

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LUDMILLA WALLESKA NASCENTES BRUNO

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E O USO DACARTILHA “SAÚDE DA MAMÃE E DO BEBÊ” - COMO GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA GESTANTES DE PINDAÍBAS E MICRORREGIÕES

UBERABA- MINAS GERAIS

2014

LUDMILLA WALLESKA NASCENTES BRUNO

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E O USO DACARTILHA “SAÚDE DA MAMÃE E DO BEBÊ” - COMO GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA GESTANTES DE PINDAÍBAS E MICRORREGIÕES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Elimar Adriana de Oliveira.

UBERABA - MINAS GERAIS

2014

LUDMILLA WALLESKA NASCENTES BRUNO

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E O USO DA CARTILHA “SAÚDE DA MAMÃEE DO BEBÊ”- COMO GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA GESTANTES DE PINDAÍBAS E MICRORREGIÕES

Banca Examinadora:

<u>Dra. Elimar Adriana de Oliveira</u>	<u>UFTM</u>
<u>Ms. Fernanda Carolina Camargo</u>	<u>UFTM</u>

Aprovada em Uberaba _/_/_

Dedicatória

A Deus!

Aos meus pais, irmãos, meu porto seguro!

Ao amigo Hitch, sempre ao meu lado na construção desse trabalho! Sua presença foi fundamental nos momentos em que achei que não havia mais palavras! Obrigada!

Agradecimento

*Agradeço à comunidade de Pindaúbas que me acolheu
À Equipe Saúde da Família 23 que partilhou comigo o conhecimento
Às gestantes que contribuíram com o estudo
Aos amigos e familiares que contribuíram para minha formação
Agradecimento especial à orientadora Dra Elimar Adriana pela paciência, dedicação! "Êta colcha de retalhos"!*

Epígrafe

“Diário de uma gravidez: Eu desenvolvendo internamente; para externalizar meus sentimentos”. Leila Perci

“Adolescente é buzinado dia e noite: tem que estudar para o vestibular, aprender inglês, usar camisinha, dizer não às drogas, não beber quando dirigir, dar satisfação aos pais, ler livros que não quer e administrar dezenas de paixões fulminantes e rompimentos. Não tem grana para ter o próprio canto, costuma deprimir-se de segunda a sexta e só se diverte aos sábados, em locais onde sempre tem fila. É o apocalipse. Felicidade, onde está você?”.

Martha Medeiros

“Escrever, traduzir o pensamento, harmonizar as palavras, criar imagens através delas, fazê-las soar bem facilitando a leitura e a compreensão, acertar o ritmo, o tempo, o som. Escrever pensando em ser lido e compreendido, sem o suor do leitor, eis uma arte rara, não porque difícil, mas porque tem que ser desenvolvida, trabalhada, afinada”.

Caetano

RESUMO

Através do diagnóstico situacional em saúde foi verificada a problemática da gravidez na adolescência/mitos da gravidez como fator ameaçador à adesão ao pré-natal na região de Pindaíbas/microrregiões-zona rural de Patos de Minas/MG. Diante do tema, traçou-se como objetivos realizar uma revisão de literatura (SCIELO, MEDLINE, livros, teses e monografias) sobre gravidez em idades precoces e a elaboração de um material alternativo “Cartilha da Gestante- Saúde da Mamãe e do Bebê” pela Equipe Saúde da Família, visando aperfeiçoar melhorar a qualidade da comunicação, na assistência pré-natal. As etapas da elaboração da cartilha consistiram na sistematização de seu conteúdo, com base na identificação das demandas das gestantes. O conteúdo da cartilha foi elaborado com bases científicas, mediante revisão da literatura; sua composição quanto à sequência das informações, formatação das ilustrações, escolha seleção das cores, organização estrutural e formato final foi realizada mediante o apoio de uma equipe multidisciplinar. Sabe-se que a adolescência é uma fase de transição para idade adulta com características muito peculiares e atualmente ainda é verificado um despreparo dos profissionais da saúde em lidar com adolescentes. Dessa forma, a elaboração de uma cartilha educativa, desenvolvida mediante estratégia dialógica, coletiva, com orientações fidedignas e significativas na perspectiva das gestantes adolescentes, adaptadas ao regionalismo, representaria um subsídio importante para o desenvolvimento das ações educativas e nesse sentido um meio importante na prevenção de doenças e promoção de saúde na gestante. O presente trabalho aponta que a gravidez na adolescência é um problema de saúde pública e é preciso a participação da família e dos profissionais da saúde na orientação quanto à gravidez precoce. Dentre as medidas voltadas para a educação do adolescente, o emprego de materiais didáticos como uma cartilha- Cartilha da Gestante pode ser um dispositivo motivador para o aprendizado, na medida em que se torna uma maneira diferente de diálogo da equipe de saúde e a adolescente gestante. Nesse sentido, a cartilha poderá não só ser um meio de auxílio na promoção à saúde da gestante, a orientar futuras gerações, mas também como um veículo que poderá auxiliar na educação sexual e, dessa forma, prevenir a gravidez na adolescência.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez na adolescência. Adolescente. Promoção da saúde. Educação em Saúde. Informação.

ABSTRACT

Through analysis of the health situation in the region of Pindaibas/rural micro zone of Patos de Minas/MG, the problem of teenage pregnancy and pregnancy myths were verified as a threatening factor to the adherence of prenatal birth. Given the theme, different objectives were established: to conduct a literature review (SCIELO, MEDLINE, books, theses and monographs) about pregnancy at early ages and the development of alternative material "Booklet on Maternity – The health of mother and child" by the Family Health team, aiming to improve the communication about prenatal care. The stages of development of the booklet consist in the systematization of its contents based on the identification of the demands of the women. The content of the booklet has been prepared on scientific grounds, upon review of the literature, its composition and the sequence of information, formatting of graphics, selection of colors, structural organization and its final form was achieved through the support of a multidisciplinary team. It is known that adolescence is a transition stage to adulthood with very peculiar characteristics and currently there is still a lack of health professionals to deal with adolescents. This way, the development of an educational booklet, developed through the strategy of group dialogue with reliable and meaningful guidelines from the perspective of pregnant adolescents, adapted to the region, represents an important tool for the development of educational activities and is an important tool in preventing diseases and promoting a healthy pregnancy. This study shows that teenage pregnancy is a public health problem in need of participation of family and health care professionals in accompanying early pregnancy. Among the measures aimed at the education of adolescents, the use of textbooks such as a booklet – Booklet on maternity- can be a motivating learning device to the extent that it becomes a different way of dialogue between the healthcare team and the pregnant adolescent. In this sense, the booklet will not only be a way to aid in promoting the health of the mother and to guide future generations, but will also assist in sex education, therefore, preventing teen pregnancy.

KEYWORDS: Teenage pregnancy. Adolescent. Health promotion. Health Education. Information.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	10
2-JUSTIFICATIVA.....	12
4- OBJETIVOS.....	25
5- METODOLOGIA.....	26
6- RESULTADOS.....	27
6.1-ELABORAÇÃO DA CARTILHA DA GESTANTE.....	27
6.2- A SELEÇÃO DO CONTEÚDO.....	27
6.3- A COMPOSIÇÃO DA CARTILHA.....	28
6.4- A VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO.....	28
6.5- A VERSÃO PRELIMINAR DA CARTILHA.....	29
6.6- A SELEÇÃO DAS ILUSTRAÇÕES.....	29
7- DISCUSSÃO.....	30
8- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	35
ANEXOS.....	40

.

1-INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência e os mitos que a envolvem sobressaem como problema no distrito de Pindaíbas/ microrregiões; região de Patos de Minas/MG. Por sua vez, a equipe de saúde enfrenta dificuldades na orientação das gestantes durante as consultas, além de ser um fator contribuidor da resistência ao pré-natal tradicional. A região apresenta 39% de gestantes adolescentes entre 14 e 19 anos de idade, o que se assemelha ao contexto brasileiro, cuja prevalência da gravidez na adolescência vem aumentando com ênfase na faixa etária que vai dos 10 aos 14 anos de idade (CORREA *et al.*, 2011).

A adolescência é definida como o período de transição entre a infância e a idade adulta caracterizada por instabilidade emocional, mudanças corporais e sociais (COLLI, 2003). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lei número 8.069 de 1990 circunscreve a adolescência como um período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade e a faixa etária para delimitação da juventude vai dos 15 aos 24 anos de idade (ECA, 1990, BRASIL, 2006).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é entendida cronologicamente como o período da vida dos 10 aos 19 anos de idade, dividido em dois subperíodos: de 10 aos 14 anos e dos 15 aos 19 anos de idade; e a juventude na faixa etária de 15 aos 25 anos de idade, o que compreende uma parte da adolescência (CONTI *et al.*, 2005)

Segundo o Ministério da Saúde, aproximadamente um milhão de meninas ficam grávidas anualmente antes dos 20 anos de idade (ALVES *et al.*, 2010).

No período de 2005, o Instituto Brasileiro de Geografia e de Estatística (IBGE) apresentou uma população entre 36 e 38 milhões de adolescentes, ou seja, um quinto da população total do país (ALVES *et al.*, 2010).

Já a Pesquisa Nacional Demografia e Saúde (PNDS) 2006 revelou que 16,2% de mulheres na faixa etária de 15-19 anos já eram mães, e entre estas, 13,5% tinham dois filhos ou mais (SILVA *et al.*, 2011).

No Brasil, observou-se uma notável queda da fecundidade total e da fecundidade específica em praticamente todos os grupos etários, entre as décadas de 1970 e 2000, exceto no grupo etário de 15 a 19 anos. Nesse grupo, a taxa de fecundidade cresceu 14%, enquanto nas demais faixas etárias houve reduções de 43% a 93%.

Na adolescência ocorrem três fenômenos importantes do desenvolvimento humano: a puberdade, com o amadurecimento sexual e reprodutor, a passagem da infância para a vida

adulta e a estruturação de uma identidade definida. Constituem características importantes da adolescência a busca de identidade, a tendência grupal, o desenvolvimento do pensamento conceitual, a vivência temporal singular, a evolução da sexualidade, havendo por vezes, um descompasso entre o corpo pronto para reprodução e o psíquico despreparado para o evento (DE PAULA, 2007).

A gravidez na adolescência é vista com certa apreensão em nosso meio, pois sabe-se que esta fase da vida dos jovens é cercada de tentativas de afirmações de identidade, portanto rodeada de dúvidas.

Segundo Heilborn *et al.* (2002), a gravidez na adolescência pode ser tida como inesperada ou ser fruto de uma programação; pode-se resultar em vínculo ou separação posterior; em relações estáveis e duradouras ou ainda não resultar em vínculos quando o parceiro nega a paternidade.

Dentre os fatores causais da gravidez na adolescência os mais citados são: desenvolvimento biológico, união consensual, família uniparental, falta de informação em educação sexual, contracepção, escolaridade baixa e comportamentos de risco: tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas (SAITO *et al.*, 2007).

No que diz respeito ao desenvolvimento biológico, a puberdade é caracterizada por importantes modificações biológicas; o estirão e maturação sexual. As repercussões psicossociais dessas modificações constituem o principal determinante da experiência sexual do adolescente; cada vez mais precoce e pré-marital (GUIMARÃES, 2001). A atividade sexual precoce, muitas vezes, pode estar associada não só a gravidez indesejada, mas também, a doenças sexualmente transmissíveis (DST), AIDS, uso de substâncias psicoativas, abandono escolar, entrada precoce em mercado de trabalho, reduzindo as premissas de futuro promissor (BRASIL, 1993, GUIMARÃES, 2001, MANDU, 2007, CANO *et al.*, 2007).

Outro fator causal é a união consensual que predispõe a jovem a uma prática sexual por um tempo maior, muitas vezes, fora do casamento. Segundo Guimarães (2001), a atividade sexual precoce é o principal fator que explica esse fato. No Brasil, a maternidade é eminentemente marital, pois não se sabe se esses arranjos matrimoniais acontecem antes ou após a ocorrência da gravidez (GUIMARÃES, 2001).

A família uniparental, constituída pela presença da mãe sozinha, também se mostrou ser um possível agente causador da gravidez em idade precoce; nesse contexto, a gravidez se torna uma forma da adolescente encontrar amor e carinho, evitar isolamento e solidão e uma

forma da adolescente reviver os conflitos com sua filha, revivendo papéis sexuais e reprodutivos (GUIMARÃES, 2001).

Além disso, a gravidez na adolescência está relacionada com situações de vulnerabilidade social; comportamentos de risco: tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas, bem como com a falta de informação (contracepção, educação sexual) e falta de acesso à escola e aos serviços de saúde, e ainda à condição de subordinação de adolescentes mulheres nas relações sociais vigentes, sobretudo das pobres e negras (SAITO *et al.*, 2007). Segundo Guimarães (2001), a gravidez na adolescência somente poderá ser controlada com a educação sexual.

A gravidez é um fenômeno social, os contornos da adolescência não podem ser definidos em termos absolutos, uma vez que tal definição depende do lugar que a sociedade atribui ao adolescente em um dado momento histórico (DIAS *et al.*, 2010).

Em se tratando de vulnerabilidade tem-se que no adolescente está ligada a características do desenvolvimento psico emocional deste ciclo de vida (SAITO, 2012). Para Cano *et al* (2007), o fato de o adolescente ser idealista, contestador, curioso, com necessidade de desafios, tem pouca experiência o que pode provocar nele uma atração pelo risco.

Em relação à gravidez na adolescência e suas consequências, é necessário, reconhecer que este é um fenômeno complexo e multideterminado, que está associado a fatores psicológicos, sociais e históricos. A gestação na adolescência é considerada uma situação de risco biológico tanto para as adolescentes como para os recém-nascidos (DIAS *et al.*, 2010).

Algumas complicações como tentativas de abortamento, anemia, desnutrição, sobrepeso, hipertensão, (pré) eclâmpsia, desproporção céfalo-pélvica, hipertensão e depressão pós parto estão associadas à experiência de gravidez na adolescência (DIAS *et al.*, 2010).

Acrescenta-se ainda, trabalho de parto prolongado, infecções urogenitais, toxemia gravídica, disfunção uterina, maior índice de parto cesárea, síndromes hemorrágicas, lacerações perineais, e o coeficiente de mortalidade decorrente do aborto foi 2,5 vezes comparadas as mulheres mais velhas (YAZLLE *et al.*, 2009). Além disso, a gestação em adolescentes pode estar relacionada a comportamentos de risco como, por exemplo, a utilização de álcool e drogas ou mesmo a precária realização de acompanhamento pré-natal durante a gravidez (DIAS *et al.*, 2010).

A gravidez em idades precoces tem-se ainda como consequência morte em mulheres de 15 a 19 anos de idade nos países em desenvolvimento e perinatal. E atualmente, utilizam-se expressões como gravidez precoce, indesejada, não-planejada e de risco para descrever e enfatizar as consequências sociais e biológicas negativas associadas ao fenômeno (DIAS *et*

al., 2010). No que tange à saúde do bebê, a gestação na adolescência encontra-se associada a situações de prematuridade, baixo peso ao nascer, morte perinatal, epilepsia, deficiência mental, transtornos do desenvolvimento, baixo quociente intelectual, cegueira, surdez, e aborto espontâneo, além de morte na infância (DIAS *et al.*, 2010).

Na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), a gravidez é a primeira causa de internações médicas, dos 10 aos 19 anos de idade, correspondendo a um quarto do total de partos (SILVEIRA, 2010).

Em 2000, dos 2,5 milhões de partos realizados nos hospitais públicos do país, 689 mil foram de adolescentes com menos de 20 anos de idade, em sua maioria pertencente às camadas populares. Segundo Brasil (2010), o total de partos de mulheres adolescentes de 10 a 24 anos de idade, a prevalência foi de 56,19%, adolescentes de 15 a 19 anos o percentual foi de 42,43% e na faixa etária de 10 a 14 anos de idade foi de 2,23% (SILVEIRA, 2010).

A gravidez, o parto e o puerpério foram responsáveis por 80,3% das internações de adolescentes em todo o país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). A literatura também revela que é maior o predomínio de gravidez não planejada/não desejada, entre mães adolescentes, como também um fraco vínculo entre mãe e bebê no período pré-natal (ALVES *et al.*, 2010).

Outras consequências possíveis associadas à gravidez neste período envolvem aspectos psicológicos tais como: ausência de apoio familiar, níveis elevados de estresse, presença de sintomas depressivos; a frequência da depressão parece ser mais alta entre as grávidas adolescentes do que em gestantes adultas, sendo a gravidez um importante fator de risco para o seu surgimento nessa fase da vida (ALVES *et al.*, 2010)

Diante de todos os fatos salientados a respeito da gravidez na adolescência, fator este presente na zona rural de Patos de Minas, soma-se como problema para a equipe de saúde a cultura popular rural/ mitos da gravidez. Havia nítidas dificuldades na orientação das gestantes pelos profissionais da saúde, o que gerava desmotivação dos mesmos pelas tentativas sem sucesso. Além disso, muitas das gestantes compareciam ao pré-natal, mas com nítida resistência às orientações dos profissionais por terem informações pré-formadas no assunto, principalmente a cerca dos mitos da gravidez. É importante salientar que a clientela mais difícil de orientar eram as adolescentes.

De acordo com Chartier (1995), a cultura popular rural pode ser conceituada como toda a produção advinda do povo, que se diverge da produção elitista e daquela gerada pelos meios de comunicação. É uma cultura que é a voz do povo que não quer se calar diante de tantos obstáculos, e que resiste ao longo do tempo, é a cultura popular, iletrada, que

corresponde aos maiores materiais e simbólicos do homem rústico, sertanejo ou interiorano, e do homem pobre suburbano ainda não de todo assimilado pelas estruturas simbólicas da cidade moderna.

A mesma ideia é fundamentada por Bosi (1992, p. 310) ao relacionar cultura popular com um conjunto de diversos aspectos implícitos à vida do povo, ou realizados pelo povo:

[...] implica modos de viver: o alimento, o vestuário, a relação homem- mulher, a habitação, os hábitos de limpeza, as práticas de cura, as relações de parentesco, a divisão das tarefas durante a jornada e, simultaneamente, as crenças, os cantos, as danças, os jogos, a caça, a pesca, o fumo, a bebida, os provérbios, os modos de cumprimentar, as palavras tabus, os eufemismos, o modo de olhar, o modo de sentir, o modo de andar, o modo de visitar e ser visitado, as romarias, as promessas, as festas de padroeiro, o modo de criar.

Ainda se tratando de aspectos culturais, segundo Martins (2004) antigamente, as mulheres viviam em famílias alargadas e em comunidade. A educação era coletiva e centralizada na família, sendo esta um espaço de partilha onde a compreensão, o diálogo e o respeito pela liberdade dos outros, existiam de forma mais efetiva. As adolescentes construía a sua aprendizagem sobre a gravidez e maternidade na companhia da mãe ou de outras mulheres da comunidade. As informações eram essencialmente transmitidas de mãe para filha (MARTINS, 2004). Estas mulheres também aprendiam a ser mães, através do jogo, da observação, da imitação e, mais tarde, com a prática, cuidando dos irmãos. Nesse contexto, as crenças e os mitos relacionados com a gravidez eram frequentes, possuindo, portanto, raízes longínquas na história e variando de cultura para cultura. Durante a gravidez e ao longo da vida, a mulher vai ouvindo relatos de experiências e histórias que se transmitem hereditariamente e que, não raras vezes, configuram em crenças ou mitos determinantes dos seus comportamentos que são geradores de receios (MARTINS, 2004).

O clima de vulnerabilidade física e psicológica na gravidez constitui o ambiente propício para o enraizamento e proliferação desses mitos e percebe-se que muitas mulheres modificam os seus comportamentos durante a gravidez em função dos mesmos (MARTINS, 2004).

A gravidez é um episódio na vida da mulher, na qual seu organismo foi lentamente se preparando e adaptando ao longo de modificações gerais e locais que levaram a jovem da puberdade à maturidade sexual, e se caracteriza pela presença no organismo feminino do

óvulo fecundado; a maternidade é vista por algumas mulheres como sendo um desejo que sempre existiu natural, instintivo, essencial, como a realização de um sonho do passado (REZENDE; MONTENEGRO, 2013).

É no período gravídico que ocorrem modificações físicas e psíquicas na mulher, estando associadas a uma maior fragilidade da sua saúde mental (MARTINS, 2004).

Ao longo dos nove meses de gestação, a mulher passa por mudanças hormonais. São produzidos hormônios progesterona, responsável por manter o metabolismo da gravidez e estrogênio, que favorece a dilatação dos vasos e prepara o corpo para o aumento do volume de sangue /amamentação (REZENDE; MONTENEGRO, 2013). À medida que o bebê cresce na barriga, as taxas hormonais se elevam influenciando as emoções e sentimentos da gestante. Ela fica, então, mais suscetível ao bombardeio de teorias dos mais supersticiosos, que tentam dar dicas e orientar a futura mãe com nenhuma ou quase nenhuma base científica (REZENDE; MONTENEGRO, 2013). As crenças presentes na microrregião assemelham-se às crenças encontradas na cultura popular do país e em estudos de países internacionais: são crenças relativas à predição do sexo do bebê; relativas aos hábitos alimentares; relativas ao uso ou contato com objetos; crenças relativas a plantas; crenças relativas a animais; crenças relativas a rituais e cuidados com coto umbilical; entre os exemplos, segundo Medeiros (2014), mulher grávida tem que comer por dois; se os desejos alimentares da grávida não forem realizados a criança pode nascer com algum sinal; o feto consegue sentir quando há relação sexual entre o casal; mulher grávida não pode fazer sexo; se a barriga estiver pontuda, é menina; arredondada, é menino; se a grávida tem muita azia, é porque o bebê vai ser cabeludo; tomar cerveja preta melhora a produção de leite; mulheres de quadril largo são excelentes parideiras; a gestante não deve praticar exercícios físicos; se a grávida cruza as pernas, pode criar voltas no cordão umbilical e enforçar o bebê; e segundo Martins (2004), em estudos internacionais; uma grávida não pode ir a funerais e ver ou tocar no falecido porque o bebê pode nascer amarelo; e uma grávida não deve andar com cordas à cinta porque o bebê pode nascer com o cordão ao pescoço.

Ao analisar a forte influência destes mitos/cultura rural sobre a população de gestantes (especialmente adolescentes) de Pindaíbas e microrregiões e tal fator ser possível fonte de ameaça para adesão ao pré-natal fez com que surgisse a idéia por parte da Equipe Saúde da Família de confeccionar um material alternativo: Cartilha da Gestante (ANEXO A) como um meio mais didático de aprendizagem.

É de suma importância para a Equipe Saúde da Família, dar atenção integral promovendo a saúde ao idoso, ao adulto, à criança, à mulher e ao adolescente. Segundo Silveira (2010), a estratégia saúde da família deve se comprometer com um modelo que valorize as ações de promoção, proteção da saúde, prevenção das doenças, e atenção integral às pessoas. Entre as muitas atribuições destaca-se a assistência integral à comunidade, em todas as etapas de vida, inclusive à saúde do adolescente.

É importante também salientar que é na adolescência que se ocorre a manipulação dos conceitos abstratos; assim os preceitos morais, éticos, sociais, religiosos podem ser contestados, repensados, e passados por um crivo bastante crítico (SILVEIRA, 2010).

Diante do exposto, houve o entendimento que um material educativo poderia ser um instrumento valioso para uma atenção mais efetiva às gestantes em especial às adolescentes. Tal material seria uma forma de aproximar o conhecimento científico à realidade das gestantes e da viabilização de um material de qualidade, que não tivesse conotação prescritiva e ao mesmo tempo, promovesse uma aproximação com a linguagem popular. Entende-se que a proposição de ações no âmbito da promoção da saúde e do autocuidado devem considerar a relevância do aspecto cultural e seus diferentes níveis, que envolvem a preservação, acomodação, negociação ou repadronização do cuidado cultura.

De acordo com Reberte (2008, p. 18):

(...) “Aspectos específicos a cada cultura e a dimensão universal do cuidado humano, aquela que está presente em todas as culturas, necessitam ser descobertos a partir das distintas dimensões que compõem a visão de mundo e a estrutura social. Em sua teoria, este conhecimento é essencial para prover um cuidado culturalmente apropriado para indivíduos ou grupos originários de culturas distintas. Assim os fatores culturais, ou seja, tecnológicos, religiosos, filosóficos, sociais, de parentesco, políticos, legais, econômicos educacionais, os modos de vida e valores culturais, que sofrem influência mútua, devem ser considerados nas práticas, expressões e normas de cuidado de indivíduos, famílias, grupos, comunidades e instituições nos diversos sistemas de saúde” (...).

Fundamentando-se na importância dos aspectos até então mencionados, pretendeu-se nesta pesquisa enfatizar a problemática da gravidez na adolescência e produzir uma cartilha educativa destinada às demandas das gestantes de Pindaíbas e microrregiões. Estimou-se que a existência de um material educativo poderia contribuir para servir de apoio no atendimento dessas demandas, no que diz respeito à obtenção de informações relativas à gravidez, de forma adicional aos seus próprios recursos e dos meios disponibilizados pela assistência pré-natal e da comunidade. Por outro lado, foram considerados a necessidade e a pertinência da produção de um material que fosse facilmente compreendido pelas gestantes, em termos do significado das informações, linguagem e das ilustrações.

2-JUSTIFICATIVA

No cotidiano da atuação da equipe saúde da família, entre as várias ações direcionadas a outros indivíduos, grupos, famílias ou comunidades há um grupo que merece um olhar diferenciado: os adolescentes.

Adolescência é um período de profundas modificações marcado pela transição entre a puberdade e estado adulto em desenvolvimento. Nessa fase, a perda do papel infantil gera inquietação, ansiedade e insegurança, frente à descoberta de um novo mundo. É uma fase constituída de características próprias, que diferenciam das demais faixas etárias, sendo considerado um período confuso, de contradições, de formação de identidade e autoestima (MOREIRA *et al.*, 2008). Somada a essa fase de mudanças psicológicas, físicas, intelectuais, afetivas, permeada de mudanças, desafios, conflitos ocorre à descoberta da sexualidade e a gravidez pode ocorrer nessa faixa etária e é descrita como um tema complexo (MOREIRA *et al.*, 2008, SANTOS, 2009).

No Brasil, a gravidez na adolescência representa um problema social e de saúde pública devido às repercussões biológicas, psicológicas e sociais, acarretados nessa faixa etária, agravado não exclusivamente, mas especialmente em populações de baixa renda; pelas condições desfavoráveis, desconhecimento do funcionamento do próprio corpo, falta de suporte afetivo familiar, falta de acesso a contraceptivos e programas inadequados de educação sexual (CARVACHO, *et al.*, 2008).

Além disso, é importante salientar que as adolescentes morrem por complicações da gravidez, parto ou puerpério, indicadores inter-relacionados à falta de acesso ao pré-natal de qualidade, ao planejamento familiar. Faz-se urgente que os profissionais que lidam com essa clientela a compreensão desse assunto.

Nesse sentido, houve a necessidade de se estudar melhor o tema para se criarem mais estratégias para melhorar a promoção da saúde e maior adesão aos serviços disponibilizados para essa população.

É importante que Equipe Saúde da Família se comprometa com ações de promoção, proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às gestantes adolescentes (SILVEIRA, 2010). Nesse contexto, o cuidado com o adolescente, em especial um estudo sobre a gravidez na adolescência, apontam possibilidades de atuação dos profissionais da saúde junto a essa população capaz de diminuir ou controlar a ocorrência de gravidez nessa faixa etária, por meios de ações educativas, e acompanhamento efetivo nas áreas de

abrangências. O conhecimento do assunto gravidez na adolescência pode contribuir para melhor compreensão dos motivos que levam a gravidez em idade precoce, suas causas, consequências, e ainda possibilitar implementação de ações, programas para diminuição desse fenômeno, haja vista que a promoção da saúde na gestação é fundamental na assistência pré-natal, pois contribui para melhorar as condições de saúde e da qualidade de vida da gestante. Trata-se de uma medida que também favorece o estabelecimento de uma relação comprometida entre a equipe de saúde, as gestantes, seus companheiros e demais membros de sua família (REBERTE, 2008).

O fornecimento de orientações sobre o processo gestacional, incluindo as mudanças corporais e emocionais que ocorrem durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério são preconizados como assistência pré-natal. Estas, quando inseridas em uma prática educativa, como as atividades grupais e em materiais didáticos visam promover a saúde da gestante e, conseqüentemente, a saúde de seu filho e de sua família (BRASIL, 2001).

Os recursos de comunicação, como os materiais educativos podem proporcionar melhores resultados para os programas de educação para a saúde, pois possuem o potencial de dinamizar a comunicação no trabalho com educação em saúde, facilitar o trabalho da equipe de saúde na orientação dos pacientes e familiares, bem como auxiliar os indivíduos a compreenderem melhor o processo pelo qual estão passando (ECHER, 2005).

A utilização de materiais educativos impressos da área da saúde é prática comum no Sistema Único de Saúde (SUS). Manuais de cuidado em saúde, folhetos e cartilhas são capazes de promover resultados expressivos para os participantes das atividades educativas (REBERTE *et al.*, 2012). Logo o uso da cartilha seria um método adicional para atividades educativas e promoção da saúde da gestante. Autores ainda referem o instrumento cartilha como um meio didático de aprendizado. Segundo Boto (2004, p.495), o termo cartilha constitui um desdobramento da palavra “cartinha” que por sua vez, era usada em língua portuguesa desde o princípio da Idade Moderna para identificar aqueles textos impressos cujo propósito explícito seria o de ensinar a ler, escrever e contar.

Basicamente, a didática está relacionada ao “como ensinar”, orientando elementos que vão desde a postura do docente até os meios empregados para promover o ensino e garantir a aprendizagem. É indiscutível o papel do material didático como recurso incentivador da aprendizagem, uma vez que as mensagens recebidas por meio dele não são somente verbais; abarcam sons, cores, formas, sensações. Os materiais didáticos já cumprem a função de estabelecer contato na comunicação, alterando a monotonia, exclusivamente verbais. Esses materiais ainda podem substituir, em grande parte, a simples memorização, contribuindo para

o desenvolvimento de operações de análise e síntese, generalização e abstração, a partir de elementos concretos (FREITAS, 2007).

A idéia da Cartilha da Gestante para profissionais de saúde e para gestantes é compartilhar informações e refletir sobre como trabalhar no nível da Atenção Primária em Saúde (APS), prevenir os problemas de saúde e doenças que podem ocorrer. As informações podem auxiliar na compreensão e manejo das mudanças fisiológicas da gravidez, enfatizar a importância do pré-natal e esclarecimento dos mitos da gestação contribuindo efetivamente na prevenção de doenças, no estabelecimento de um estilo de vida com qualidade para manutenção da homeostase do organismo materno e do bebê. Acredita-se que prover informações sobre o pré-natal, mudanças fisiológicas da gestação, dicas de exercícios para gestantes, nutrição e esclarecimentos de mitos na gestação podem contribuir significativamente na qualidade de vida da gestante. Além disso, é fundamental estimular e promover mudanças de hábitos e atitudes para prevenir os problemas de saúde da gestante e seu bebê.

A proposta de educação em saúde dessa cartilha está focada no desenvolvimento de ações que promovam o autocuidado e auxiliem no reconhecimento de doenças e valorização do pré-natal sem a discriminação da cultura rural popular.

Espera-se que os profissionais da Atenção Primária a Saúde (APS) possam utilizá-la cotidianamente no exercício de suas atividades educativas e de promoção da saúde influenciando positivamente na qualidade de vida das gestantes e saúde do bebê.

Acredita-se que o processo de reflexão e “atividades” focadas nos temas poderão auxiliar na auto-observação e na motivação para a aplicação dessas recomendações no seu dia a dia construindo o processo de auto cuidado. Se as informações apresentadas modificarem conceitos, opiniões e atitudes da gestante frente ao seu momento de gravidez elas serão capazes de incorporá-las no cotidiano de forma autônoma realizando a autopromoção da gestação saudável.

3- OBJETIVOS

- Propor uma intervenção para acompanhamento qualificado das gestantes adolescentes da área rural de Pindaíbas, Patos de Minas/MG
- Elaborar uma cartilha destinada à promoção da saúde da gestante com ênfase em pré-natal e esclarecimentos de mitos sobre a gravidez.
- Realizar uma abordagem bibliográfica sobre gravidez na adolescência ressaltando a importância sobre o tema.

5- METODOLOGIA

Pretende-se apresentar abordagens sobre gravidez na adolescência e promoção à saúde para as gestantes adolescentes da área rural de Pindaíbas, Patos de Minas/MG, 2013.

Os resultados aqui discutidos compõem atividades dos módulos Processo de Trabalho e Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde da Unidade Didática I do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (CEABSF/UFGM) (CAMPOS *et al.*, 2010, FARIA *et al.*, 2010). A construção da proposta de intervenção pauta-se no Planejamento Estratégico Situacional em Saúde (CAMPOS *et al.*, 2010) e parte da própria atuação da autora junto a uma Equipe de Saúde da Família. Ainda, para a construção do presente trabalho foi realizado levantamento bibliográfico, qual teve como base eletrônica a Scientific Electronic library Online- Scielo, Medical Literature Analysis and Retrieval System online- Medline, livros, teses, monografias. Essa revisão é uma avaliação sem sistematização de algumas publicações sobre determinado tema, que inclui livros, artigos, teses, entre outros. A busca de fontes não é pré-determinada, logo se apresenta menos abrangente. A seleção dos artigos é de acordo com a visão da autora estando sujeita ao viés de seleção (SILVEIRA, 2010). Para a busca da literatura foi utilizada como descritores, adolescente, gravidez na adolescência, promoção da saúde, educação em saúde. A análise das referências se fundamentou em repetidas leituras na tentativa de apreender o conteúdo que atendia o objetivo do estudo. Posteriormente, os conteúdos comuns a cada artigo foram agrupados para formar as temáticas de análises e elaboração de um discurso crítico dos posicionamentos dos autores da literatura estudada.

6- RESULTADOS

6-1-Adolescência, sexualidade e gravidez na adolescência

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que adolescência é um período da vida que começa aos 10 anos de idade e se estende até os 19 anos de idade (SILVEIRA, 2010). Já de acordo com o estatuto da criança e do adolescente Brasil (1990) vai dos 12 aos 18 anos, onde acontecem muitas mudanças físicas, psicológicas e comportamentais.

Adolescência originada do latim “adolescere” significa crescer, é marcada por profundas transformações fisiológicas, psicológicas, funcionais, afetivas, intelectuais e sociais, vivenciadas em determinado contexto cultural. Mais que uma fase, a adolescência é um processo com características intrínsecas, dinâmicas com passagem entre a infância e idade adulta (SILVEIRA, 2010, GURGEL *et al.*, 2008).

A adolescência é uma fase essencial para a maturidade biopsicossocial e nela há descoberta da sexualidade, de novas sensações corporais, busca do relacionamento interpessoal entre jovens. Assim nesse novo contexto de novas e surpreendentes necessidades se dão os primeiros contatos sexuais, e com isso, uma gravidez não planejada (NADER COSME, 2007).

A falta de orientação sexual tanto na escola como na família e um despreparo da equipe de saúde para a educação do adolescente, leva o mesmo a desinformação, e conseqüentemente perigo para compreensão de sua sexualidade, aceitação corporal e prevenir-se de situações que possam comprometer seus projetos de vida, entre elas doenças sexualmente transmissíveis (DST), aborto, casamento, maternidade, paternidade, o que causa grande impacto na vida do adolescente como ser humano (XIMENES *et al.*, 2007).

A gravidez na adolescência é um dos desfechos da prática sexual que pode ser influenciada por fatores externos e internos, como o desejo consciente e inconsciente de engravidar. O tipo de relacionamento familiar, especialmente entre pais e filhos, pode ser um fator desencadeante da vontade inconsciente de engravidar; segundo Santos *et al* (2009), muitas adolescentes que engravidaram são filhas de mães que engravidaram na adolescência.

Dados sobre a gravidez na adolescência vêm mostrando um aumento nas taxas de fecundidade para esta população comparada a mulheres mais velhas, especialmente nos países da América Latina. Segundo Cerquera-Santos *et al* (2010), no Brasil há estimativa que aproximadamente 20-25% das mulheres são adolescentes o que corresponde que uma a cada

cinco gestantes são adolescentes na faixa etária de 14 a 20 anos. Além disso, há um aumento do número de adolescentes que engravidam diferente dos países ocidentais pelo fato dos mesmos terem efetivos programas voltados para a educação sexual do jovem.

O aumento da gravidez na adolescência envolve não só problemas de âmbito físico, mas emocionais, sociais. Segundo Cerqueira e Santos *et al* (2010), esse aumento está relacionado a diversas causas. Dentre a complexidade de fatores de risco destacam-se aspectos socioeconômicos. Apesar de o problema atingir diversas classes sociais, há forte relação com as classes sociais menos favorecidas; pobreza, baixa escolaridade. Além disso, a diminuição da idade média para a menarca e da primeira relação sexual, compõem um cenário de risco que colabora para o aumento dessas taxas.

Para Silveira (2010), a gravidez na adolescência é situação de risco para jovens que iniciam uma família não intencionada; esse grupo está mais suscetível à doenças sexualmente transmissíveis (DST), uso de drogas, acidentes, e diferentes formas de violência.

Para Amorim *et al* (2009), uma das causas da gravidez na adolescência está relacionada a início da vida sexual precoce, a ausência de métodos contraceptivos ou ao desconhecimento de seus usos, além da dificuldade de acesso a programas de planejamento familiar.

Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (OPS), a grande maioria das jovens que engravida é recebida com forte desgosto pelo companheiro, suas famílias e pelas pessoas do seu meio social (casa, trabalho), não havendo informações que a maternidade na adolescência seja bem recebida em nenhum grupo das sociedades atuais (DE PAULA, 2007).

Como consequência, a gestação nessa faixa etária pode levar a desorganização familiar, abandono escolar, afastamento social e do ambiente de trabalho, além do abalo emocional gerado no contexto individual e familiar. Assim, com o aumento de gestantes adolescentes, surgem grandes desafios, para atenção à saúde da mulher, criança e do adolescente, em face da imaturidade do corpo feminino, que pode sofrer algum tipo de comprometimento. Entre as mulheres de 15 e 19 anos de idade, a ocorrência de morte é duas vezes mais elevada que maiores de 20 anos de idade e entre menores de 15 anos de idade a chance é 5 vezes maior (SANTOS *et al.*, 2009).

Com relação aos aspectos biológicos, a gravidez na adolescência costuma se relacionar a um risco obstétrico maior com maiores taxas de morbidade materna e perinatal. Intercorrências como eclâmpsia, pré-eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta, aumento da incidência de partos cesariana, são vistos em idades abaixo de 16 anos (AMORIM *et al.*, 2009).

Além disso, inúmeros estudos fazem referência que a gestação em idades precoces pode desencadear transtornos psicológicos (como a depressão), sociais e maior incidência de complicações durante gestação: parto prematuro, crescimento intrauterino restrito, aborto, diabetes gestacional e sofrimento fetal intraparto (YAZLLE *et al.*, 2009).

Numa perspectiva social, alguns estudos concluem que a gravidez na adolescência pode ocasionar repercussões sociais negativas, com reflexo na evolução pessoal e profissional e transtornos no núcleo familiar (evasão escolar entre adolescentes grávidas, chegando a cerca de 30 %). Existem referências ao fato de que os problemas observados na evolução da gestação entre adolescentes podem estar relacionados à condição social e econômica desfavorável e que por um lado a boa assistência de pré-natal e orientações educacionais providas da equipe de saúde poderiam minimizar estes problemas (SILVEIRA, 2010).

Nesse sentido, compreende-se que gravidez na adolescência é um problema de saúde pública e precisa ser discutida pelos profissionais da saúde e pela sociedade, com vistas à compreensão da vivência da adolescente e dos cuidados humanizados aos quais deverão ser-lhes prestados (SILVEIRA, 2010). A população adolescente de modo geral é a mais afastada dos programas de prevenção/promoção da saúde da Equipe de Saúde da Família, entre eles o pré-natal. Isso pode ser explicado em decorrência da especificidade do momento; devido a uma gravidez inadvertida e a dificuldade de revelar essa condição às pessoas da família, sociedade e parceiro (SILVEIRA, 2010).

6-2- Elaboração da Cartilha da Gestante

A cartilha foi elaborada no formato de dicas para possibilitar um trabalho leve e dinâmico com as gestantes. Foram abordadas informações sobre cuidados de saúde, hábitos saudáveis e cidadania tendo-se o cuidado de identificar, sempre que possível, o grau de recomendação da “dica” de acordo com o embasamento na literatura científica para que os profissionais se sintam respaldados para promoverem as recomendações descritas na cartilha.

Na cartilha desenvolvida (ANEXO A) essas recomendações no formato de “dicas” tem o objetivo de transformar a linguagem científica em uma linguagem coloquial e de fácil compreensão para as gestantes. Cada uma das “dicas” representa, além de informações sobre o tema, um convite para reflexão sobre hábitos, estilo de vida, incorporação de aspectos culturais.

6.3-A seleção do conteúdo

O conteúdo da cartilha foi composto tendo como base as demandas das gestantes. Elas tinham sido identificadas no decorrer das consultas médicas, de enfermagem e relatos dos agentes comunitários da saúde. Em comum a todas as gestantes: desconhecimentos de pré-natal e cultura cerceada de mitos da gravidez.

Após a sistematização deste conteúdo, foi realizada uma revisão da literatura para garantir a fundamentação científica, pois isto é condição essencial para preservar a segurança do leitor e definir apropriadamente os conceitos constantes em um material educativo (ECHER, 2005). Também foi realizada a sistematização do conteúdo, segundo o critério da cronologia do processo gestacional. Todo o processo de construção da cartilha foi permeado pela atenção voltada à adequação da linguagem. Este trabalho se caracterizou pela identificação dos termos técnicos e a transformação deles para a linguagem popular, regional, de modo a facilitar compreensão da cartilha por suas usuárias. O cuidado em relação à adequação da linguagem, no sentido de facilitar sua compreensão, é importante nos trabalhos relacionados à educação e promoção da saúde. Nesse sentido, devem ser preferencialmente utilizadas palavras de uso popular, sobretudo as coloquiais. O emprego de termos técnicos deve-se restringir ao estritamente necessário e, neste caso, os devidos esclarecimentos devem ser feitos mediante a utilização de exemplos (REBERTE, 2008).

6.4-A composição da cartilha

A cartilha não passou por uma editora, consistiu-se de um meio mais simples, gerado pelos membros da equipe. O conteúdo foi baseado em uma revisão de literatura a respeito de pré-natal, gravidez, mudanças fisiológicas da gravidez, livros de nutrição e área da educação física. Além disso, foram utilizadas, como referências outras cartilhas de gestantes preexistentes que auxiliaram a equipe tanto no aspecto do conteúdo quanto na formatação estrutural do documento; tamanho, número de páginas.

Em relação ao roteiro do conteúdo, houve a participação de toda a equipe, foi multidisciplinar, adequando-se às ideias de Carvalho (2007), com a cautela de se preservar uma linguagem popular de fácil entendimento às gestantes. Nesse sentido foi fundamental a colaboração da enfermagem e dos agentes comunitários de saúde. O conteúdo escolhido teve relação com as dúvidas comuns a todas as gestantes; pré-natal e mitos da gravidez. Após a aprovação de todos os membros da equipe, a cartilha foi recorrida a um profissional especializado para realizar o trabalho de diagramação da cartilha e sua transformação para um

formato passível de impressão. A despesa, posteriormente, foi dividida entre todos os membros da equipe.

6.5- A validação do conteúdo

As atividades educativas durante o pré-natal devem ser desenvolvidas com a participação de enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde (Brasil, 2000). Portanto, no processo de qualificação da cartilha contou-se com a colaboração de profissionais de diferentes áreas, como recomendado por (ECHER, 2005). Além destes profissionais, houve a participação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pelo fato de existirem conteúdos relativos às atividades físicas e aspectos voltados para a nutrição da gestante na cartilha. Este material foi produzido baseado na realidade das gestantes de Pindaíbas e microrregiões. Logo, sua aplicabilidade em outros locais poderá requerer novas mudanças ou até a produção de materiais diferentes.

6.6- A versão preliminar da cartilha

A primeira versão do material educativo apresentava 21x 29 cm em folhas de papel sulfite branca. O título da cartilha era “Saúde da Mamãe e Saúde do Bebê”. O conteúdo da cartilha continha uma apresentação inicial e, em sequência, os seguintes tópicos: pré-natal: orientações às gestantes sobre exames, consultas, direitos da gestante, vacinação, cartão da gestante, situações de alerta, cuidados com o corpo, alimentação, dicas de exercícios, orientações mitos e verdades da gravidez, sobre parto, puerpério, amamentação e planejamento familiar. No final da cartilha havia uma lista de referências, que tinham sido consultadas para elaborar o texto e as ilustrações.

6.7- A seleção das ilustrações

Considerou-se a necessidade de incluir algumas ilustrações na cartilha, com o objetivo de tornar a leitura descontraída e de fácil compreensão (ECHER, 2005). Definiu-se que no início do trabalho seriam incluídas ilustrações prontas, selecionadas a partir de outros materiais e que as respectivas fontes seriam citadas na cartilha. Este trabalho foi realizado mediante consulta a livros-texto e imagens disponibilizadas em páginas eletrônicas.

A primeira busca bibliográfica resultou na seleção de ilustrações, que foram feitas em função de suas relações com o conteúdo abordado no texto e na qualidade visual da imagem. A inclusão destas ilustrações na cartilha teve a finalidade de facilitar a compreensão da mensagem contida no texto ou dar ênfase a um determinado assunto. Ilustrações referentes aos seguintes assuntos foram selecionadas: fecundação, anatomia da coluna da gestante, amamentação, vacinação, alimentação, cuidados com o bebê, relação sexual, métodos contraceptivos, ordenha da mama, tampão mucoso, perda de líquido, parto cesárea, normal, mitos da gravidez, exercícios para gestante, mãe e bebê.

7- DISCUSSÃO

Diante da literatura embasada foram verificados que a menarca precoce e a puberdade com o início precoce da sexualidade são fatores de grande importância para o aumento de gravidez na adolescência. No entanto, a maturação sexual dissocia-se da competência social, econômica, e muitas vezes, da emocional, porque essas ocorrem mais tardiamente, sendo fator de desvantagens para mães e pais adolescentes em seu contexto de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Ainda se tratando de gravidez na adolescência, pais ausentes são também considerados possíveis agravadores do problema, pois muitas vezes se ausentam da qualidade de educadores primários. Diante disso, os jovens não têm acesso às informações corretas, não têm acesso à educação sexual e sim a informação sexual. A educação sexual envolve uma abordagem mais ampla no sentido de atingir o indivíduo em seu psicológico e emocional. Já a informação sexual se limita a transmissão de informações de caráter puramente biológico (SANTOS, 2009). Além disso, é importante salientar a condição sócioeconômica; as mais baixas; como possível fator causal da gravidez em idades precoces (SILVEIRA, 2010).

No que diz respeito às consequências da gravidez na adolescência têm-se: problemas sociais, biológicos, emocionais (depressão) e aumento de complicações maternas e fetais durante a gestação, parto, morbidade; aumento de internações, casos de aborto e até mortalidade. Já para o bebê, a gestação na adolescência encontra-se associada à situações de prematuridade, baixo peso ao nascer, morte perinatal, epilepsia, deficiência mental, transtornos do desenvolvimento, baixo quociente intelectual, cegueira, surdez, aborto espontâneo, além de morte na infância.

A adolescência é um termo utilizado para determinar o tempo e espaço de crescimento, de desenvolvimento, de liberdade, de criatividade, de condutas estereotipadas, vivências de alegrias, frustrações, dúvidas e certezas, conquistas, lutas, descobertas (SILVEIRA, 2010). Esse tempo não é linear e é vivido singularmente pelo adolescente. Nesse sentido, esse tempo depende da história de vida e das experiências vividas das mais diversas formas. A fase da adolescência por si só é marcada por inúmeros conflitos, busca de identidade e autoestima.

Percebe-se diante disso, que o ato de trabalhar com a clientela adolescente é um desafio constante para o profissional da saúde da família no sentido que o mesmo deve-se adequar às diferenças mais sutis; diversidade cognitiva, capacidade de abstração, princípios

étnicos, morais e estéticos. Nesse sentido, a educação do adolescente deve contar com a participação não somente dos pais, mas também de professores, amigos, profissionais da pedagogia, psicologia e da saúde.

Através da leitura dos artigos constata-se que todos fazem abordagem à adolescência; suas transformações corporais, psicológicas, mentais, bem como a sexualidade e início da vida sexual. A gravidez é vista de forma negativa na maioria dos casos, apresentando consequências (sociais, psicológicas e fisiológicas para a mãe e feto). Além disso, os artigos retratam a importância da educação sexual, do envolvimento familiar e participação de uma equipe multidisciplinar para se evitar que esta fase, que é a transição da infância para a idade adulta, sofra alterações em seu desenvolvimento.

Ao se tratar de educação para adolescentes e a promoção da sua saúde por profissionais da saúde da família, deve-se levar também em conta, o uso de materiais didáticos como fatores motivacionais para o aprendizado dos mesmos. O emprego da Cartilha da Gestante foi resultado dessa premissa de pensamento cuja linguagem foi adaptada à cultura/regionalismo local e nas dúvidas que a maioria das gestantes apresentava. Essas dúvidas, muitas vezes, induziam comportamentos inapropriados nas gestantes, principalmente nas adolescentes. A grande maioria dessas dúvidas estava relacionada aos mitos da gravidez e à necessidade das consultas de pré-natal. Nesse sentido, a construção desse material seria importante para prevenção de doenças e promoção da saúde na gestante, contribuindo assim, para adesão e assistência pré-natal, promovendo a qualidade de vida da gestante.

Através dos artigos foi verificado que a utilização de materiais alternativos (folhetos, cartilhas), pode promover resultados expressivos nas atividades educativas, desde que, embasados na literatura científica e adaptados ao regionalismo local. Isso é explicado porque eles podem proporcionar uma nova forma de comunicação, melhorando assim, o aprendizado. O adolescente gosta de novidades, sendo assim, um material diferente poderia contribuir no aspecto motivacional, possibilitando que as gestantes adolescentes mudassem suas visões a respeito das orientações dos profissionais da saúde ou até mesmo possibilitar um diálogo no qual os dois entrassem em um senso comum. Outra vantagem desses materiais mostradas na literatura, está relacionada não só com a facilidade de confecção desses materiais: são de custo bem acessível e fáceis de fazer, mas também mostrar que é fundamental a participação coletiva de toda a equipe de saúde para melhoria das ações da promoção da saúde e do autocuidado que deve atender de forma específica cada clientela.

8-CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública. Dentre os principais fatores causais destacam-se: menarca precoce com início precoce da vida sexual, baixa escolaridade, falta ou negligência dos pais como educadores primários. Dentre as consequências distinguem-se: problemas sociais, biológicos, emocionais (depressão) e complicações maternas, fetais, durante a gestação, parto, levando a morbidade e até a mortalidade.

É necessário, portanto, ressaltar a importância desse tema não só para profissionais que lidam com a clientela adolescente; professores, enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, mas também para os pais dos adolescentes. A educação sexual inicia-se em casa e as informações dos pais são fundamentais na construção de um caráter e embasamento de opiniões sólidas, diminuindo assim a tendência de vulnerabilidade intrínseca do adolescente.

Portanto, pretendeu-se com a realização desse trabalho, realizar uma revisão de literatura que pudesse contribuir para que esses indivíduos exerçam melhor seus papéis como educadores; visando à educação sexual e que os mesmos tenham consciência dessa problemática e programem ações de forma efetiva: métodos contraceptivos associados a temas que contribuam para o desenvolvimento físico, social, intelectual do adolescente, pois o adolescente necessita ser olhado como um todo e não de forma fragmentada.

Percebeu-se também um certo despreparo dos profissionais da Equipe Saúde da Família em lidar com o adolescente, há poucos programas voltados à saúde do adolescente; nota-se a formação de grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, puericultura, mas pouco se vê no Programa Saúde da Família grupos de adolescentes. Somado a isso, verifica-se que o adolescente é o tipo de clientela com maior tendência a não procurar os serviços de saúde. Nesse sentido, é importante programas de valorização do adolescente que possibilitem a educação sexual e a compreensão da sua fase pelo mesmo. Diante disso, a problemática da gestação em idade precoce poderá ser solucionada.

A presença de gestantes adolescentes e a dificuldade no diálogo com as mesmas inspirou a Equipe Saúde da Família de Pindaíbas e microrregiões a realizar um material didático que gerasse motivação nas adolescentes. A experiência da construção desta cartilha educativa: Cartilha da Gestante: “Saúde da Mamãe e do Bebê” (ANEXO A) foi realizada mediante processo participativo, dialógico e coletivo como preconizado nos fundamentos

teóricos atuais em termos de promoção à saúde, além disso demonstrou que o desenvolvimento deste processo pode ser viável e pode ser aplicado na elaboração de materiais educativos destinados à educação e promoção da saúde (CARVALHO, 2007). Ainda que a elaboração do conteúdo da cartilha não contasse com a participação das adolescentes, houve participação de toda a equipe: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e profissionais componentes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), fator este que não causou o impedimento da manutenção da linguagem coloquial adaptada ao regionalismo do local. O procedimento de seleção do conteúdo possibilitou uma revisão atualizada do material obtido durante as reuniões de equipe com a participação importante do enfermeiro e dos agentes comunitários de saúde. Houve a cautela de o conteúdo ser embasado em literatura científica, com adaptação aos aspectos culturais da região.

Buscou-se com a elaboração e criação desta cartilha melhorar a comunicação durante a atenção pré-natal e assim promover a saúde da gestante, especialmente da gestante adolescente, afim de que o material as auxilie nas suas dúvidas mais frequentes: pré-natal e mitos da gravidez.

A finalização deste estudo, que visou à produção de uma cartilha educativa com conteúdo significativo e de fácil compreensão e cuja trajetória foi permeada pela estratégia participativa, possibilitou realizar uma análise retrospectiva de suas etapas. Durante as consultas médicas, de enfermagem com as adolescentes gestantes foram verificadas informações preconcebidas por parte delas sobre pré-natal, sua importância e mitos da gravidez. Logo, essas temáticas eram requisitos fundamentais na Cartilha (ANEXO A). Na fase de revisão da literatura, importante para a escolha do conteúdo da cartilha, foi alcançado maior aprofundamento no conhecimento relativo à obstetrícia. O desenvolvimento dos trabalhos, em conjunto com profissionais da Equipe e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) possibilitou trocas de experiência possibilitando o aprendizado a todos os profissionais. Os agentes de saúde, moradores do local, conhecedores dos neologismos, regionalismos do local foram essenciais ao conteúdo da cartilha, pois deram a ela vivências cotidianas. De fato, a equipe multidisciplinar unida é fundamental para boa integração e boa Estratégia Saúde da Família.

Enfim, a gravidez na adolescência é um problema de saúde pública bastante complexo. Ao engravidar a adolescente dividirá a responsabilidade de uma gravidez com o ato de ser adolescente; um indivíduo ainda em formação, gerando um ser em formação, adolescente significa ser cheio de dúvidas, com necessidade de autoafirmação, cheio de autoconhecimento, autoconfiança, conflitos e transformações. Essas transformações pelas

quais o adolescente passará têm como responsáveis os pais e inúmeros profissionais, entre eles os da Equipe Saúde da Família. É necessário, portanto, o conhecimento do adolescente como um todo, das causas e das consequências de uma gravidez precoce; é necessário programas que visem à educação sexual, orientações aos pais para que exerçam uma educação primária; é importante também ações educativas voltadas para a fase da adolescência. Dentre as medidas voltadas para a educação do adolescente o emprego de materiais didáticos como uma cartilha- Cartilha da Gestante pode ser um dispositivo motivador para aprendizado da mesma, na medida em que se torna uma maneira diferente de diálogo da equipe de saúde e a adolescente gestante. Nesse sentido, a cartilha poderá não só ser um meio de auxílio na promoção à saúde da gestante, a orientar futuras gerações, mas também como um veículo que poderá auxiliar na educação sexual e, dessa forma, se prevenir a gravidez na adolescência.

REFERENCIAS

ALVES, E. D.; MUNIZ, M. C. V.; TELES, C. C. G. Estudos Sobre Gravidez na Adolescência: a Constatação de um Problema Social. **Revista Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, v.12, n. 3, p. 49-56. 2010. Disponível em:

< http://www.nesprom.unb.br/arquivos/pasta/REVISTA_UNOPAR.pdf >. Acesso em: 25 ago.2013.

AMORIM, M. M. R et al. Fatores de risco para gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo de caso controle. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v31, n.8, p. 404-410. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.org/scielo.php?>> Acesso em: 21 nov. 2013.

BOSI, A. Cultura brasileira e culturas brasileiras: temas e situações. In: BOSI, A. **Dialética da colonização**. 2ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. Cap. 10, p.308-345.

BOTO, C. Aprender a ler entre cartilhas: civilidade, civilização e civismo pelas lentes do livro didático. **Revista de Educação e Pesquisa**, v.30, n.3, p.493-511, set./dez.2004. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29830309>>. Acesso em 03 out. 2013.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 julho de 1990)**. 3 ed. Santa Catarina, 2012. Disponível em:

<http://www.tj.sc.gov.br/infjuv/documentos/ECA_CEIJ/Estatuto%20da%20Crian%20e%20do%20Adolescente%20editado%20pela%20CEIJC%20vers%20digital.pdf>. Acesso em: 12 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação: Disponível em: <<http://www.mec.gov.br>>. Acesso em 25 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf> Acesso: 23 nov.201

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 09 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Normas de Atenção à Saúde integral do adolescente:

Assistência ao pré-natal, ao parto e puerpério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, problemas ginecológicos. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

Disponível em: <http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/Normas_de_atencao_a_saude_integral_do_adolescente_vol_3.pdf> Acesso em: 24 set.2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf > Acesso em: 23 set.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual Técnico: **Assistência pré natal**: Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf> Acesso: 23 nov.201

CANO, M.; ZAIA, J. E.; NEVES, F. R. A.; NEVES, L. A. S. O conhecimento de jovens universitários sobre a AIDS e sua prevenção. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.3, p.748-758, Set./dez.2007.
Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a14.pdf>> Acesso em 23 dez.2013

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CARTILHA DA GESTANTE: Mães de Minas. **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**. Disponível em: <<http://movimentominas.mg.gov.br/system/documents/887/original/cartilha-da-gestante-maes.pdf?1342214374>>. Acesso em: 15 nov.2013.

CARTILHA DA GRÁVIDA: **FEBRASCO. 03/08/2013**. Disponível :< <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/08/cartilha-febrasgoFINAL.pdf>> Acesso em: 15.nov.2013.

CARVACHO, I. E et al. Fatores associados ao acesso anterior á gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.5, out. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.org/scielo.php?>> Acesso em: 21 nov.2013.

CARVALHO M. A. P. Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, p. 91-10

CERQUERIA-SANTOS E et al. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Revista Psicologia em Estudo**, v.15, n.1. Marc. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722010000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 ago.2013.

CHARTIER, R. **Cultura popular**: revisitando um conceito historiográfico. **Revista Estudos**, Rio de Janeiro, v. 8, nº16, p. 179-192, ago. 1995. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/viewArticle/2005>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

COLLI, S.A. **Conceito de adolescência**. In: MARCONDES, E.; VAZ, F. A.C. **Pediatria básica**: Pediatria geral e Neonatal. São Paulo: Sarvier, 2003. Cap.7, p.655.

CONTI, M. A.; FRUTUOSO, M. F. P.; GAMBARDELLA, A. M. D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.8, n.4, julh./ago. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000400005 >
Acesso: 4 julh.2013.

CORREIA, L. V. A. et al. Adolescentes grávidas: sinais, sintomas, intercorrências e presença de estresse. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p.40-47, mar.2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000100005&script=sci_arttext >. Acesso em: 25 ago.2013.

DE PAULA, E. R. **A paternidade na adolescência e seu significado entre os jovens universitários que a vivenciaram**. 2007.83f. Dissertação (Mestrado em Saúde) Universidade de Franca.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Revista Paideia**, v. 20, n. 45, p. 123-131, jan./abr. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n45/a15v20n45.pdf> >. Acesso em: 25 ago.2013.

ECHER I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino Americano de Enfermagem**, v.13, n.5, p.754-757, set./ out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a22.pdf>> Acesso em: 12 out. 2013.

FARIA, H.P. *et al.* **Processo de Trabalho em Saúde**. NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 68p.

FREITAS, O. **Equipamentos e materiais didáticos**. Brasília, 2007. 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/profunc/equip_mat_dit.pdf> Acesso em 20 julh. 2013.

GOOGLE IMAGENS. Disponível em: < <http://www.google.com/imgph?hl=pt-BR>>. Acesso em: 15 nov.2013.

GUIMARÃES, E. B. Gravidez na Adolescência: Fatores de Risco. In: SAITO, M I.; SILVA, L. E. V. **Adolescência**: Prevenção e Riscos. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2001. Cap 28, p. 291-298.

GURGEL et al. Gravidez na adolescência: Tendência na produção científica de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.4, p.799-805. 2008. Disponível em: <<http://www.eean.ufrj.br>> Acesso em: 04 ago.2013.

HEILBORN et al. Aproximações antropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Revista Horizontes Antropológicos**, v.8, n.2, p.13-45, jun.2002. Disponível em :< <http://www.scielo.br/pdf/ha/>> Acesso: 10 nov.2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2007**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 25 mar.2013.

MANDU, T. N. E. Adolescência: saúde, sexualidade e reprodução. **Revista Adolescer**, cap.3, p.59-61, 2007. Disponível em: < <http://www.abennacional.org.br/revista/sumario.html> > Acesso em: 11 nov. 2013.

MARTINS, M. F. S. **Mitos e Crenças na Gravidez: Influências Territoriais**.

In: V Congresso da Geografia Portuguesa Portugal: territórios e protagonistas. Minho: APGEO, 2004. P. 10. Disponível em: <http://www.apgeo.pt/files/docs/CD_V_Congresso_APG/web/pdf/p7_15out_maria%20fati%20martins.pdf>. Acesso em 15 out. 2013.

MEDEIROS, T. Mitos e Verdades da Gravidez. **01/01/2014**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/mitos-da-gravidez/>>. Acesso em: 03 jan.2014.

MOREIRA, T. M. M et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, V.4, n.2, Jun. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200015 > Acesso em: 20 dez.2013.

NADER, P. R. A.; COSME, L.A. Parto prematuro de adolescentes: influências de fatores sócios demográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, v.14, n.2, p. 338-345, abr./jun. 2010. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300006&script=sci_arttext Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300006&script=sci_arttext > Acesso em: 07 set.2013.

SAITO, M. I. **Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco**. 20/12/2012. Disponível em <<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/473/body/01.htm>>. Acesso em : 01 out. 2013.

SAITO, M. I.; LEAL, M. M.; SILVA, L. E. V. **Adolescência: Prevenção e risco**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

SANTOS, J. O et al. Perfil das adolescentes com reincidência de gravidez assistidas no setor público de Indaiatuba (SP). **Revista do Instituto Ciências da Saúde**, v.27, n.2, p.115-121. 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n2/a003.pdf> > Acesso em: 13 nov.2013.

SILVEIRA, A. T. **Gravidez na adolescência**: um fenômeno complexo. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SILVA, K. S. et al. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 5, p. 2485-2493, mai./out. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a18v16n5.pdf> >. Acesso em: 12 out. 2013.

REBERTE, L. M. **Celebrando a vida**: construção de uma cartilha para promoção da saúde da gestante. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Área de concentração: Enfermagem Obstétrica e Neonatal, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2009/luciana_magnoni.pdf > Acesso em 03 dez. 2013.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Revista Latino Americano de Enfermagem**, v.20, n.1, p1-8, jan./fev. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_14.pdf >. Acesso em 25 ago.2013.

RESENDE J.R.; MONTENEGRO C. A. B. A gravidez, conceito e duração. In: **Obstetrícia fundamental**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2013; Cap. 06, p. 121-128.

YAZLLE, M. E. H.; FRANCO, R. C.; MICHELLAZZO, D. Gravidez na adolescência: uma proposta de intervenção. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.10, p 477-479, ago./out. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n10/01.pdf>> Acesso em: 9 ago. 2013.

XIMENES NETO et al 2007. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.3, mai./jun. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300006&script=sci_arttext > Acesso em 21 set.2013.

ANEXO A: CARTILHA DA GESTANTE

CARTILHA DA GESTANTE



CARTILHA DA GESTANTE

SAÚDE DA MAMÃE E DO BEBÊ

"Um dos momentos da vida da mulher que a beleza e a feminilidade estão mais abundantes é durante a gestação... É quando a mulher está em sua plenitude, devendo ser aproveitado e vivido da forma mais natural possível."



SUMÁRIO

1- APRESENTAÇÃO	3
2- PRÉ-NATAL	6
3- ALEITAMENTO MATERNO	15
3.1- INTERCORRÊNCIAS DA AMAMENTAÇÃO	16
4- CUIDANDO DO RECÉM NASCIDO	17
5- DIREITOS DA GESTANTE	18
6- GRAVIDEZ: MITOS E VERDADES	19
7- PLANEJAMENTO FAMILIAR	24
8- CALENDÁRIO PARA GESTANTES E PUÉRPERAS 2013	27

1- APRESENTAÇÃO

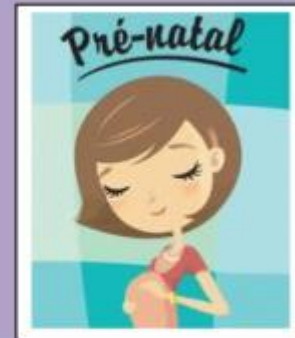
Essa cartilha é dirigida a você, gestante e mãe. Nela constam informações importantes sobre como cuidar da sua saúde e de seu bebê. Além disso, orientações sobre cuidados necessários durante o pré-natal; aleitamento materno, esquema vacinal, cuidados com o corpo, com o bebê, alimentação e esclarecimentos de mitos frequentes na gestação.

Esperamos que este material lhe seja bastante útil!

Divulgue as informações e orientações desta cartilha para outras mães, gestantes e gerações futuras!



2-PRÉ NATAL



- O pré-natal é o acompanhamento da gestante para promoção de sua saúde e de seu bebê. É nele que podem ser detectados possíveis problemas prevenindo doenças na mãe e no seu bebê.
- O pré-natal deve ser iniciado o mais cedo possível a partir da descoberta da sua gravidez. O teste de gravidez pode ser realizado quando a mulher perceber atraso da menstruação em até dez dias. Procure a UBS e agende seu teste de gravidez!
- As consultas de pré-natal serão marcadas mensalmente no início da gestação e com mais frequência no final;

Não existe alta do pré-natal, logo as consultas serão marcadas até o parto.

Ações durante as consultas de pré natal:

- Avaliação do estado de saúde da mulher
- Medida da pressão arterial
- Verificação do peso
- Exame das mamas, tamanho do útero e escuta do coração do bebê
- Pedido de exames de sangue, urina, glicose e outros que forem necessários
- Aconselhamento e oferta do teste de HIV
- Vacinação de gripe, hepatite e para tétano
- Avaliação odontológica na gravidez
- Preenchimento adequado do cartão da gestante
- Esclarecimento de dúvidas
- Agendamento das próximas consultas.

ATENÇÃO:



► VACINA CONTRA O TÉTANO/ DIFTERIA

É importante que você, mamãe, esteja vacinada contra o tétano. Esta vacina vai protegê-la e proteger seu recém-nascido, desta grave doença. Você deve procurar a UBS logo após terminar o terceiro mês de gravidez e levar sua carteira de vacinas.

Se você já estiver vacinada com pelo menos 3 doses, deverá receber uma dose de reforço, caso já tenha passado 5 anos desde a última dose.

Caso não tenha recebido a vacina antes de engravidar, deverá receber pelo menos duas doses antes do parto e comparecer para receber a terceira dose na data marcada no cartão de vacinas.

► SITUAÇÕES EM QUE HÁ NECESSIDADE DE PROCURAR O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA:

- Sangramento vaginal;
- Dor ou ardor pra urinar;
- Dor forte em baixo ventre (no pé da barriga).
- Perda de líquido pela vagina.
- Corrimento vaginal com mau cheiro, ou coceira;
- Ausência de movimentos do bebê por mais de 24 horas, mesmo com estímulo.
- Febre;
- Vômitos frequentes;
- Inchaço no rosto, mãos e nas pernas;
- Endurecimentos da barriga (contração) com frequência antes dos oito meses;
- Aumento da pressão arterial; maior que 130 x 90mmhg;



- **SINAIS DE PARTO:**



Procure a maternidade de referência se houver:

- Endurecimento da barriga (contração) de 2 a 3 vezes com duração de cerca de 30 segundos nos primeiros 10 minutos;

Isso ocorre devido a contração do útero. É comum ter contrações na gravidez; mas não frequentes. Já, no início de trabalho de parto elas são mais frequentes e intensas. Tais contrações podem ser acompanhadas de dor; se inicia como uma cólica leve e aumenta progressivamente;



O rompimento da bolsa que envolve o feto pode ser um dos primeiros sinais de trabalho de parto. Há perda de grande quantidade de líquido pela vagina. É importante observar as características desse líquido. Se o líquido for claro e com cheiro semelhante à água sanitária, está tudo dentro do esperado, contudo se você observar que está com sangue ou coloração diferente é importante procurar o serviço de emergência.

► **TIPOS DE PARTO:
CESARIANA É A EXCEÇÃO!**



Benefícios do parto normal:

- Recuperação mais rápida;
- Melhor contato entre mãe e bebê;
- Menos complicações para a mãe (infecções, hemorragias, imobilizações/trombose, hemorragias e complicações cirúrgicas e anestésicas);
- Início mais rápido do aleitamento materno;
- Menor tempo de hospitalização;

A cesariana é indicada:

- Quando há complicações imprevisíveis durante o parto que exijam a retirada rápida do bebê (desproporção entre tamanho da cabeça do bebê e pelve da mulher, sofrimento fetal agudo, descolamento prematuro da placenta e saída do cordão umbilical na frente do bebê);
- Variação da posição do bebê dentro do útero (atravessado, sentado)
- Situações de retirada do bebê, sem condições de induzir o trabalho de parto ou falha na indução;

► **PUERPÉRIO / RESGUARDO**

São os primeiros 40 dias após o parto. É o tempo que o útero necessita para voltar ao tamanho normal e a mãe se recuperar da gravidez e do parto.

É esperado que neste período a mãe sinta um pouco de dor e de dificuldade para andar. Ocorre um sangramento vaginal parecido com a menstruação. Este sangramento irá diminuir e cessar, mas pode durar cerca de 6 semanas.

As mamas também tendem a ficar doloridas e se enchem de leite. Pode acontecer leve depressão pós-parto: a mãe pode sentir tristeza, sensação de vazio, preocupação. Se persistir ou intensificar é recomendado que procure seu ginecologista para uma avaliação.

- **ATENÇÃO** caso apareça febre ou forte dor em baixo ventre ou corrimento vaginal com mau cheiro ou sangramento intenso, você deverá procurar uma U.B.S. ou hospital o mais rápido possível.

► **DICAS IMPORTANTES:**



CUIDADOS COM O CORPO

- Use roupas leves e folgadas;
- Use meias e cintas elásticas somente com recomendação médica;
- Usar sutiã bem ajustado, pelo menos 2 números maiores;
- Não usar cremes ou óleos nas mamas;
- Exponha as mamas ao sol por 15 minutos ao dia, antes das 10 horas ou após as 16 horas;
- Não deixar mamas úmidas, lavá-las com bucha vegetal;
- Evitar calçados de salto alto;
- Descansar 15 minutos com as pernas elevadas, duas vezes ao dia;
- Evitar ficar de pé por muito tempo;
- Durma preferencialmente de lado e com o travesseiro entre joelhos;
- Mantenha sempre o abdome contraído
- Quando for sentar, parar e caminhar, faça com a coluna sempre ereta, evitando dores provocadas pela má postura
- Previna as manchas na pele; comuns na gravidez: Use bonés ou chapéus e protetor solar;
- Previna as estrias, massageando a barriga com hidratante diariamente;

► **CUIDADOS COM O FETO**

- Evitar carregar objetos pesados e subir escadas;
- Evitar cigarros ou similares e bebidas alcoólicas;
- Evitar contato com pessoas doentes de rubéola;
- Após o 6º mês de gravidez, dormir do lado esquerdo;
- Conversar com seu bebê;



► ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA GRAVIDEZ E NA VIDA TODA



Uma alimentação adequada fará com que você receba e passe para seu bebê todos os nutrientes necessários para sua formação. A gestante necessita de seis refeições ao dia, Não fique mais do que 4 horas sem se alimentar. Observe que será importante o lanchinho nos intervalos das refeições grandes. Seguindo as recomendações a seguir, você deverá sentir melhora dos enjôos e da tontura.

- Café da Manhã: leite ou iogurte ou queijo branco + pão + fruta ou suco de frutas, cereais com aveia, centeio; carnes magras; peito de peru, clara do ovos, ou presutos magros;
- Lanchinho da manhã: fruta ou vitamina de frutas ou suco de frutas naturais, barrinha de cereais;
- Almoço: Verduras cruas à vontade + legumes crus ou cozidos todos os dias em grande quantidade + arroz integral ou branco ou massa + feijão ou lentilha ou soja + carne magra ou peixe ou ovo + uma fruta ou suco de frutas rico em vitamina C.
- Lanchinho da Tarde: leite + bolacha ou torrada ou pedaço de bolo caseiro.
- Jantar: semelhante ao almoço podendo substituir por sopa. Não substitua a janta por lanche. Lanche somente aos finais de semana.
- Ceia: mingau de aveia ou leite ou iogurte ou fruta.
- Boa hidratação com vários copos de água + chá +
- sucos de frutas naturais durante o dia

Escolha alimentos ricos em ferro para prevenir anemia durante a gravidez. Exemplos de alimentos ricos em ferro: carnes, fígado, feijão, caldo do feijão, soja, lentilha, couve, brócolis, espinafre, etc.

Escolha alimentos ricos em cálcio fortalecerão seus ossos e ajudarão a formação dos ossos do seu bebê. Ex: leite, queijos, iogurte, coalhada, ovo, peixe.

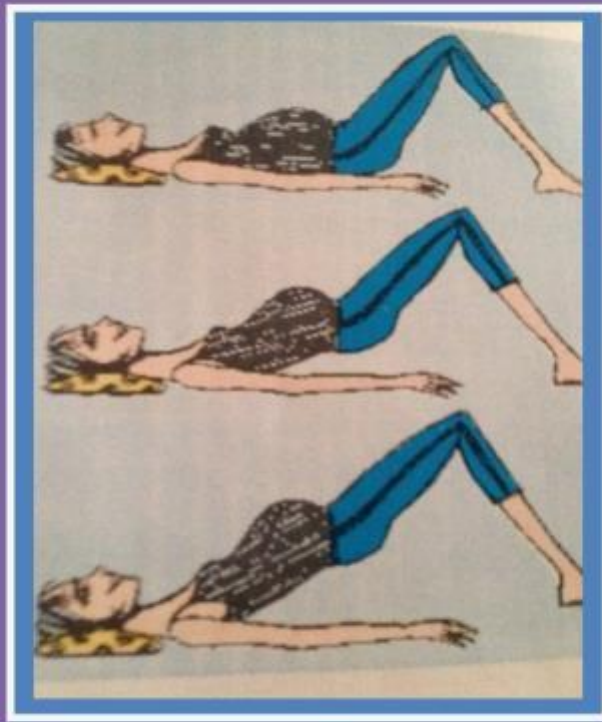
Não é recomendado o uso de refrigerantes, frituras, alimentos com corantes e doces!

► EXERCÍCIOS PARA GESTANTES:

É importante a realização de exercícios na gravidez o que propicia o bem estar da criança fruto do bem- estar da mãe. Apenas devem ser evitados exercícios de alto impacto/intensidade. Procure fazer no mínimo 30 minutos de atividade física diária. Com isto você irá fortalecer os músculos, controlar o peso e melhorar a circulação.

1-EXERCÍCIO DE PONTE:

Deitada de costas, contraia o bumbum, eleve-o da cama enquanto inspira. Volte lentamente à posição inicial, colocando as costas de cima para baixo, enquanto expira.



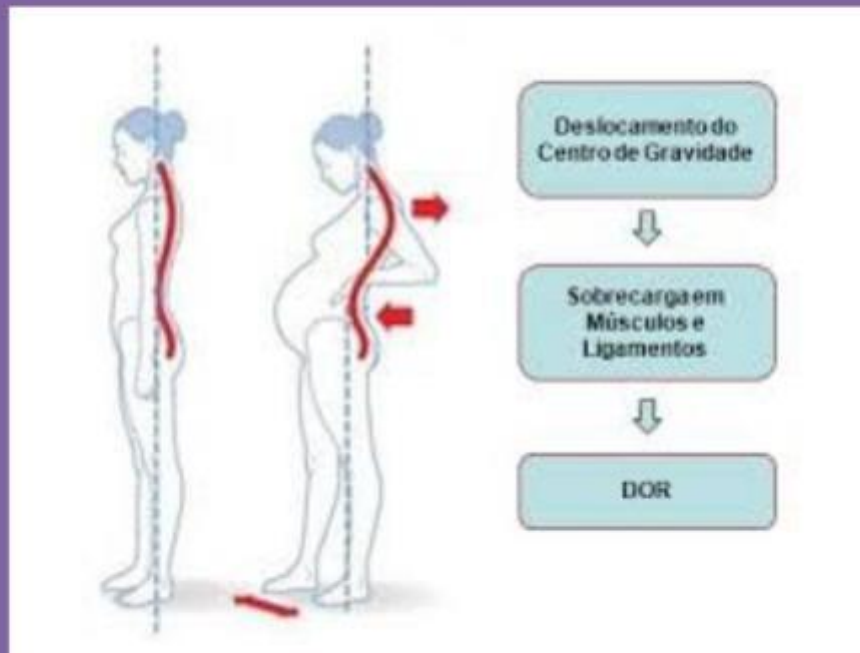
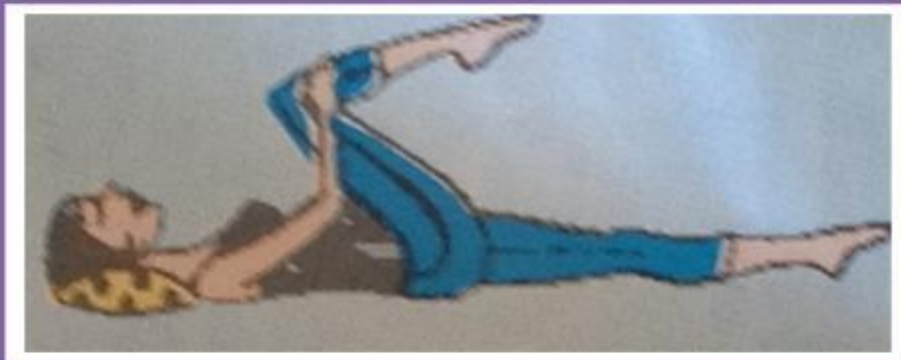
2-ALONGAMENTO DE ISQUIOTIBIAIS (MÚSCULOS DA PERNA):

Deite-se de costas e segure uma perna com o joelho quase estendido puxando o pé em sua direção. Para a execução deste exercício pode ser utilizado uma corda ou toalha. Segure na posição por 30 segundos e troque de perna. Este exercício é ideal para fortalecimento da região lombar.



3- ALONGAMENTO PARA O BUMBUM:

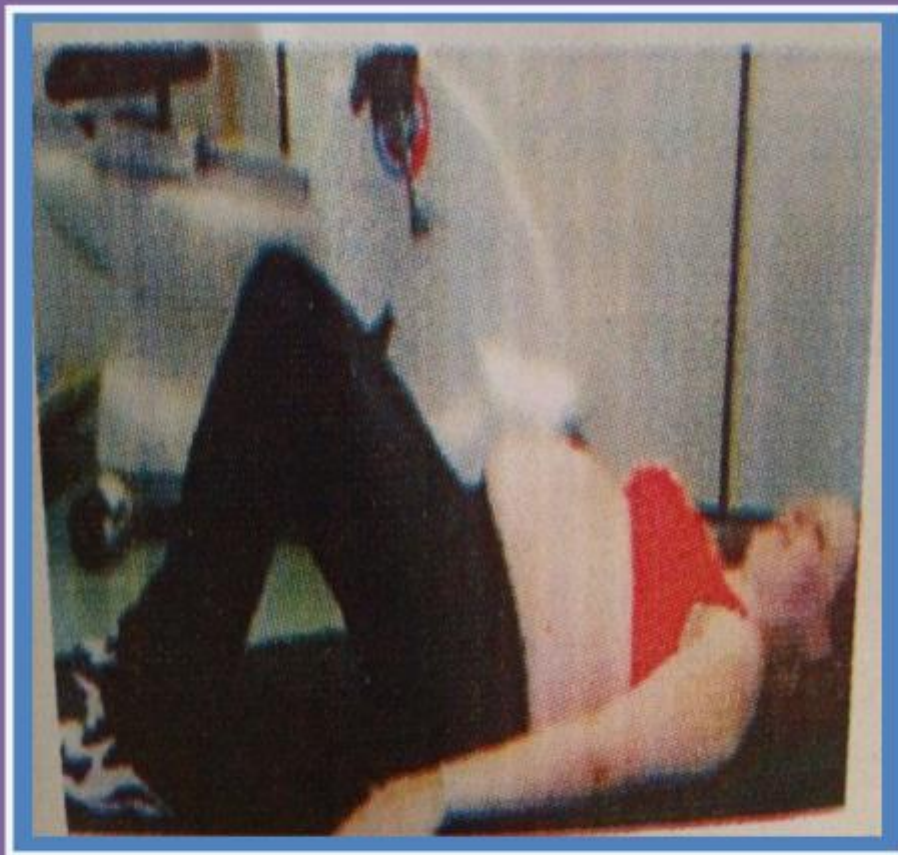
Deitada de costas, traga um joelho no peito e segure por 30 segundos. Troque de perna. Este exercício é muito bom para dor nas costas que a gravidez pode dar, pois a coluna da grávida pode mudar de posição.



4- EXERCÍCIOS DE PERÍNEO: KEGEL:

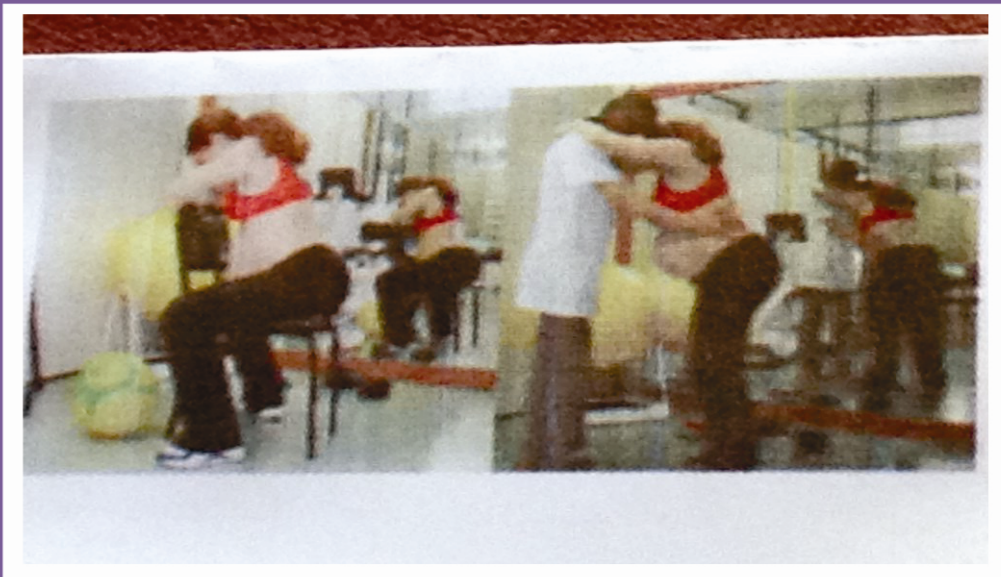
Deitada de costas contraia o assoalho pélvico que são os músculos na vagina por 3 segundos e relaxe. Comece com cinco repetições. Pode-se fazer várias séries por dia.

Essa posição também traz conforto e alívio para a dor nas costas. Além disso, fortalecer esta região facilita a passagem do bebê pelo canal vaginal e a recuperação após o parto.



5- POSIÇÕES DE RELAXAMENTO E RESPIRAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO:

O parto pode durar muito tempo, com contrações que muitas vezes podem ser dolorosas. Nesse período indica-se esse exercício de inclinação do corpo o que ajuda a aliviar as dores.



3-ALEITAMENTO MATERNO

É primeira interação entre mãe e filho. A criança amamentada recebe todos os nutrientes que ela precisa. O leite humano é composto por anticorpos, proteínas, sais minerais, gorduras, vitaminas e água em quantidades balanceadas. O aleitamento deve ser a única fonte de alimentação do bebê até os 6 meses.

O leite materno nunca é fraco!

- A ingestão de outros leites pode sobrecarregar os rins e intestino do bebê; além de predispor a alergias e prisão de ventre;
- Nada de chás, água, sucos antes dos seis meses de vida;
- O leite inicial é muito importante; chama-se colostro; funciona como uma verdadeira vacina protegendo o bebê de doenças;
- Não tem custo monetário, já vem pronto e na temperatura ideal ;
- Tem ação direta no útero ajudando que ele volte ao tamanho normal, diminui as chances da mulher ter câncer de mama, útero e auxilia na volta do peso corporal prévio à gravidez.



O que fazer para ter bastante leite?

Deve-se aumentar a ingestão de líquidos, repouse o necessário porque o cansaço pode inibir a produção do leite, e ofereça o peito sempre que o bebê solicitar, pois quanto mais o bebê suga maior será a produção de leite. Importante o bebê esvaziar um peito antes de sugar o outro; leite anterior mata a sede e o leite posterior que mata a fome e contribui para o ganho de peso;

Caso a mama fique muito cheia: Faça você mesma a ordenha manual :

- 1- Faça a higienização de um vidro com tampa, ferva se possível;
- 2- Faça a higienização das mãos
- 3- Faça a compressão da parte final da aréola apertando-a várias vezes;
- 4- Guarde o leite no frasco de vidro na geladeira (12 horas) ou no congelador (15 dias), ou doe ao banco de leite;
- 5- Para aquecer por em banho Maria;



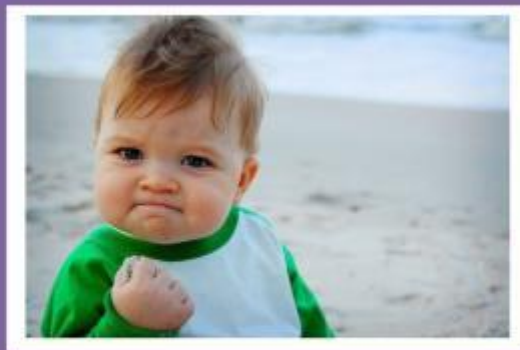
3.1-ALGUMAS INTERCORRÊNCIAS DA AMAMENTAÇÃO:

1- Leite empedrado: O leite quando é produzido em grande quantidade pode se depositar no peito formando nódulos, caroços ou deixando a mama endurecida causando dor e até febre. Chamamos a isso de ingurgitamento ou leite empedrado.

2- Trauma de mamilo: Podem surgir ferimentos nos mamilos (bico do peito) e as causas são várias. A principal delas é a pega incorreta do bebê no peito. É necessário que ele abocanhe grande parte da aréola e não somente o bico. O tratamento da lesão é feito com o próprio leite materno e banhos de sol. É necessário remover a causa do ferimento e tratar a lesão existente para aliviar a dor no momento da mamada.

3- Desmame: Caso você decida, por algum motivo, fazer o desmame, faça-o de forma gradativa, retirando um horário de mamada por vez. A mamada da noite e a primeira da manhã são as últimas a serem tiradas. E procure a enfermeira do seu posto de saúde para avaliação da técnica do enfaixamento afim de diminuir a produção de leite.

OBS IMPORTANTE: Dor para amamentar não é normal. Se você sentir qualquer tipo de dor procure a enfermeira do seu posto para ajudar você!



4- CUIDANDO DO SEU RECÉM-NASCIDO

Alguns fenômenos podem ocorrer nos primeiros meses de vida do seu filho:

- Cólicas - ocasionadas pelo uso de outro leite e quando a criança ingere ar enquanto mama. Pode ser aliviada com:
 - Colocando a criança para arrotar após cada mamada.
 - Fazendo exercícios com as pernas da criança flexionando-as em direção ao abdômen.
 - Colocando a barriga do seu bebê na sua barriga a fim de que seu calor passe para o abdômen da criança e alivie as cólicas.
 - Procurando ficar calma, compreendendo que não é grave e que será passageiro. A sua tranquilidade vai ajudar seu bebê a ficar mais calmo.

Icterícia - é a coloração amarelada da pele e da parte branca dos olhos. Caso isso aconteça peça avaliação de um pediatra. Banho de sol é recomendado; escolha o horário da manhã até 10 horas.

Assaduras - previne-se assaduras com a troca frequente das fraldas evitando o contato prolongado da pele do bebê com o xixi ou fezes. A higiene local é importante. Se ocorrer assaduras recomenda-se banho de sol a fim de cicatrizar as lesões. Evite o uso de lençinhos umedecidos.

Umbigo (coto umbilical) - entre 10 e 14 dias o umbigo pode cair. Durante esse tempo você vai tratar o umbigo colocando somente álcool a 70% após o banho; nenhuma outra substância (azeite, creolina, pasta dental; etc). A partir do 4º dia de vida do recém-nascido, peça uma avaliação da enfermeira para retirada do clamp a fim de facilitar a limpeza

Mal de Sete Dias ou Tétano Umbilical - É uma doença grave causada por uma bactéria. Umbigo mal tratado é uma das causas dessa doença. A prevenção é feita ainda na gestação com a vacina contra o tétano: deve-se observar o cartão de vacinas da gestante para avaliar a necessidade de um reforço da vacina durante a gravidez. O umbigo do seu recém-nascido deve ficar limpo e seco para evitar tétano e outras infecções. Nunca colocar fumo, azeite, pasta de dente, creolina ou teia de aranha no umbigo, nem enfaixar!

5-DIREITOS DA GESTANTE

- Receber atendimento ambulatorial e hospitalar inteiramente gratuito pelo SUS;
- Ter acompanhante na maternidade durante o trabalho de parto, parto e após parto, isto é, durante toda a internação;
- Ficar junto com o seu bebê desde o nascimento;
- Acompanhar seu bebê todo o tempo na maternidade, caso ele fique internado;
- Receber o seu Cartão de Pré-natal, a Caderneta de Saúde da Criança e a Declaração de Nascimento para registro após o parto ou quando sair de alta da maternidade;
- Conhecer os resultados dos exames realizados;
- Licença-maternidade de 120 dias;
- Licença-paternidade de 5 dias;
- Estabilidade no emprego;
- Horário para amamentar no trabalho até os seis meses de vida do bebê, 30 minutos a cada turno de 4 horas de trabalho.



6-GRAVIDEZ: MITOS E VERDADES

1-Se a barriga estiver pontuda, é menina; arredondada, é menino?

Mito. Não existe nenhuma influência do sexo do bebê no formato da barriga. “A barriga da mãe cresce conforme anatomia e genética da gestante, sem nenhuma influência do sexo do feto.

2-Mulher grávida não pode fazer sexo?

Depende. Se a gestante apresentar sangramento vaginal ou placenta de inserção baixa (quando a placenta fica na parte inferior do útero, cobrindo o colo do útero), ela está proibida de fazer sexo durante a gravidez. Nesses casos, a prática pode estimular mais sangramento e contração do útero, provocando parto prematuro. Caso contrário, o sexo está liberado, ainda mais que a libido aumenta durante a gestação devido à explosão hormonal.

3-O feto consegue sentir quando há relação sexual entre o casal?

Mito. O feto está dentro do útero da mãe e não no canal vaginal, onde é feita a penetração. Não existe a menor probabilidade de o pênis atravessar o colo do útero e entrar no útero da mãe. Além disso, existem membranas da placenta que servem para proteger o feto de contrações mecânicas, como as que ocorrem durante o sexo.

4-Se a grávida tem muita azia, é porque o bebê vai ser cabeludo?

Mito. O que vai definir se o bebê vai ser ou não cabeludo é a genética, e não, a azia. Os enjoos aparecem porque o útero pressiona o estômago, causando um refluxo do ácido estomacal e, também, por causa das altas taxas de progesterona.

5-Se a mulher teve o primeiro filho por parto cesariano, não poderá ter o próximo por parto normal?

Depende. Essa afirmação está metade correta e metade incorreta. Muitas vezes a mãe não faz o primeiro parto normal porque não tem dilatação necessária para isso. Após uma cesariana, o útero se recupera, mas fica com uma cicatriz que pode romper com as contrações do trabalho de parto normal. Essa possibilidade é mínima, de apenas 0,03%. Outro fator que pesa na hora de optar pela cesariana em um segundo parto é que a maioria das mulheres está optando por engravidar mais tarde. Quanto maior a idade, menor a intensidade e o número de contrações.

6-Mulher grávida tem que comer por dois?

Mito. Se a grávida comer por dois pode acabar engordando. A gestante gorda aumenta o risco de parto prematuro, óbito da criança, dificuldade no trabalho de parto, diabetes na gravidez, hipertensão e distúrbio na tireóide, além de contribuir para o aumento de peso do feto, que pode nascer obeso. Ao longo do dia, devem ser feitas de seis a sete refeições balanceadas e bem distribuídas. É importante que a gestante consuma proteína e carboidrato, pois essas são as principais fontes da energia que passa da mãe para o feto.

7-Se os desejos alimentares da grávida não forem realizados, a criança pode nascer com algum sinal?

Mito. As vontades repentinas realmente existem e, segundo estudos ainda em andamento, podem ser reflexos das carências nutritivas do bebê, transmitidos via placenta até o cérebro da mãe. O reflexo então seria processado na forma de algum alimento. Se o bebê necessita de carboidrato, a mensagem será levada ao cérebro da mãe, que irá decodificar esse sinal em formato de imagem, provavelmente de algum alimento com carboidrato, podendo até ser uma torta de morango ou uma coxinha.

8-Tomar cerveja preta melhora a produção de leite?

Mito. Não há nenhum estudo científico que comprove a relação entre o alimento consumido e o aumento da produção do leite. O que pode acontecer é o sabor do leite sofrer alteração de acordo com a alimentação da mãe.

9-Grávidas sentem mais calor?

Verdade. Devido à aceleração do metabolismo por conta da gestação, as grávidas tendem a suar mais e a sentir mais calor.

10-A gestante não deve praticar exercícios físicos?

Mito. Primeiro, a grávida deve passar por uma avaliação médica completa e, se estiver livre de fatores de risco, ela pode fazer atividade física com moderação. Na gravidez são indicadas esportes com baixo impacto, como caminhadas, ioga, natação e hidroginástica e alongamentos.

11- Se a grávida soprar a nuca do marido quando ele dorme, passa os enjoos para ele?

Mito. Os enjoos são causados pelos hormônios no corpo da mulher e os enjoos não são transferíveis.

13-Se a grávida cruza as pernas, pode criar voltas no cordão umbilical e enforçar o bebê?

Mito. Durante todo o período da gestação o bebê se enrola no cordão umbilical. Os movimentos da mãe não interferem nesse deslocamento e muito menos colocam o feto em risco. São raros os casos dos bebês que se enforcam com o cordão umbilical, e isso acontece apenas se o cordão for menor que o normal.

14-Grávidas podem ficar com a pele manchada por causa do sol?

Verdade. Toda grávida tem mais tendência a ter manchas na pele por causa do aumento da liberação de melanina na pele. O ideal é que a grávida utilize protetor solar no rosto e, principalmente, na barriga, onde a tendência de manchar a pele é maior.

15- Grávida não pode aceitar convite para ser madrinha de batismo, pois pode causar a morte do seu bebê ou do bebê batizado?

Mito. Não há evidências que comprovem tal fato.

16-Uma grávida não pode ir a funerais e ver ou tocar no falecido porque o bebê pode nascer amarelo?

Mito. Não há evidências que comprovem tal fato.

17-Uma grávida não deve andar com cordas à cinta, chaves, bijouterias no pescoço porque o bebê pode nascer com o cordão ao pescoço ou com o nó no cordão ou com marcas da corda no corpo?

Mito. Não há relação entre as bijouterias que a grávida usa, com a pele do bebê e problemas na gestação.

18-Grávidas não devem se submeter a nenhum procedimento odontológico?

Mito. Nesta fase, a saúde bucal merece atenção especial, já que há maior incidência de cáries e inflamações na gengiva, entre outras complicações. Devem ser priorizados anestésicos sem adrenalina. Caso seja necessário realizar um raio-x, a gestante deve vestir um avental de chumbo para proteção do feto. Em todas as situações, o acompanhamento de um dentista é fundamental para a saúde bucal da gestante.

19-A mudança da Lua influencia o parto?

Verdade. Durante a lua cheia e a lua nova, existe uma força maior para o centro da Terra, o que aumenta a pressão pélvica e, conseqüentemente, as contrações.

20- Tingir os cabelos?

O uso ou não de tintura ou qualquer outro produto químico nos cabelos durante a gravidez é um dos assuntos mais polêmicos entre as mães e os profissionais de saúde. Os profissionais recomendam que, antes de engravidar, você pinte os cabelos de uma cor semelhante ao seu tom natural. Dessa forma, os fios não crescem com uma diferença muito brusca de coloração durante a gestação.

Embora não existam até o momento estudos conclusivos sobre o assunto, a utilização de produtos químicos, principalmente à base de amônia ou metais pesados, não são recomendados pois o contato dessas substâncias com o couro cabeludo pode fazer com que elas sejam absorvidas e levadas à circulação sanguínea e, assim, serem tóxicas ao feto. Entre as opções estão as tinturas sem amônia, xampus tonalizantes e hennas naturais. Mesmo assim, o melhor é evitar tingir os cabelos antes das 14ª ou 16ª semanas de gestação, quando o feto está se formando.

Depois dos três primeiros meses, também é possível fazer "reflexos", tingindo os fios distante aproximadamente dois dedos da raiz para as pontas.

Vale ressaltar que, justo por ser um assunto controverso, de opiniões variadas, o mais importante é consultar seu médico antes de usar qualquer produto.

21- Raio X?

Caso seja necessário (por exemplo, suspeita de fratura óssea), a grávida pode se submeter a esse tipo de exame, pois a dose de radiação é mínima. Mas é bom evitar as radiações nos primeiros três meses de gravidez. O raio X, como toda radiação, danifica o DNA celular. Embora as chances sejam baixas, o desenvolvimento do feto pode ficar comprometido. Hoje já existem exames de imagem seguros para grávidas, como a ressonância magnética nuclear. Mas para fazer o raio X comum, os médicos e técnicos que o realizam sempre devem ser avisados da gravidez, pois em alguns casos recomenda-se que a gestante use um avental de chumbo sobre o abdome, que protege a mãe e o bebê.



”Gravidez planejada é gravidez desejada. A gravidez que ocorre sem planejamento em geral não é bem-vinda e provoca diversos transtornos para os pais, os pais dos pais e a criança gerada”

Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996
(...) O planejamento familiar é direito de todo cidadão (...)

Logo caso você, mamãe não queira ter filhos procure seu médico e converse com ele para que ele a oriente qual a melhor forma de você PREVENIR SUA GRAVIDEZ.



7-PLANEJAMENTO FAMILIAR:

O ideal é que se espere cerca de dois anos para engravidar novamente.

Na primeira consulta com o ginecologista após o parto, converse a respeito de um método contraceptivo mais adequado para você;

1-Anticoncepcional oral;

É um hormônio em forma de comprimido. Cada comprimido deve ser tomado diariamente sem esquecimento.

2- Mini-pílula;

É um hormônio em forma de mini-pílula. É recomendado para mulheres que estejam amamentando. Deve ser ingerido rigorosamente no mesmo horário todos os dias.

IMPORTANTE: ESSE MÉTODO É PARA A GESTANTES QUE ESTÃO EM AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA; OU SEJA AO SE INTRODUIZIR OUTROS ALIMENTOS SUA EFICÁCIA DIMINUI!

3- Hormônio injetável;

É um anticoncepcional em forma de injeção. Existe a injeção mensal e a trimestral.

4- D.I.U. - Dispositivo Intra Uterino;

É uma peça de plástico esterilizado com fios de cobre. Essa peça é introduzida no útero e pode permanecer por até 10 anos. Pode também ser hormonal também.

5-Preservativo (condom masculino/ feminino);

São denominados métodos de barreira, sem contraindicações protegem com doenças sexualmente transmissíveis.

6-Pílula de emergência ou pílula do dia seguinte;

É um hormônio em alta dosagem indicado apenas para situações de emergência como, por exemplo, estupro ou rompimento do preservativo ou relação sexual sem proteção anticoncepcional.

7-Laqueadura;

É um método contraceptivo definitivo. As tubas uterinas são interrompidas através de uma técnica cirúrgica.

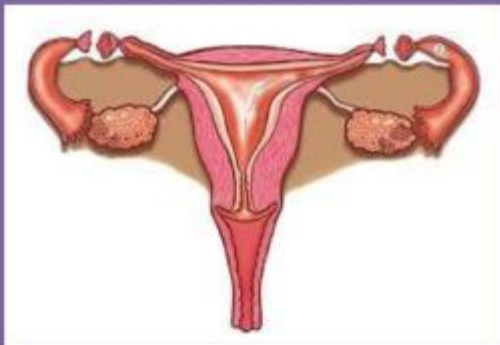
8-Vasectomia;

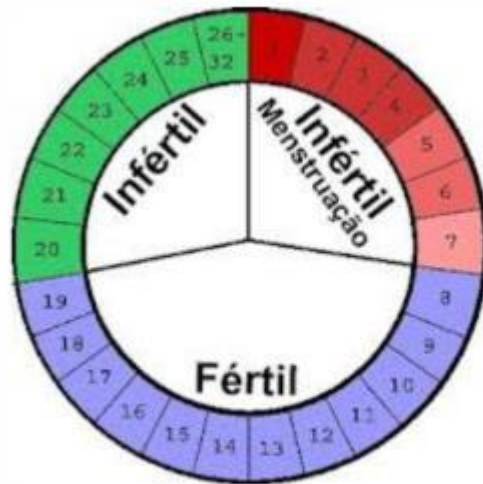
É outro método contraceptivo definitivo e irreversível. O canal deferente é interrompido por meio de uma técnica cirúrgica. O especialista que realiza este tipo de cirurgia é o urologista.

No caso da opção por método cirúrgico (laqueadura ou vasectomia), o casal deverá agendar uma consulta com a enfermeira da U.B.S. mais próxima de sua residência, para solicitar o método desejado e iniciar o processo do planejamento familiar. Nas consultas com as enfermeiras, o casal receberá todas as instruções referentes ao processo.

Existem outros métodos como os implantes, adesivos e os anéis de hormônio, contudo ainda não estão disponíveis na rede pública de saúde.

IMPORTANTE: todos os métodos contraceptivos têm indicação, contra-indicação, podem apresentar efeitos colaterais e nenhum deles é 100% eficaz, tendo pequena margem de falha. Converse com seu médico para que ele avalie o melhor para você!





8-CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO PARA GESTANTES E PUÉRPERAS¹ 2013

INTERVALO ENTRE AS DOSES	VACINA	ESQUEMA
PRIMEIRA VISITA	dT HEPATITE B	PRIMEIRA DOSE PRIMEIRA DOSE
2 MESES APÓS A PRIMEIRA VISITA	dT ¹ HEPATITE B	SEGUNDA DOSE SEGUNDA DOSE
6 MESES APÓS A PRIMEIRA VISITA	dT ² HEPATITE B ³	TERCEIRA DOSE TERCEIRA DOSE
EM QUALQUER FASE DA GESTAÇÃO	INFLUENZA ⁴	
PUERPÉRIO	SARAMPO -CAXUMBA -RUBÉOLA ⁵	DOSE ÚNICA

1 -Caso a gestante apresente documentação com esquema de vacinação incompleto, é suficiente completar o esquema já iniciado.

2- Em caso de gravidez e na profilaxia do tétano após alguns tipos de ferimento o intervalo para reforço, previsto a cada dez anos, deve-se reduzir para cinco anos.

3 - O intervalo mínimo entre a segunda e a terceira dose é de dois meses desde que o intervalo de tempo decorrido entre a primeira e terceira dose seja, no mínimo, de quatro meses.

4- Disponível na rede pública nos meses de outono/inverno.

5 -Caso a vacina não tenha sido aplicada na puérpera na maternidade administrá-la na primeira visita ao serviço de saúde.

De acordo com a RDC ANVISA nº61/2008

dT: vacina adsorvida difteria e tétano adulto.

HEPATITE B: vacina hepatite B (recombinante).

INFLUENZA: vacina influenza (fracionada, inativada)

SARAMPO-CAXUMBA-RUBÉOLA: vacina sarampo, caxumba, rubéola

FEBRE AMARELA: vacina febre amarela (atenuada)

Referências:

CARTILHA DA GESTANTE: Mães de Minas. **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**. Disponível em:

<<http://movimentominas.mg.gov.br/system/documents/887/original/cartilha-da-gestante-maes.pdf?1342214374>>. Acesso em: 15 nov.2013.

MEDEIROS, T. Mitos e Verdades da Gravidez. **01/01/2014**. Disponível em:

<<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/mitos-da-gravidez/>>. Acesso em: 03 jan.2014.

CARTILHA DA GRÁVIDA: **FEBRASCO. 03/08/2013**. Disponível :

< <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/08/cartilha-febrasgoFINAL.pdf>> Acesso em: 15.nov.2013.

GOOGLE IMAGENS. Disponível em: < <http://www.google.com/imghp?hl=pt-BR>>. Acesso em: 15 NOV.2013.

