar dentro da margem de erro da estimativa ultrassonográfica (aproximadamente  $\pm 1$  semana no 1º trimestre da gravidez,  $\pm 2$  semanas no 2º trimestre da gravidez e  $\pm 3$  semanas no 3º trimestre da gravidez), ela é aceita como correta. Caso contrário, utiliza-se a idade calculada pela ultrassonografia como datação para a gestação<sup>2</sup>.

A gravidez pode acontecer de várias formas. A mais comum acontece quando o pênis penetra a vagina. Quando há uma grande expelição de esperma, alguns espermatozoides podem conseguir atingir o óvulo. Outra forma é pela fertilização in vitro<sup>2</sup>.

Os períodos da gestação som:

- Gravidez a termo - Entre 37 semanas completas e 42 semanas incompletas.
- Gravidez pós termo - 42 semanas completas e mais.
- Gravidez pré termo ou prematura - Menos de 37 semanas e mais de 20-21 semanas completas.
- Período de abortamento - Concepto com menos de 500g (gravidez de menos de 20-22 semanas).

A presença e o crescimento do feto e da placenta determinam um conjunto de fenômenos adaptativos físicos, hormonais e bioquímicos do organismo materno. Na gravidez ocorre um aumento de todos os hormônios e ainda surgem outros como a gonadotrofina coriônica humana (hormônio exclusivo da gravidez) e o lactogênio placentário. O volume e a massa uterinos aumentam e assim determinam o aumento abdominal, o aparecimento de estrias e as adaptações posturais maternas. Também o metabolismo energético e de sais minerais se altera com o processo<sup>2</sup>.

### Modificações locais

Estas modificações estão relacionadas aos órgãos genitais, que são afetados tanto pelo crescimento fetal, quanto pelas alterações hormonais vigentes.

### Útero

O útero tem seu volume aumentado em centenas de vezes, sua consistência diminuída e sua massa aumentada de menos de 100g para mais de 1 kg. De piriforme torna-se globoso e, depois da vigésima semana, cilíndrico. Esta última alteração é também chamada de conversão uterina. Seu crescimento na posição inicial de anteversoflexão é acentuado até a décima segunda semana, o que causa compressão da bexiga e, por isso, aumento da frequência urinária. Após esse período, o crescimento torna-se mais longitudinal e a fixação do colo sigmoide no retroperitônio determina uma dextrorrotação do órgão. A

acomodação uterina também envolve a hiperplasia do miométrio, antes da nidação, e, após este fenômeno, sua hipertrofia e seu alongamento, dependente do estiramento das fibras musculares lisas. O espessamento do muco cervical, determinado principalmente pela atuação da progesterona, é responsável pela formação da Rolha de Schröder, que isola o ambiente fetal do ambiente externo, como uma proteção contra infecções. A percepção materna do desprendimento desse muco é um sinal de abertura do colo uterino podendo estar associada à proximidade do parto<sup>20, 21</sup>.

## **Vulva e vagina**

A vulva e a vagina tornam-se flexíveis e edematosas. A secreção vaginal torna-se espessa e esbranquiçada. A coloração torna-se mais acentuada devido ao aumento da vascularização nessas áreas. A vagina se adapta de acordo com o crescimento do feto, tornando-se flexível.

Estas modificações estão relacionadas aos diversos órgãos e sistemas do organismo.

## **Seios**

Mudança nos seios na gravidez, as principais mudanças são o aumento dos seios e o escurecimento da aréola.

A região dos seios é uma das que primeiro sofre modificações. Os seios aumentam de volume e vasos sanguíneos podem ficar visíveis, formando a chamada Rede de Haller. A aréola fica com uma coloração mais escurecida e surge a aréola secundária (Sinal de Hunter). Glândulas sebáceas podem se hipertrofiar no mamilo e na aréola (Tubérculos de Montgomery). Ao final da gestação surgem as primeiras secreções de colostro, líquido fino e amarelado fundamental na alimentação do bebê em seus primeiros dias de vida, pois é rico em anticorpos e pró vitamina A<sup>22, 23</sup>.

## **Pele**

É comum haver hiperpigmentação da pele com o aparecimento de cloasma e da linha nigrans no abdômen. O incremento da vascularização de folículos pilosos pode promover hipertricose com o surgimento de pelos finos na face (Sinal de Halban). O acúmulo de tecido adiposo e o crescimento das mamas e do útero distendendo o abdome podem provocar o aparecimento de estrias nessas regiões e nas coxas<sup>2, 24</sup>.

## **Coração e vasos sanguíneos**

Por meio de diversos mecanismos ocorre aumento da perfusão sistêmica e uteroplacentária. O volume plasmático aumenta progressivamente a partir da sexta semana e o volume de hemácias aumenta depois da oitava semana. Ambos os volumes tornam-se estáveis nas últimas semanas, mas, como o aumento do volume plasmático é mais precoce e tende a ser mais acentuado do que o aumento do volume de hemácias, ocorre um efeito dilucional



responsável pela chamada anemia fisiológica da gravidez. Para se adaptar a essas alterações também o coração se hipertrofia, desviando-se para frente e para a esquerda, havendo também o aumento do débito cardíaco. O nível rebaixado da pressão arterial é consequência da diminuição da resistência vascular periférica por ação do estrógeno sobre a gênese de vasos, da progesterona sobre o relaxamento e dilatação dos mesmos, mas também pela diminuição da reatividade vascular aos vasoconstritores endógenos. As alterações envolvendo os fatores de coagulação preparam o organismo da mulher para o momento do parto para que haja um rápido controle de hemorragias, mas, em contrapartida, predispõem a um risco aumentado de trombose durante a gestação e, principalmente, durante o puerpério. A compressão da veia cava inferior pelo útero diminui o retorno venoso e predispõe ao surgimento de varizes nos membros inferiores<sup>2, 24</sup>.

## Respiração

O crescimento do útero em direção ao tórax e o aumento volumétrico do coração diminuem o volume pulmonar. Isto é parcialmente compensado pelo aumento do diâmetro da caixa torácica. Além disso, a progesterona atua nos centros respiratórios do bulbo raquidiano, elevando a frequência respiratória, o que contribui para o aumento das trocas gasosas na placenta. Nas vias aéreas superiores pode haver rinite vasomotora com consequente obstrução nasal, devido à retenção hídrica e aumento do aporte sanguíneo nessa região<sup>2</sup>.

## Ossos e articulações

A mudança do eixo da coluna vertebral na gestação relaciona-se à acentuação da lordose lombar e à mudança do padrão de marcha materna, chamada de anserina por se assemelhar ao andar de um pato. Com a retenção hídrica, os ligamentos e as cartilagens tornam-se mais elásticos, o que prepara a pelve para o momento do parto, mas aumenta o risco de luxações, entorses e fraturas em membros e outras regiões<sup>2</sup>.

## Alterações neuropsíquicas

Pode haver aumento da sonolência, dificuldade de concentração, labilidade emocional, ansiedade, insegurança e falta de libido. As alterações hormonais podem estar relacionadas com a origem dessas alterações. Desmaios podem ocorrer em virtude das alterações na distribuição sanguínea<sup>2</sup>.

## **Metodologia:**

Meu projeto de intervenção educativa tem caráter educacional e abordagem construtivista. Será realizado na Unidade Básica de Saúde São Francisco 2, Estado de São Paulo, região de São Mateus, Zona Leste. Os participantes desta intervenção serão as adolescentes, gestantes adolescentes e familiares mais próximos, para que juntos obtenham informações necessárias para uma boa prática das relações sexuais.

## **Critérios de inclusão:**

O critério de inclusão será o total de adolescentes gestantes ou não e familiares mais próximos que desejam participar em o projeto pertencente na área de abrangência da UBS São Francisco 2.

## **Critérios de exclusão:**

1. Mulheres que não são adolescentes.
2. Adolescentes ou familiares que não desejam participar em o projeto.
3. Adolescentes incapacitadas para assistir.
4. Adolescentes que se encontra fora d área no momento do projeto.

## **Recursos humanos e materiais:**

A equipe envolvida na intervenção será composta por médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS) pertencentes a o equipe 5 da UBS São Francisco dois.

Para a realização desse projeto será utilizado material como: cadeiras, mesa, papel ofício A4, pinças, bonecos, material ilustrativos, televisão e DVD, panfletos.

## **Projeto de intervenção:**

Este projeto tem como objetivo aumentar os conhecimentos das adolescentes grávidas e sua família para evitar a gravidez precoce e suas complicações que e um dos objetivos fundamentais deste projeto. Muitas adolescentes e inclusas sua família não conhecem os riscos da gravidez precoce e acham que isso não vai acontecer com elas, pois não e assim, todos estamos expostos a riscos em nosso dia a dia.

Será informado todos os participantes em que consiste o estudo e daremos assinar o consentimento informado (Anexo 1)

O projeto consta de um programa educativo (Anexo 2) que será implementado em as adolescentes e sua família. Antes de começar o programa será aplicado um teste a todas para medir o nível de conhecimento. Depois de terminar o programa educativo será aplicado de novo o teste para medir o nível de conhecimento depois do programa.

O nível conhecimento será avaliado em conhece ou não conhece segum a escala de avaliação (Anexo 3)

O tempo para a realização do projeto é de 30 dias, 4 encontros presenciais com frequência semanal, de uma hora cada encontro. Depois do terceiro encontro será aplicado o teste novamente e em o ultimo encontro serão dadas as conclusões do estudo.

### **Programa educativo:**

Titulo: ``Uma sexualidade responsável e saudável. ``

Responsável: Dr. Yasel Hernández Marrero.

Tempo de duração: 30 dias.

Frequência: 1 semanal.

Integrantes: equipe 5 da UBS São Francisco 2.

#### Aula 1:

Titulo: O que e a gravidez precoce?

Responsável: Dr. Yasel Hernández Marrero

Integrantes: equipe 5

Participantes: adolescentes e familiares da UBS.

Tempo de duração: uma hora.

Materiais: cadeiras, mesa, papel, canetas, material ilustrativo, televisão e DVD, panfletos.

Em esta aula as adolescentes e sua família teram informação sobre o que e a gravidez precoce de maneira fácil de entender pra eles, de forma que entendam tudo correto. Serão usados os materiais antes descritos e usaremos a técnica participativa de chuva de palavras.

#### Aula 2.

Titulo: o que um método anticonceptivo?

Responsável: Dr. Yasel Hernández Marrero

Integrantes: equipe 5

Participantes: adolescentes e familiares da UBS.

Tempo de duração: uma hora.



Materiais: cadeiras, mesa, papel, canetas, material ilustrativo, televisão e DVD, panfletos.

Nesta aula a gente vai explicar os métodos anticonceptivos mais comuns e disponível na área para as mulheres e homem mediante ilustrações e vídeos. Demonstraremos que não faz mal nem um o uso de contraceptivos, não só evitando a gravidez, também as doenças sexualmente transmissíveis.

### Aula 3:

Título: Conhece as consequências da gravidez precoce?

Responsável: Dr. Yasel Hernández Marrero

Integrantes: equipe 5

Participantes: adolescentes e familiares da UBS.

Tempo de duração: uma hora.

Materiais: cadeiras, mesa, papel, canetas, material ilustrativo, televisão e DVD, panfletos.

Em esta aula se esclareceram as duvidas sobre todos os riscos e complicações da adolescente grávida mediante o uso de vídeos ilustrativos e experiências pessoais de algumas mulheres que sofreram as consequências da mesma. Ao final da aula implementamos o teste de novo.

### Aula 4:

Título: Desenlace Final.

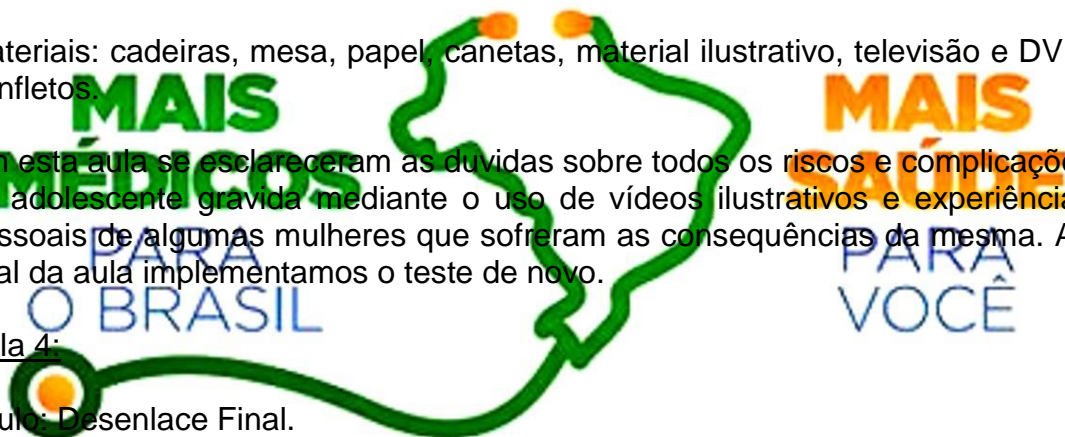
Responsável: Dr. Yasel Hernández Marrero.

Integrantes: equipe 5

Participantes: adolescentes e familiares que participarem em o projeto.

Temo de duração: uma hora.

Em esta parte final damos a conhecer os resultados do teste e avaliamos e comparamos o nível de conhecimento adquirido depois do programa educativo. Fechamos o programa com coquetel.



### Resultados esperados:

1. Diminuir o numero de gestações na adolescência em a UBS São Francisco 2.
2. Aumentar os conhecimentos das adolescentes sobre os riscos da gravidez precoce.
3. Conscientizar o uso anticonceptivo para levar uma sexualidade saudável e responsável.
4. Diminuir o numero de doenças sexualmente transmissíveis.





**Cronograma:**

Atividades.	Jan	Fev	Marco	Abril	Maio
Identificação da população.	X				
Identificação do problema de saúde.	X				
Entrega do titulo do trabalho.	X				
Estudo da bibliografia.	X	X	X		
Entrega da introdução do trabalho.		X			
Entrega da versão do trabalho.				X	
Entrega do trabalho final e discussão.				X	X

**MAIS  
MÉDICOS  
PARA  
O BRASIL**

**MAIS  
SAÚDE  
PARA  
VOCÊ**



**Anexo 1:**

Estimado Senhor (a) por este médico informamos que o trabalho não oferece perigo algum para a vida das pessoas, trate-se de um projeto de estudo para diminuir a incidência da gravidez precoce.

Obrigado pela atenção.

---

Assinatura



## Anexo 2:

### Teste de conhecimento.

Idade: \_\_\_\_\_.

Sexo: \_\_\_\_\_.

Se é mulher, coloque sim já teve um gestação precoce: \_\_\_\_\_.

Com quantos anos teve a primeira relação sexual: \_\_\_\_\_.

1. Em que período esta compreendida a adolescência?

- a) Entre os 10 e 15 anos: \_\_\_\_\_
- b) Entre os 10 e 19 anos: \_\_\_\_\_
- c) Entre os 12 e 16 anos: \_\_\_\_\_
- d) Entre os 12 e 20 anos: \_\_\_\_\_

2. Conhece o que é a gravidez precoce?

- a) Sim: \_\_\_\_\_
- b) Não: \_\_\_\_\_

3. Existem riscos em uma gravidez precoce?

- a) Sim: \_\_\_\_\_
- b) Não: \_\_\_\_\_

4. Sinal dos riscos que você conhece da gravidez precoce.

- a) Abortamento: \_\_\_\_\_
- b) Crianças saudáveis: \_\_\_\_\_
- c) Morte prematura: \_\_\_\_\_
- d) Baixo peso ao nascer: \_\_\_\_\_
- e) Morte da mãe: \_\_\_\_\_
- f) Não tem risco: \_\_\_\_\_

5. Conhece os anticoncepcionais, e para que serve?

- a) Sim: \_\_\_\_\_
- b) Não: \_\_\_\_\_

6. Você usa algum método anticonceptivo. Qual Justifique?

\_\_\_\_\_



7. Marque com um X os anticoncepcionais que você conhece?

- a) Camisinha masculina: \_\_\_\_\_
- b) DIU: \_\_\_\_\_
- c) Camisinha feminina: \_\_\_\_\_
- d) Método do ritmo: \_\_\_\_\_
- e) Coito interrupto: \_\_\_\_\_
- f) Abstinência de sexo: \_\_\_\_\_
- g) Hormônios injetáveis: \_\_\_\_\_

8. O uso de anticonceptivo faz mal para as pessoas. Justifique?

- a) Sim: \_\_\_\_\_
  - b) Não: \_\_\_\_\_
- 



### **Anexo 3:**

Avaliação do teste.

#### Questão 1:

Resposta de 10 a 19: 1 ponto

#### Questão 2:

Afirmativo: 1 ponto

#### Questão 3:

Afirmativo: 1 ponto

#### Questão 4:

De 3 a 4 respostas positivas: 2 pontos

De 1 a 2 respostas positivas: 1 ponto

#### Questão 5:

Afirmativo: 1 ponto

#### Questão 6:

Sim a resposta e afirmativa: 1 ponto

#### Questão 7:

Conhece mais de 3 anticoncepcionais: 2 pontos

Menos de 3 anticoncepcionais: 1 ponto

#### Questão 8:

Negativo: 1 ponto

Total de pontos: 10 pontos

### **Avaliação:**

1. Conhece: 7 ponto o mais
2. Não conhece: menos de 6 pontos





## Referências:

1. Dicionário de termos médicos da Porto Editora. Embrião. Visitado em 4 de julho de 2014.
2. Carrara HHA, Duarte G. Semiologia obstétrica. Medicina Ribeirão Preto, 29, 88-103, jan-mar 1996.
3. National Research Center for Women and Families. "Are Bisphenol A (BPA) Plastic Products Safe for Women and Children?". Página visitada em 2009-07-22.
4. BRANDÃO, Mônica (02 de dezembro de 2011). A mãe solteira e as questões legais (em português) Abril Bebe.com. Visitado em 05 de agosto de 2014.
5. Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. WHO Bulletin 1987; 65:663-37.
6. Barros FC, Victora CG, Granzoto JA, Vaughan JP, Lemos Junior AV. Saúde perinatal em Pelotas, RS, Brasil - fatores sociais e biológicos. Rev Saúde Públ 1984;18:301-12.
7. Barros FC, Victora CG, Granzoto JA, Vaughan JP, Lemos Junior AV. Saúde perinatal em Pelotas, RS, Brasil - fatores sociais e biológicos. Rev Saúde Públ 1984;18:301-12.
8. Scholl T, Hediger ML, Schall JI, Khoo C, Fischer RL. Maternal growth during pregnancy and the competition for nutrients. Am J Clin Nutr 1994;60:183-88.
9. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. N Engl J Med 1995;332:1113-117.
10. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100019)
11. <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2013.pdf>
12. <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/Gravidez%20Adolescente%20no%20Brasil.pdf>
13. <http://www.ginoticias.com.br/noticias/saude/saude/indice-de-gravidez-na-adolescencia-cai-26-e-chega-ao-menor-nivel-em-13-anos-em-sp/#>
14. <http://www.brasilecola.com/biologia/gravidez-adolescencia.htm>
15. Dicionário de termos médicos da Porto Editora. Embrião. Visitado em 4 de julho de 2014.
16. Infopédia, enciclopédia de língua portuguesa da Porto Editora. Gravidez. Visitado em 4 de julho de 2014.
17. Dicionário de Termos Médicos da Porto Editora.
18. Trimester definition (27 de abril de 2011).
19. The American College of Obstetricians and Gynecologists. (Setembro de 2002). "ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists: Perinatal care at the threshold of viability". Obstet Gynecol 100: 617–24. PMID 12220792.
20. Berek JS et al. Berek & Novak. Tratado de Ginecologia. Guanabara Koogan, 2008.
21. Amigas do parto. FAQ Secreções vaginais durante a gestação e parto. acessado em 5 de setembro de 2010.
22. Modificações no organismo da mulher em função da gravidez acessado em 6 de setembro de 2010.

23. Ricco RG, Almeida CAN, Ciampo LA. Temas de pediatria, 80, Puericultura, Nestlé Nutrição infantil, 2005.
24. Hoffbrand AV, Moss PAH, Pettit JE. Fundamentos em Hematologia. Artmed, 2008.

