DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO PARA ADOLESCENTES GRÁVIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE CACUACO, NO SEGUNDO TRIMESTRE DE 2023.

Autora: Sérgia Albertina Wavuete Simão

Orientadora: Ana Romão, Lic.

Luanda,2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO PARA ADOLESCENTES GRÁVIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE CACUACO, NO SEGUNDO TRIMESTRE DE 2023.

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola (ISA) como requisito para a obtenção do Grau de Licenciatura em Enfermagem sob orientação da Professora Ana Romão, Lic.

.

Autora: Sérgia Albertina Wavuete Simão

Orientador: Ana Romão, Lic.

Luanda,2024

DEDICATÓRIA

A minha família, em especial aos meus pais pelo apoio e dedicação para que esse dia se tornasse realidade, pelo esforço dedicado a minha pessoa, por ser a força que me conduziu até aqui.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pelo folego de vida por me permitir chegar até aqui.

Á Deus pelo cuidado, proteção, força, inspiração e sabedoria que me concedeu durante todo o desenvolvimento do trabalho

Aos meus pais João simão e Esperança Wavuete``em memòria´´ por acreditarem em mim e nunca ter deixado faltar o necessário para que essa licenciatura se tornasse realidade.

Á minha família em geral pela força, dedicação e amor em especial a mana Maria de Lurdes , Nsimba Mudiaki Pululu, Costância Simão, Paulo Bengui e Passo Samuel.

Aos meus filhos e sobrinhos João Bengui, Dalete, Wizano, Behael, Anael, Otchaly, Gael.

A direção do ISA ao colectivo de Professores do curso de Enfermagem em especial a coordenação do curso de Enfermagem.

A todos que direita ou indiretamente contribuíram para a feitura deste trabalho.

EPÍGRAFE

Humanizaçao é realizar qualquer acto considerando o ser humano como um ser unico e complexo, onde esta inerente o respeito e a compaixao para com outro.

Ferreira (2013).

RESUMO

O trabalho que nos propomos apresentar cujo tema é: Avaliação dos protocolos de atendimento para adolescente grávidas no hospital municipal de cacuaco, no segundo trimestre de 2023. Tem como Objectivo Geral: Avaliar os protocolos de atendimento para adolescente grávidas no hospital municipal de cacuaco no IIº Tremestre de 2023 e Objetivos Específicos: Caracterizar a amostra quanto a idade, gênero, especialidade e tempo de serviço; Identificar os principais protocolos de atendimento para as gestantes; Verificar as principais deficiências que os actuas protocolos de atendimento apresentam dificultando deste modo o processo de humanização em adolescentes grávidas no hospital municipal de Cacuaco. Quanto a formulação do problema da nossa pesquisa o presente estudo teve como a pergunta de partida: Quais os protocolos de atendimento para adolescentes grávidas no hospital municipal de Cacuaco no segundo trimestre de 2023? Hipótese: H1 Se pretendemos reduzir a morbimortalidade infantil, a melhor forma é a implementação de um protocolo de atendimento mais humanizado, pois este oferece abertura à gestante de expor sentimentos, compartilhar angustias e compreender seus anseios proporcionando-a deste modo um equilíbrio emocional. Quanto a metodologia: Desta feita, do ponto de vista metodológico, o enfoque foi o modelo Qualiquantitativo. Para pesquisa a amostra foi não aleatória, uma vez que baseou-se em dados probabilísticos, e contemplou uma amostra não probabilística simples, A técnica de recolha de dados utilizada, é inquérito por questionário. O estudo tem como população 50 indivíduos e uma amostra de 30 indivíduos. O estudo conclui A consulta inicial gera grandes expectativas para a adolescente grávida.

Palavra-chave: Avaliação**.** Protocolo. Gravidez. Adolescente.

ABSTRACT

The work we propose to present whose theme is: Evaluation of protocol for pregnant adolescents at the municipal hospital of Cacuaco, in the second quarter of 2023. The objectives were: General Objective: To evaluate the protocols for pregnant adolescents treated at the municipal hospital of Cacuaco in the second half of 2023. Specific Objective: Characterize the sample in terms of age, gender, specialty and length of service; Identify the main care protocols for pregnant women;To verify the main shortcomings of the current care protocols, thus hindering the process of humanizing pregnant adolescents at the municipal hospital of Cacuaco.Regarding the formulation of our research problem, the present study had as its starting question: What are the humanized care protocols for pregnant teenagers at the municipal hospital of Cacuaco in the second semester from 2023? H1: If we want to reduce infant morbidity and mortality, the best way to do this is to implement, as this opens up the pregnant woman to expose her feelings, share her anxieties and understand her desires, thus providing her with an emotional Which were answered with the following hypotheses: Regarding methodology: This time, from a methodological point of view, the focus was on the quantitative model. Our study had a population of 50 individuals and a sample of 30 individuals. The study concludes The initial consultation generates great expectations for the pregnant teenager, who comes loaded with doubts, guilt, shame, fears regarding her reproductive capacity and distrust of how she will be treated by the professional.

Key-words: assessment. Protocol. Pregnancy. Adolescent.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Relativo a Idade dos Profissionais ..... **Error! Bookmark not defined.**
Tabela 2 - Relativo ao Gênero dos Profissionais 41
Tabela 3 – Relativo ao Especialidade dos Profissionais 42
Tabela 4 – Relativo ao Tempo de Serviços dos Profissionais de Enfermagem 43
Tabela 5 - Avaliação dos Protocolos de atendimento para adolescentes grávidas do H.M.C 44
Tabela 6- Relativo aosProtocolos de atendimento das Gestantes 45
Tabela 7- Relativo a Principais Deficiências verificadas Protocolo de atendimentos 46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Relatico a Idade dos Profissionais ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico 2 – Relativpo ao Gênero dos Profissionais .... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico 3 – Relativo a Especialidade dos Profissionais **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico 4 – Relativo ao Tempo de Serviços dos Profissionais 43
Gráfico 5 –Relativo a Avaliação dos Protocolos de atendimento para adolescentes grávidas do H.M.C.....44
Gráfico 6 – Relativo aos Protocolos de atendimento das Gestantes.....45
Gráfico 7 - Relativo Principais Deficiências verificadas Protocolo de atendimento ..45

APÊNDICES

ANEXOS

INTRODUÇÃO

A adolescência pode ser entendida como uma fase de transição entre a infância e a idade adulta que dá continuidade ao processo dinâmico iniciado com o nascimento, ocorrendo transformações físicas, sociais e psicoemocionais. Ocorrem, também, alterações estruturais e funcionais no organismo, gerando um intenso desejo de auto-afirmação. Este período da vida caracteriza-se como o momento crucial do desenvolvimento do indivíduo, aquele que marca não só a aquisição da imagem corporal definitiva como também a estruturação final da personalidade. (Brazil, 2013).

A associação da adolescência com outro evento significativo da vida da mulher, a gravidez, acontece desde os primórdios da civilização. As mulheres iniciavam sua vida reprodutora muito próxima da puberdade, porém poucas ultrapassavam a segunda década de vida devido às complicações decorrentes da gravidez e do parto. Na Idade Média, a realidade não era diferente, pois as meninas ao primeiro sinal da menarca eram casadas com homens com idade em torno dos 30 anos.

Deve-se considerar que a gestante adolescente apresenta especificidades fisiológicas e maturidade emocional diferente das mulheres na idade adulta. Baseados nessas diferenças, os trabalhadores de saúde que prestam assistência a esse grupo devem reconhecer a complexidade de suas vidas, conhecer os riscos envolvidos no contexto da gestação e valorizar o verdadeiro significado da gravidez. (Tavares, 2011).

Ainda assim, a gravidez na adolescência é um tema relevante na realidade angolana, devido entre outros fatores, a existência de políticas de saúde insuficientes sobre a adolescência, deficiente acessibilidade aos serviços de saúde por conta do mau estado de algumas vias de acesso e o insuficiente número de unidades sanitárias ao serviço da população (Tavares, 2011).

A cada dia vem sendo cada vez mais observada a necessidade de uma ação que promova a conscientização das mulheres sobre a importância e iniciativa do cuidado, atenção e assistência ao pré-natal. O objetivo é humanização do parto em

adolescentes para que dessa forma tenha uma diminuição nos casos de violência obstétrica, visto que, o enfermeiro como profissional que está acompanhando o período gestacional de perto tem como missão auxiliar o maior suporte, responsável por orienta-la a fazer o seu plano de parto conforme a necessidade, condições e desejo da mesma.

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública e precisa ser discutida pelos profissionais de saúde e pela sociedade, com vista à compreensão da vivência da adolescente e dos cuidados humanizados que lhe deverão ser prestados (garcia, 2016).

O atendimento humanizado no pré-natal consiste em dispor empatia com a gestante dando-a oportunidade de expor sentimentos, compartilhar angustias e compreender seus anseios oferecendo atenção integral.

No contexto actual Hospital municipal de Cacuaco no 2º Trimestre de 2023 tem-se verificado a falta de protocolo de atendimento humanizado nas adolescentes grávidas aumenta a morbimortalidade materno infantil.

Esta situação levou-nos a elaborar a seguinte pergunta de partida:

Quais são os protocolos de atendimento para adolescentes grávidas no Hospital municipal de Cacuaco no 2º Trimestre de 2023?

Hipóteses

H1- Se pretendemos reduzir a morbimortalidade infantil, a melhor forma é a implementação de um protocolo de atendimento mais humanizado, pois este oferece abertura à gestante de expor sentimentos, compartilhar angustias e compreender seus anseios proporcionando-a deste modo um equilíbrio emocional.

Objectivos

Objectivo Geral

Avaliar os protocolos de atendimento para adolescente grávidas no hospital municipal de Cacuaco no IIº Trimestre de 2023.

Objectivos Específicos

- Caracterizar a amostra quanto a idade, gênero, Nível Académico e tempo de serviço;
- Identificar os principais protocolos de atendimento para as gestantes;
- Verificar as principais deficiências que os atuais protocolos de atendimento apresentam dificultando deste modo o processo de humanização em adolescentes grávidas no hospital municipal de Cacuaco.

Delimitação e limitação

a) Delimitação: O presente estudo foi realizado no Hospital municipal de cacuaco, situado no município de cacuaco, quanto ao tempo a pesquisa decorreu no segundo trimestre de 2023;

Justificativa

A escolha deste tema foi de carácter pessoal do autor, por se tratar de um tema amplo, por se tratar de avaliação dos protocolos de atendimento em adolescentes grávidas. É importante destacar que a avaliação dos protocolos de atendimento em adolescentes grávidas visa o controlo na assistência ao pré-natal.

A produção de investigação cientificas evidenciam contexto sociodemográfico e epidemiológico que permitem a análise do comportamento da doença. A avaliação dos possíveis riscos e factores do protocolo de atendimento humanizado pode contribuir na melhoria do atendimento a adolescente gestantes.

Para a sociedade académica, espero que esse material sirva de instrumento de pesquisa e que a profundem a temática em estudo.

Motivou-me a escolha deste tema por eu ter constatado a falta de um protocolo de atendimento humanizado para adolescentes grávidas.

- **Estrutura do trabalho**

O presente trabalho está dividido da seguinte forma:

A parte introdutória que esclarece os objectivos da pesquisa e apresenta três capítulos:

- No primeiro capítulo falamos da fundamentação teórica.
- No segundo capítulo Falamos da metodologia de pesquisa.
- No terceiro capítulo tratamos dos resultados e discussão.

E por fim fizemos menção das conclusões, sugestões e referências bibliográficas.

CAPÍTULO I - FUNDAMENTACÃO TEORICA

1.1. Definição de termos e conceitos

- **Protocolo**

Protocolo é um conjunto de informações, decisões, normas, e de regras definidas a partir de um ato oficial (Barreira & Grangeiro, 2021).

São documentos que têm como objectivo garantir o melhor cuidado de saúde, incluindo recomendações de condutas, medicamentos ou produtos para diferentes gases evolutivas da saúde ou uma determinada condição (Werneck, 2018).

Conjunto de formalidades e preceitos que devem observar em cerimônias oficiais ou actos solenes, cerimonial; etiqueta (Dicionário online, 2021).

Na nossa visão, protocolo é um conjunto de informações, decisões e regras definidas a partir de um ato oficial.

Protocolo documentado: onde consta as informações necessarias para as gestantes .

Protocolo informativo:é o protocolo usado verbalmente para o bom intendimento as gestantes

- **Humanização**

A humanização é um conceito construído por relacionamentos interpessoais de qualidade, questões estruturais e éticas (Silveira, Sassi, 2016).

Significa humanizar, tornar humano, dar condição humana a alguma ação ou atitude (Ministério da saúde, 2013).

A humanização é ato ou efeito de humanizar onde por sua vez significa tornar humano dar aspecto ou qualidade humana; tornar bondoso acolhedor (Barros e Lehfeld, 2008).

Na nossa óptica a humanização sugere a inclusão das pessoas de um serviço ou organização para que possam restaurar de forma ampla modos de conduzir e

cuidar, considerando princípios e diretrizes que são pressuposições éticas, clinicas e políticas.

- **Adolescente grávida**

É considerada a gravidez que ocorre entre os 10 e 20 anos. (Organização mundial da saúde, 2018).

Na nossa visão é a gravidez de pessoas com a idade abaixo dos 18 anos de idade e que é vista como gravidez precoce.

1.2. Operacionalização do atendimento à adolescente grávida

- Agendamento

Deverá haver facilidade/privacidade e rapidez para marcação de consultas, com atenção especial para os casos de urgência e de final de gestação.

Adequar o atendimento para que no mesmo dia da consulta, os horários permitam a realização de:

- Entrevista individual inicial;
- Consulta médica;
- Grupo de gestantes.

A direção da Unidade de Saúde deverá coordenar o tempo de atividade dos profissionais da equipe, em duração e periodicidade, de forma a adequá-la à demanda.

1.3. Entrevista Inicial Individual

O primeiro contato poderá ser com qualquer elemento da equipe, com o objetivo de:

- Estabelecer vínculo entre a adolescente e a equipe;
- Informar a adolescente sobre atividades desenvolvidas no programa;
- Conhecer o perfil psicossocial da adolescente, do companheiro e da família;
- Identificar os fatores de risco desfavoráveis para a saúde;
- Identificar situações de urgência

1.4. Roteiro da Consulta Médica

Na primeira consulta é essencial a obtenção de uma avaliação cuidadosa e completa, conforme as orientações do Manual de Assistência Pré-Natal, anotando-se os dados coletados na Ficha Perinatal e no Cartão da Gestante, quase sempre, a gestante vem à consulta acompanhada por familiar que também deseja falar com o médico para informar-se sobre a situação e pedir ajuda. Eles deverão ser informados que durante a entrevista inicial, ela permanecerá sozinha com o pré-natalista e que no final da consulta serão ouvidos (*Quivy e Campenhoudt, 2018).*

A consulta inicial gera grandes expectativas para a adolescente grávida, que vem carregada de dúvidas, culpa, vergonha, temores em relação à sua capacidade reprodutiva e desconfiada de como será atendida pelo profissional. Cabe ao pré-natalista desfazer essa impressão transmitindo uma mensagem de que ele faz parte de uma equipe de saúde preparada para ajudá-la. Para realizar essa tarefa, ele necessitará conhecer a fundo toda a sua história pessoal e para isto a atitude do médico é tanto ou mais importante que as perguntas de praxe que possa fazer. Ao captar na atitude do médico que não vai ser julgada nem criticada, porém simplesmente avaliada do ponto de vista de saúde, falará então com muito mais franqueza de seus problemas e irá até onde os conheça (OMS, 2018).

1.5. O que pode fazer o serviço de saúde

O município deve desenvolver todos os esforços no sentido de organizar sua rede de saúde de forma hierarquizada e regionalizada, com todos os níveis de atenção (centro de saúde, maternidade, hospital especializado) a fim de proporcionar atendimento adequado às necessidades de sua população (Wikipédia (2023).

É importante ressaltar que um sistema estruturado de referência e contrarreferência, especialmente no caso de adolescentes grávidas, pode resultar em atenção bem mais eficaz, com repercussões nos índices de mortalidade perinatal e gestação de risco, uma vez que a gestante será sempre referenciada ao serviço adequado ao seu caso e o acompanhamento pós-natal poderá obter maior adesão da clientela. Assim, as ações preconizadas poderão ser desenvolvidas pelas

unidades de saúde da região, de acordo com seu nível de complexidade (Werneck 2018).

As ações preconizadas a seguir devem estar respaldadas por uma percepção institucional das necessidades da clientela, Isto é:

- Facilitar a inscrição no pré-natal e, se possível, criar um “momento específico” para o atendimento da adolescente grávida, seu companheiro ou familiares;

- Promover sensibilização e treinamento dos profissionais da unidade de saúde, através de cursos, seminários e supervisão sistemática sobre o tema de adolescência normal e saúde reprodutiva;

- O profissional de saúde deve estar habilitado a reconhecer os principais riscos biológicos, psicológicos e sociais da adolescente grávida. Os fatores de risco que deverão ser sistematicamente pesquisados, para melhor orientar o acompanhamento da adolescente grávida, incluem:

- menores de 15 anos;
- baixo peso da adolescente grávida (classe A da curva do cartão da gestante);
- tentativa de aborto;
- intercorrências clínico-obstétricas;
- falta de apoio da família e do companheiro;
- tentativa de suicídio;
- gestantes que sofreram violência;
- apresentação de comportamento de risco (incluindo uso de drogas, exercício físico exagerado, auto medicação, etc.);
- gravidez como consequência de estupro ou incesto;
- deficiência mental;
- baixa escolaridade e condição sócio-econômica desfavorável;
- gestantes oriundas de famílias de risco (alcoolismo, drogas, desestruturação, maus tratos, entre outros);
- disposição de entregar o filho para adoção;
- dificuldade de acesso aos serviços de saúde;
- acesso tardio ao pré-natal.

- Facilitar a participação do companheiro e/ou família nos grupos, na consulta pré-natal e, se possível, na sala de parto e alojamento conjunto;

- Esclarecer a família sobre as repercussões psicossomáticas da gravidez na adolescência e seus riscos, destacando a importância do apoio e compreensão, sem culpabilização, e delimitando os papéis de mãe e avós;

- Enfatizar o Planejamento Familiar em todas as oportunidades, durante o pré-natal. Após o parto, fornecer informações que permitam o acesso a unidades de saúde que desenvolvam atividades de Planejamento Familiar, inclusive com o fornecimento de métodos anticoncepcionais;

- Acompanhar ou referenciar os adolescentes aos serviços de planejamento familiar, de forma sistemática, fornecendo informações que permitam o acesso à Unidades de Saúde que desenvolvam tal atividade, inclusive com o fornecimento de métodos anticoncepcionais;

- Prestar atendimento ou referenciar todos os filhos de adolescentes para acompanhamento pediátrico, pelo menos até o 2° ano de vida, visando também incentivar a interação pais/criança;

- Aproveitar todas as oportunidades durante o atendimento para resgatar a auto-estima e cidadania dos adolescentes com o objetivo de que haja uma retomada no seu projeto de vida (volta à escola, ao trabalho, ao lazer, entre outros);

- Oferecer atendimento em grupo (sala de espera, grupos com os companheiros, com os familiares) com o objetivo de propiciar um espaço onde os adolescentes possam interagir entre si, com os profissionais da saúde, com os familiares e companheiros. Nos grupos de adolescentes grávidas com seus companheiros e/ou familiares, espontaneamente surgem dúvidas relacionadas às modificações corporais e psicológicas, trabalho de parto, cuidados com o bebê e amamentação, entre outras. São reuniões onde os assuntos devem ser discutidos de maneira informal com o objetivo de aliviar as ansiedades típicas desse momento, fornecendo-se os esclarecimentos adequados, utilizando-se técnicas que facilitem a adesão do grupo às atividades propostas;

- Conhecer o perfil epidemiológico da clientela de sua área de abrangência, que pode ser obtidos através do levantamento de dados ou solicitando ajuda da Secretaria de Saúde;

- Estabelecer horários de atendimento compatíveis com a demanda e a disponibilidade da clientela adolescente;

- Buscar formar equipe multiprofissional, com disponibilidade, flexibilidade e sensibilidade para atender integralmente às necessidades dos adolescentes (OMS, 2018).

1.6. Sistema reprodutor femenino

Segundo Garcia (2016), o sistema genital feminino é um órgão responsabilizado da reprodução na mulher com a finalidade de produzir os ovócitos e fazer a manutenção deles, além de ser o local de deposito dos espermatozoides, local da fecundação e desenvolvimento do embrião, responsável pela manutenção da gestação.

> O aparelho genital feminino é formado por órgãos interiores-ovários, tubas uterinas (trompas de Falópio), útero e vagina e por órgãos exteriores - formações labiais (monte púbico, grandes e pequenos lábios), vestíbulo ou bolbos vestibulares) e glândulas anexas (uretrais, para uretrais e vestibulares). Os ovários e as tubas uterinas são vulgarmente conhecidos por anexos, o sistema reprodutor feminino é constituído por dois ovários, duas tubas uterinas (trompas de Falópio), um útero, uma vagina e uma vulva e está localizado no interior da cavidade pélvica (Barreira & Grangeiro (2021).

Antes de descrever os órgãos genitais femininos, é interessante fazer uma breve descrição do peritônio ao nível da cavidade pélvica. Os ovários, as tubas e o útero estão situados nesta cavidade entre a bexiga, que é anterior a eles, e o recto - que é posterior a eles (Tavares (2011).

De acordo Camara (2017, p. 75), o peritônio, após recobrir a bexiga, reflecte-se no assoalho e paredes laterais da pelve sobre o útero, formando uma ampla prega transversal denominada ligamento largo do útero. Após recobrir quase todo o útero, o peritônio reflecte-se sobre o recto. O ligamento largo divide a cavidade pélvica em um compartimento anterior e outro posterior.

O anterior fica entre a bexiga e o útero – escavação vesico uterino e o posterior entre o útero e o recto - escavação recta -uterina. O útero, pois, fica envolvido pelo ligamento largo, o mesmo acontecendo com as tubas uterinas, que ficam incluídas na borda superior do ligamento. Já os ovários se prendem à face posterior do ligamento largo por uma prega denominada meso vário e desta forma se projectam na escavação recta – uterina (Camargo, 2013).

O ligamento largo do útero, juntamente com o ligamento redondo do útero, é os principais meios de fixação do útero. Em virtude de sua arquitectura e disposição, o ligamento largo é extremamente distensível, e acompanha o útero quando este aumenta de volume na gestação. Como as tubas uterinas estão incluídas no ligamento largo e os ovários fixados à sua face posterior, também tubas e ovários acompanham o útero na gravidez (Camello e Lausam, 2019).

Em relação à descrição do peritônio ao nível da cavidade pélvica, vimos que os órgãos como os ovários, tubas uterinas e o útero estão situados nesta cavidade entre a bexiga, o peritônio tem a papel de revestir a bexiga espelhando-se no assoalho pélvico e paredes laterais da pelve sobre o útero, em relação ao ligamento largo, ele divide a cavidade pélvica em um comprimento anterior e outro posterior (Campos, 2020).

1.2.1. Vagina

Segundo Canavantes (2015), dizia que:

> Nos órgãos genitais internos temos a vagina que pode ser definida como um canal musculoso que vai desde o colo do útero até a vulva, mede entre centímetros, sua parede anterior está em contacto com a uretra e bexiga já a posterior fica em contacto com estruturas da fáscia retro vaginal. Segundo, durante a gestação as paredes vaginais ficam aumentadas e perde a rugosidade característica, o fluxo vaginal fica aumentado, a vagina está dividida em três camadas, nomeadamente a mucosa, mais interna, a muscular e a mais externa pode ser serosa ou adventícia, em nenhuma dessas camadas existem glândulas e o muco nela presente vem da cérvix, a camada mucosa é composta de epitélio pavimentos estratificado não queratinizado, que varia em espessura dependendo da espécie e uma lâmina própria de tecido conjuntivo frouxo.

A camada muscular é composta de duas ou três camadas de músculo liso. Possui ainda uma camada de tecido conjuntivo que é chamado de Adventícia, e mais próximo do útero, essa camada ganha um mesotélio e então é chamada de serosa (Cardoso, 2015).

1.2.2. Útero

Segundo Carmello (2019, p. 56), útero é um órgão oco de paredes musculares grossas e contrateis que possui formato de pêra invertida de dimensão externas variáveis, entre 6,5 a 7,5 cm de comprimento e 03 a 04 cm de largura está situada entre a bexiga urinária e o recto. Comunica-se por um lado com a tuba uterina e por outro com a vagina.

É dividido em quatro partes que são eles: corpo do útero, fundo do útero, istmo e colo, o útero é um órgão oco que varia de forma, tamanho e localização dependendo da idade e paridade, é extremamente sensível a estímulos hormonais e nervosos, pode ser dividido em colo, istmo e corpo, tem grande capacidade em se distender e contrair para cumprir sua principal função que é abrigar o feto durante a gestação, ele é composto por três camadas: perímetro, fina camada protectora que o recobre externamente, o miométrio que pode ser definido como uma massa muscular lisa, o endométrio que fica mais internamente (Chevaliez, 2014).

A parede do útero é relativamente espessa e composta de três camadas, o endométrio, o miométrio e o perímetro. É o endométrio é composto de um epitélio cilíndrico simples que varia de acordo com o ciclo astral, estacionalidade reprodutiva e entre espécies e uma lâmina própria de tecido conjuntivo frouxo com glândulas exócrinas tubulares, no miométrio são três camadas de tecido muscular liso, uma perpendicular no meio de duas longitudinais, e tecido conjuntivo entre elas, onde se observa zona vascular (Dustin, 2013).

Para Echevarría (2017), nesta sincronia de ideias, devemos também saber que o perímetro pode ser tanto serosa, como adventícia.

1.2.3 Tubas uterinas

As tubas uterinas são dois ductos que agrupam o ovário ao útero e é o local onde ocorre a fecundação o seu tecido interno é formado por células ciliadas. Os batimentos dos cílios microscópicos e os movimentos peristálticos das tubas uterinas enviam o gâmeta feminino, o óvulo, até ao útero (Farias, 2020).

«As tubas uterinas (ex. oviductos ou trompas de Falópio) são dois cilindros com 7 a 14 cm de comprimento que se estendem da extremidade superior do ovário aos

cornos do útero, possuindo uma abertura para este órgão (orifício uterino) e outra para a cavidade pélvica (orifício abdominal) (Fecury. 2012).

As tubas uterinas são órgãos do sistema reprodutor feminino, André Maia em um dos seus parágrafos diz que são dois ductos que unem o ovário ao útero. Seu epitélio de revestimento é formado por células ciliadas. Os batimentos dos cílios microscópicos e os movimentos peristálticos das tubas uterinas impelem o gâmeta feminino até o útero (Fernades, 2015).

As tubas uterinas são dissociadas em três porções, nomeadamente de istmo, ampola e infundíbulo, no infundíbulo existem fímbrias que abraçam o ovário para pegar os ovócitos, o encontro do espermatozóide com os ovócitos ocorre na junção istmo ampola, onde ocorre a fertilização (Ferreira, 2019).

Segundo Focaccia (2019), diazia que:

> A mucosa possui dobras longitudinais, que são numerosas na ampola e elas vão se tornando menores, quanto mais próximo ao útero, ela é constituído de epitélio cilíndrico simples com células secretoras e células ciliadas e uma lâmina própria de tecido conjuntivo frouxo. Em relação à camada muscular ele é divida em interna (circular) e externa (longitudinal) e também tem tecido conjuntivo frouxo entre elas, e por ultimo uma camada de tecido conjuntivo e mesotélio, chamado de serosa.*Tuba uterina: Pregas da Mucosa: projecções cobertas por epitélio colunar simples (eventualmente pode-se diferenciar as células ciliadas das não ciliadas), Subcamada muscular longitudinal externa, Subcamada muscular circular interna, Serosa: mesotélio mais tecido conjuntivo frouxo»*.

Transportam os óvulos que romperam a superfície do ovário para a cavidade do útero. Por elas passam, em direcção oposta, os espermatozóides e a fecundação ocorre habitualmente dentro da tuba. A tuba uterina está incluída na borda superior do ligamento largo do útero, é um tubo de luz estreita cuja extremidade medial (óstio uterino da tuba) se comunica com a cavidade uterina e cuja extremidade lateral (óstio abdominal da tuba) se comunica com a cavidade peritoneal (Gonçales, 2013).

Neste contexto Heathcote (2018, p. 47), o óstio abdominal da tuba permite a comunicação da cavidade peritoneal com o meio exterior (através da tuba, cavidade uterina, vagina e vulva), comunicação esta inexistente no sexo masculino, onde a cavidade peritoneal é dita fechada.

1.2.4 Ovários

Os ovários são órgãos pareados que surgem no período fetal a partir do mesmo tecido embrionário que os testículos têm o tamanho e da forma de amêndoa, juntam-se um de cada lado da cavidade pélvica, mantidos no lugar por ligamentos suspensórios, largos e ovários (Hoofnagl, 2020).

Os ovários (glândulas anexas, laterais ao útero), responsáveis pela fabricação dos óvulos, liberam, alternadamente, os folículos, produzindo estrogênio e progesterona. Estes hormônios, por sua vez, aceleram a maturação final do folículo, levando-o a romper-se e, assim, liberar o óvulo - processo chamado de ovulação e que dura aproximadamente 14 dias (Garcia, 2016).

Não sendo fecundado, o óvulo é reabsorvido pelo organismo e os ovários cessam sua produção até que um novo folículo seja liberado. Nesta circunstância, o endométrio, camada superficial extremamente vascularizada, descama e expele determinada quantidade de sangue pela vagina – a chamada menstruação (Hussain, 2016).

Os ovários são estruturas que produzem hormônios, com a constituição de células reprodutivas, chamadas de óvulos, cujo nome correcto é ovócito, os ovários possuem duas funções básicas: produção células reprodutivas e também produção de hormônios sexuais, como o estrógeno e a progesterona. São esses hormônios os encarregados pelo funcionamento adequado do ciclo ovulatório e actuam no surgimento de caracteres sexuais secundários (Koerich, 2015).

«Os ovários são estruturas pares situadas em espaços denominados fossem ováricos, junto das paredes laterais da pélvis menor, de cada lado do útero, por baixo e atrás das tubas. Estão fixos às faces posteriores dos ligamentos largos pelo meso vário, apesar disso sua posição é variável (Júnior. 2018).

Segundo Hoofnagl (2020, p. 90), em relação aos ovários eles possuem uma forma ovóide, que os mesmos são responsáveis pela ovogénese que é a formação do ovócito. Ele é revestido por um epitélio germinativo, que é cúbico simples, e também pela túnica albugínea de tecido conjuntivo denso não modelado. O ovário é dividido nas zonas cortical e medular. A zona cortical é a região da periferia, de

tecido conjuntivo frouxo, com abundância de fibroblastos, e onde se localizam os folículos, corpos lúteos.

1.2.5. Assoslho pelvico

Com base em alguns conhecimentos obtidos em algumas literaturas o assoalham pélvico é encarregado por formar a porção inferior da cavidade abdominal pélvica, sendo que sua força refere-se ao grau de contracção voluntária máxima.

> Durante a gestação, os incrementos da massa corporal materna e do útero gravítico aumentam a pressão sobre os músculos do assoalho pélvico (MAP). Além disso, as mudanças hormonais, ocorridas principalmente a partir do segundo trimestre gestacional, podem ocasionar modificações nos tecidos conectivos, influenciando no mecanismo de suporte e continência Como consequência dessas modificações pode ocorrer uma diminuição da sustentação do colo vesical e da uretra proximal, predispondo a disfunções do assoalho pélvico (AP), que podem se tornar mais prevalentes à medida que a gestação evolui e estarem associadas à pressão exercida pela cabeça fetal sobre a bexiga (Fernades, 2015, p. 94).

No periodo da gestação a massa corporal e o útero aumentam de tamanho causando uma pressão sobre os músculos do assoalho pélvico, ocorrem algumas mudanças hormonais que são notaveis durante o segundo trismestre de gestção, mudanças essas tais como diminuição da sustentação do colo vesical e da uretra proximal (Hussain, 2016).

Para Focaccia (2019, p. 88).

> O assoalho pélvico é a única musculatura transversal do corpo humano que suporta carga, sendo responsável por diversas funções: suporte dos órgãos abdominais e pélvicos manutenção da continência urinária e fecal auxílio no aumento da pressão intra-abdominal, na respiração e na estabilização do tronco Além disso, esses músculos permitem o intercurso sexual e o parto; suas contracções involuntárias são as características principais do orgasmo e, quando fracos, podem causar hipoestesia vaginal e anorgasmia, relativamente ao assoalho pélvico é uma estrutura formada por músculos, ligamentos e fáscias que tem função de segurar os órgãos da pelve tais como útero, bexiga, reto e próstata, além de assegurar o aumento da pressão intra-abdominal na respiração e na estabilização do tronco esses mesmos musculos permitem o intercurso sexual e o parto.

Para (*Tavares, (2011),* A integridade do assoalho pélvico (AP) é essencial para a manutenção da continência urinária, sendo suas principais funções: apoio, esfincterianas e sexuais, além de manter a posição do colo vesical.

Na mulher, as forças de retenção são vulneráveis, visto que ela apresenta uretra curta e factores de riscos como AP submetido aos traumatismos obstétricos, lesões do nervo pudendo, das fáscias e músculos do AP (MAP) e

avanço da idade, menopausa e modificações hormonais. Dessa forma, um AP enfraquecido pode ocasionar incontinencia urinaria (Werneck, 2018).

É importnte manter a integridade do assoalho devido a manutenção da continencia urinária assegurando as sua funções denominadamente apoio ao esfinter, manter a posição do colo vesical, nas mulheres as forças de retenção são submetido aos traumatismos obtetricos (Quivy e Campenhoudt, 2018).

Na gravidez os músculos do assoalho pélvico (MAP), se tornam o berço da pelve, ou seja, a região de sustentação; assim esses MAP devem estar tônicos a fim de sustentar o bebê durante a gestação, por outrolado, devem também estar elásticos para se distenderem no momento do parto. O fisioterapeuta tem como estratégia para manter os MAP tônicos, a utilização da bola suíça, que além de relaxar e fortalecer a musculatura permite à parturiente a propriocepção dos MAP,portanto, obtendo um parto mais tranquilo (Silveira e Sassi, 2016).

Citam que a cinesioterapia pélvica tem o objetivo de ensinar a gestante à controlar a musculatura do assoalho pélvico de forma voluntaria, promovendo contração e relaxamento. A maior dificuldade na realização desses exercícios é saber quais músculos devem contrair e de que forma, afirma que os exercícios descritos por Kegel são utilizados para propriocepção e fortalecimento dessa musculatura, sendo proposta a realização de três series de dez repetições com ou sem o uso da musculatura acessória (OMS, 2018).

1.2.6. Gestação

O período gestacional é uma fase em que a gestante precisa do apoio de todas as pessoas à sua volta, principalmente dos seus familiares e do seu companheiro, que também deve ser incentivado a compartilhar toda a assistência. Segundo o Ministério da Saúde (MS), as gestantes constituem o centro principal de aprendizado, mas não se pode deixar de actuar, também, junto aos companheiros e familiares, pois os pais também têm dúvidas e anseios ocasionados pelas transformações, que geram receio e insegurança (Koerich, 2015).

> Sendo a gravidez uma época de profundas alterações na vida da mulher, pode e deve ser também uma oportunidade para alterar estilos de vida, e adotar comportamentos saudáveis. Assim sendo, adoptar um estilo de vida saudável no período pré-concepcional torna-se determinante no crescimento e desenvolvimento fetal, portanto, uma alimentação saudável e equilibrada neste período é fundamental para optimizar não só a saúde materna mas também assegurar as reservas necessárias ao desenvolvimento do feto e reduzir o risco de complicações. Estudos epidemiológicos revelaram que a exposição ao álcool, tabaco e cafeína no início do desenvolvimento embrionário, está associada ao aumento significativo de

> complicações na mãe e no feto. Entende-se a gravidez como um processo ocorrido no período de 40 semanas, que medeia entre a concepção e o parto. Divide-se em três trimestres. O primeiro trimestre compreende da 1ª à 12ª semana, o segundo da 13ª à 24ª e o terceiro da 25ª à 40ª semana de gestação (Garcia, 2016, P. 56).

A gravidez acarreta muitas mudanças por isso necessidade de planear a organização da rede regional de atenção à saúde para proporcionar o acesso e o acolhimento de todas as mulheres durante as diferentes fases do ciclo dravídico, desenvolvendo actividades de promoção à saúde e de prevenção, cura e reabilitação dos agravos e patologias eventualmente apresentados nesse tempo, envolvendo os cuidados com o recém-nascido (Gonçales, 2013).

Para isso, é preciso haver inclusão entre as diversas unidades de atenção à saúde, garantindo retaguardas ambulatórias especializada e hospitalar, se for o caso (Koerich, 2015).

A gravidez é um período que provoca várias mudanças físicas, emocionais e sociais. Essas alterações geram sentimentos, como ansiedade, medo, angústia, dúvida, fantasia, entre outros, o que exige uma série de adaptações tanto da mulher como de seu parceiro. Verifica-se, a princípio, a mudança de identidade e a identificação de novos papéis: a mulher passa a ser vista como mãe e o homem como pai (Echevarría, 2017).

Durante o período gestacional a mulher sofre modificações fisiológicas e funcionais, que são importantes durante este período, o organismo irá se adaptar criando um ambiente adequado para recepção e crescimento do feto. A função do fisioterapeuta é orientar e conscientizar a gestante de sua nova postura, prevenindo as lesões osteomusculares, tratando algias, incontinência urinária, queixas respiratórias e sexuais, resultante das mudanças do sistema músculo-esquelético (Fecury, 2012).

1.3.1. Alteração fisiológica no período gestacional

Geralmenten logo nas primeiras semanas após a concepção, observam-se no organismo da mulher profundas alterações anatômicas e fisiológicas, o organismo responde às hormonas gestacional, e os seus efeitos incluem mudanças na anatomia, no controlo de funções metabólicas, cardiopulmonar e as diversas

alterações no sistema reprodutor precisam ser apoiadas por ajustes de outros sistemas (Fernades, 2015).

Além do aumento progressivo do tamanho do útero, modificações importantes ocorrem ao nível do aparelho locomotor, da circulação, da espiração, e estão estreitamente ligadas às modificações do metabolismo, das trocas hídricas e minerais, à progressão da forma, função dos órgãos da cavidade abomino-pélvica e dos órgãos torácicos (Farias, 2020).

Nas primeiras semanas de gestação pode se observar algumas alterações anatômicas e fisiológicas, sendo que organismo começa responder aos hormônios gestacional, aumentando o tamanho os seios e do útero, a também uma alteração na locomoção (Ferreira, 2019).

1.3.2. Alteração cardiorrespiratória

Segundo Hussain (2016, p. 66), na gestação o sistema respiratório também sofre alteração a uma demanda maior de oxigênio, ocorrendo uma hiperventilação causando a dispneia gestacional isso acontece logo nas primeiras semanas de gestação.

No sistema respiratório, ocorre uma maior demanda de oxigênio (de 15 a 20%), no entanto, há uma hiperventilação causando a dispneia gestacional perceptível logo nas 20 primeiras semanas de gravidez; quanto ao sistema cardiovascular, obtêm um aumento progressivo do volume sanguíneo, em média de 35 á 50%, a pressão venosa nos membros inferiores aumenta quando se mantém em pé por um período prolongado, e a arterial tende a diminuir no decorrer da gestação (Hoofnagl, 2020).

Com relação ao sistema respiratório, ocorrem diversas alterações anatômicas e funcionais sem aparente relação com exigências vitais da mãe ou do feto. O volume respiratório em repouso aumenta em cerca de 40%, o que acelera a respiração. O consumo do O2 reduz em cerca de 20% (Brazil, 2013).

A partir do terceiro trimestre, a respiração quando profunda torna-se mais difícil, pois o feto começa a empurrar o diafragma para cima, a sua elevação comprime o coração, que deve então ajustar-se às novas condições de trabalho, aumentando o volume sistólico no 1º trimestre e a frequência cardíaca no 2º e 3º trimestre, a pressão arterial diminui ligeiramente durante a gravidez, desde as

primeiras semanas, a pressão arterial sistólica vária pouco, mas a diastólica reduz-se 5 a 10mmHg entre as 12 e 26 semanas. Ao aproximar-se o termo, os valores de pressão arterial regressam aos níveis observados antes da gravidez (Wikipédia, 2023).

Falta de ar e dificuldades para respirar tais sintomas são frequentes na gestação, em decorrência do aumento do volume do útero por compressão pulmonar, assim como por consequência da ansiedade da gestante; Recomende repouso em decúbito lateral esquerdo; Ouça a gestante e converse sobre suas angústias, se for o caso; Esteja atento para outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados no exame cardiopulmonar, pois embora seja pouco frequente pode se tratar de um caso de doença cardíaca ou respiratória; Agende a consulta médica caso haja dúvida ou suspeita de problema clínico (Camara, 2017).

Para Campos (2020, p. 76), durante a gravidez a gestante apresenta dificuldade falta de ar causado pelo aumento do volume do útero por compreensão pulmonar, deve-se também a ansiedade recomendando-se um repouso em decúbito lateral esquerdo.

1.3.3. Alteração gastrointestinal

Durante a gestação as gengivas torna-se hiperemiadas, a saliva produzidas pela boca torna-se mais ácida, a um retardo no esvaziamento gástrico e diminuição do peristaltismo e por consequência distensão abdominal (Canavantes, 2015).

A principal alteração na função do trato gastrointestinal durante a gravidez é a redução de sua actividade, pois à medida que a gestação progride, o útero em crescimento desloca o estômago e os intestinos. Náuseas e vómitos são sintomas característicos do 1º trimestre da gravidez, a sua causa permanece desconhecida, mas tem sido sugerido que a hormona coriônica humana possa estar implicada. Por acção da progesterona, a motilidade gasto esofágica, intestinal e da vesícula biliar, bem como a tonicidade dos esfíncteres está diminuída durante a gravidez. Por esse motivo são frequentes as queixas de enfartamento, sobretudo pré-prandial, azia, pirose e obstipação (Cardoso, 2015).

Durante o período de gestação a mulher apresenta alterações gástricas, o esófago, estômago, intestino e vesícula, que no período da gravidez aumentam os níveis de progesterona e estrogénio, isso faz com que diminua o peristaltismo do estômago e intestino podendo levar a constipação intestinal, por este quadro mais o aumento da pressão nas veias, pode provocar hemorroidas em algumas gestantes.

O sistema gastrointestinal estará em desordem devido à redução da sua mobilidade, assim como o esvaziamento gástrico, provavelmente pela elevação dos níveis de progesterona e estrogênio. A reabsorção de água está aumentada e leva à obstipação (Camara, 2017).

A secreção gástrica está diminuída, podendo afectar a absorção gastrointestinal. Náusea e vómito durante a gravidez é considerado normal, porém deve-se tomar cuidado com a desidratação e perda de peso. Com o aumento da salivação, as gengivas ficam amolecidas e mais avermelhadas, assim durante a gravidez, a mulher deve ter uma atenção maior a sua saúde bucal para evitar cáries (Fernades, 2015).

1.3.4. Alteração urinária

No sistema urinário ocorre alteração como a dilatação da árvore excretora, motivada pela compressão exercida pelo útero grávido provocando estase urinária, multiplicação bacteriana, predispondo as grávidas à maior incidência de bacteriúria e pielonefrite. Associadamente, as alterações morfológicas ocorrem a nível funcional, um aumento do fluxo plasmático renal (Camargo, 2013).

Na gestação, a infecção urinária é de grande importância em função de sua elevada incidência neste período da vida da mulher. É a terceira intercorreria clínica mais comum na gestação, acometendo de 10 a 12% das grávidas, sendo que a maioria destas infecções ocorre no primeiro trimestre da gravidez. Esta infecção pode contribuir para a mortalidade materno-infantil (*Barreira & Grangeiro, 2021).*

Durante a gravidez o sistema urinário vai apresentar várias modificações anatómicas e fisiológicas. Nesse sentido pode-se citar que “a mais notável alteração anatómica no trato urinário excretor durante a gravidez é a dilatação dos cálices,

bacinetes e ureter, na gestação ocorre um aumento no suprimento sanguíneo para o trato urinário. Há também aumento do tamanho e do peso dos rins, da taxa de filtração glomerular e aumento da função dos túbulos (Fecury, 2012).

A perda urinária na gestação ocorre devido a modificações na pressão e no volume da bexiga consequente ao aumento do tamanho do útero, associada à diminuição da força e da função da musculatura do Assoalho Pélvico (AP). Essa musculatura tem a função de sustentar o útero, a bexiga e o recto, além de resistir aos aumentos da pressão abdominal e actuar nas funções esfincterianas e sexuais, a incontinência urinária na gestante é muito comum consistindo na perda incontrolável de urina é um dos mais constrangedores e stressantes sintomas urinário, provocando implicações sociais, ocupacionais, psicológicas, físicas, sexuais, econômicas desta forma é considerado o principal distúrbio do assoalho pélvico (Júnior, 2018).

1.3.5. Alteração músculo-esquelético

Com o aumento de alguns hormônios como o estrogênio, podem ocorrer algumas modificações na vascularização, já com o estímulo da progesterona pode ocorrer aumento na pigmentação dos mamilos, axilas e períneo, algumas manchas que ocorrem na testa e na face são chamadas de cloasma (Heathcote, 2018).

Durante a gravidez, ocorrem diversas alterações físicas necessárias para o crescimento e desenvolvimento fetal. Estas, em algumas mulheres, podem trazer consequências que podem resultar em dor e limitações no dia-a-dia referido, durante o período gestacional os músculos abdominais são alongados até seu limite elástico, diminuindo assim as suas habilidades de contracção máxima e, portanto, suas eficiências de contracção. Também, ocorre uma hipermobilidade articular com efeito da frouxidão ligamentar, predispondo lesões articulares e ligamentares, especialmente nas articulações que sustentam o peso; coluna e membros inferiores. Estas mudanças devem-se a influências hormonais, basicamente das alterações nos níveis de rela-xina e progesterona (*Quivy e Campenhoudt, 2018*).

É comum a presença de lombalgia nas gestantes, pois, a estabilidade é observada por uma carga aumentada sobre os músculos e os ligamentos da coluna, alterações músculo-esqueléticas acontecem à medida que a gestação progride,

estando mais evidentes na coluna lombar e cintura pélvica, sendo muito comum o relato de queixas e desconfortos nestas áreas». (*Tavares, 2011*).

As mudanças posturais se evidenciam mais após a vigésima semana de gestação, sendo assim estão mas evidentes na coluna, mesmo o útero não pertencendo ao sistema músculo-esquelético em si, é a principal causa das alterações estática e dinâmica do esqueleto durante a gestação (*Silveira e Sassi, 2016).*

Uma das principais causas da mudança na postura estática e dinâmica da gestante é o constante crescimento uterino. Em função da alteração do centro de gravidade, ocorre um aumento na curvatura lombos sacral e uma curvatura compensatória na região cervicodorsal (anteriorizarão da cabeça). Estas alterações desenvolvem-se para auxiliar na conservação do equilíbrio, podendo resultar em dormências, dores e fraqueza nas extremidades do membro superior. Flores (2009) ainda explicam que, as alterações que ocorrem no sistema osteoarticular devem-se a deposição insuficiente de cálcio na matriz óssea, uma vez que, uma parte do cálcio é retirada do organismo materno para ser depositada no sistema ósseo do feto (Koerich c, 2015).

1.3.6. Alteração circulatória

Devido ao aumento do volume de sangue os vasos sanguíneos ficam mais flexíveis e distendidos, resultando em veias varicosas, hemorróidas e inchaço. A partir de 20 semanas de gestação o útero dravídico impede o retorno venoso ao coração, quando a gestante assume a posição supina. Portanto, muitas mulheres começam a sentir a chamada síndrome de hipotensão supina, no qual pode até referir a perda de consciência. Mas, quando isso acontece a gestante precisa somente ficar em decúbito lateral esquerdo para novamente o débito cardíaco ser restaurado (Hussain, 2016).

Durante o período gestacional ocorrem intensas alterações hemodinâmicas, o volume sanguíneo aumenta, sendo que o plasmático aproxima-se dos quarenta por cento e a hemácias eleva-se trinta por cento para atender às necessidades do útero, bebé e outras partes do corpo. A concentração de hemoglobina cai para oitenta por cento como consequência do maior aumento do plasma do que das células

vermelhas, o que se chama de anemia fisiológica da gravidez, que causa sintomas como cansaço e mal-estar (Heathcote, 2018).

As maiores alterações no sistema circulatório que surgem na gravidez, entre a 28ª e 32ª semana de gestação, incluem o aumento do débito cardíaco, do volume sanguíneo, por causa do volume plasmático, da redução da resistência vascular periférica e da pressão sanguínea. No início da gravidez essas alterações alcançam o seu máximo no terceiro trimestre e são permanentes até o parto. São necessárias essas alterações, pois contribuem para o óptimo crescimento e desenvolvimento do feto e protegem a mãe das perdas fisiológicas de sangue no parto (Koerich, 2015).

1.4.1. Etapas da gestação

- **Pré-natal**

O pré-natal é o primeiro passo para um parto e o nascimento saudável do bebé, ou seja, ele faz a promoção, prevenção e a manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento, além de trazer informação e orientação sobre a evolução da gestação e do trabalho de parto (Gonçales, 2013).

O principal objectivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez período de mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo (Fecury, 2012).

Em geral, a consulta de pré-natal tem como objectivo preparar a mulher para a maternidade, trazendo informações educativas sobre o parto e o cuidado com o cerem nascido, dar orientações essenciais sobre hábitos alimentares e de higiene pessoal, ensinar sobre a manutenção do estado nutricional apropriado, orientar sobre o uso de medicações que possam afectar o bebé e tratar de doenças existente que de certa forma interfiram no bom andamento da gravidez e no nascimento saudável do bebé (Dustin, 2013).

> A assistência ao pré-natal deve começar ainda no primeiro trimestre da gestação, as consultas devem ser agendadas par que se tenha a cobertura necessária ao acompanhamento efectivo, de acordo com o manual do ministério da saúde: as realizações das consultas devem ocorrer no mínimo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro. Quando as

> consultas não acontecem no inicio da gestação e não tem a sequencia necessária para avaliação do binômio feto - mãe, o acompanhamento do desenvolvimento do feto pode ficar prejudicado, além de não poder detectar precocemente algumas doenças, como gestantes. Tais problemas poderiam ser controlados e verificados através do pré-natal durante toda a gravidez. (2011, p. 105).

A assistência pré-natal é de suma importância e deve começar a mais precoce mente possível, logo no primeiro trimestre da gestação, as consultas devem ser agendadas, a gestante deve fazer um consulta no primeiro trimestre, duas consultas no segundo trimestre e três consultas no terceiro trimestre.

Segundo Martorano e Guilherme (2010), esse atendimento deve ser fundamentado no conhecimento das condições de vida e de saúde de cada comunidade, o que pode ser obtido por meio da análise de dados demográficos e epidemiológicos, bem como da estrutura dos serviços de saúde existentes, incluindo as unidades básicas e os serviços de referência. São relevantes a normalização do fluxo da usuária na rede e o estabelecimento de todas as rotinas internas de cada unidade de saúde que a compõe.

Os cuidados qualificados à gestante, à puérpera e ao recém-nascido exige a descrição de estratégias de atendimento que abrangem todas as pessoas que, directa ou indirectamente, efectuem actividades nas unidades de saúde que compõem determinada rede regional de atenção à saúde, em específico nas unidades básicas de saúde. Deve-se, nessas unidades, sempre buscar atender às urgências das mulheres nesse momento de suas vidas, favorecendo uma relação ética entre as usuárias e os profissionais de saúde.

> As consultas de pré-natal devem ser realizadas por médicos e enfermeiros de maneira intercalada. Deve-se reservar 30 minutos por gestante para essa consulta, tendo em vista a complexidade desta assistência; no entanto, quando o atendimento ocorrer em tempo inferior ao estabelecido, o profissional estará disponível para os atendimentos referenciados pelo acolhimento. Dessa forma, recomenda-se a realização mínima de sete ou mais consultas durante o pré-natal, sendo a periodicidade destes atendimentos mensal para até 28 semanas de idade gestacional (IG), quinzenal da 28ª a 36ª semana e semanal da 36ª até o parto. É importante frisar que não há, em nenhuma hipótese, alta do pré-natal. (Saúde, 2017, p. 7).

A gestação é um período de muitas mudanças, por isso a necessidade de se realizar as consultas durante esse período, as consultas devem ser realizadas tão logo se sinta grávida ou pelo menos nas 12 primeiras semanas de gestação, no máximo 6 á 7 consultas, 1 no primeiro trimestre, 2 no segundo trimestre e 3 no terceiro trimestre.

Para Fernades, (2015), durante a consulta faz-se uma entrevista a gestante onde se fará a identificação da mesma como nome, idade, estado civil, profissão, nome do pai da criança, idade do pai, ponto de referência, grupo sanguíneo do pai e factor RH e grupo sanguíneo da mãe; nesta mesma entrevista vai se saber os. Antecedentes pessoais: da mãe como hipertensão arterial, doença renal, diabetes méllitus, hepatite, má formação congênita, infecção urinária, infertilidade, doenças da tiróide. Antecedentes ginecológicos: como a menarca, ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade), uso de métodos contraceptivos (quais, por quanto tempo, e motivo do abandono). Problemas ginecológicos: corrimento, prurido, ferida e miomas.

> Antecedentes obstétricos: número de gestações, número de gestações etiópicas, número de abortamentos, número de partos. Dados do último parto: data do último parto, a criança nasceu morta, foram utilizados fórceps ou ventosas. Gestação actual: data da última menstruação, data provável do parto, investigar a data da última gestação, hábitos alimentares.

A primeira consulta pré-natal é muito importante, é nela onde vamos saber tudo sobre gestante como o nome, a idade, o estado civil, os antecedentes pessoais, antecedentes ginecológicos, os problemas ginecológicos e os dados do último parto (Ferreira, 2019).

- **Pós-natal**

No pós-natal a solicitação de exames e interpretação dos mesmos.

> Exame Físico Geral: determinação do peso e avaliação do estado nutricional da gestante; medida e estatura; determinação da frequência do pulso arterial; medida da temperatura axilar; medida da pressão arterial; inspecção da pele e das mucosas; palpação da tiróide; ausculta cardiopulmonar; exame do abdómen; exame dos membros inferiores; pesquisa de edema (face, tronco, membros); Específico: gineco-obstétrico; exame mama (orientado, também, para o aleitamento materno); medida da altura uterina; ausculta dos batimentos cardiofetais (após a 20ª semana); identificação da situação e apresentação fetal (3° trimestre); palpação dos gânglios inguinais; inspecção dos genitais externos; exame especular; a) inspecção das paredes vaginais; b) inspecção do conteúdo vaginal; c) inspecção do colo uterino; d) colecta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), conforme Manual de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama. ((S Echevarría, 2017, pp. 19-21).

Durante o periodo de gestação propriamente nas consultas são solicitados alguns exames para saber o estado do bebé e o desenvolvimento do mesmo, exames esses que podem ser ausculta cardiopulmonar; exame do abdome; exame dos membros inferiores (Martorano e Guilherme, 2010).

- **Gravidez na adolescência**

A palavra adolescência significa “crescer” ou “crescer em direção à maturidade”, a qual possui origem do substantivo latino. A adolescência é referente a um processo e não a um estado, pois se caracteriza pelas transformações psicológicas que acontecem em uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, segundo a psicologia do desenvolvimento (Fecury, 2012).

O indivíduo torna-se capaz de conduzir conceitos abstratos, de absorver e de desenvolver ideias, bem como ocorrem também as transformações fisiológicas e emocionais, a adolescência é uma fase de transformações e descobertas, a qual se intensifica a atividade sexual, que pode levar a consequências, como a gravidez precoce (Silveira e Sassi, 2016).

Segundo Quivy e Campenhoudt (2018, p. 88), diziam que:

> De acordo com os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, em 2018 em Angola, 21.154 bebês nasceram de mães com menos de 15 anos de idade. Ainda, o desenvolvimento físico das meninas durante a adolescência pode torná-las vítimas de abuso sexual dentro da família ou fora dela, resultando em gravidez precoce, indesejada e não protegida pelo poder público. Sem mencionar a proibição ou protelamento da autorização do aborto mesmo em casos de estupro. A falta de educação sexual no sistema de ensino público também acarreta sérios problemas relativos à sexualidade, conhecimento do corpo e noções de violência.

Além dos problemas acima mencionados, outros problemas de saúde que envolvem à gravidez na adolescência também podem trazer riscos à vida da adolescente e de seu(s) bebê(s), como a morte materna, endometriose1 , aumento de eclâmpsia2 , baixo peso do bebê ao nascer, nascimento prematuro, aborto inseguro ou espontâneo, condições neonatais inadequadas para atender a mãe e o bebê, entre outros (Garcia, 2016).

Muitas das adolescentes podem estar sujeitas a sofrer “partos prematuros, anemia, pré-eclâmpsia, desproporção feto pélvica, restrição do crescimento fetal, além de problemas consequentes de abortos provocados ou espontâneos e/ou pela falta de assistência adequada” (Júnior, 2018).

Em 2018, foi publicado um relatório pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), o qual apontou que a taxa mundial de gravidez adolescente é estimada em 46 nascimentos para cada 1 mil meninas de 15 a 19 anos, enquanto a taxa na América Latina e no Caribe é estimada em 65,5 nascimentos, superada apenas pela África Subsaariana. No Brasil, a taxa é de 68,4 (Hoofnagl, 2020).

É uma fase que possui a atividade sexual desse período relacionada a diversos problemas de cunho sanitário e social, como os indicadores de gravidez

precoce em nível mundial e a crescente incidência das infecções sexualmente transmissíveis (Heathcote, 2018).

No que diz respeito a problemática no período da adolescência, se observa a falta de um olhar mais amplo sobre seu estado ocasiona consequências que refletem nos âmbitos individual e social. O primeiro está relacionado as características psicológicas e o segundo está relacionado as características socioeconômicas, na medida que a gravidez na adolescência em jovens de classes populares, gera circunstâncias de propagação da pobreza econômica e social (Fecury, 2012).

Além disso, também podem surgir os problemas de ordem psicossocial, pois os panoramas biológicos referentes a complexidade da gestação para a adolescente e o(s) bebê(s) e as expectativas sociais diante da alteração no desenvolvimento pleno desta faixa etária podem ocasionar alterações no modo de viver da adolescente com a limitação ou prejuízo de atividades típicas, como a educação e o lazer (Fernades, 2015).

O fator socioeconômico pode influenciar no aumento da taxa de gravidez na adolescência, pois a pobreza, baixa escolaridade e a evasão escolar (são pressionadas a cuidar do infante ou expulsas da escola para servirem de exemplo) contribuem com a vulnerabilidade social (Farias, 2020).

a gravidez precoce também pode ocorrer em virtude da ausência de estrutura familiar, da falta de compreender o uso correto dos métodos contraceptivos e/ou do desconhecimento do próprio sistema reprodutivo, estudos indicam que boa parte da população de adolescentes grávidas se encontra em situação socioeconômica precária associada a falta de conjunturas adequadas de higiene, alimentação, saúde e habitação (Echevarría, 2017).

1.4.2. O acolhimento na assistência pré-natal de adolescentes grávidas no serviço público de saúde

Segundo Silveira e Sassi (2016, p. 69), o acolhimento pode ser caracterizado como ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma conduta de inclusão. Tal atitude ocasiona estar em relação com algo ou alguém e

possui como princípios norteadores de vínculos “o coletivo como plano de produção de vida, o cotidiano como plano de reprodução, de experimentação e invenção de modos de vida e a indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de se estar nos verbos da vida (trabalhar, estudar, etc.).

Desde que sejam assegurados em favor da gestante, o acolhimento adequado e especializado por uma equipe médica a contar do pré-natal e o acesso aos serviços de saúde podem contribuir para um ciclo gravídico-puerperal saudável, confortável e seguro (Hussain, 2016).

Para Werneck (2018), as adolescentes grávidas precisam receber um atendimento diferenciado em virtude das condições fisiológicas, psicológicas e sociais típicas de seu desenvolvimento, as quais não se encontram totalmente elaboradas na respectiva faixa etária. O atendimento diferenciado pode ser realizado de acordo com o manual “A Adolescente Grávida e os Serviços de Saúde no Município” a:

Estabelecer dias e/ou horários específicos para a atenção das adolescentes grávidas; manter agenda aberta para a adolescente, sem necessidade de marcar consulta; e o profissional tenha disponibilidade para ouvir a adolescente, tirar as suas dúvidas e prestar os esclarecimentos necessários, mesmo que necessite dispensar mais tempo na consulta (Garcia, 2016).

O papel dos profissionais de saúde e dos serviços de saúde (sendo estes primário, secundário e terciário) pode se tornar essencial referente ao acompanhamento do processo psicossocial, a fim de promover, proteger, prevenir e assistir apropriadamente a mãe, o pai e o infante (Fernades, 2015).

O acolhimento é uma forma de efetuar os processos de trabalho em saúde, de modo a ouvir os pedidos e assumir no serviço uma conduta capaz de acolher a todos que buscam o serviço de saúde. Acolher é aproximar, escutar, identificar os riscos e dar respostas adequadas aos pacientes conforme as leituras de cada caso. A partir de uma ação acolhedora, os(as) profissionais de saúde podem estar atentos e respeitando às diversidades cultural, racial e étnica das pacientes (Ferreira, 2013).

Durante o acompanhamento do pré-natal, o acolhimento pode gerar a sensibilidade e disponibilidade de escuta entre todos os envolvidos, em especial a

adolescente grávida, que poderão decidir, de maneira conjunta com os profissionais de saúde, os procedimentos obstétricos mais favoráveis para a mãe e o bebê, extinguindo a tomada de decisão exclusiva dos profissionais médicos oriundos de uma relação hierárquica da medicalização (Focaccia, 2019).

De modo que as adolescentes grávidas possam buscar os serviços de saúde, é preciso transformá-los em espaços confiáveis e reservados. Por isso, é essencial que seja um atendimento acolhedor e proporcione apoio para que não haja juízo de valor ou discriminação, com o intuito de assegurar serviços que ofertem privacidade e confidencialidade nas ações de saúde.

De acordo com as necessidades detectadas em cada paciente pelos profissionais de saúde as perspectivas e práticas no cuidado são constituídas. O foco na população adolescente se caracteriza como espaço fundamental nas esferas da formação acadêmica de profissionais de saúde e da assistência, em áreas de produções de cuidado, de modo a buscar transformações pautadas na construção do sujeito e de sua cidadania (Gonçales, 2013).

A partir do desenvolvimento de uma conduta acolhedora, os profissionais de saúde possibilitam que a adolescente grávida manifeste as suas necessidades conforme o seu próprio tempo. O acolhimento pode ser imprescindível para formação de vínculos de escuta e de diálogo entre a adolescente grávida e os profissionais de saúde (Hoofnagl, 2020).

Por isso, a primeira entrevista pode ser importante por coletar informações e identificar condições de risco de saúde, social e psicológico, como inexistência de um companheiro, pais separados, renda familiar baixa, problemas psiquiátricos, entre outros. Em razão de se encontrarem em estado de vulnerabilidade ocasionado pelos fatores de risco, estas gestantes adolescentes precisam receber maior atenção (Carmello, 2019).

O Ministério da Saúde recomenda que as consultas durante o pré-natal sejam iniciadas brevemente no primeiro trimestre e efetuadas no mínimo seis consultas preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro e último trimestre. Algumas circunstâncias que levam ao acompanhamento tardio e as consultas são realizadas a um número menor do que recomendado pelo

Ministério da Saúde no pré-natal, podem ser oriundas de reconhecer e aceitar a gravidez, o apoio e a relação com os familiares da adolescente e a dificuldade de agendar a primeira consulta no pré-natal (Cardoso, 2015).

Por isso, pode ser relevante as adolescentes grávidas estarem acompanhadas por seus familiares e pai do bebê para se sentirem estimuladas a frequentar a assistência pré-natal. Inclusive, pode também estimular a participação do pai na gestação e na formação de vínculo pai-filho para promover o desenvolvimento pleno e saudável da criança e incluir os familiares neste processo (Júnior, 2018).

Contudo, a sociedade vem passando por transformações a partir do desenvolvimento de um novo meio de se comunicar e constituir relações sociais. O acolhimento é uma tecnologia leve que permite dissolver a relação medicalizada caracterizada de forma distanciada, hierarquizada e automática entre profissional de saúde e paciente (Koerich, 2015).

1.4.3. Factores determinantes da gravidez na adolescência

"A gestação precoce é multifatorial e sua etiologia está relacionada a aspectos de ordem biológica, familiar, psicológica, social e estrutural como falta de estratégias adequadas para prevenção da gravidez nesta fase" (Chevaliez, 2014).

> A gestação na adolescência possui múltiplas causas: diminuição da idade da menarca, iniciação sexual cada vez mais precoce; falta ou inadequação das informações quanto à sexualidade e aos métodos contraceptivos; baixo acesso aos serviços de saúde; não utilização de métodos por receio que seus pais descubram que está tendo relações sexuais; busca de confirmação da fertilidade; pensamento mágico (isto nunca vai acontecer comigo); presença de um desejo, consciente ou inconsciente, de engravidar; ocorrência de gestação na adolescência em familiares e pessoas próximas como modelos sociais; história e presença de conflitos familiares; abuso de drogas; faltas regulares às aulas e reprovações escolares, expectativas e perspectivas educacionais e profissionais ausentes ou baixas; falta de uma comunicação aberta entre pais e filhos (Canavantes, 2015, p. 78).

Além dos fatores acima citados, a gravidez na adolescência apresenta fatores mais intensamente relacionados, menarca cada vez mais precoce; maior permissibilidade da vivência da sexualidade; precocidade da iniciação sexual; o desejo consciente e inconsciente de ficar grávida; vontade de contrariar os pais; dificuldades para práticas anticoncepcionais (Heathcote, 2018).

Também destacam os fatores de risco já citados como o início da atividade sexual precoce, uso de drogas líticas e ilícitas, falta de informações quanto a sexualidade e

métodos contraceptivos, evasão escolar ou baixo nível de escolaridade, precariedade socioeconômica, ausência de oportunidades de trabalho futuro, repetição de modelo familiar ou de amigas, falha na educação sexual, implicando em falta de conhecimentos sobre concepção e a escassez de serviços de planejamento familiar (Hoofnagl, 2020).

Os fatores relacionados aos desejos das adolescentes também podem ser prováveis motivos para o acontecimento da gravidez nesta faixa etária como colocado por Guanabes (Werneck, 2018).

- **Mídia**

"Um ponto muito relevante a ser considerado é que na mídia ocorre uma banalização do corpo, havendo um estímulo da sexualidade, passando a pessoa a ser vista como objeto" "transformando fatos que gerariam problemas na vida real em situações que se resolvem da melhor maneira possível na tela", como a gravidez na adolescência.

- **Família**

Casos anteriores de gravidez precoce na família da jovem são apontados como um fator predisponente segundo Vianna (2000) apud por Guimarães e Witter (2006) para que a história se repita, "valores familiares se confrontam com informações duvidosas, distorcidas e contraditórias dos meios de comunicação, dando aberturas para atitudes de desafio e autoafirmação dos jovens, algumas vezes resultando em gravidez indesejada" (Hoofnagl, 2020).

Além de os pais não oferecerem as devidas informações sobre o assunto, até por acreditarem ser essa uma tarefa da escola e/ou dos serviços de saúde, muitas vezes elementos culturais, como casos de gravidez em outras mulheres adolescentes da família, influenciam fortemente, o comportamento dos jovens, comprometendo o exercício saudável da sexualidade (Gonçales, 2013).

Famílias desestruturadas pelo desemprego, falta de condições sócio-econômico e cultural, falta de amor e diálogo, excesso de conflitos interpessoais e o uso de drogas lícitas e ilícitas (Hussain, 2016).

- Equipe de Saúde

A educação sexual deve ser provida antes da iniciação sexual da adolescente, devendo os envolvidos na tarefa estar convencidos de que a educação sexual não incentiva a prática sexual e sim, torna- a consciente" (Heathcote, 2018).

As falhas no fornecimento de informações e programas voltados aos adolescentes quanto à sexualidade, reprodução e métodos contraceptivos pelas equipes de saúde contribuem para que, este grupo busque informações com amigos, internet, etc., muitas das vezes apreendem e disseminam informações inadequadas, que juntos ao pensamento "mágico" característico da adolescência e da sua imaturidade possam condicionar riscos acrescidos, como a gravidez precoce (Tavares, 2011).

- **Violência sexual**

Reis e Ribeiro (2004) apud Schwanke e Pinto (2010), relatam que a violência sexual ou constrangimento, resultantes de estupro, contribuem para um número significativo de casos de gravidez na adolescência.

- **Uso de preservativo**

O não uso do preservativo, devido a disposição social para usá-lo naquele momento ou não tê-lo consigo, ou falta de acesso a ele nas unidades básicas de saúde, também é um fator fortemente associado à gravidez precoce. Além da gravidez não planejada, outro problema é a contaminação com as doenças sexualmente transmissíveis, em especial, a AIDS - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

- **Aspectos socioeconômicos**

Apesar de a gestação precoce estar presente em todas as classes sociais o que se observa em vários estudos, é o auto índice de gravidez na adolescência nas camadas sociais com menor poder aquisitivo, estando esta intimamente ligada à pobreza. A falta de um projeto de vida, de oportunidade para continuar os estudo e conseguir um bom emprego, para muitas meninas a maternidade é vista como um "passaporte", uma alternativa para a suas vidas (Campos, 2020).

1.4.4. Consequências da gravidez na adolescência

Segundo o Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente “as consequências terão maior ou menor gravidade de acordo com a idade, paridade, adesão ao pré-natal, ganho ponderal e fatores socioeconômicos e culturais”, existe diferença entre as meninas da classe social alta e baixo quanto ao quesito gravidez na adolescência. Para as adolescentes que possuem condições financeiras melhores, a gestação é um empecilho para seu futuro, enquanto que para as adolescentes mais pobres a adolescência é o único futuro.

A maternidade na adolescência tem um impacto negativo nas condições físicas, emocionais e econômicas das adolescentes, afetando completamente seu modo de vida, trazendo grandes repercussões no contexto social e de saúde pública

1.4.5. Consequências biológicas

Como consequências biológicas relacionadas à gravidez precoce, a mãe poderá apresentar anemia, principalmente se possuir baixa renda, fato ligado diretamente a má alimentação e maior incidência de verminoses, menor ganho de peso, hipertensão arterial, doenças sexualmente transmissíveis, maior risco de desenvolver doenças e morte durante o parto e puerpério, abortos e partos prematuros (Canavantes, 2015),

Má formação fetal, crescimento fetal alterado, desproporção feto-pélvico, hemorragia feto materna, problemas com a cavidade amniótica, recém- nascido com baixo peso, infecção puerperal, dentre outras, sendo que, as implicações obstétricas normalmente estão relacionadas à imaturidade física das futuras mães adolescentes (Echevarría, 2017).

“Dentre as principais causas de óbito por complicações da gravidez, parto e puerpério, destacam-se os estados hipertensivos, as infecções puerperais, as hemorragias e os abortos, principalmente nas adolescentes que não foram assistidas no pré-natal” (Camello e Lausam, 2019).

A morbimortalidade infantil ainda é elevada em países em desenvolvimento, principalmente entre os filhos de mães adolescentes. Devido ao baixo poder aquisitivo e acesso restrito aos recursos de saúde, as adolescentes grávidas não

recebem o apoio necessário para acompanhar a gestação nem orientação quanto aos cuidados básicos a fim de garantir o bem estar da criança. Assim, deixa-se de salientar, por exemplo, a importância da amamentação, e consequentemente, pode-se observar maior mortalidade infantil, principalmente por doenças gastrintestinais e respiratórias (Barreira & Grangeiro, 2021).

Ainda no que diz respeito à saúde do recém-nascido, a gestação na adolescência encontra-se associada à prematuridade, baixo peso ao nascer, morte perinatal, epilepsia, deficiência mental, transtornos do desenvolvimento, déficit de aprendizagem, cegueira, surdez, aborto natural, morte na infância (Brazil, 2013).

Além de uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de doenças. Os riscos da gestação na adolescência ainda estão associados à baixa adesão ao atendimento pré-natal demonstrado pelas adolescentes. Cabe ressaltar que o acompanhamento pré-natal tem efeito protetor sobre a saúde da gestante e do recém-nascido, uma vez que contribui para uma menor incidência de mortalidade materna, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal" (Camara, 2017).

1.4.6. Consequências sociais e psicológicas

A gravidez na adolescência além das consequências biológicas para a mãe e para o bebê, traz consequências sociais e psicológicas como relatado por vários autores, "aborda algumas consequências psicossociais da gravidez na adolescência. São elas: limitação de oportunidades vocacionais, estudo interrompido, persistência na pobreza, separação dos pais do bebê e repetição da gravidez" (Campos, 2020).

O Protocolo de Saúde do Adolescente abrange algumas consequências sociais e psicológicas a mais, que podem ser encontradas em decorrência de gestações não planejadas: ocorrência de abortos provocados, dependência financeira dos adultos, abandono ou interrupção dos estudos, dificuldade de retorno à escola, profissionalização deficiente e dificuldade de inserção no mercado de trabalho com manutenção do ciclo de pobreza, falta de apoio e/ou isolamento social e familiar, maior risco de separação conjugal, ausência do pai durante a gestação e a vida da criança, sentimento de insegurança, maior risco de depressão e suicídio e maior risco de exploração sexual (Camargo, 2013).

Muitas adolescentes ao engravidarem abandonam a escola, muitas vezes por vergonha dos colegas ou dos professores e outras vezes porque sofrem com as acusações dos pais dos alunos, dizendo que as mesmas são um mau exemplo para seus filhos, assim a escola deixa de funcionar como fator protetor numa segunda gravidez, que muitas vezes acontecem dois a três anos após a primeira gravidez (Canavantes, 2015).

A evasão escolar ou o rendimento escolar diminuído daquelas adolescentes que não pararam de estudar podem ser as consequências mais preocupantes citadas por todos os autores, pois a falta de formação profissional conduz a falta de emprego ou a empregos informais, perpetuando o ciclo de pobreza que é tido como uma das principais causas que leva as adolescentes a engravidarem, além de permanecerem dependentes financeiramente dos pais, muitas vezes sofrendo abuso familiar tanto à mãe quanto à criança (Ferreira, 2013).

“A percepção mais difundida é a de que as jovens interrompem sua trajetória profissional e escolar para se dedicarem a um filho, sendo a gravidez, nessa época, considerada um retrocesso, tanto na vida dessas mães quanto do ponto de vista social” (Focaccia, 2019).

Além disso, tem-se observado que muitas adolescentes grávidas optam por isolar-se do convívio da sociedade e do seu ciclo de amizades, podendo agravar condições de vida, quando leva ao aumento do número de gravidez, de abortamento, do consumo de cigarros e drogas ilícitas (Fecury, 2012).

A gravidez na adolescência, desejada ou não, provoca muitos empecilhos no ambiente pessoal, familiar e social, interrompendo por vezes o processo de desenvolvimento da adolescência, fazendo com que as responsabilidades e os papéis da vida adulta sejam desempenhados antes do tempo (Quivy e Campenhoudt, 2018).

Psicologicamente a gravidez é vivida como um período de muitas perdas como da confiança da família, expectativas para o futuro devido o abandono da escola, abandono do namorado por não aceitar a gestação e ao mesmo tempo a gravidez é vivida como um período de ganho de responsabilidade que a adolescente ainda não está preparada para assumir, muitas vezes gerando problemas

psicológicos como a baixa autoestima, vivência de alto nível de estresse, sintomas depressivos nos casos em que a gravidez foi indesejada (Koerich, 2015).

1.5.1. A importância da atenção primária: os riscos de uma gravidez sem acompanhamento

O acompanhamento médico nem sempre foi uma realidade para as mulheres, quando uma mulher estava grávida ela buscava que o momento do parto fosse conduzido por uma parteira que uma mulher com conhecimentos de ordem prática e desempenhava essa função ao longo da vida, mas com o processo de mudanças foram afastadas da função do parto, logo os partos foram transferidos para a comunidade médica, onde se criou, dentro da área cirúrgica, o que hoje se chama de obstetrícia (Garcia, 2016).

Quando se trata de uma violência obstétrica, entende-se como uma violação aos direitos humanos da mulher por meio de intervenções dolorosas, humilhantes, que podem ocasionar danos à integridade física e psicológica das parturientes, realizada pelos profissionais da saúde. Esse cenário de procedimentos e condutas clínicas existem durante a gestação, parto e puerpério, revelando assim uma afronta aos direitos fundamentais da mulher por afetar sua dignidade humana e liberdade (Heathcote, 2018).

De acordo Werneck (2018, p. 89):

> Existem grandes benefícios de haver consultas de pré-natal realizadas por enfermeiros, que, pelo fato de atenderem as gestantes de pré-natal de baixo risco, podem deixar as vagas de consultas médicas para gestantes de médio e alto risco. A atenção materno-infantil tem sido um assunto muito abordado na área da saúde pública, é considerada uma área prioritária, pois é abordada desde os programas de saúde da mulher, pré-natal, parto e puerpério e continua com o desenvolvimento da criança. Assim os riscos para a mãe e o bebe são afastados.

No atendimento dos enfermeiros às gestantes, um fator muito evidenciado é a escuta e acolhimento, onde a mulher tem a oportunidade de aprender sobre si própria e sobre seu bebê. Nas consultas de enfermagem, o enfermeiro não necessita apenas de sua competência técnica, mas também necessita a escuta qualificada, ouvindo suas queixas, preocupações e angústias, criando, assim, uma relação mais próxima com a gestante, sua família e comunidade, além de exercer fundamental papel educativo (Fecury, 2012).

O primeiro impacto que a consulta de enfermagem causa nos pacientes pode ser de insegurança e desconfiança, no entanto, à medida que as gestantes recebem atendimento do enfermeiro no pré-natal, elas passam a confiar e ter segurança na capacidade do profissional, além de ser vista de forma diferente, mais humanizada, por causa do vínculo criado entre o enfermeiro e a gestante e do diálogo que existe nas consultas, sendo fundamental no processo de cuidar dessas mulheres, entender seus anseios e dúvidas (Ferreira, 2019).

Sendo assim, também busca dar informações acerca da experiência da maternidade, as mudanças que ocorrem no corpo da mulher, a necessidade de se adotar práticas de manutenção da saúde e adoção de hábitos de vida saudável, dessa forma, diminuindo situações de estresse, que podem diminuir a qualidade de vida e até mesmo, levar a complicações no momento do parto (Koerich, 2015).

1.5.2. A importância do parto humanizado

Ao longo da história, o direito da mulher no parto, foi um dos momentos mais esperados e celebrados em todo o mundo por simbolizar o início de uma nova vida humana. O ato de parir significa trazer ao mundo um ser que foi gerado e nutrido ao ventre de uma mulher por nove meses. Os registros mais antigos de parto A.C retratam a figura da parturiente sem apoio e instrumentos específicos para o auxílio deste evento, onde estas se afastavam para dar a luz em um processo típico de comunidade antiga, se guiavam por instintos e crenças (Gonçales, 2013).

O parto humanizado, é uma expressão usada para dizer que a mulher tem o controle sobre, como e em qual posição deseja e sente-se mais confortável para o nascimento do seu bebê. São escolhas como, por exemplo, que o parto seja na cama, na piscina, sentada ou em pé, como todos ou outros detalhes da evolução de parto. Sendo assim, humanizar é acreditar no parto como um processo natural que na maioria das vezes não depende de intervenções, promovendo um ambiente acolhedor e de protagonismo da mulher, garantindo a presença de um acompanhante e o acesso à informação para que a gestante tenha o conhecimento de todos os procedimentos e a partir disso, autorize-os ou não (Echevarría, 2017).

> Levando em conta as especificidades da mulher adolescente, existem estudos voltados para atenção ao parto nessa faixa etária, em sua maioria, estão direcionados aos problemas biopsicossociais que podem advir da maternidade precoce, e aos riscos obstétricos e neonatais do ciclo gravídico-puerperal. A respeito das particularidades fisiológicas e emocionais que

> acompanham o período da adolescência e influenciam o transcurso da gravidez e do parto nessa faixa etária, a assistência ao parto de adolescentes, na perspectiva da humanização, é pouco abordado nos estudos. Essa lacuna de conhecimento precisa ser transposta em virtude do cenário atual que se apresentam os serviços de atenção à saúde, os quais recebem um grande número de adolescentes grávidas, logo entende-se que a adolescentes grávidas necessitam de uma atenção e assistência maior por parte do sistema de saúde e dos pais (Dustin, 2013, p. 89).

CAPÍTULO II – METODOLOGIA DA PESQUISA

2.1. Tipos de pesquisa

Trata – se de uma pesquisa de investigação descritiva;

O uso desta pesquisa ajudou a descrever as caracteristicas e os fenómenos sobre: Avaliação dos protocolos de atendimento para adolescentes grávidas.

2.2. Modelo de abordagem

Referindo se da abordagem em estudo trata-se da abordagem quantitativa onde o estudo exige um nível maior de profundidade. Centra–se na análise de dados ,ordenação e classificação de um objecto de estudo ou de situação para indicar as suas característica e propriedade de maneira geral particular.

2.3. Níveis de estruturação de métodos

Usa- se os seguintes métodos para chegar ao deferimento que a pesquisa exige:

a) Método indutivo

Optou-se neste método para ajudar na consulta dos autores que falam da tematica numa forma geral. Ela também consiste em observar, entrevistar e perceber melhor os factos ou fenómenos cujas causas se desejam conhecer. O argumento passa do particular para o geral.

b) Método dedutivo

Para o presente estudo este método auxiliou na confirmação ou disconfirmação da hipótese que foram levantadas no início da nossa pesquisa. Essas hipóteses levantadas serviu-nos de guia prática para achar a solução do problema da pesquisa.

c) Método estatístico

O papel do método estatístico é, antes de tudo, fornece uma descrição quantitativa da sociedade, considerada como um todo organizado. Porém, a estatística pode ser considerada mais do que apenas um meio de descrição racional; é, também, um método de experimentação e prova, pois é método de análise.

2.4. Técnicas de recolhas de dados

Para a recolha de dados foi elaborado uma grelha quadriculada, na qual colocamos algumas questões que ajudou-nos a recolher os dados por questionário dirigida aos Enfermeiros do hospital municipal de cacuaco.

2.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

Usou-se como instrumento de pesquisa o inquérito por questionário.

Quanto ao procedimento de análise de dados, optou-se ao suporte informático (computador), portanto pelo aplicativo, Excel, Word que nos permitiu fazer a tabulação de dados recorrendo a técnica de tabelas.

- População e amostra

A população do estudo está constituída por grupo de 50 profissionais de enfermagem do hospital municipal de Cacuaco no IIº Trimestre de, sendo

selecionada uma amostra de 30 tendo em conta os critérios de exclusão dos 20 que não quiseram dar entrevista.

2.7. Dificuldades encontradas

Ao longo da pesquisa tive dificuldade como: Na recolha de conteúdos nas referências bibliográficas, dificuldade de acesso à informação no campo de estudo, meios financeiros e matérias informático.

CAPÍTULO III- DISCUSSÃO E RESULTADOS

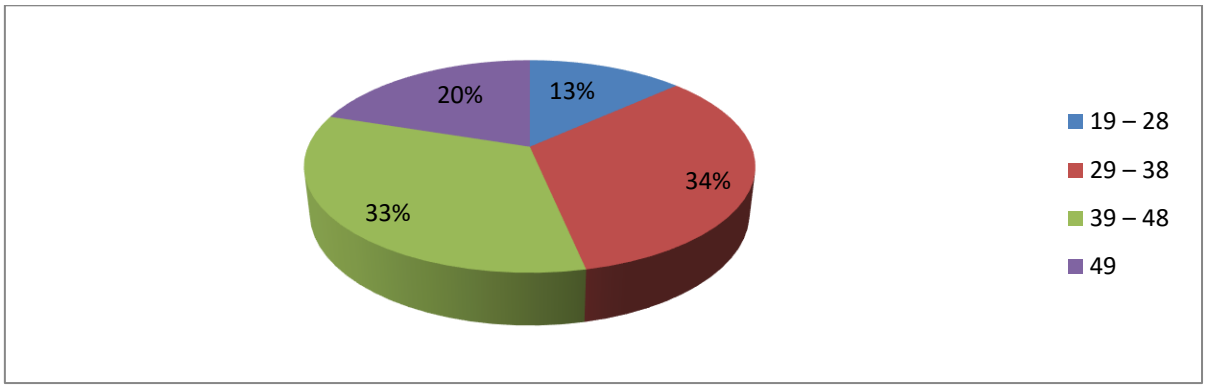
3.1. Apresentação e Interpretação dos resultados.

O Hospital Municipal de Cacuaco está situado na província de Luanda, Município de Cacuaco, Esta unidade hospitalar recebe por dia mais de 100 pacientes.

Tabela 1- Idade dos Profissionais

Idade	**FA**	**FR**
19 – 28 anos	4	13,3%
29 – 38 anos	10	33,3%
39 – 48 anos	10	33,3%
≥ 49 anos	6	20%
Total		100%

Gráfico 1 - Idade dos Profissionais de Saúde



Os dados da tabela acima sobre a idade dos Profissionais de Saúde podemos observar que 4 dos inquiridos na ordem dos 13,3% estão entre 19 à 28 anos de idade, 10 dos inquiridos na ordem dos 33,3% correspondem as idade que vai de 29 à 38 anos de idade, os 10 inquiridos na ordem dos 33,3% correspondem a idade que vai dos 39 à 48 anos de idade e por fim, 6 dos inquiridos na ordem dos 20% correspondem a idade de 49 anos pra cima.

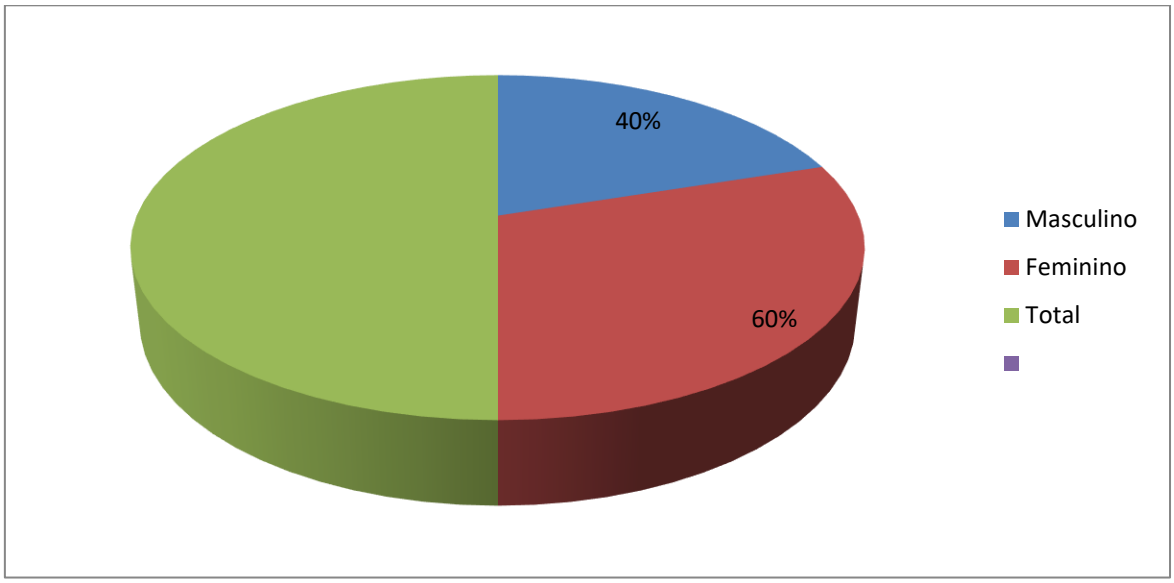
Para o estudo feito por Koerich (2015), 13,3% do grupo faixa etário dos19-28 anos e 29-38 anos, disse que a enfermagem é desafiada a oferecer uma assistência ao pré-natal.

Tabela 2 - Gênero dos Profissionais de Saúde

Gênero	**FA**	**FR**
Masculino	12	40%
Feminino	18	60%
Total		100%

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 2 - Gênero dos Profissionais de Saúde



Os dados da tabela acima relativamente ao gênero dos Profissionais de Saúde indica que, dos 30 profissionais inquiridos, 18 são do sexo feminino que correspondem a 60% e 12 são do sexo Masculino que correspondem a 40%.

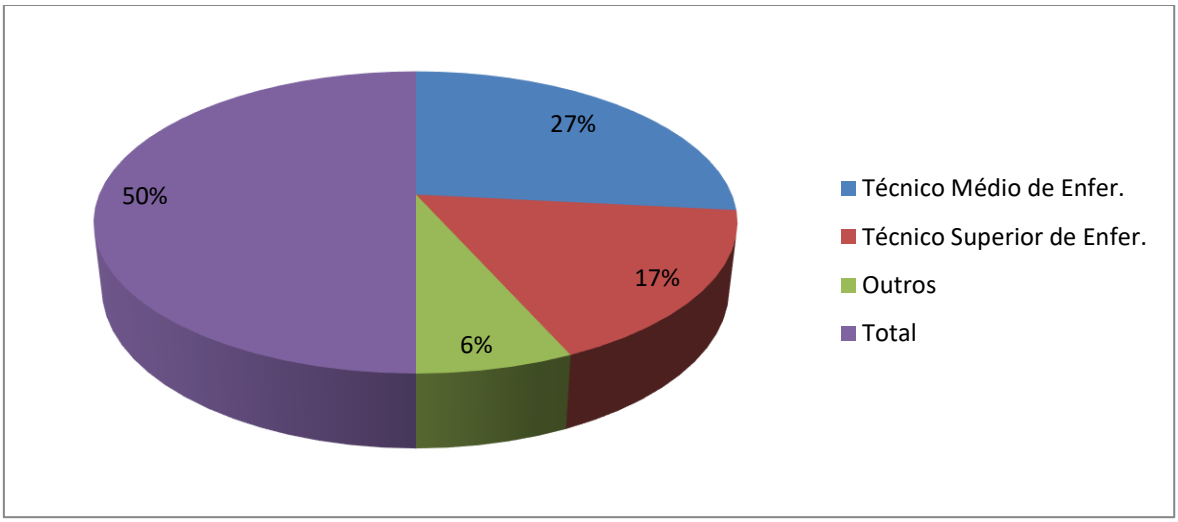
Portanto em comparação com a pesquisa feito por Echevarría (2017), que fala sobre o gênero onde amaior parte foi do sexo Feminino correspondendo um total de 60%.

Tabela 3 – Nível Acadêmico dos Profissionais de Saúde

Nível Acadêmico	**FA**	**FR**
Técnico Médio de Enfer.	16	53,3%
Técnico Superior de Enfer.	10	33,3%
Outros	4	13,3%
Total		100%

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 3 - Nível Acadêmico dos Profissionais de Saúde



Os dados da tabela acima relativamente ao Nível Acadêmico dos Profissionais de Saúde indica que, 16 inquiridos que correspondem a 53,3% são Técnicos Médios, 10 inquiridos que corresponde 33,3% são Técnico Superior e 4 inquiridos na ordem dos 13,3% apresentam outros níveis.

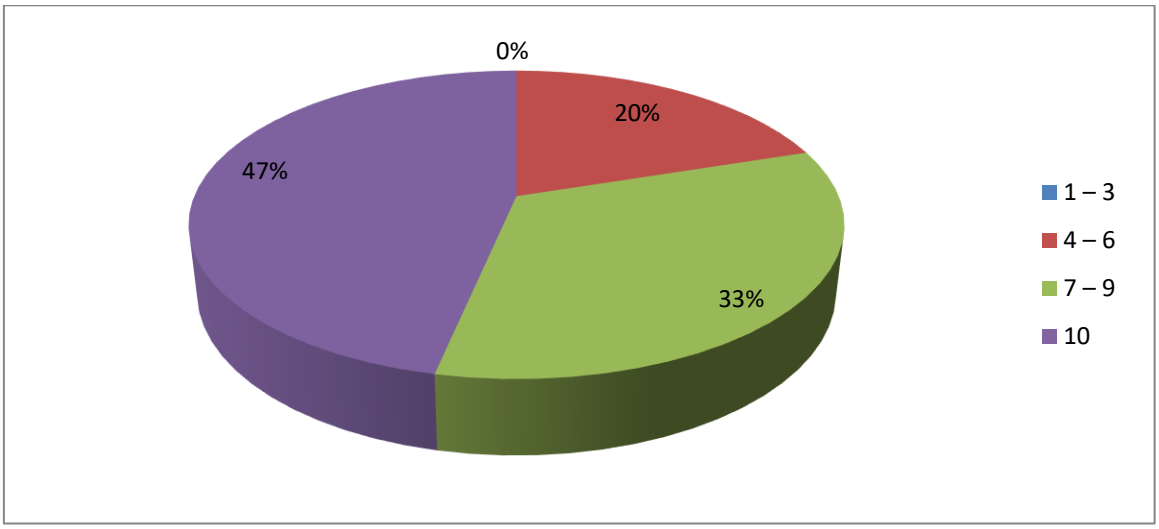
No mundo profissional muitos factores afetam diretamente os trabalhadores. Entre eles o nível académico. Comparando a pesquisa feito por Campos (2020), isto mostra que a maior predominância é dos técnico Médio de Enfer.

Tabela 4 - Tempo de Serviços dos Profissionais de Enfermagem

Tempo de Serviço	**FA**	**FR**
4 – 6 anos	6	20%
7 – 9 anos	10	33,3%
≥ 10 anos	14	46,7%
Total		100%

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 4 - Tempo de Serviços dos Profissionais de Saúde



Os dados da tabela acima relativamente ao Tempo de Serviço dos Profissionais de Saúde indica que, 6 inquiridos que correspondem a 20% têm de 4 à 6 anos de Serviço, 10 inquiridos que corresponde 33,3% têm 7 à 9 anos de Serviço e 14 inquiridos na ordem dos 46,7% estão entre 10 ou mais anos de serviço..

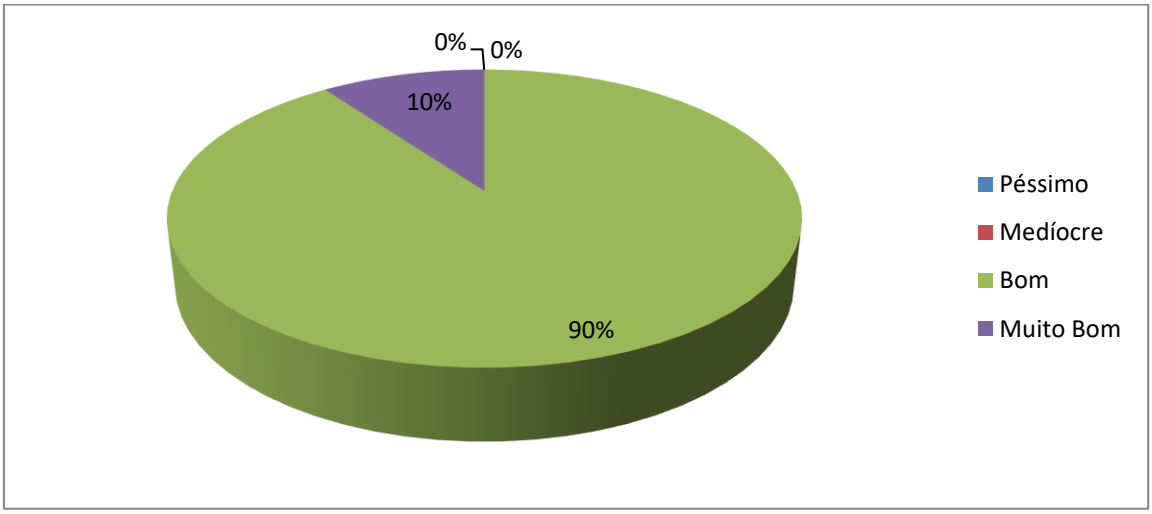
Segundo Canavantes (2015), comparando essa pesquisa com do mesmo autor isto mostra que de 7-9 anos são 10 correspondendo os 33,3%.

Tabela 5 - Avaliação dos Protocolos de atendimento para adolescentes grávidas do H.M.C

Avaliação	**FA**	**FR**
Bom	18	60%
Muito Bom	2	6,7%
Excelente	10	33,3%
Total		100%

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 5 - Avaliação dos Protocolos de atendimento para adolescentes grávidas do H.M.C



Os dados da tabela acima referente a Avaliação dos Protocolos de atendimento para adolescentes grávidas do H.M.C indica que, nenhum dos inquiridos deu uma avaliação Péssima ou Medíocre, 18 inquiridos que correspondem a 60% deram uma avaliação Boa, 2 inquiridos que corresponde 6,7% deram uma avaliação Muito Boa e 10 inquiridos na ordem dos 33,3% apresentaram uma avaliação Excelente.

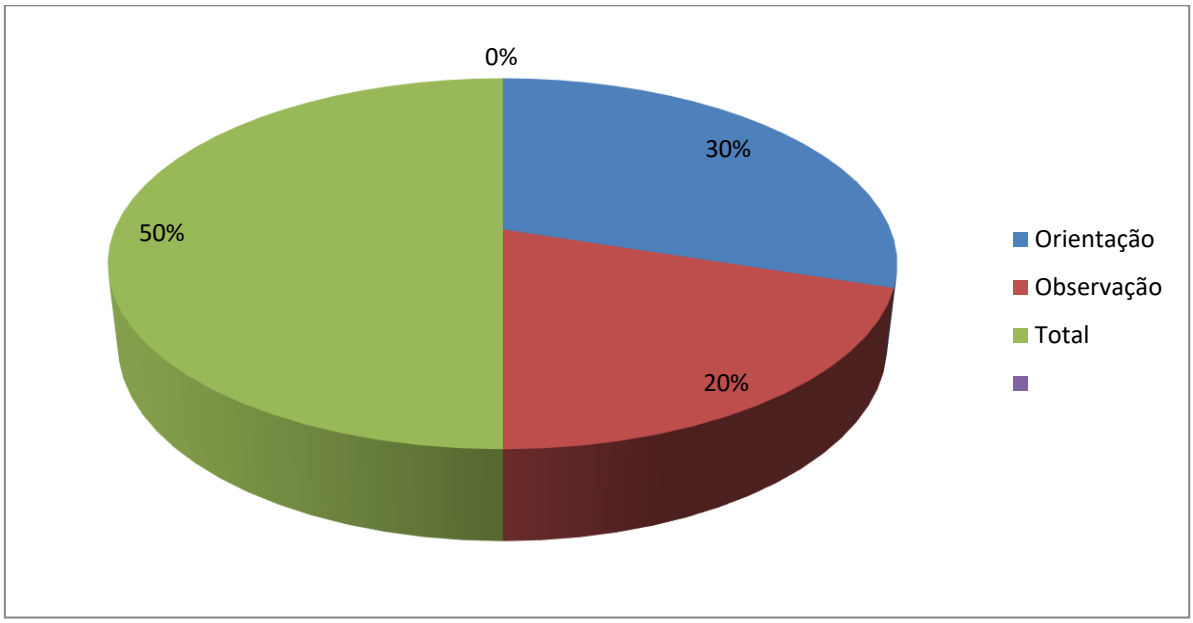
Nas avaliações que foram feitas aos profissionais de saúde sobre os protocolos de atendimento para adolescentes grávidas o resultado inquadra-se com a pesquisa feito por Ferreira (2019), que na qual obteve um resultado bom perfazendo um total de 60%.

Tabela 6 - Principais Protocolos de atendimento das Gestantes

Principais protocolos	**FA**	**FR**
Orientação	18	60%
Observação	12	40%
Total		100%

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 6 - Protocolos de atendimento das Gestantes



Os dados da tabela acima referente aos Principais Protocolos de atendimento das Gestantes indica que, 18 inquiridos que correspondem a 60% apresentaram Orientações e 12 inquiridos que corresponde 40% Fizeram algumas Observações..

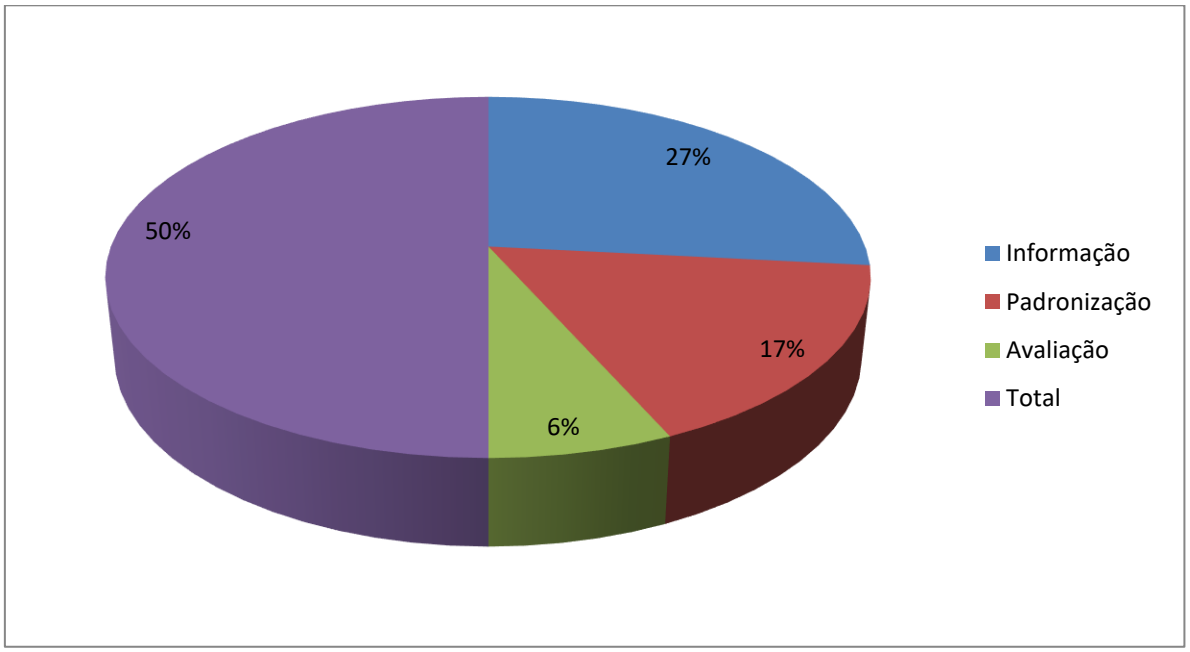
Na descrição dos resultados obtido na pesquisa de Campos (2020), sobre Principais Protocolos de atendimento das Gestantes esses resultados é igual a pesquisa onde obteve-se 18 profissionais perfazendo um total de 60%.

Tabela 7 - Principais Deficiências verificadas Protocolo de atendimentos

Principais deficiências	**FA**	**FR**
Informação	16	53,3%
Padronização	10	33,3%
Avaliação	4	13,3%
Total		100%

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 7 - Principais Deficiências verificadas Protocolo de atendimento



Os dados da tabela acima sobre as principais Deficiências verificadas no Protocolo de Atendimento, podemos observar que, 16 dos inquiridos na ordem dos 53,3% correspondem a Informação, 10 dos inquiridos na ordem dos 33,3% correspondem a Padronização e 4 dos inquiridos na ordem dos 13,3% correspondem a avaliação.

Comparando essa pesquisa com a pesquisa feito por Koerich (2015), os resultados mostram que 16 profissionais responderam informação perfazendo um total de 53,3%.

3.2. Discussão dos resultados

Concordamos com o autor (Rocha,2019) ao dizer que o protocolo de atendimento humanizado na consulta pré-Natal consiste em dispor empatia com as gestantes, dando -a oportunidade de expor sentimentos, compartilhar angústia e dúvidas que permeiam a gestação compreender seus anseios oferecendo-lhe atenção integral . Além disso, tal assistência é fundamental na redução dos riscos de

exercer papel na prevenção ou detecção precoce de patologia que possam comprometer a saúde da gestante e do feto.

Concordamos também com os autores (Santos, Araújo, 2016) ao dizerem que o atendimento humanizado na consulta pré-Natal e nascimento,o qual tem por finalidade a redução da morbimortalidade materno infantil.

CONCLUSÕES

Em função a pesquisa realizada chegamos as seguintes conclusões:

- Identificou-se os principais protocolos de atendimento para as gestantes: Ao longo da pesquisa identificou-se os principais protocolos de atendimento para as gestantes que na qual temos: A orientação e a observação.

- Verificou-se as principais deficiências que os atuais protocolos de atendimento apresentam dificultando deste modo o processo de humanização em adolescentes grávidas no hospital municipal de Cacuaco. Durante a pesquisa de campo verificou-se a informação, padronização e avaliação.

- Se pretendemos reduzir a morbimortalidade infantil, a melhor forma é a implementação de um protocolo de atendimento mais humanizado, pois este oferece abertura à gestante de expor sentimentos, compartilhar angustias e compreender seus anseios proporcionando-a deste modo um equilíbrio emocional.

A consulta inicial gera grandes expectativas para a adolescente grávida, que vem carregada de dúvidas, culpa, vergonha, temores em relação à sua capacidade reprodutiva e desconfiada de como será atendida pelo profissional. Cabe ao pré-natalista desfazer essa impressão transmitindo uma mensagem de que ele faz parte de uma equipe de saúde preparada para ajudá-la.

Neste proposito os objectivos traçados foram alcançados, e as hipóteses confirmado.

SUGESTÕES

Relativamente às conclusões, fruto dos resultados apresentados e interpretados na presente pesquisa sugerimos o seguinte:

A Direção do HMC.

- Criação de novos modelos de protocolo de atendimento a estás adolescentes.

Ao Instituto Superior de Angola.

- Que a direcção da instituição continue promovendo, incentivando e apoiando os estudantes durante a realização do trabalho de fim-de-curso para que haja mais profissionais qualificados tanto na Instituição como na sociedade em geral.
- Que o Instituto superior de Angola ajude na divulgação deste trabalho, a fim de promover mais discussões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÀFICAS

Barreira & Grangeiro (2021). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo.

Brazil (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde.

Camara (2017). *Gravidez precoce e saude da mulher*.4ª Edição. Rio de Janeiro.

Camargo (2013). Escavação vesico uterino e o posterior entre o útero e o recto. 2ª Edição. São Paulo.

Camello, S. Lausam (2019). *Professional profile of nurses working in intensive care.* 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale.

Campos, K. R. et al (2020*).* Órgãos genitais internos. 4ª Edição. Rio de Janeiro. Editora Attla.

Canavantes (2015). Concetualiza*ção de termo paciente Na realidade da organização.* 2ª edição. Portugal: Editora Florianópolis.

Cardoso, M (2015*). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas nas gestantes .* 2ª ed. Curitiba: Juruá.Brasília.

Carmello (2019). As tubas uterinas. 3ª Ed. São Paulo: Saraiva.

Chevaliez, M (2014). *Período gestacional.* 5ª. Ed. São Paulo: Atlas.

Dustin, M (2013). Acolhimento na assistência pré-natal*. Guias Práticas da Organização Mundial de Gastroenterologia.* 4ªed. São Paulo: Atlas.

Echevarría, J (2017). Estudo epidemiológico, clínico e molecular do vírus da hepatite B. 4ª.ed. São Paulo: Atlas*.*

Farias, et al. (2020). *Genótipos moleculares e status sorológico HBeAg em pacientes infectados pelo VHB.* 2ª ed. Curitiba: Juruá.

Fecury. A (2012). *Tubas uterinas são órgãos do sistema reprodutor feminino* 1ª.ed. Sao paulo. Cortez.

Fernades. et al (2015). *Análise de fatores associados à gravidez precoce.*4ª ed. São Carlos. Scielo.

Ferreira, R. C. (2013). *Soroprevalência da infecção em gestantes entre uma comunidade.* 7ª.ed. São Paulo: Atlas*.*

Ferreira (2019). *O óstio abdominal da tuba permite a comunicação da cavidade peritoneal com o meio exterior*. *e 5ª. Ed. Rio de Janeiro : Guanabara koogan*.

Focaccia, R (2019). *Incrementos da massa corporal materna e do útero gravítico*. 4ª.

Ed. São Paulo: Editora Atheneu.

Gonçales, N. S (2013). Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral. Cogitare Enfermagem. 4ª ed. Curitiba. Florianópolis.

Heathcote (2018). *Virologia Molecular, Quadro Clínico, Diagnóstico, Transmissão e Prevençao.* 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu.

Hoofnagl (2020). *Epidemiologia e vacinação das mulheres gravidas.* 5ª. Ed. Rio de Janeiro: Renovar.

Hussain, B. K (2016*). Fisiológica no período gestacional. 5ª. Ed. São Paulo: Atlas.*

Júnior. K (2018). *Vunerabilidade a bebidas alcoolica e outras substancias . 3ª . ed.São Paulo: Atlas.*

Koerich, P. C (2015*). Clinical Practice Guidelines on the management virus infection. Journal of Hepatology*. 3 ed. Porto Alegre: Sagra.

Dicionário online (2021). www.wikpedia.co.ao.com.

Garcia (2016). Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros.

Ministério da saúde (2013). Manual de enfermagem.

Organização mundial da saúde (2018). Material publicado na internet.

Quivy e Campenhoudt (2018). Percepção da equipe de enfermagem sobre a implantação do setor de acolhimento com classificação de risco às gestantes.

Silveira e Sassi (2016). Importância do Vínculo entre profissional usuário na estratégia de saúde da família.

Tavares (2011). Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na atenção básica. Saúde debate, Rio de Janeiro.

Werneck (2018). Gravidez na adolescência e transição para a vida adulta em jovens.

Wikipédia (2023). Enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2021. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/w/index.php

ÍNDICE

DEDICATÓRIA.....I

AGRADECIMENTO II

EPÍGRAFE.....III

RESUMO IV

ABSTRACT V

ÍNDICE DE TABELAS VI

ÍNDECE DE GRÁFICO VII

INTRODUÇÃO.....1

Hipóteses 2

Objectivos.....2

Objectivo Geral.....2

Objectivos Específicos 3

Delimitação e limitação 3

Justificativa.....3

CAPÍTULO I - FUNDAMENTACÃO TEORICA.....5

1.1. Definição de termos e conceitos 5

1.2. Operacionalização do atendimento à adolescente grávida 6

1.3. Entrevista Inicial Individual 6

1.4. Roteiro da Consulta Médica 7

1.5. O que pode fazer o serviço de saúde.....7

1.2.1. Vagina 11

1.2.2. Útero.....12

1.2.3 Tubas uterinas.....12

1.2.4 Ovários.....14

1.2.5. Assoslho pelvico.....15
1.2.6. Gestação.....16
1.3.1. Alteração fisiológica no período gestacional.....17
1.3.2. Alteração cardiorrespiratória.....18
1.3.3. Alteração gastrointestinal.....19
1.3.4. Alteração urinária.....20
1.3.5. Alteração músculo-esquelético.....21
1.3.6. Alteração circulatória.....22
1.4.1. Etapas da gestação.....23
1.4.2. O acolhimento na assistência pré-natal de adolescentes grávidas no serviço público de saúde.....27
1.4.3. Factores determinantes da gravidez na adolescência.....30
1.4.4. Consequências da gravidez na adolescência.....33
1.4.5. Consequências biológicas.....33
1.4.6. Consequências sociais e psicológicas.....34
1.5.1. A importância da atenção primária: os riscos de uma gravidez sem acompanhamento.....36
1.5.2. A importância do parto humanizado.....37
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DA PESQUISA.....38
2.1. Tipos de pesquisa.....38
2.2. Modelo de abordagem.....38
2.3. Níveis de estruturação de métodos.....38
2.4. Técnicas de recolhas de dados.....39
2.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados.....39
2.7. Dificuldades encontradas.....40
CAPÍTULO III- DISCUSSÃO E RESULTADOS.....40
3.1. Apresentação e Interpretação dos resultados.....40
3.2. Discussão dos resultados.....47

CONCLUSÕES 49

SUGESTÕES 50

APÊNDICE

ANEXOS

TRABALHO DE CONCLUSÃO DO FIM DO CURSO SUPERIOR DE ENFERMAGEM GERAL

Titulo: Avaliação dos Protocolo de Atendimento para Adolescentes Grávidas no Hospital Municipal de Cacuaco no II Trimestre de 2023

INQUÉRITO

O presente Inquérito e anônimo e confidencial, visa recolher informações sobre Avaliação dos Protocolo de Atendimento para Adolescentes Grávidas no Hospital Municipalde Cacuaco no II Trimestre de 2023.

Agradecemos que marque apenas com um **(X)** no espaço em branco as respostas queacharem correctas.

QUESTIONÁRIO

1) Tempo de Serviço

a) 1-3 anos _
b) 4-6 aos ___
c) 7-9 anos__
d) < 10 anos_. 3**.**

2) Nível Académico

a) Técnico médio de Enfermagem _____
b) Técnico Superior de Enfermagem _____
c) Outros _

FICHA DE INQUÉRITO

Género M ( ) F ( )

a) Idade de 19-28 anos _____
b) De 29-38 anos _____
c) De 39-48 anos _____
d) < 49 anos _____

3) Como avalia os protocolos de atendimentos para adolescentes grávidas H.M.C?

a) Péssimo ( ) **c)** Bom ( ) **e)** Excelente ( )
b) Medíocre ( ) **d)** Muito Bom ( )

4) Quais são as deficiências que os protocolos de atendimento do H.M.C apresentam?

a) Informação ( )
b) Padronização ( )
c) Avaliação ( )

5) Quais são os principais protocolos de atendimento para as gestantes?

d) Orientação ( )
e) Observação()

REPÚBLICA DE ANGOLA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

FICHA CLÍNICA DO PARTO

Unidade Sanitária: _____ Processo Nº: _____

Identificação GRUPO SANGUÍNEO: ☐☐

*Nome: _____ *Idade: _____ Raça: _____

Filiação: _____ e: _____

Naturalidade: _____ Residência: _____ Município: _____

Nome do Marido: _____ Local de trabalho: _____

*DATA DA ENTRADA: ☐☐☐ *HORA: Assin: _____

Antecedentes Obstétricos

Se fez cons. Pré-Natal-Centro/Posto _____ Nº de consultas ☐ 1 ☐ 2 ou mais

Não fez ☐ Nº de consultas desconhecido ☐

ARO: Não ☐ Sim ☐ Se for "Sim", A causa: _____

*Gravidez	*Partos	Nados M	Filhos V	Filhos M	*Abortos	Cesarianas	Forceps	Ventosas
G ☐	P ☐	☐	☐	☐	A ☐	☐	☐	☐

Data do último parto: ☐☐☐ Antecedentes de hemorragia: Não ☐ Sim ☐

Data da última Menstruação: ☐☐☐ D.P.P.: ☐☐☐

*Idade de Gestação: ☐ Semanas ou ☐ Meses;

Complicação da Gravidez actual: Não ☐ Sim ☐ Qual? _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

Exame Físico Geral

Estado Geral: Bom ☐ Razoável ☐ Mau ☐ T.A.: ☐☐ Pulso: ☐ por min.

Temperatura: ☐ ºC Mucosas Coradas ☐ Descoradas

Edemas: Não ☐ Sim ☐ _____ (Cruzes) _____

Exame Obstétrico

PALPAÇÃO

Dinâmica Uterina Nº ☐ 10 min.

Qualidade das Contrações: Fraca ☐ Moderada ☐ Forte ☐

Tonus Uterino: Hipertónico ☐ Normal ☐

Polo: Móvel ☐ Encaixado ☐

Plano: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

ALTURA UTERINA: ☐ cm; * F.C.F.: ☐ mim.

APRESENTAÇÃO: Cefálica ☐ Pélvica ☐ Transversa ☐ Outra _____

DIAGNÓSTICO (preliminar)

TOQUE

COLO: Grosso ☐ Médio ☐ Fino ☐

Dilatação: ☐

B.A.: Integra ☐ (I)

B.A. Rota: Dia ☐ Hora ☐

Líquido amiótico: Claro ☐ (C)

Meconial ☐ (M)

Sanguinolento ☐ (S)

Ausente ☐ (A)

Assin.

Recebeu aconselhamento em: / /

Por favor, se for necessário adcione comentários ou observaçoes para cada visita em folhas separadas

1

Financiado pela União Europeia

ISA | INSTITUTO SUPERIOR DE ANGOLA

À

DIRECÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL

DE CACUACO

LUANDA

CREDENCIAL

Ref.: 104/DAC/ISA/023

Melhores Cumprimentos,

Excelência,

O Instituto Superior de Angola – ISA, aprovado pelo Decreto Presidencial nº 168/12 de 24 de Julho, com sede em Luanda, bairro da Pedreira, município de Cacuaco, apostado na formação de quadros qualificados na investigação cientifica para dar respostas as necessidades locais e nacionais de acordo com as orientações emanadas pelo Executivo Central.

Havendo a necessidade de credenciar e enviar nos diferentes locais para pesquisar a temática do Trabalho de Fim de Curso para obtenção do grau de Licenciatura em **ENFERMAGEM** o (a) estudante:

NOME: **SÉRGIA SIMÃO**

TEMA : **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO HUMANIZADO PARA ADOLESCENTES GRÁVIDAS ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE CACUACO NO II TRIMESTRE DE 2023.**

Vimos por intermédio desta, solicitar os vossos ofícios, no sentido de autorizar o estudante a realizar a pesquisa/recolha de dados na instituição que vossa excelência mui dignamente dirige.

Certo da vossa especial atenção de sempre, reiteramos os nossos respeitosos cumprimentos.

INSTITUTO SUPERIOR DE ANGOLA, em Luanda aos 22 de Agosto 2023.

O Vice – Presidente Para os Assuntos Científicos

WALDANO HELER NATXARI WANGA

HOSPITAL MUNICIPAL
CACUACO
SECRETARIA-GERAL
Entrada N.º 1072
Data: 12 / 09 / 2023
Assinatura:

Estrada da Pedreira, s/n ξ Bairro 17 de Setembro (Zona da Vidrul)
+244 915084064 ξ // www.isa-angola.ao
Cacuaco ξ Luanda ξ Angola ξ

REPÚBLICA DE ANGOLA

GOVERNO DA PROVÍNCIA DE LUANDA
ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL DE CACUACO
HOSPITAL MUNICIPAL DE CACUACO

AO
INSTITUTO SUPERIOR
DE ANGOLA

L U A N D A

OFÍCIO N.º 573 /GDC-HMC/2023

ASSUNTO: *Resposta para colectas de dados*

Melhores cumprimentos.

Acusamos a recepção da Vossa Carta, datada de 22 de Agosto de 2023.

Relativamente a pretensão, temos acolhido estudantes de outras instituições de ensino e não vemos qualquer inconveniência em articular o protocolo das estudantes **Sérgia Simão,** do Curso de Licenciatura em Enfermagem para a conclusão da fase final do curso, com o tema:" **Protocolo de Atendimento Humanizado para Adolescente Grávidas atendidas no Hospital Municipal de Cacuaco no II Trimestre de 2023 "**

Entretanto, para o efeito deve comprometer-se em encaminhar uma cópia do livro a Direcção do Hospital.

Sem outros assuntos a realçar, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração.

Hospital Municipal de Cacuaco em Luanda, aos 12 de Setembro de 2023.

O DIRECTOR CLINICO

Dr.Bernardino Chicapa
Médico Assistente

Bairro Nova Urbanização
Município de Cacuaco
saudecacuaco11.6@gmail.com
LUANDA - ANGOLA

GOVERNO DE ANGOLA