

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

PORTFÓLIO FINAL

BERURI - AM

2018

ALIBETH ROSA ROJAS

PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Dr. João Batista Cavalcante Filho, médico sanitário e médico de família e comunidade.

BERURI - AM

2018

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
ESTUDO DE CASO CLÍNICO	4
PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO ...	8
VISITA DOMICILIAR.....	10
REFLEXÃO CONCLUSIVA	14
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
ANEXO I.....	18

INTRODUÇÃO

Eu sou a Doutora cubana Alibeth Rosa Rojas, há 18 anos sou médica, especialista em Medicina Geral Integral. Trabalho num município do interior do Estado Amazonas, Beruri neste temos 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde trabalhamos 4 Equipes de Saúde da Família (ESF), 1 Hospital e 2 locais de atendimento odontológico. Nosso município tem uma população aproximada de 14702 habitantes, de eles 2108 moram na área rural (IBGE 2009), com características específicas e as vezes faz muito difícil a cobertura do 100% das necessidades de saúde dos mesmos, é por isso que o município tem desenvolvido ações para levar saúde a essa população, entre eles programas de vacinas, de exames preventivos, consultas pré-natais, atividades educativas de Doenças de Transmissão Sexual (DTS), de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), ações de vigilância epidemiológica, entre outras.

Nosso município a maior prevalência do atendimento são DCNT, DTS, doenças de transmissão hídricas, além da gravidez na adolescência que constituem um problema de saúde pelos riscos que a mesma trouxe tanto para a grávida, a família e o bebê.

O tema que eu escolhi para meu projeto foi Gestaçã na adolescência, como reduzir seus índices, já que acho que é um tema muito interessante e o desenvolvimento desse projeto vai trazer muitos bons resultados na população adolescente de minha área de abrangência que as vezes engravidam por desconhecimento dos métodos anticoncepcionais, dos riscos que trouxe a gravidez nessa etapa da vida. Há ampla discussão na literatura relacionado a gravidez na adolescência à perpetuação da pobreza-decorrente do abandono dos estudos-e sua repetição nas gerações seguintes (MOLINA,2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION,2011; AMORIM,2009).

Justificativa: Na área adstrita no Posto de Saúde Raimunda M de França pertencente à UBS Jose Belarmino Amorim, posei um total de 43 grávidas e de elas 19 são adolescentes conforme o cadastro pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para um 44,1%de incidência, faz necessário o conhecimento dos riscos da gravidez na adolescência, de como evitar engravidar nesta etapa da vida para assim evitar complicações durante a gravidez e no período pós-natal, além de evitar gravidez não desejada e o número de adolescente grávidas.

Tendo em conta que a adolescência é uma etapa da vida submetida a vulnerabilidade socioeconômica e psicossocial, é motivo de preocupação devido as consequências devastadoras que podem causar tanto para as crianças quanto para os adolescentes, bem como para seus respectivos familiares, comunidade e a sociedade em geral.

ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Caso Clínico: Posto de Saúde Raimunda Mendes de França, pertencente à Unidade Básica de Saúde José Belarmino Amorim.

ANAMNESE

Identificação: Nome: CFS; Idade:14 anos; Sexo: F; Escolaridade: Ensino Fundamental; Religião: Sem religião; Estado Civil: Solteira; Naturalidade: Beruri /AM; Residência atual: Beruri /AM.

Queixa Principal: Dor no estômago, fraqueza, dia (22/6/2017).

História da Doença atual: Primeira Consulta Médica: Adolescente que chega acompanhada por sua mãe, relata dor no estômago, há vários dias, as vezes náuseas, mais não chega ao vômito, além disso refere fraqueza e perda do apetite.

Interrogatório: Sintomas Gerais: Fraqueza.; Cabeça e pescoço: Não refere sintomas.

Tórax: Nega dificuldade respiratória, refere mastalgia.

Abdome: Dor epigástrico, as vezes dor pélvico de moderada intensidade.

Geniturinário: Disúria, refere aumento da frequência urinaria, nega leucorreia, relações sexuais sem proteção as vezes e DUM 11/5/2017.

Sistema Endócrino: Não refere sintomas.

Musculoesquelético: coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades sem alterações.

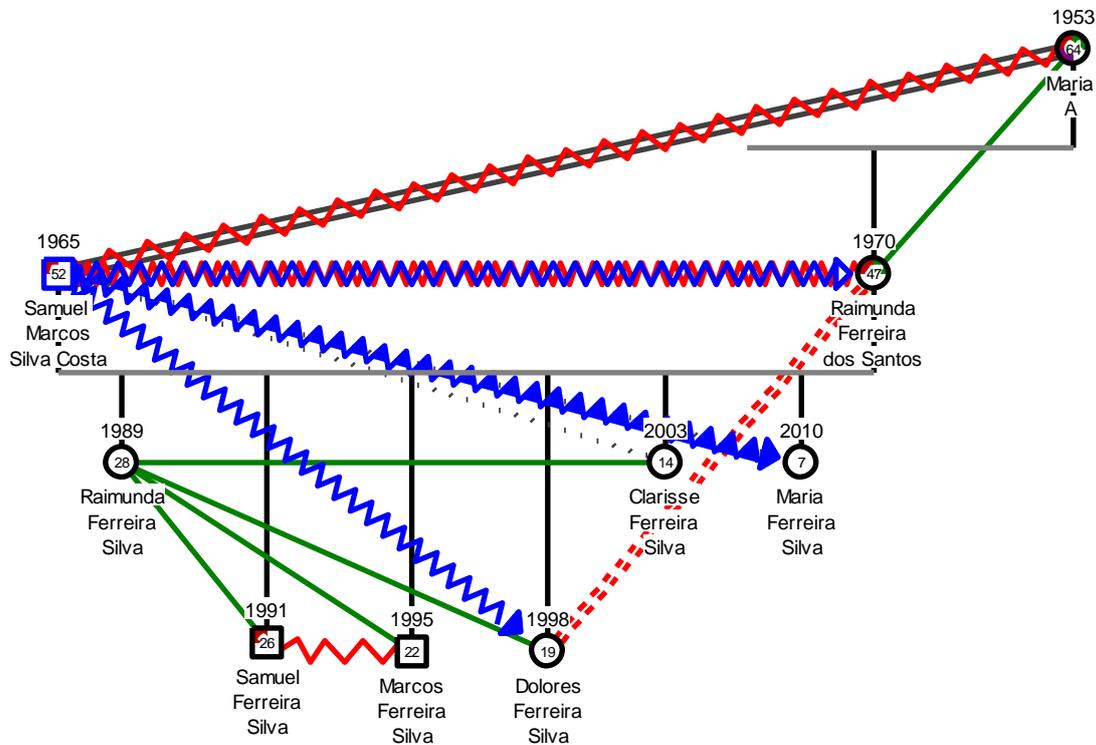
Sistema Nervoso: Nega sintomas.

Antecedentes pessoais:

Fisiológico: Nascida de parto normal, quinta filha de 6; Menarca:12 anos; 1º coito: 13 anos; Ciclos menstruais: irregulares;História Obstétrica: G-0, P-0, A-0; Patológicos: Não tem antecedentes Patológicos pessoais. Antecedentes Familiares:

Avô materna: HAS, Diabetes Mellitus TII, Obesa; Pai: HAS, etilista; Mãe: HAS, Obesa. Irmã maior: Obesa e Diabetes Mellitus Tipo II.

GENOGRAMA



CONDIÇÕES DE VIDA

Alimentação: Macarrão, feijões, farinha, peixes, toma água da torneira.

Habitação: Vive numa casa de madeira, com 2 quartos, 1 sala, 1 banheiro, 1 cozinha, só tem 1 cama, dormem em rede.

Condições socioeconômicas: A renda familiar é de 2 salários mínimos, somente trabalha o pai e 1 irmão como peixeiros.

EXAME FÍSICO

Adolescente com bom estado geral, postura normal, pele e mucosas normocoradas, hidratada, não edemas, anictérica, acianótica, face simétrica sem deformidade.

Sinais Vitais: FR:18ipm; FC:92bpm; Temp:36,3°C; Medidas Antropométricas: Peso:56KG; Altura:1.52M.

Estado nutricional: IMC:24,0 (Saudável).

Cabeça e Pescoço: Configuração normal, olhos, orelhas, simétricos, boca, nariz sem alterações. Extensão e flexão do pescoço normal.

Tórax: Inspeção: Simétrico, respiração torácica, não tiragem, não cicatrizes, mamas simétricas, mamilo e aréola normal; Palpação: Expansibilidade normal, não alterações; Percussão: Sem alterações; Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular (+), sem ruídos agregados. Ausculta cardiovascular: Ruídos Cardíacos rítmicos, não sopros.

Abdome: Inspeção: Plano, não circulação colateral, musculatura abdominal normal; Ausculta: Ruídos hidroaéreos normais; Percussão: Timpânico; Palpação: Dolorosa à palpação profunda em epigástrio e em hipogástrio, não massa palpável.

Extremidades: Simétricas, sem presença de edemas.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Gravidez.

CONDUTA

Orientações gerais

- Dieta: rica em frutas e legumes, proteínas, leite cereais, beber abundantes líquidos (água fervida ou tratada, sucos naturais).
- Repouso: importante ter horários de repouso depois das refeições.
- Sobre importância do uso de preservativo.
- Solicito exames laboratoriais (Hb, EAS, Fezes e BHCG).
- Agendo consulta de retorno para dentro de 15 dias (06/07/2017).

Segunda Consulta Médica (06/07/2017): Adolescente que retorna à consulta planejada, acompanhada de sua irmã maior, nota-se preocupada, relata que continua com fraqueza, náuseas, não consegue alimentar-se bem, ainda a menstruação não chegou, além disso refere que sua mãe não aceita a probabilidade de uma gravidez.

Triagem: Peso:55Kg; Altura 1.52m; Valoração nutricional: IMC:24 (saudável); Temp: 36,0°C; PA:100/60mmHg.

Resultado de exames: Hb:13,6gr%; EAS: negativo, Fezes: negativas; BHCG: soro reagente.

Ao Exame Físico apresenta: Mucosas Normo coradas e úmidas; Ausculta pulmonar e cardíaca: normal (FC=94bpm; FR=20ipm); Abdome: Doloroso à palpação em hipogástrio, não apresenta visceromegalia.

Ginecológico: Genitais externos sem alterações, exame especular: vagina normal, colo curto, central, fechado, não apresenta leucorreia.

Toque: útero grávido, anexos não palpáveis. Membros inferiores: sem edemas. Demais exames com nada digno de nota.

Hipóteses diagnóstica: Gravidez de 6 Semanas. Risco por idade (adolescente).

Outras condutas: Cadastramento no Sis Pré-natal; Preenchido do cartão da Gestante; Orientada sobre vacinas; Solicito exames do primeiro trimestre: Hemograma completo, Tipagem sanguínea e fator Rh, Glicemia de jejum, Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL, Teste rápido diagnóstico anti-HIV, Toxoplasmose IgM e IgG, Sorologia para hepatite B (HbsAg), Exame de urina e urocultura.

Oriento a gestante sobre a alimentação e o acompanhamento do ganho de peso gestacional, consumir uma dieta fracionada (6 refeições leves ao dia); evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis; evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos; ingerir alimentos sólidos antes de se levantar pela manhã, ingerir alimentos gelados.

Orientação sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Prescrição: Ácido fólico (5mg/dia) para profilaxia da anemia; Sulfato ferroso (200mg/dia) 1 hora antes das refeições; Metoclopramida (10mg) de 4 em 4 horas v/o; Orientação à gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência, acudir ao Posto de Saúde em caso de aparição duma doença.; Agendo consulta para atendimento odontológico; Agendo Visita Domiciliar com ESF 20/07/2017; Encaminhamento para o Psicólogo do NASF; Agendo próxima consulta com enfermeira 06/08/2017.

PLANO

Visita Domiciliar (20/07/2017): Acompanhando a gravidez da adolescente o ESF irá realizar visita domiciliar com o objetivo de oferecer atividades educativas, de avaliar a abordagem familiar e de montar o genograma

PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, é conhecida como a “Porta de entrada” ao Sistema de Saúde, fornece atenção sobre a pessoa, cada vez que um usuário tem um novo problema de saúde precisa dum novo atendimento é por isso que a porta de entrada tem que ser de fácil acesso, na comunidade onde eu trabalho há mais de um ano, a pesar de ser uma população com características específicas (moradores do interior do estado Amazonas, de uma comunidade ribeirinha, com crenças religiosas, de baixo nível econômico e cultural) tem garantido totalmente o acesso aos serviços de saúde o que ajuda a reduzir a morbidade, mortalidade e melhora a qualidade de vida da população .A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: promoção, prevenção, atenção, tratamento, reabilitação de doenças; e trabalho em equipe.

A promoção da saúde se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida, promover a saúde é promover a qualidade de vida, as medidas em nosso nível de prevenção primária não são voltadas para determinada doença, são destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais sendo de grande importância em nossa prática diária ,a prevenção de doenças está relacionado a medidas tomadas antes do surgimento ou agravamento de uma condição mórbida ou de um conjunto dessas ,portanto, prevenir também significa agir para que a doença manifeste-se de forma mais branda ou não se manifeste no individuo ou no ambiente coletivo.

O trabalho em equipe e de forma interdisciplinar estabelecendo relações de responsabilização e confiabilidade entre nossa equipe e a população da área de abrangência, oferecendo um atendimento de qualidade baseado nos atributos da APS; acessibilidade a serviços de saúde; longitudinalidade na atenção de saúde; integralidade e a coordenação do cuidado nos diferentes serviços de saúde, com uma maior participação popular no desenvolvimento do mesmo. Uma articulação na promoção da saúde e a prevenção de doenças permite uma maior tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e à saúde, nossa equipe desenvolve três ações importantes relacionadas com promoção e prevenção de doenças:

A PUERICULTURA

- Melhorar a qualidade de atenção as crianças realizadas por a equipe da Unidade de Saúde.
- Melhorar a adesão das mães e crianças as consultas de puericultura.
- Promover a saúde das crianças e o aleitamento materno.
- Ampliar a cobertura das consultas de puericultura.
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na UBS.
- Ampliar a visita domiciliar fazendo busca ativa das crianças com fatores de risco e vulnerabilidade.

A SAÚDE MENTAL

- Garantir a vinculação dos pacientes a nossa Unidade Básica de Saúde.
- Apoio e estímulo para à reinserção familiar e social dos pacientes de saúde mental.
- Realizar avaliação de risco do paciente de saúde mental.
- Ampliar a cobertura da atenção ao programa de saúde mental.
- Coordenar a atenção multidisciplinar para o atendimento dos pacientes de saúde mental.

O PRÉ-NATAL

- Ampliar a visita domiciliar fazendo busca ativa de grávidas que ainda não tem começado o pré-natal.
- Classificar as grávidas de riscos para planejar o acompanhamento.
- Ampliação dos exames realizados durante o pré-natal
- Apoio ao deslocamento para as consultas de pré-natal.

REFLEXÃO

Há mais de um ano trabalho no Posto de Saúde Raimunda M de França, a maior parte da população de minha área de abrangência esta composta por população que mudo de comunidades do interior para a periferia da cidade, é uma população diversa, onde predomina um grande número de crianças e grávidas a maior parte de estas adolescentes. Ao fazer uma analises do trabalho no Posto de

Saúde relacionado ao pré-natal tem aspectos que tem que ser melhorados, por exemplo o começo do mesmo e feito tardiamente em um grão número delas, ao interrogatório alegam não tenham certeza da gravidez, outras adolescentes sem parceiro, tenham o embaraço oculto. O atendimento Odontológico não era feito, muitas não acudiam a sala de vacinas no tempo indicado, no momento do pré-natal os exames laboratoriais estavam incompletos, os prontuários na UBS assim como o registro do programa possuíam pouca informação, então tornei prioridade em minha agenda profissional as ações de promoção e prevenção de saúde a fim de qualificar o processo de acolhimento das mesmas e priorizar o atendimento, incluindo na atenção odontológica. Comecei a fazer cadastro de mulheres em idade fértil, com ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde, aumentei as palestras, as ações educativas sobre gravidez, sobre a importância do pré-natal, do atendimento odontológico, da vacinação, do parto institucional e do acompanhamento puerperal e ao recém-nascido. Depois destas ações percebemos uma melhora na adesão ao pré-natal das grávidas, assim como das crianças às consultas de puericultura, com os resultados a Equipe de Saúde encontra-se mais motivado para continuar o trabalho com maior qualidade e melhorar ainda mais os resultados.

VISITA DOMICILIAR

A saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção de saúde, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção de saúde dessa comunidade (BRASIL 2010).

A visita domiciliar é, atualmente, um instrumento essencial para a prática das ações no nível primário de assistência à saúde, em especial, na Estratégia Saúde da Família, constitui um elemento facilitador para o acesso por parte dos usuários aos serviços públicos de saúde e se apresenta como uma forma integral de assistir, em que as reais necessidades de cada indivíduo/família podem ser identificadas.

Desde que comecei o trabalho no Posto de Saúde Raimunda M de França, no município de Beruri, o mesmo foi encaminhado à identificação dos principais problemas que estavam-se apresentando na unidade e que interferiam

negativamente na adesão da população aos serviços de saúde, com a identificação dos mesmos poderia planejar ações para sua solução. Entre os principais foram as visitas domiciliares, no aquele momento nossa equipe de trabalho não se encontrava completo, devido a que o município estava trocando de gestão, as visitas só eram feitas aos pacientes que procuravam os serviços de saúde geralmente pelas urgências, sem prévio planejamento, os grupos de riscos não eram visitados, as visitas se mantêm na agenda profissional mais sem cumprir com elas. A pouco mais de três meses nossa equipe foi completado, e o trabalho no Posto melhorou significativamente, os Agentes de Saúde foram responsável por pesquisar na comunidade o total de paciente em sua área de abrangências, fazendo uma lista por grupos de idades, pacientes que sofrem de doenças crônicas, acamados, grávidas, puérperas, lactantes, pessoas com riscos de acidentes, de doenças transmissível, entre outras o que facilitou nosso trabalho principalmente no referente às visitas domiciliares, Geralmente são planejadas 6 visitas por período mais na reunião com a equipe é completada um total de 8 visitas dependendo das necessidades de atendimento de urgência no domicílio. O grupo de visita está integrado pela técnica de enfermagem, enfermeira, dentista, psicólogo, medica e o agente comunitário de saúde que é geralmente o que conhece o endereço dos pacientes, alcançando visitas a quase todas as famílias e indivíduos sob nossa responsabilidade, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de forma que as famílias com maior necessidade foram visitadas mais vezes por a equipe, convertendo-se em uma ação importante no sentido de promover a reorientação do modelo de atenção, na medida em que foi invertida a lógica dos serviços de saúde no Posto de Saúde, que até então apresentavam postura passiva ao esperar que os usuários procurassem de maneira voluntária pela via da demanda espontânea a atenção de saúde; ações começaram a ser feitas de forma planejada, dirigidas aos grupos priorizados; principalmente a lactantes, puérperas, grávidas , sendo que estas visitas nos permitiram conhecer alterações emocionais e psicológicas, adaptações e novos papéis assumidos na família e na sociedade, mudanças de estilo de vida assim como oferecer atividades de educação para a saúde entre elas conversas sobre patologias puerperais, técnica e vantagens do aleitamento materno, modificações locais e sistêmicas decorrentes da gestação, recuperação do parto e tempo de puerpério. Durante a visita, avaliamos o paciente e a família revisando necessidades e estratégias de saúde, são realizados vários procedimentos e registrado no

prontuário de cada paciente com o objetivo de fazer pesquisa de doenças, verificar a evolução dos tratamentos em caso de doenças crônicas, entre outras, os principais procedimentos durante as mesmas são a aferição da pressão arterial e da glicemia capilar em diabéticos. Quando há necessidade de exames laboratoriais, eu os solicito e o ACS pede ao técnico do laboratório que agende a coleta na residência do usuário, mais sobre isso com frequência a equipe encontra-se com dificuldade pois a maioria das vezes não contamos com reativo para exames, ou são poucos os profissionais do laboratório e afeta-se o trabalho no mesmo, se foram feitos, os resultados são trazidos pelo cuidador ou ACS, então eu registro em prontuário o resultado e procedo à conduta em caso de ter resultados positivos. Nas visitas fazemos abordagem familiar considerando o contexto socioeconômico e cultural da família, elaboramos o genograma e registramos o caso no prontuário, são tomadas as condutas que necessita cada paciente, incluindo casos encontrados que precisam de encaminhamento ao Hospital ou outras instituições, neste caso temos muitas dificuldades porque nossa população tem baixo nível econômico e em nosso município não temos outras especialidades médicas, os pacientes tem que viajar o que acrescenta gastos econômicos.

Pelas características geográficas de nosso município a maior parte da população de nossa área de abrangência é constituída por pessoas que moravam no interior e se mudaram para a periferia da cidade, o que nossa área é de grão extensão e ainda temos muitas dificuldades para o cumprimento das visitas domiciliares, a principal delas é a falta de transporte, a secretaria de saúde não garante o mesmo é por isso que sempre planejamos para uma jornada aqueles pacientes que morem mais perto uns de outros, nesta cidade o meio de transporte mais comum são as motos e fazemos as visitas em as motos de alguns integrantes da equipe, como da enfermeira, dos ACS, mais em períodos de chuva também se afeitam as mesmas.

Nossa Equipe de Saúde ainda amplia a busca de informações para o diagnóstico de saúde da família e para o planejamento de ações, que ao atingir nosso primeiro ano de trabalho nos permitiu melhorar o cumprimento das visitas domiciliares programadas e com isso os indicadores de saúde como mortalidade materna infantil, melhorou a qualidade de vida da população. Ações de grão importância e relevância são desenvolvidas para a melhoria de vida da população. Até mudanças de hábitos são incentivadas, além da educação permanente em

saúde, tornando a população responsável por sua saúde e melhorando cada dia mais a relação paciente-Equipe de saúde da família. O indivíduo informado torna-se seguro por seu autocuidado, tornando-se atuante em boas práticas e replicador das mesmas.

REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso da especialização em Saúde da Família que estou cursando está sendo de muita importância para meu desenvolvimento profissional aqui no Brasil, no dia a dia nas minhas condutas, nos meus atendimentos com meus pacientes. Foram etapas muito interessantes e bem colocadas de situações vivenciadas, através das aulas, artigos e atividades dos módulos aprendi sobre doenças mais frequentes, necessidades de atendimento médico, novas formas de organização do trabalho em saúde e do trabalho em equipe na atenção primária, formas de preenchimento de dados e registro de informações individuais e coletivas dos usuários atendidos, assim como a experiência de trabalhar com algumas doenças já erradicadas em vários países, e mais prevalentes nesta região de Amazonas como Doença de Chagas, Leishmaniose Tegumentar Americana, Hanseníase, dentre outras.

No meu trabalho no Posto de saúde comecei fazendo mudança de minha agenda profissional que só tenha atendimento de Hiperdia além de que na agenda constava Puericultura, Pré-natal, Visita Domiciliar e Doenças Crônicas, não se cumpria com o agendamento, também foi trocada a Agenda da enfermeira e dentista, minha agenda agora tem atendimento de grupos: Saúde da mulher, do Homem, da Criança, do Idoso, pré-natal e visita domiciliar. Para cada grupo são agendadas 8 pacientes, quatro vagas de demanda espontânea e quatro de urgências, além de que muitas vezes aumenta o número de atendimento de demanda espontânea, este planejamento facilita o trabalho porque os pacientes sabem o dia de cada grupo.

Em relação aos pacientes com doenças crônicas como diabetes tento manter informados todo o tempo da importância duma dieta saudável, modificar os estilos de vida, aquele que ainda não começou tratamento medicamentoso pode se compensar com uma dieta adequada, e fazer um acompanhamento pelo menos por três meses só com dieta, além de que faço o monitoramento da hemoglobina glicosilada para ter noção da evolução da doença. Nos pacientes com Hipertensão solicito exames como creatinina, raio x de tórax, eletrocardiograma, com o objetivo de avaliar outro órgão como coração, rins e encaminhar se precisar avaliação por outro especialista como cardiologista, nefrologista, as vezes temos dificuldade para a realização dos exames já que nosso laboratório só faz exames básicos e o

paciente tem que acudir ao privado, com poucos recursos econômicos, além de que também não temos outras especialidades médicas e o paciente tem que viajar longo tempo pelo rio.

No atendimento das crianças, sempre são avaliadas as medidas antropométricas e anotadas na caderneta, assim como o histórico de vacinas, para no próximo controle avaliar as curvas de crescimento e desenvolvimento e tomar conduta oportuna no caso de precisar.

Os pacientes de saúde mental ao começo acudiam somente para a troca de receita da medicação controlada, mais nos prontuários só tenham registrado a data e a doses da medicação, agora na consulta consta dum interrogatório, exame físico completo, solicitação de exames em caso que precisar e da prescrição dos medicamentos, em muitos casos faço ajuste do tratamento porque em nosso município não temos especialistas em neurologia, nem psiquiatria, e as consultas pelo SUS (Sistema Único de Saúde) são agendadas para muito tempo depois de meu encaminhamento pelo que vou monitorando os resultados da troca de tratamento.

Na relação ao grupo de idade de adolescentes sempre foi motivação para me esforçar mais com meu trabalho, nossa população é a maior parte adolescente, e tenham muito desconhecimento de temas de muita importância em essa fase etérea, uso de anticoncepcionais, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, violência, dentre outros, foi por isso que meu projeto de intervenção foi voltado à gravidez na adolescência e como prevenir seus índices. A gravidez na adolescência e suas complicações são importantes causas de mortalidade entre mães de 10 a 19 anos de idade. Estudos nas áreas indicam que as complicações obstétricas decorrem principalmente da imaturidade biológica e do desenvolvimento incompleto da ossatura da pelve e do útero. Para filhos dessas mães, a probabilidade de nascerem com baixo peso e serem prematuros aumenta respectivamente os riscos de mortalidade infantil e perinatal (BRASIL, 2011; OLIVEIRA; SILVA,2010). Ações de educação como palestras nas escolas, com pais e professores, nas consultas são orientados e fornecido métodos anticoncepcionais que muitas delas não aceitam usar.

Para contemplar toda a equipe, a enfermeira acrescentou no quadro os nomes de todos os profissionais, desde os agentes comunitários de saúde, a auxiliar de saúde bucal, a técnica de enfermagem (que também é a recepcionista), a auxiliar

de serviços gerais. Assim todos têm a identificação com seu nome e respectiva função no quadro, a fim de que não se sintam excluídos e a comunidade conheça melhor todos os membros da equipe. Também planejou atividades educativas que semanalmente tem que ser desenvolvidas por cada um dos integrantes da equipe. Constatamos com um registro de atendimento nos livros dos agravos, onde temos de diabéticos, hipertensos, obesos, usuários de drogas, encaminhamentos, crianças, visita domiciliar, tuberculoses, leishmaniose, hanseníase, que é preenchido as vezes por mim, por a enfermeira e até pelos mesmos agentes de saúde, anteriormente não tenhamos esse registro em nosso Posto de Saúde.

Como profissional da saúde acho que com o curso de Especialização em Saúde da Família incrementa meus conhecimentos sobre diferente temas frequentes na pratica diária, as condutas técnicas, a forma de inter-relacionamento entre os integrantes da equipe, que faz que alcancemos melhores resultados promovendo mais benefícios para nossos usuários, melhora na eficiência e na qualidade dos serviços prestados a meus pacientes, maior compromisso com a comunidade, agilidade e segurança na solução dos problemas de saúde da população, levando à prática os atributos básicos da atenção primaria de saúde.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amorim MMR, Lima LA, Lopes CV, Araújo DKL, Silva JGG, César LC, et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2009 ago;31(8):404-10.

BRASIL, Ministério da Saúde, Saúde sexual e reprodutiva, Ministério da Saúde, 2010; (Cadernos da Atenção Básica, nº 26).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico, 2009.

Molina RC, Roca CG, Zamorano JS, Araya EG. Family planning and adolescent pregnancy. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.** 2010 Apr;24(2):209-22.

OLIVEIRA EFV, GAMA SGN, SILVA CMFP. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde pública.** 2010 mar;26(3):567-78.

World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Geneva: WHO; 2011.

ANEXO I

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

PROJETO DE INTERVENÇÃO.

Alibeth Rosa Rojas

GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA, COMO REDUZIR SEUS INDICES

**BERURI-AM
ABRIL 2017**

RESUMO

A adolescência é uma fase confusa, caracterizada por incertezas, **modificações corporais e psicológicas** intensas e maior exposição de ideias contrárias àquelas impostas pela sociedade, ou até mesmo pelos pais.

A busca pela liberdade e independência do autoritarismo familiar, rebeldia, conflitos na própria aceitação e no círculo de amigos, descobertas, criação de uma identidade ao se unir e se inserir à um grupo social, tudo isso contribui para o amadurecimento do ser humano.

A menina que se encontra nessa fase da vida, marcada por mudanças físicas e mentais, não está suficientemente preparada para a gestação. Se ela não está disposta a encarar tal situação, muito menos estará o futuro pai, pois este também é responsável pela concepção e nascimento da criança.

A gravidez na adolescência pode ocorrer de diversas formas :atividade sexual precoce e inconsequente; violência sexual; dificuldade no diálogo familiar, entre outros.

Para que os **índices de gravidez na adolescência não** aumente, é importante salientar para o uso importantíssimo dos métodos contraceptivos para evitar complicações. Seja por desconhecimento, esquecimento, inconsequência, medo de decepcionar o parceiro ou aliviar constrangimentos possíveis de uma família moralista, os jovens estão abandonando cada vez mais o propósito de se proteger ou de não conceber um filho não planejado.

Palavras chaves: Adolescência, Gravidez.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	22
2.1 Geral	22
2.2 Específicos	22
3 REVISÃO DA LITERATURA	23
4 METODOLOGIA	26
5 CRONOGRAMA	28
5.1 Recursos necessários	28
6 RESULTADOS ESPERADOS	29
REFERÊNCIAS	30
ANEXO	15

INTRODUÇÃO

A adolescência, entendida como o período entre a infância e a fase adulta, caracteriza-se por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento de natureza biológico, psíquico e social, em que ocorrem mudanças de aspectos físicos, emocionais e sociais, relacionadas à consecução da capacidade reprodutiva e início da vida sexual (COELHO; GUSMÃO, 2012; MOLINA;/ ARAYA, 2010).

A saúde pública em alguns países consideram a gravidez na adolescência uma das maiores preocupações por acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos (IBGE, 2001).

O índice de gestações na adolescência vem sendo vivenciado mundialmente nos últimos anos com predomínio em alguns países subdesenvolvidos e em desenvolvimento onde indicam 95% das gestações entre a faixa etária de 15 a 19 anos, países de América Latina e África Subsaariana onde esses índices são cada dia maior, neste último com um 50 % de gestações nesta mesma faixa etária (PROAGRO, 2008).

No Brasil este índice vem sendo aumentando, mesmo com a redução da taxa de fecundidade geral (HOGA LAK,2008) Conforme os dados do DATASUS em 2010, nos últimos dois anos o Brasil mostrou que a incidência da gravidez nesta faixa etária conta com índices que vão de 16,27% a 25,96% (DATASUS, 2010). Na América Latina, observa-se que 25% das gestações são de condições socioeconômicas mais pobres entre a população, sendo considerado um de cada três nascidos vivos de mãe adolescente, e em áreas rurais, essa proporção é ainda maior em torno de 40% (KLIKSBURG,2006).

A gravidez na adolescência e suas complicações são importantes causas de mortalidade entre mães de 10 a 19 anos de idade. Estudos nas áreas indicam que as complicações obstétricas decorrem principalmente da imaturidade biológica e do desenvolvimento incompleto da ossatura da pelve e do útero. Para filhos dessas mães, a probabilidade de nascerem com baixo peso e serem prematuros aumenta respectivamente os riscos de mortalidade infantil e perinatal (BRASIL, 2011; OLIVEIRA; SILVA,2010).

As ações de prevenção devem considerar fatores predisponentes ou situações precursoras da gravidez na adolescência, tais como: violência física,

psicológica e sexual, baixa autoestima, comunicação familiar escassa, dificuldade escolar, abuso de álcool e drogas, conflitos familiares, pais ausentes. (PATTA; CALIRI, 2000)

A intervenção tem como base ao Posto de saúde Raimunda de França, anexo da UBS José Belarmino de Amorim, localizada em Beruri, Município do interior do Estado Amazonas, com total de 3.135 pacientes cadastrados, 20 % corresponde a faixa etária de 10 a 19 anos com total de 627 adolescentes. Dados da UBS apontam que dum total de 43 gestantes, 19 são adolescentes, correspondendo a 44,1%, o que representa uma alta taxa de incidência e está associada a fatores de riscos.

Muitos autores consideram a gravidez na adolescência um tema a ser abordado por contexto de maior abrangência. Nesse sentido, há um número expressivo de estudos na literatura que abrangem aspectos sobre a sexualidade, uso de contraceptivos, ciclo gestacional e puerpério na adolescência (PROAGRO, 2008). O parto prematuro, infecção neonatal a mortalidade materna, evasão escolar, entre outros problemas são complicações frequentes a estas gestações precoces. Por isso, este trabalho tem como objetivo responder a seguinte questão de estudo: Quais intervenções poderiam ser realizadas pela Equipe de saúde com vistas à redução da gestação na adolescência?

Com a elaboração deste estudo pretende-se, realizar intervenções para aumentar o grau de conhecimento sobre os riscos das adolescentes com probabilidades de engravidar nesta etapa da vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção para reduzir a incidência da gravidez na adolescência como problema de saúde em nossa comunidade.

2.2 Específicos

- Promover grupos de adolescentes para desenvolver atividades de promoção e prevenção em saúde reprodutiva.

- Promover grupos de professores e pais, nas escolas e comunidade com enfoque a aumentar o conhecimento da educação sexual e fatores predisponentes da gravidez na adolescência.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta, é uma fase em que ocorrem grandes mudanças e transformações psicológicas e fisiológicas. Gerando vários conflitos em sua personalidade, entre elas, o despertar para a sexualidade, fase esta que se exige maior atenção por parte da família, educadores e profissionais da saúde, pois é nessa fase que eles estão mais suscetíveis a riscos, como a gestação precoce.

Segundo Mistério da Saúde, 2005 “A palavra adolescer vem do latim e significa desenvolver-se, crescer e o período da adolescência é a fase do ciclo da vida situado entre as faixas etárias entre 10 a 19 anos, podendo ainda ser subdividido em pré-adolescência de 10 a 14 anos e adolescência final de 15 aos 19 anos de idade” (Brasil,2005), essencial para que o ser humano atinja sua maturidade biopsicossocial. Nela há também a descoberta da sexualidade, de novas sensações corporais e a busca do relacionamento interpessoal entre os jovens, fase também denominada de Estagio Genital segundo Freud. Assim, neste quadro de novas e surpreendentes necessidades se dão os primeiros contatos sexuais, e, com isso, muitas vezes, acontece uma gravidez não planejada.

O aumento da gravidez nessa fase da vida configura-se como um problema de saúde pública no Brasil, uma vez que neste momento os jovens deveriam estar se preparando para a idade adulta, especialmente em relação aos estudos e melhor ingresso no mercado de trabalho.

Consequências: A gravidez na adolescência traz sérias implicações sendo estas familiares, emocionais, econômicas e biológicas. Atingindo-a isoladamente e a sociedade como um todo, limita ou adia futuras possibilidades de desenvolvimento e ingresso dessas jovens na sociedade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerada gestação de alto risco, devido à repercussão que se dá sobre a mãe e seu filho.

A família tem relação direta com o início da atividade sexual. Sendo assim, adolescentes que tem relações precoces ou engravidam nessa fase, provavelmente

vem de famílias cujas mães também tiveram iniciado sua vida sexual muito cedo ou engravidaram na mesma fase. Desse modo, quanto mais jovens e imaturos os pais, maiores as chances de desorganização e desajuste familiar.

É frequente a associação de gravidez na adolescência entre filhos cuja mãe não só engravidou na adolescência como também apresentava baixa escolaridade. Associada a baixa renda, a gravidez na adolescência é um indício de que a história obstétrica se repete por gerações, contribuindo para a perpetuação da pobreza.

A família exerce relevante influência sobre a saúde reprodutiva da adolescente. Com efeito, um episódio de gravidez na adolescência de pais e/ou irmãos(ãos) é fator predisponente à reincidência de gravidez dos respectivos filhos e/ou irmãos(ãos), nessa fase da vida. A vivência da gravidez precoce no ambiente familiar induz uma crença de naturalidade diante de sua ocorrência - ou recorrência - entre outros integrantes da família (Borges; Schor,2006), também evidencia uma dependência financeira de terceiros, principalmente do companheiro, associada à precocidade da jovem em assumir o papel de mãe. Essa dependência financeira, também relacionada ao potencial abandono dos estudos, pode contribuir para a vitimização das jovens mães, na forma de violência física e de outras naturezas, praticada tanto pelo parceiro quanto por familiares (Soares; Lopes,2011) outras das consequências são a baixa auto-estima, o abuso de álcool e drogas, a falta de conhecimento a respeito da sexualidade e o uso inadequado de métodos contraceptivos.

Fatores de riscos:

Biológicos: As mais associadas com a gravidez na adolescência são: a pré-eclampsia, a anemia, as infecções, o parto pré-termo, as complicações no parto e puerpério (Oliveira; Silva,2010)

Psicológicos: Um problema relacionado à gestação na adolescência é a imaturidade psíquica dos jovens pais, que se mostram pouco preocupados com o desenvolvimento do bebê e com a educação da criança. Tal imaturidade pode aumentar as chances da criança contrair doenças infecto-contagiosas e sofrer acidentes. Notam-se algumas particularidades no relacionamento da mãe adolescente com seu filho

Social: Estudos demonstraram que durante a gravidez na adolescência e mesmo após o nascimento de um filho, elevada proporção dessas jovens abandona

os estudos (TEIXEIRA; LEAL, 2006). O fato de assumir novas responsabilidades, como cuidar de uma família, reduz as chances de continuidade dos estudos e por conseguinte, as oportunidades de obter um trabalho melhor qualificado e remunerado, mais exigente com a escolaridade, capacitação e habilidades profissionais e, portanto, mais distante do alcance de populações econômica e intelectualmente menos favorecidas (ALMEIDA, 2006; GOMES, 2008; WHO, 2011).

As equipes da ESF (Estratégia de Saúde Familiar) assumem um papel fundamental na melhoria da atenção à saúde de toda comunidade, incluindo nossas adolescentes por ser um grupo prioritário e de risco mas tem papel fundamental na articulação de ações de intersetorialidade e uma das mais eficientes é com a Escola uma vez que é o local onde eles passam a maior parte do tempo (PATTA; CALIRI, 2000).

4 METODOLOGIA

Será realizado um estudo de intervenção, no mesmo se trabalhara com um grupo de risco (adolescentes de 10 -19 anos) pertencente ao Posto de saúde Raimunda de França, com um universo de 627 adolescentes, o estudo também envolve entorno familiar, escolas e professores.

O pessoal responsável do estudo serão um grupo de integrantes do Equipe de Saúde, composto por Médico, Enfermeira e Agentes Comunitários de Saúde.

Estratégias e ações: se propõe elaborar um grupo de atividades educativas de prevenção e promoção de saúde reprodutiva por parte dos integrantes do EBS (Equipo Básico de Saúde) envolvidos no projeto e com a participação de adolescentes, os quais serão divididos em 2 grupos etários: primer grupo adolescentes de 10 a 14 anos e segundo grupo adolescentes de 15 a 19 anos, tendo em conta que esses grupos diferem tanto físico como psicologicamente, também participaram as famílias e professores. Os dois grupos serão conformados com situações reais de seu dia a dia e será então estabelecido um processo dialógico que permita uma conversa franca entre os participantes do grupo, mediados pelo profissional responsável.

Essas atividades a desenvolver tem como objetivos elevar o grão de conhecimento dos pães, professores e adolescentes sobre educação sexual, risco reprodutivo, manejo familiar e consequência da gravidez na adolescência.

As atividades serão desenvolvidas com uma frequência semanal por 4 semanas, combinando diferentes técnicas participativas, com uma duração de 2 horas cada uma de elas.

Semana 1: Conferencia sobre adolescência e câmbios biopsicossocial que ocorrem nesta etapa da vida, repercussão no adolescente, família e entorno escolar, com a participação de todo o grupo envolvido no estudo; serão realizado em cada centro educacional, onde estudam os grupos de adolescentes e no Posto de Saúde para aqueles que não tem vinculação nos estudos.

Semana 2: atividade sobre vivencias nesta etapa da vida, com técnicas participativas, se realizara com os grupos de adolescentes conformados, de forma separada. Os adolescentes serão estimulados, durante essas reuniões de grupo, a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da

efetividade do projeto pela equipe, o começo das relações sexuais ,interação com outros adolescentes ,conhecimento de métodos anticoncepcionais ,apoio familiar e outros temas serão desenvolvido com o objetivo de avaliar o grado de conhecimento que os adolescentes tem sobre saúde reprodutiva ,além do grado de aceitação familiar.

Semana 3: conferência sobre métodos anticoncepcionais, vantagens, desvantagens e importância dos mesmos. A mesma terá a participação da adolescentes, famílias e professores, se empelaram boletins, bandeiras ilustrativas que mostrem os diferentes tipos de anticoncepcionais e serão desenvolvidas nos centros educacionais e posto de saúde.

Semana 4: conferência sobre gravidez na adolescência, fatores de risco, consequências e repercussão biopsicossocial, participando em nesta atividade todo o grupo do projeto, será desenvolvida pôr o médico e a enfermeira com apoio numa videoconferência do tema a tratado.

Durante as reuniões que serão realizadas, com toda a equipe de saúde será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis ajustes de intervenções se necessárias e assim lograr os resultados esperados com o planejamento deste trabalho.

5 CRONOGRAMA

Atividades 2017	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho
Apresentação da proposta do projeto para a equipe de saúde, escola e comunidade.	X					
Organizar material para a realização do projeto	X					
Elaboração do projeto		X				
Realização do levantamento de pacientes por os ACS		X				
Intervenção			X	x		
Análises dos resultados				x	x	
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho.						x

5.1 Recursos necessários

Recursos humanos:

Equipe de saúde da família composto por 5 agentes comunitários de saúde, 2 técnicos em enfermagem, 1 enfermeira, 1 médico, 1 dentista,

Recursos materiais:

Computadores; Fichas de Atendimento individual; Fichas de Atividades coletivas; Impressora; Cadernos de Atenção Básica; Sala para realização de grupos; Canetas; Pasta para arquivo do planejamento das atividades; Projetor; Caixa de som; Notebook; Cartazes; Folder e panfletos; Papel ofício.

6 RESULTADOS ESPERADOS

- Espera-se que com uma atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, os adolescentes do Grupo alcancem a percepção dos riscos que tem a gravidez na adolescência, o uso de métodos contraceptivos.
- Diminuir a incidência da gravidez em adolescentes pertencentes à comunidade atendida pelo Equipe do Posto de Saúde Raimunda de França.
- Aumentar o conhecimento dos pais e professores sobre saúde reprodutiva e riscos na adolescência.

REFERENCIAS

ALMEIDA MCC, AQUINO EML, BARROS AP. Trajetória escolar e gravidez na adolescência entre jovens de três capitais brasileiras. *Cad Saúde Publica*. 2006 jul; 22(7):1397-409.

AMORIM MMR, LIMA LA, LOPES CV, ARAÚJO DKL, SILVA JGG, CÉSAR LC, et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009 ago;31(8):404-10.

BORGES ALV, LATORRE MRDO, SCHOR N. Adolescência e Vida sexual: estudo dos fatores individuais e familiares associados ao início da vida sexual de adolescentes da cidade de São Paulo. In: *Anais do 15º Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. 2006 set 18-22; Caxambu. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2006.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. DATASUS. Situação de Saúde – Brasil. Brasília; 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF>>. Acesso em: 25 fev. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

COELHO EAC, ANDRADE MLS, VITORIANO LVT, SOUZA JJ, SILVA DO, GUSMÃO MEN, et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família, *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):415-22.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFANCIA. Situação mundial da infância 2011. Adolescência: uma fase de oportunidades; 2011. (Caderno Brasil) [Internet]. [Citado 2013 set 11]. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/br_cadernoBR_SOWCR11\(3\).pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_cadernoBR_SOWCR11(3).pdf)

GOMES KR, SPEIZER IS, GOMES FM, OLIVEIRA DD, MOURA LN. Who are the pregnant adolescents in the poorest state capital of Brazil? *Public Health Nurs*. 2008 Jul-Aug;25(4):319-26

CHALEM E, MITSUHIRO SS, FERRI CP, BARROS MCM, GUINSBURG R, LARANJEIRA R. Gravidez na adolescência perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2007 17. Jan;23(1):177-86

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico, 2000. Rio de Janeiro; 2001.

KERNIER N, CUPA D. Adolescência: muda psíquica à procura de continentes. *Agora (Rio J)*. 2012 set-dez;15 no esp:453-67.

MOLINA RC, ROCA CG, ZAMORANO JS, ARAYA EG. Family planning and adolescent pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2010 Apr;24(2):209-22.

Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia (PROAGRO). Ciclo cinco, módulo três. São Paulo: Artmed; 2008.

HOGA LAK. Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiências reveladas pela história oral. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2008 Abr [acesso em 2014 jan 30]; 16(2): 280-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000200017>.

KLIKSBERG B. O contexto da juventude na América Latina e no Caribe: as grandes interrogações. *Rev. Adm. Pública*. 2006; 40(5): 909-42. 3.

OLIVEIRA EFV, GAMA SGN, SILVA CMFP. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad saúde Pública*. 2010 mar;26(3):567-78.

PATTA MC, BORSATTO PL. Características do comportamento sexual de adolescentes grávidas. In: Gir E, Yazlle MEHD, Cassiani SHB, Caliri MHL, organizadores. *Sexualidade em temas*. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2000. p. 37-5.

SANTOS JO, SILVA CFS, PETENÃO E, SOSTER FCB, BERARD MB, SILVA SR. Perfil das adolescentes com reincidência de gravidez assistidas no setor público de Indaiatuba (SP). *Rev Inst Cienc Saude*. 2009;27(2):115-21.

SOARES JSF, LOPES MJM. Biografias de gravidez e maternidade na adolescência em assentamentos rurais no Rio Grande do Sul. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 ago;45(4):802-10.

TEIXEIRA AMFB, KNAUTH DR, FACHEL JMG, LEAL AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad Saúde Pública*. 2006 jul;22(7):1385-96.

The Save the Children Fund. Every woman's right: how family planning saves children's lives. Londres: The Save the Children Fund; 2012.

World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Geneva: WHO; 2011.

ANEXO**Questionário**

1.Idade

2.Sexo

3.Tem conhecimentos dos câmbios que ocorrem na adolescência? Sem Não

4.Tem conhecimento sobre métodos anticoncepcionais? Sem Não

5.conhece como evitar o embarço na adolescência? Sem Não

6.Tem conhecimento sobre os riscos que tem a gravidez na adolescência?

Sem Não Não sei

7.Considera que é importante o apoio da família e de professores nesta Etapa da vida? Sem Não

.