



**JOSE LEONCIO MELO DE ANDRADE JUNIOR**

**A VISITA DOMICILIAR REALIZADA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
VILA MACARRÃO, NO MUNICÍPIO DE TAILANDIA, PA**

**PLACAS-PA  
2017**



**JOSE LEONCIO MELO DE ANDRADE JUNIOR**

**A VISITA DOMICILIAR REALIZADA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
VILA MACARRÃO, NO MUNICÍPIO DE TAILANDIA, PA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: José Leoncio

**PLACAS-PA  
2017**

## RESUMO

A adolescência caracteriza-se por mudanças biológicas e psicossociais responsáveis por situações de conflitos e rupturas. Nessa etapa a sexualidade é fator estruturante da sua identidade, convicção e sentimento de ser homem e mulher e o sentido de seus papéis sociais. Pela dificuldade em administrar e desfrutar seguramente de sua sexualidade, muitos adolescentes passam a serem vítimas de variados acontecimentos sociais, entre eles a gravidez precoce e não desejada, DSTs, motivo de promoção e fortalecimento de programas educacionais em Saúde Sexual por meio de estratégias eficazes. Em quase todo o mundo, o começo da vida sexual em adolescentes tem acontecido em idades cada vez menor onde existe o mais baixo nível econômico. O interesse sobre a conduta contraceptiva de adolescentes vem acendendo, especialmente pela relevância social conferida à gravidez nessa faixa etária. Nesse contexto surge a seguinte questão: qual o nível de conhecimento que adolescentes entre 15 a 19 anos, baixo nível econômico, estudantes da rede pública, tem sobre o uso de métodos contraceptivos?

**Descritores: Atenção Primária à Saúde, Contraceptivos, Contraceptivos orais, Contracepção, Saúde da família.**

.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO</b>	<b>6</b>
<b>3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS</b>	<b>8</b>
<b>4. VISITA DOMICILIAR</b>	<b>10</b>
<b>REFLEXÃO CONCLUSIVA</b>	<b>12</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>13</b>
<b>ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>14</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Me formei em dezembro de 2013, fiz minha parte teórica na Argentina e meu internato de pré-graduação no Texas (E.U.A), logo após fiz um serviço a comunidade no hospital Silvestre no Rio de Janeiro onde concluí minha TCC para conclusão do curso, posteriormente passei um período trabalhando em plantão médico no interior da Argentina. Logo em seguida fui para a tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai, onde trabalhei em uma clínica particular e atualmente estou trabalhando na Unidade Básica de Saúde Alto Pará (Unidade temporariamente acoplada ao Hospital Municipal de Placas no Estado do Pará), onde exerço minhas atividades no Programa Mais Médicos. Minha Unidade atende região central do município onde se localiza uma Escola Municipal chamada Tancredo Neves, que atende aproximadamente 400 alunos do sexo feminino e masculino do Ensino Médio.

A escola funciona em vespertino e noturno, e atende a população do bairro centro, localizado no município de Placas de IDH muito baixo no interior do estado do Pará, Região do Baixo Amazonas. O município tem aproximadamente 15 mil habitantes sendo que metade vive na "cidade" e o restante em vecinais com situação precária de saúde transporte e saneamento básico. Esta escola foi escolhida, por ter uma amostra significativa de adolescentes do sexo feminino, e oferece seu serviço as famílias que são atendidas pela Unidade Básica de Saúde Alto Pará. Ao realizar minhas atividades percebi ao fazer pré-natal a grande quantidade de adolescentes menores de idade grávidas, e muitas sem informações sobre contraceptivos, além de uma grande prevalência de DSTs, isso me despertou a vontade de como ajudar através da prevenção essas adolescentes tão vulneráveis a uma condição sócio econômica muito baixa. O desafio é grande!

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

As doenças mais frequentes que atendo são Diabetes Mellitus, Gastrenterocolites, Hipertensão Arterial Sistêmica e Dislipidemia. Na minha Unidade de Saúde quinzenalmente realizamos visitas domiciliares aos pacientes idosos e sem possibilidade de mobilidade na região onde abrange nossa Unidade.

Hoje vou relatar sobre um caso que me chamou atenção em consultório, um paciente chamado Francisco Silva de 56 anos, entrou no consultório muito assustado pois disse que havia perdido 15 quilos de seu peso nos últimos três meses, se sentia muito astênico, com vertigens, sentia muita sede e vontade de urinar frequente principalmente no período noturno e se sentia muito sonolento durante o dia. Fiz anamneses do paciente e ao exame físico pude constatar:

- APP: Sem antecedentes.
- APF: Desconhece as causas de falecimento de seus genitores.
- Pele com leve desidratação, sem cicatrizes ou lesões.
- Mucosas coradas.
- TCS: Sem mixedemas.
- Aparelho respiratório: Tórax simétrico, expansível, murmúlo vesicular presente, sem estertores, bulhas fonéticas presentes, FR 10 Rpm.
- Aparelho cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros. Pulsos
- Periféricos presentes. FC: 96 bpm. P.A: 120 x 80 mmhg.
- Abdômen: mole, ruídos hidroaéreos, não doloroso a palpação superficial nem profunda.
- Extremidades: moveis, eutróficas, tono muscular preservado, sem edemas, leve perda de sensibilidades em ambos os pés.
- Avaliação neurológica: Orientado em tempo e espaço, Memória retrógrada e anterógrada sem alterações.

Ao terminar de realizar o exame físico pela clinica pensei em um possível diagnostico de Diabetes Mellitus e solicitei exames de rotina: hemograma, EAS, glicemia de jejum, ureia , creatinina. ASAT, ALAT. Orientei que o paciente deveria

voltar o mais rápido possível para uma outra consulta de seguimento. Após dois dias trouxe os seguintes resultados:

- Hemoglobina 12g/dl
- Ureia : 20 mg/dl
- Creatinina : 1,3mg/dl
- Glicemia de jejum : 458 mg/dl
- EAS,ASAT,ALAT: O laboratório não estava realizando ! (ficou pendente)

De inicio foi instituído o tratamento com metformina de 850 mg de 12/12 hrs. Foram dadas as seguintes orientações:

- Repetir a glicemia após dois dias ao início do uso da metformina. O novo valor da glicemia mostra um descenso do nível para 250 mg/dl. Mudanças de estilo de vida.
- Cuidados com os pés.
- Uso de calçados confortáveis. Atividades físicas regulares.
- Diminuição da quantidade de açúcar ingerido.
- Inter consulta com nutricionista para receber informações sobre sua dieta.

No momento estamos pendentes junto ao agente comunitário para agendar uma visita ao Senhor Francisco que mora em lugar de difícil acesso para conhecer melhor a situação de condições em que vive com sua esposa.

### **3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

Desde de Julho de 2015, trabalho no município de Placas, no Estado do Pará. Na área dos pacientes com doenças crônicas busquei os que sobrepujam problemas de Saúde Mental, onde tive que levar em conta para os cuidados integrais deles. Fiz o trabalho em equipe, revisando os registros, os prontuários dos usuários das doenças crônicas que coincidiam com transtornos mentais, começando pelos pacientes que procuravam para renovação de receituários controlados através do preenchimento de fichas individuais de controle, similares àquelas utilizadas para a doença crônica de hipertensão, identificando os dados da pessoa, profissional responsável, medicações utilizadas, a data e quantidade de comprimidos prescritos, das características da pessoa e da família.

Desta maneira se permite conhecer a adesão ao tratamento, sua última consulta para renovação de receitas, além de controlar a medicação com o próprio paciente para que os medicamentos não sejam retirados por terceiros, como ocorre frequentemente devido à distância e etc..

Anteriormente existia o costume de não comparecimento físico para renovar receitas, mas desta forma interrompe o processo de avaliação do seu transtorno mental, caso exista necessidade de modificar o tratamento de algum medicamento, a diminuição da dose, ou alguma ação para evitar dependência, sempre com acompanhamento da psiquiatra em caso que seja necessário, diminuindo assim o fluxo de pacientes à especialidade. O paciente com a doença de saúde mental tem um dia de agendamento pelo retorno a cada mês ou dois meses. São muitas as ações que temos que fazer para mudar costumes dos pacientes, mas com uma boa comunicação e uma atenção integral de qualidade dá para convencer da necessidade de proceder, deixando as informações em prontuário médico, o que é obrigatório, pelos aspectos éticos quanto legais. Além disso, é uma oportunidade para conhecer os usuários.

Foi mudando a percepção inicial do que o médico generalista só ficava no posto para renovar as receitas e que o acompanhamento é feito exclusivamente pelo psiquiatra no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Segundo o Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental (CAB N° 34, 2013) “os generalistas podem



compartilhar o cuidado do transtorno mental com o psiquiatra, diminuindo o número necessário de visitas ao psiquiatra”, como acontecia anteriormente, onde o médico só se limitava a renovar receitas controladas e negligenciavam outros aspectos fundamentais do cuidado. Muitas pessoas parecem que perdem o direito aos cuidados de saúde integral em razão da esquizofrenia e da exclusão social em sua comunidade.

Neste momento, conhecemos a população de saúde mental, com suas avaliações integrais segundo corresponda, com seu rastreamento preventivo em caso das mulheres que fazem mamografia, a identificação dos fatores de riscos, levando mudanças do estilo de vida, os controles de HAS, Diabetes Mellitus...levando em conta seus respectivos controles e tratamentos já que estas doenças podem ser agravadas por alguns psicofármacos. Dessa forma foi possível diminuir encaminhamentos de usuários sem acompanhamentos regulares com o especialista há anos, além de seu acompanhamento pela equipe do NASF para terapias com psicólogo que atende na UBSF, com identificação de situações de vulnerabilidade social, conflitos familiares. Dessa forma foi possível a incorporação desses pacientes de Saúde Mental aos Grupos de Crônicos, de convivência, de artesanato, etc.

Na agenda programática temos algumas quintas às 16hrs, o desenvolvimento de dinâmica, conversas e palestras previamente preparadas para elevar os conhecimentos das pessoas. Desta maneira os usuários ficaram convencidos que receberam atenção integral de qualidade, conseguimos a aceitação por parte da equipe e do paciente afunilando uma melhor atenção com integralidade.

#### 4. VISITA DOMICILIAR

Na sociedade contemporânea, tem sido crescente a busca por estratégias que visem à redução de custos, refletindo o enfoque da política neoliberal de redução dos gastos estatais, até mesmo nas ações de saúde. Nesse contexto, a assistência prestada por meio da visita domiciliar (VD) constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família in loco, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. A VD tem sido apontada como importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde presente na sociedade em dado momento histórico, possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família.

No Brasil, o enfoque da intervenção domiciliária foi introduzido no início do século XX, por meio de práticas sanitárias trazidas da Europa, em especial por Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Carlos Chagas. A VD constituiu estratégia no combate às doenças transmissíveis daquela época. A VD vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), na última década.<sup>3</sup>

De acordo com a Portaria GM nº 648, de 29/3/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário.

Para a ESF, a VD é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Estabelece o

rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar. Para a execução da VD, o primeiro passo é definir seu foco, que pode abranger um ou mais dos seguintes objetivos:

- Conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando socioeconômicas e culturais.
- Identificar fatores de risco individuais e familiares.
- Prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados.
- Auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não.
- Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida.
- Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença.
- Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares.
- Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares.
- Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado.
- Aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária.

## REFLEXÃO CONCLUSIVA

A atenção primária de saúde como estratégia nuclear dos sistemas sanitários precisa de novos impulsos, além do âmbito conceitual como o organizativo e de oferta de serviços, para caminhar sem perder passo junto ao rápido desenvolvimento científico e tecnológico. Nesta perspectiva seus profissionais necessitam adquirir, ampliar conhecimentos e competências para poder dar resposta as novas necessidades e expectativas dos cidadãos (as) que solicitam seus serviços.

Nas publicações científicas da Atenção Primária, entre elas os livros, contribuem em esta tarefa atualizando sempre os âmbitos temáticos que conformam o núcleo próprio de este nível do sistema sanitário. E por isso a importância do Profissional em fazer estudos através de mestrado, especialidade em saúde da família, para nossa prática é de grande importância conhecer o sistema de saúde do Brasil um dos, mais avançado da América Latina, ele tem uma boa organização, equidade, responsabilidade, distribuição equitativa em todo o país.

Mas é muito importante a preparação Profissional do médico que integram atenção primária em saúde através deste curso especialização que permite um melhor conhecimento de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Outro aspecto muito importante é que o curso de especialização nos permite trabalhar de forma organizada já que é uma equipe de saúde de uma unidade básica tem como primeiro objetivo interação multidisciplinar.

Outra ferramenta que permite fazer melhor nosso trabalho é a realização de palestras, atividade com a comunidade propiciando aos pacientes fazerem mudanças no estilo de vida. De forma geral o curso tem uma grande importância para todos os médicos que fazemos parte deste projeto, em poder levar o melhor de nós a essas pessoas que tanto necessitam.

Por outro deve fazer-se mais a preparação na equipe que trabalha em nossas unidades básicas de saúde para assim prestar maior e melhor serviço de saúde para a população. Fico satisfeito com essa especialização que tanto me ajudou no meu cotidiano médico e hoje posso afirmar que me sinto mais seguro e preparado para enfrentar as mazelas de nossa realidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

Abrahão AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo A D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV, 2007. P. 151-72.

Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA et al. Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. In: Barros AFR. Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 71-80.

Santos EM, Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008; 10(1):220-7.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28/3/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm> Acesso em 26/04/2011.

Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad de Saúde Pública. 2009; 25(5): 1103-12.

Ohara ECC, Ribeiro MP. Assistência domiciliária. In: Ohara ECC, Saito RXS (Eds.). Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008. P. 115-30. 9

## **ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



**PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**JOSE LEONCIO MELO DE ANDRADE JUNIOR**

**EFETUAÇÃO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE USO DE  
CONTRACEPTIVOS EM ADOLESCENTES ESTUDANTES DA REDE PÚBLICA**

**PLACAS-PA**

**2017**

## RESUMO

A adolescência caracteriza-se por mudanças biológicas e psicossociais responsáveis por situações de conflitos e rupturas. Nessa etapa a sexualidade é fator estruturante da sua identidade, convicção e sentimento de ser homem e mulher e o sentido de seus papéis sociais. Pela dificuldade em administrar e desfrutar seguramente de sua sexualidade, muitos adolescentes passam a serem vítimas de variados acontecimentos sociais, entre eles a gravidez precoce e não desejada, DSTs, motivo de promoção e fortalecimento de programas educacionais em Saúde Sexual por meio de estratégias eficazes. Em quase todo o mundo, o começo da vida sexual em adolescentes tem acontecido em idades cada vez menor onde existe o mais baixo nível econômico. O interesse sobre a conduta contraceptiva de adolescentes vem acendendo, especialmente pela relevância social conferida à gravidez nessa faixa etária. Nesse contexto surge a seguinte questão: qual o nível de conhecimento que adolescentes entre 15 a 19 anos, baixo nível econômico, estudantes da rede pública, tem sobre o uso de métodos contraceptivos?



## 1. INTRODUÇÃO

Conforme Becker (1985), a adolescência é uma fase que o indivíduo não tem status nem de adulto nem de criança, motivo gerador de conflitos. Todavia essa é fase em que a sexualidade é fator estruturante da sua identidade, convicção e sentimento de ser homem ou mulher e a definição de seus papéis sociais. Na visão de Barros (2002), é nessa fase que deve se dar atenção a orientação sexual a fim de evitar que se tornem reféns de suas escolhas.

Pela dificuldade em administrar e desfrutar seguramente de sua sexualidade, muitos adolescentes passam a serem vítimas de variados fenômenos sociais, entre eles a gravidez precoce e não desejada, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), motivo de promoção e fortalecimento de programas educacionais em Saúde Sexual por meio de estratégias eficientes, tendo como ponta pé inicial a atenção primária de saúde.

A etapa do ciclo de vida denominada adolescência caracteriza-se por mudanças além de transformações biológicas e psicossociais gerando situações de conflitos e rupturas (VETURINI, 2009). Esse é um período que pode ser caracterizado por retração ou prolongamento do tempo dependendo do segmento social e do momento histórico em que esse grupo vive, o que justifica a falta de consenso sobre o começo e término que determina a idade que corresponde a essa etapa da vida (SENNA, DESSEN, 2012; STEINBERG, 1989). Segundo o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), pertence a esse grupo os indivíduos entre 12 a 18 anos de idade (BRASIL, 2001), já a Organização Mundial da Saúde (1995) considerou adolescente o grupo que corresponde à faixa etária de 11 a 19 anos.

Apesar de uma diminuição significativa na idade de iniciação sexual entre adolescentes, houve uma diminuição significativa na taxa de fecundidade específica na faixa etária de 15 a 19 anos de idade. Em 1990 ela representava 98 para cada mil adolescentes que tiveram filhos, em 2007 a taxa foi de 78 (BERQUÓ E CAVENAGHI, 2005).

Conforme Diaz e Diaz (1999), a falta de informação adequada e os fatores sociais que ora incentivam ou desincentivam a vida sexual entre adolescentes, somado à falta de acesso a serviços adequados de saúde, contribuem para o início da vida sexual sem uso de algum tipo de método contraceptivo. Diante desta

conjuntura surge o seguintes questionamentos: Qual o nível de conhecimento que adolescentes entre 15 a 19 anos, de baixo nível econômico,estudantes da rede pública,têm sobre o uso de métodos contraceptivos?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Promover atividade educativa sobre o uso de contraceptivos com adolescentes.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar a fonte de obtenção que a adolescente tem a fim de verificar o alcance das informações recebidas da escola e programas de saúde.
- Avaliar o conhecimento que as adolescentes têm sobre métodos contraceptivos.

## **3. METODOLOGIA**

Para o desenvolvimento desse estudo a pesquisa será do tipo descritiva. Este tipo de estudo delinea as características de uma determinada população ou fenômeno. Busca conhecer e entender as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política e econômica e demais aspectos que ocorrem na sociedade. Uma de suas particularidades esta na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, entre eles o questionário.

### **Cenário do estudo**

O estudo será realizado na Escola Municipal Tancredo Neves, que atende aproximadamente 400 alunos do sexo feminino e masculino do Ensino Médio. A escola funciona em vespertino e noturno, e atende a população do bairro centro, localizado no município de Placas, interior do estado do Pará, Região do Baixo Amazonas. Esta instituição foi escolhida, por ter uma amostra significativa de adolescentes do sexo feminino, e oferece seu serviço as famílias que são atendidas

pela Unidade Básica de Saúde Alto Pará (Unidade temporariamente acoplada ao Hospital Municipal de Placas) , onde exerço minhas atividades no Programa Mais Médicos.

### **Sujeitos da Intervenção**

Participarão desse estudo, as adolescentes do sexo feminino, que cursam o Ensino Médio, da Escola Municipal Tancredo Neves, com a idade entre 14 a 19 anos. As alunas serão encaminhadas para participarem do estudo pelas coordenadoras pedagógicas da instituição em que será realizada a pesquisa. Todas participarão das palestras, porém do estudo acontecerá apenas com as que se dispuserem a realizar os questionários da investigação.

### **Estratégias e ações**

Inicialmente será realizada uma reunião com os gestores da Escola Municipal Tancredo Neves para o esclarecimento do projeto e os procedimentos de pesquisa. Depois de recebida a permissão iniciar-se-á a divulgação por meio de divulgação oral nas salas de aula. O projeto terá duração de um mês, com oficinas semanais, no turno vespertino e noturno.

Para a coleta dos dados serão utilizados dois questionários, para as alunas que se dispuserem a participarem do estudo. O primeiro questionário (pré-teste) será estruturado em duas partes, a primeira parte composta por perguntas de identificação e caracterização das participantes, e a segunda parte serão utilizados questões de múltipla escolha, e as participantes optarão por uma ou mais alternativas. O segundo questionário (pós-teste) será a repetição, da segunda parte, do primeiro questionário que será aplicado as alunas na conclusão das oficinas.

A partir dos dados do questionário será montado uma planilha com o objetivo de categorizar as respostas, eles serão tabulados e organizados em mídia digital para uma melhor análise dos resultados. Os dados dos formulários serão analisados quantitativamente e a partir deles serão produzidos gráficos, tabelas e quadros.

## **Avaliação e Monitoramento**

A avaliação do estudo se dará por meio da comparação do pré e pós-teste. O primeiro, pré-teste, as participantes irão expressar o conhecimento que elas têm a respeito desse tema. E no segundo será verificado a possibilidade de aumento ou modificação do nível do conhecimento das participantes sobre esse assunto.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se das participantes que fizeram parte da averiguação os seguintes resultados: obtenção de um maior conhecimento sobre o assunto proposto, que seria o uso adequado de contraceptivos; motivação das adolescentes para buscarem mais informações sobre esse assunto, a fim de minimizar as condições de vulnerabilidade para evitar a gravidez precoce e DSTs; desenvolvimento baseado no senso de responsabilidade em relação as experiências sexuais e como conseqüência possam gerar autoconceito positivo de si mesmas; e conscientização da importância de desfrutar da adolescência sem os riscos da maternidade e DSTs.

#### 4. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
Elaboração do projeto	X			
Aprovação do projeto		X		
Estudo de leitura	X	X	X	X
Coleta de dados		X		
Discussão e análise dos resultados		X		
Revisão final e digitação			X	
Entrega do trabalho final				X
Socialização do trabalho				X

#### 5. RECURSOS NECESSARIOS

O projeto utilizará material de consumo disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Placas (SMS-Placas) para a USF Alto Pará. O computador e o *datashow* (material permanente) utilizado para execução desse trabalho será disponibilizado pela USF Alto Pará. Serão usados folhetos para a divulgação das palestras, ademais dos questionários e congêneres especificados no quadro abaixo.

---

Ítem	Nome	Quantidade	Custo (R\$)	Total (R\$)	Órgão pagador
1	Cartucho de tinta para impressora	2	50,00	100,00	SMS-Placas
	Papel sulfite tamanho A4 - 500				
2	abaixo.folhas	2	12,00	24,00	SMS-Placas
3	Cópias Xerox	100	0,15	15,00	SMS-Placas
4	Canetas esferográficas ponta fina	6	2,00	12,00	SMS-Placas
5	Computador	1	2.000,00	2.000,00	USF- Alto Pará
6	Datashow	1	1.500,00	1.500,00	USF- Alto Pará
	Total			151,00	

---

## REFERÊNCIAS

BARROS, M. N. S. Adolescência e psicologia: concepções, praticas e reflexões críticas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002.

BECKER, D. O que é adolescência. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BERQUÓ, E., CAVENAGHI, S. Increasing adolescent and youth fertility in Brazil: a new trend or a one-time event. Annual Meeting of the Population Association of America. 30 mar - 2 apr 2005. Philadelphia, Pennsylvania. 2005. 18p.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de Julho de 1990, Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991. 3a ed. Brasília: Câmara dos deputados, coordenação.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. PNDS 2006. Pesquisa Nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. Brasília, 2008.

DIAZ, J., DIAZ, M. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. V. 1, p. 249-257. 1999.

SENNA, S. R. C. M., DESSEN, M. A. Contribuição das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. Teoria. Pesquisa. V. 28, n.1, p.101-108, 2012.

STEINBERGER, L. Adolescence. 2a ed. New York: McGraw-Hill, 1989.

VENTURINÍ, F. P. Adolescentes de um núcleo e assistência psicossocial: do conhecimento de seu universo à intervenção para a promoção do desenvolvimento. Tese (Doutora) Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

Anexo I: Primeiro questionário (pré-teste)

Questionário com pré-teste . Métodos contraceptivos.

**Primeira parte**

Nome :

Sexo :

Idade :

Instituição de ensino médio :

Possui filhos ? Quantos ?

Possui parceiro sexualmente ativo? ( ) SIM ( ) NÃO

**Segunda parte**

Conheces algum método contraceptivo?

( ) Sim

( ) Não

Você faz uso de algum método contraceptivo?

( ) Sim

( ) Não

Onde você recebeu informações sobre métodos contraceptivos?

( ) Nunca recebi informações

( ) Programas de saúde

( ) Escola

( ) Família

( ) Outros

Quão importante você considera o uso de contraceptivos?

( ) Extremamente importante

( ) Muito importante

( ) Moderadamente importante

( ) Pouco importante

( ) Nada importante



Quão conhecedora eres sobre métodos contraceptivos?

- Extremamente conhecedora
- Muito conhecedora
- Moderadamente conhecedora
- Pouco conhecedora
- Nada conhecedora

Quão fácil é ter acesso a métodos contraceptivos ?

- Extremamente fácil
- Muito fácil
- Moderadamente fácil
- Pouco fácil
- Nada fácil

Anexo II: Segundo questionário (pós-teste)

Conheces algum método contraceptivo?

Sim

Não

Você faz uso de algum método contraceptivo?

Sim

Não

Onde você recebeu informações sobre métodos contraceptivos?

Nunca recebi informações

Programas de saúde

Escola

Família

Outros

Quão importante você considera o uso de contraceptivos?

Extremamente importante

Muito importante

Moderadamente importante

Pouco importante

Nada importante

Quão conhecedora eres sobre métodos contraceptivos?

Extremamente conhecedora

Muito conhecedora

Moderadamente conhecedora

Pouco conhecedora

Nada conhecedora

Quão fácil é ter acesso a métodos contraceptivos ?

- Extremamente fácil
- Muito fácil
- Moderadamente fácil
- Pouco fácil
- Nada fácil