

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**MÍRIAN SANTANA BARBOSA**

**PROPOSTA DE REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
DO ADOLESCENTE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA –  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LAGOA SANTA - MG**

**2014**

**MÍRIAN SANTANA BARBOSA**

**PROPOSTA DE REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
DO ADOLESCENTE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA –  
SAÚDE DA FAMÍLIA.**

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

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Caçado Monteiro Savassi

**LAGOA SANTA - MG**

**2014**

**MÍRIAN SANTANA BARBOSA**

**PROPOSTA DE REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
DO ADOLESCENTE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA –  
SAÚDE DA FAMÍLIA.**

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

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Banca examinadora

Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi - Orientador

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte em 29 de janeiro de 2014.

*À Equipe de Saúde da Família Andorinhas e à toda comunidade do Morro Santana, que fazem com que este trabalho tenha sentido.*

*Agradeço ao meu orientador Leonardo Savassi, à professora Rachel Rezende Campos e a todos que contribuíram com minha formação no curso de Especialização em Saúde da Família.*

*Agradeço também à minha família, aos meus amigos e ao Rodrigo, que me apoiaram na minha escolha; e a todos que continuam me incentivando nos caminhos da Medicina de Família e Comunidade, em especial aos colegas Rodrigo Pastor, Gustavo Labarca, Alexandre Moreira, Laura Vearncombe, Cicero Araújo, Alexandre Rotondo, Glauciane Nascimento, Miguel Serpa e Ivanilde Alfenas.*

## RESUMO

Uma área de grande importância na Atenção Básica é a assistência à saúde do adolescente, que representam atualmente 17,9% da população brasileira. Esta faixa etária é caracteristicamente marcada por situações de risco, como o uso e abuso de drogas, gravidez precoce e violência. Mesmo conhecida sua importância, tanto os profissionais de saúde quanto os gestores encontram várias dificuldades na estruturação do cuidado ao adolescente, que compreendem desde a falta de qualificação de pessoal, desinteresse político social, questões relacionadas à falta de estrutura educacional-familiar e à situação de vulnerabilidade, característica da adolescência. Este trabalho objetivou desenvolver um plano de ações em saúde com ênfase em educação em saúde de adolescentes, com vistas à prevenção de agravos e a melhoria da saúde do adolescente da comunidade adscrita da Estratégia de Saúde da Família Andorinhas - Morro Santana. Para elaboração deste plano, fez-se ainda, pesquisa bibliográfica e uma proposta de adequação da assistência à saúde do adolescente após estudo da área adscrita e do município, utilizando o Método de Estimativa Rápida Participativa (ERP) para formulação do diagnóstico situacional. A partir dos seus resultados, a equipe construiu um plano de ação em saúde para o ano de 2014, seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

**Palavras-chave:** Programa Saúde da Família. Medicina do Adolescente, Planejamento em Saúde.

## ABSTRACT

A great importance area in Primary Care is teenager's health assistance, which represents 17.9% of the Brazilian population nowadays. Characteristically, this age group is exposed to situations of risk, such as drug abuse, precocious pregnancy and violence. Despite knowledge of its importance, both health professionals and service managers face various difficulties in structuring teenagers care. These extend from the under-qualification of staff, to lack of social and political interest, to questions regarding lack of educational/familial structure and those situations of vulnerability characteristic of teenagers. The proposal here is to adapt health care assistance to meet the needs of the adolescents of the territory's community served by the Family Health Team of "Andorinhas" – Morro Santana, in Ouro Preto town. A study of the municipality and of the team's ascribed area was undertaken, using the Participatory Rapid Appraisal (PRA) method to formulate a situational diagnosis. Based on its results, and on a literature review, the team prioritized the topic 'Adolescent Health Care in building an action plan for health for the year 2014, using the Situational Strategic Planning (SSP) method.

**Keywords:** Family Health Program, Adolescent Medicine, Health Planning.

**LISTA DE SIGLAS**

- ABS - Atenção Básica em Saúde  
ACS - Agente Comunitário de Saúde  
DST - Doença Sexualmente Transmissível  
ERP - Estimativa Rápida Participativa  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IPHAN - Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional  
ONG - Organização Não Governamental  
OPAS - Organização Pan Americana de Saúde  
PES - Planejamento Estratégico Situacional  
PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica  
PSF - Programa de Saúde da Família  
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
SME - Secretaria Municipal de Educação  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais  
UFOP - Universidade Federal de Ouro Preto  
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura  
VIVA - Vigilância de Violência e Acidentes



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Levantamento de problemas do território - questão 1

Quadro 2 – Levantamento de problemas do território - questão 4

Quadro 3 – Desenho das operações

Quadro 4 – Análise de viabilidade do plano

Quadro 5 - Atividades, prazos e responsáveis

Quadro 6 - Cronograma das atividades

Quadro 7 - Monitoramento fase1

Quadro 8 - Monitoramento fase 2

Tabela 1 - Valores de descritores relacionados ao problema

## SUMÁRIO

<b>1 Introdução .....</b>	<b>12</b>
<b>2 Justificativa .....</b>	<b>14</b>
<b>3 Objetivos .....</b>	<b>15</b>
<b>4 Metodologia .....</b>	<b>16</b>
<b>5 Revisão Bibliográfica .....</b>	<b>18</b>
<b>6 Plano de Ação em Saúde .....</b>	<b>23</b>
<b>7 Considerações Finais .....</b>	<b>36</b>
<b>Referências .....</b>	<b>37</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>39</b>



## 1 Introdução

"A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde" (BRASIL, 1997, p. 11).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998; BRASIL, 2007a), a Atenção Básica à Saúde (ABS) constitui "um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação" e seu exercício se dá por meio de "práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de território bem delimitados" com a utilização de "tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações" (BRASIL, 2007a, p. 12).

Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve valorizar e priorizar as atividades de promoção de saúde, reconhecer a saúde como direito e orientar-se pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se a universalidade, a acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolutibilidade e intersetorialidade.

Esse modelo proposto pelo SUS considera três aspectos fundamentais na organização das ações e serviços: o conhecimento do território, o conhecimento das necessidades da população que o habita (percepção dos riscos, dos danos, dos problemas e das necessidades); e a organização das ações de saúde das equipes (FARIA *et al.*, 2010).

Uma área de grande importância na atenção básica é a assistência à saúde do adolescente. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), os adolescentes (pessoas com 10 a 19 anos) no Brasil representam 17,9% da população total, ou seja, cerca de 34 milhões de pessoas. Para a medicina, a adolescência compreende a transição da fase infantil para a adulta, com todas suas consequências e peculiaridades, como um conjunto de sintomas decorrentes da puberdade, que por sua vez representa as mudanças corporais ocorridas nessa fase (STEVENS, 2004).

Mesmo conhecida sua importância, tantos os profissionais quanto a gestão encontram várias dificuldades na estruturação do cuidado ao adolescente, que compreendem desde a falta de qualificação de pessoal e desinteresse político social, até questões relacionadas à desestruturação educacional-familiar e à situação de vulnerabilidade, características da

adolescência (VITALLE; ALMEIDA; SILVA, 2010).

A prática do trabalho em Saúde da Família exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a reorganização do processo de trabalho e a execução de intervenções eficientes e eficazes. Uma dessas ferramentas é o planejamento das ações em saúde, que inclui desde a identificação dos problemas até o monitoramento e avaliação das ações.

Planejar é pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio (a razão) e, portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 20).

Dessa maneira, o planejamento constitui um importante instrumento de melhoria da qualidade da assistência.

Este trabalho tem como proposta apresentar um planejamento para adequação da assistência à saúde do adolescente no Programa de Saúde da Família (PSF) Andorinhas – Morro Santana, localizado na cidade de Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. Foi realizado um estudo situacional da área adscrita e do município, que levou a equipe a priorizar o tema na construção de um plano de ação em saúde para o ano de 2014.

O município cenário deste trabalho, Ouro Preto, é caracterizado pelo turismo nacional e internacional, pela exploração mineral e de pedras preciosas, além de ser uma cidade universitária. Dentre os principais agravantes enfrentados pela população, estão: a poluição causada pela exploração das minas, a geografia desfavorável ao desenvolvimento urbano, um importante consumo de álcool e drogas e um abastecimento e tratamento de água/rede de esgoto precários. A estrutura de assistência à saúde pública conta com 20 equipes de Saúde da Família, uma Unidade de Pronto Atendimento e um hospital conveniado ao Sistema Único de Saúde.

O território do PSF Andorinhas – Morro Santana é caracteristicamente íngreme e extenso, com uma população de 4979 habitantes - dado de julho de 2013 (OURO PRETO, 2013a), onde se destaca problemas como violência externa e doméstica, tráfico e abuso de drogas, gestações na adolescência, analfabetismo e desemprego.

## 2 Justificativa

De acordo com a pesquisa por método de estimativa rápida participativa realizada pela equipe de Saúde da Família Andorinhas, na ocasião de atualização do diagnóstico situacional, concluiu-se que tanto os profissionais da Atenção Básica, quanto a população adscrita identificaram abuso de drogas, gravidez na adolescência e violência como os principais problemas da comunidade, nessa ordem.

É notória no cotidiano do serviço uma dificuldade da equipe em lidar com situações relacionadas a essa temática. Refletimos sobre a gravidade dos problemas encontrados e sobre a dificuldade de acesso dos adolescentes à saúde - faixa etária que julgamos se relacionar com mais frequência com esse contexto de risco. Assim, a equipe consensuou que uma nova prática profissional deveria ser desenvolvida para o enfrentamento da situação.

Analisando a importância dos problemas identificados e a governabilidade da equipe, priorizou-se um planejamento de ações em saúde no público adolescente, e através dele atingirem-se questões como gravidez e sexualidade, violência e uso de drogas.

### **3 Objetivo**

Desenvolver um plano de ações em saúde com ênfase em educação em saúde de adolescentes, com vistas á prevenção de agravos e a melhoria da saúde do adolescente da comunidade adscrita da ESF Andorinhas - Morro Santana.

## 4 Metodologia

Para o presente trabalho foi utilizado o Método de Estimativa Rápida Participativa (ERP) para formulação do diagnóstico situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e, a partir dos seus resultados e de uma revisão bibliográfica sobre o tema priorizado, foi desenvolvido um plano de ação, seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), a ERP constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo uma importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Sua principal qualidade é incluir a população como sujeito ativo na identificação das necessidades e problemas, e envolver no planejamento aqueles atores sociais – como as autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais – que possam contribuir ativamente por controlar recursos físicos ou financeiros que e ajudar a enfrentar as situações levantadas.

O processo de construção da proposta de intervenção seguindo este método foi realizado em quatro etapas, a saber:

*a) Elaboração de questionário e entrevistas*

Foram elaborados pela equipe dois questionários para entrevista com os oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Anexo 1) e 40 informantes-chave (Anexo 2), com questões relacionadas à percepção de saúde individual e coletiva da área adscrita. Os informantes-chave foram escolhidos aleatoriamente, sendo cinco de cada micro área, com critério pessoal de importância - membros da associação de bairro, comerciantes, vereadores, moradores antigos da região, funcionários da escola, etc.

*b) Levantamento de todos os equipamentos sociais, grupos organizacionais da área adscrita, realizado pelos ACS, registrado em uma ficha própria (Anexo 3).*

*c) Levantamento de informações em fontes de dados do SUS e arquivos internos do município e da Unidade de Saúde.*

*d) Observação ativa do território, unidade de saúde e equipe; análise dos resultados das etapas anteriores e elaboração do Diagnóstico Situacional.*



Para o planejamento da proposta de intervenção, a equipe utilizou das bases teóricas do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que consiste num planejamento com objetivos, e baseado em problemas, procurando inserir os atores sociais no momento da execução do plano de ação. É uma metodologia de planejamento desenvolvida pelo chileno Carlos Matus que procura simplificar, facilitar e agilizar a operacionalização de um processo de planejamento estratégico (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Seguiram-se dez passos para a construção do plano, que serão descritos posteriormente. São eles: 1 – definição dos problemas, 2 – priorização dos problema, 3 – descrição do problema selecionado, 4 – explicação do problema, 5 – seleção dos nós críticos, 6 – desenho das operações, 7 – avaliação dos recursos críticos, 8 – análise de viabilidade do plano, 9 - elaboração do plano, 10 - gestão do plano.

## 5 Revisão Bibliográfica

Após a realização do segundo passo na construção do plano de ação, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a abordagem do adolescente na Atenção Primária nas fontes PubMed e no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) sem recorte temporal, com os seguintes descritores: atenção básica/*primary health care*, programa saúde da família/*family health program*, medicina do adolescente/*adolescent medicine*; além de textos, artigos e livros de acervo pessoal e público sobre o tema. Priorizou-se o estudo nas questões mais relevantes para o trabalho como: o contexto geral da saúde do adolescente atualmente no Brasil, sexualidade e gravidez na adolescência, violência na adolescência, uso e abuso de drogas na adolescência, técnicas e metodologias de ações em saúde voltadas para o público adolescente.

### 5.1 A Saúde do Adolescente no contexto da Atenção Primária - Saúde da Família

O Estatuto da Criança e do Adolescente aponta: "É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde" (BRASIL, 2012, Art. 11).

Segundo as "Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde", diante da importância da promoção à saúde na produção de saúde de adolescentes e de jovens:

[...] enfatiza-se a necessidade de estabelecer processos de intervenção intersetoriais e interdisciplinares, de ampliação e diversificação das práticas sanitárias, de mudanças na gestão e no trabalho das equipes de saúde para a construção complementar e de intercâmbio entre esses dois campos da atenção à saúde. [...] A participação de adolescentes e jovens na construção do seu projeto terapêutico é de suma importância para que se envolvam mais com a sua saúde e apoiem o trabalho da equipe responsável por ele (BRASIL, 2010. p. 75)

No que diz respeito à sexualidade a gravidez precoce é um dos problemas enfrentados pela juventude, que além de oferecer riscos à saúde materno-infantil, geralmente é um evento desestruturador na vida dos adolescentes. Complicações na gestação e parto têm sido uma das principais causas de morte das adolescentes entre 15 e 19 anos em todo o mundo, e no Brasil tem-se observado maior número de óbito materno na faixa etária adolescente, quando comparadas àquelas mães com idade superior a 20 anos. Além disso, "bebês de mães

adolescentes têm maior risco de apresentar baixo peso ao nascer, prematuridade e, conseqüentemente, maior chance de morte do que filhos de mães adultas" (MOCCELLIN *et al.*, 2010, p. 408).

A imaturidade emocional do adolescente pode levar a dificuldades no âmbito psicológico, como no estabelecimento de relações afetivas com o seu filho, baixa autoestima, além de apresentarem um despreparo no cuidado da criança. Fatores estes que podem aumentar os riscos de agravos à saúde física e emocional do bebê. Além disso, a gravidez nessa fase da vida pode levar a problemas sociais importantes: "como a evasão escolar, redução das oportunidades de qualificação profissional e conseqüente dificuldade no acesso ao mercado de trabalho, instabilidade conjugal e preconceito por parte da sociedade" (MOCCELLIN *et al.*, 2010. p. 408).

Diante da taxa de fecundidade entre jovens e do número de óbitos maternos nessa faixa etária, fica clara a necessidade de adequação de políticas públicas, que incluam principalmente ações em planejamento familiar e assistência pré natal. Diversos estudos sobre saúde sexual e reprodutiva de jovens e adolescentes vêm sendo publicados com esse objetivo. Esses estudos atuais argumentam que:

[...] ações e programas voltados ao enfrentamento do problema da gravidez na adolescência deveriam envolver toda a sociedade e não serem apenas restritas aos serviços de saúde, e propõem o desenvolvimento de ações voltadas ao planejamento familiar em escolas, centros comunitários e reuniões com diferentes grupos etários. (MOCCELLIN *et al.*, 2010. p. 408)

Uma observação pertinente feita pela Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) (2002 *apud* BRASIL, 2010) é a de que nem sempre se leva em consideração que a sexualidade é parte do desenvolvimento humano, nas políticas e programas de saúde voltados para jovens. Os conceitos de amor, sentimentos, emoções, intimidade e desejo, frequentemente não se incluem nas intervenções de saúde sexual e de saúde reprodutiva.

Quanto á violência, a vulnerabilidade de adolescentes e jovens à morte por causas externas atinge proporções mais significativas do que no restante da população. Segundo o Ministério da Saúde (2008, p. 32 *apud* BRASIL, 2010), as causas externas ocupam o topo do *ranking* da mortalidade desse grupo populacional, e compreendem agressões, acidentes de transportes, afogamentos, lesões autoprovocadas e suicídio, quedas e outras causas externas. Qualquer desses tipos de violência é uma violação dos direitos humanos, além de ser uma questão de saúde pública.

Dados da Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) apontam que as adolescentes correspondem à faixa etária que ocupa o segundo lugar entre as mulheres vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, correspondendo a 77,9% dos atendimentos médicos desses casos (BRASIL, 2007). Observa-se ainda que, dos registros de violência na faixa etária de 10 a 19, a violência sexual representou a maioria dos atendimentos (56%), seguida das agressões psicológicas (50%), físicas (48%) e negligências e abandono (13%).

Frente ao fenômeno das violências, um papel que o adolescente vem ocupando e que começa a ser reconhecido, é o de "agente da paz".

[...] quando o jovem tem a oportunidade de desenvolver as suas potencialidades individuais e habilidades sociais, torna-se capaz de desempenhar um papel protagônico na promoção de uma cultura de paz. Trata-se de um novo lugar social que vai lentamente se delineando no horizonte cívico do Brasil, como emergência de inúmeras práticas sociais em curso, em programas de educação em saúde, escolas, ONG's [organizações não governamentais] e grupos juvenis (BRASIL, 2010, p. 57).

Para Milani (2003, p. 31):

[...] construir uma Cultura de Paz é promover as transformações necessárias e indispensáveis para que a paz seja o princípio governante de todas as relações humanas e sociais. (...) Promover a Cultura de Paz significa e pressupõe trabalhar de forma integrada em prol das grandes mudanças ansiadas pela maioria da humanidade – justiça social, igualdade entre os sexos, eliminação do racismo, tolerância religiosa, respeito às minorias, educação universal, equilíbrio ecológico e liberdade política. A Cultura de Paz é o elo que interliga e abrange todos esses ideais num único processo de transformação pessoal e social.

Discorrendo sobre as drogas, seu uso abusivo e sua dependência, tanto das drogas ilícitas quanto das lícitas, têm preocupado cada vez mais a sociedade e os profissionais de saúde, e vários indicadores mostram que esse consumo vem aumentando nos últimos tempos, mostrando-se cada vez mais necessária uma ação sinérgica e resolutiva na saúde pública (BRASIL, 2010).

Uma observação comportamental da sociedade confirma os resultados de pesquisas que mostram que o uso de tabaco está sendo progressivamente reduzido no Brasil. No entanto, outros estudos sobre álcool e outras drogas ressaltam o alto consumo destas substâncias entre crianças e adolescentes de 9 a 19 anos e jovens de 20 a 24 anos. As bebidas alcoólicas são as mais consumidas, com a iniciação aos 13,9 anos em média, representando um hábito que está inserido na cultura brasileira como fato social não só

aceito, mas frequentemente reforçado. Cabe ressaltar que o uso de álcool é um dos maiores fatores de adoecimento e que também contribui para situações de risco para a população brasileira, especialmente a população jovem (BRASIL, 2010).

Em relação às drogas ilícitas, o crack se destaca, dado o crescente consumo pelos jovens e seu poder de dependência. Os adolescentes dependentes são frequentemente expostos a várias situações de violência, demandando do serviço de saúde, além de cuidados básicos, tratamento para dependência e detecção de agravos concomitantes (como doenças sexualmente transmissíveis), também de intervenções de geração de renda, moradia, educação, serviços sociais que possam permitir a chance do desenvolvimento de outras perspectivas de vida (BRASIL, 2010).

## **5.2 Métodos e técnicas de trabalho com adolescentes**

O atendimento em grupo representa uma estratégia de sucesso na abordagem ao adolescente. Esta faixa etária tem a característica de procurar no grupo de companheiros, sua identidade e respostas para suas ansiedades, e assim facilitar a expansão de sentimentos, a troca de informações e experiências, bem como a busca de soluções para seus problemas. O grupo, para o adolescente, "constitui-se em um espaço para formação de uma nova identidade, ainda que intermediária entre a família e a sociedade, em que este pode experimentar e exercer novos papéis" (AFONSO, 2003, p. 125).

Esta autora considera que os indivíduos, principalmente os jovens, quando não estão em grupos se sentem expostos e inseguros, mas quando estão agrupados se sentem confiantes quanto aos valores delimitados de seus pares, pois compartilham sentimentos de vergonha, medo, culpa ou até mesmo de inferioridade.

Portanto, para a execução do Planejamento proposta para este presente trabalho, escolheu-se uma modalidade de grupo que é descrita a seguir por Afonso (2003):

[...] Grupos que têm por objetivo conhecer crenças, ideias e sentimentos de seus participantes visando sua reflexão, adaptação e/ou mudança, e estimulando novas aprendizagens dentro de sua realidade, enquanto realidade compartilhada no contexto sociocultural, bem como estimulando a operatividade, autonomia e mobilização dos participantes: grupos operativos. Incentivar a comunicação entre os pares, a criatividade e autonomia do grupo [...]. Maior grau de exigência dos participantes em seu envolvimento. A aprendizagem não se restringe ao cognitivo, mas alcança a elaboração dos significados e sentimentos. Coordenador pode e deve contribuir com informações, mas sempre em processo reflexivo, de acordo

com a opinião do grupo. Não se recomenda mais que 12 pessoas ou alta rotatividade. Heterogeneidade é um benefício para incitar o trabalho das diferenças. Geralmente de 7 a 15 encontros (AFONSO, 2003, p. 60)

Dentre as técnicas de trabalhos em grupos destaca-se a oficina, em que, para Almeida (2011), há um foco em uma questão central que o grupo se propõe a elaborar. Essa elaboração não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, forma de pensar, sentir e agir, com o objetivo de construir coletivamente o conhecimento através de uma aprendizagem compartilhada pelos seus integrantes. O papel dos coordenadores é apenas facilitar o debate, partindo sempre de dúvidas, opiniões e valores dos próprios participantes (ALMEIDA 2011).

A estrutura da oficina deve incluir momentos de sensibilização, informação e elaboração. O lúdico desempenha um papel importante, podendo ser exploradas técnicas de animação, mobilização e comunicação em grupo. Dessa maneira, a oficina combina uma dimensão terapêutica e uma dimensão educativa (AFONSO, 2003).

Para Cyrino e Pereira (2004), a metodologia participativa-construtivista utilizada nas oficinas ressalta a importância de problematizar, levantar questionamentos e ampliar o leque de opções, para que cada participante possa escolher seu próprio caminho na construção do conhecimento. A participação dos jovens no processo pedagógico de autocuidado deve ser um desafio permanente para os profissionais de saúde e é condição indispensável para fazer acontecer o protagonismo juvenil (CYRINO; PEREIRA, 2004).

Considerando os espaços do território adscrito, a equipe escolheu a escola como cenário principal de execução dos encontros com os adolescentes, que mesclarão características de grupo operativo e oficinas. Essa escolha deve-se ao fato de ser essa a instituição na qual o adolescente tem acesso mais facilmente, e de modo mais contínuo, ser um espaço que o adolescente considera como dele, e onde passa grande parte de sua vida, fazendo seus principais contatos pessoais. Portanto, entende-se que deva ser aproveitado para o desenvolvimento das mais diversas ações que contribuam para a sua formação, incluindo ações em saúde. Assim: “é necessária a pactuação entre a escola e a unidade básica de saúde, no sentido de integrar esses espaços, e favorecer o acesso dos adolescentes à educação sexual e aos serviços de saúde” (ALMEIDA, 2011, p. 2).

## **6 Plano de Ação em Saúde – PSF Andorinhas / Morro Santana 2014**

A seguir será apresentado o Diagnóstico Situacional, resultado do estudo por ERP realizado pela equipe, e base para o planejamento das ações:

### **Diagnóstico Situacional Andorinhas/Morro Santana**

Localizado no estado de Minas Gerais, Ouro Preto é um município peculiar, dada a sua importância histórica. Possui grande extensão territorial (1.245,864 km<sup>2</sup>) e uma população de 70.281 habitantes, grande parte dela encontra-se na zona rural, em 12 distritos. Localiza-se numa região de relevo acidentado denominado "mares de morros", a uma altitude de 1500 metros, com uma vegetação de transição cerrado-mata atlântica, possuiu vários parques, com destaque ao Itacolomi (Estadual) e Andorinhas (Municipal) (IBGE 2010).

Entre 1720 e 1897 foi referenciada como a capital de Minas Gerais e cenário do movimento revolucionário conhecido como Inconfidência Mineira. Conservou grande parte de seus monumentos coloniais, com destaque à arte barroca, e em 1933 foi elevada a Patrimônio Nacional, sendo, cinco anos depois, tombada pela instituição que hoje é o IPHAN (Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional). Em 1980, na reunião do Comitê do Patrimônio Mundial da UNESCO (Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura), realizada em Paris, a cidade de Ouro Preto foi declarada Patrimônio Cultural da Humanidade (OURO PRETO, 2013b).

Está situada em uma região rica em minerais e pedras preciosas, e atualmente ainda existem muitas empresas mineradoras explorando o território. É um município conhecido mundialmente, que recebe turistas durante todo o ano de vários países do mundo. Além do turismo e da mineração, destaca-se por ser uma cidade universitária, onde abriga o Campus da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), iniciada pelas Escolas de Farmácia e de Minas (1839 e 1876 respectivamente), hoje com mais de 44 cursos de graduação e 11520 estudantes (UFOP, 2013), que traz para a cidade também a característica peculiar de suas repúblicas estudantis. Essas duas características tornam a cidade atrativa para eventos culturais de diversos estilos, e palco de vários festivais - como o tradicional Festival de Inverno, além do CineOP, Tudo é Jazz, Mimo, entre outros.

Dentre os principais agravantes enfrentados pela cidade estão: a poluição causada pela exploração das minas, a geografia desfavorável ao desenvolvimento urbano, um importante

consumo de álcool e drogas e um abastecimento e tratamento de água/rede de esgoto precários.

Em relação à assistência à saúde, Ouro Preto possui 20 Unidades Básicas com equipes de Saúde da Família, estando atualmente quatro incompletas, e uma cobertura de 98% do território. Os atendimentos do nível secundário ocorrem na Policlínica e nos ambulatórios da UFOP, que atuam em parceria com a prefeitura. Há ainda uma Unidade de Pronto Atendimento, o Centro Viva Vida (em Itabirito) que referencia pacientes de alto risco do Hipertensão e pré-natal, e o Hospital da Santa Casa de Misericórdia que possui convênio para serviços de obstetrícia, cirurgia e leitos de internação e Centro de Terapia Intensiva. Exames complementares são realizados por um laboratório municipal, mas a grande parte por conveniados, inclusive de outros municípios (OURO PRETO, 2013a, 2013b). Há um Conselho Municipal de Saúde com composição padrão, que se reúne quinzenalmente para discutir e encaminhar demandas locais. A despesa total do município no setor saúde fechou em R\$ 30.767.883,01 no ano de 2009 (SIOP, 2010).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) “Programa de Saúde da Família Andorinhas” se localiza no centro do território de abrangência que compreende os bairros Morro Santana, Morro da Queimada e Morro São João, na região leste da cidade, um das mais altas do município. O acesso para o território é por meio do centro histórico via estrada antiga para Mariana. O terreno se caracteriza por ser íngreme e extenso (a região mais distante coberta pela ESF se localiza a 9 km da unidade). Além da UBS, há apenas uma Unidade de Odontologia - Projeto Sorria - no território. Atualmente a equipe está em fase de divisão da área adscrita, e conta com um total de 4979 habitantes em 1409 famílias, 100% cadastradas, distribuídas em oito micro áreas (OURO PRETO, 2013a).

Um grande número de residências não tem saneamento básico e mesmo com abastecimento, não há tratamento adequado da água distribuída. Alguns córregos cortam a região, caracterizando verdadeiros esgotos a céu aberto. A concentração de animais nas ruas, principalmente cachorros e ratos, são queixas comuns dos moradores da região. Com o relevo tortuoso, muitas ruas não têm acesso a transporte coletivo ou mesmo particular, e observam-se muitas ruelas, becos e travessas, grande parte sem calçamento.

Há uma creche e uma escola de ensino médio e fundamental, onde estão matriculados aproximadamente 400 alunos. Há uma igreja católica tombada pelo patrimônio histórico, e cerca de doze igrejas evangélicas. O comércio local é escasso, basicamente composto por



mercearias, bares e salões de beleza, ficando a população dependente do centro (a aproximadamente 6 km) para os principais serviços, como banco e correios. No território ainda há uma Organização Não Governamental (ONG) denominada "Auta de Souza" que desenvolve atividades de educação e cultura com crianças e adolescentes, um grupo de *Hip Hop* e uma Bateria de Carnaval tradicional do município.

A população mantém similaridades com o padrão nacional em relação à faixa etária: aproximadamente 10% de idosos e uma população jovem crescente. Chama a atenção o número de analfabetos ou com baixa escolaridade, e também o desemprego e subempregos. De 3970 pessoas maiores de 14 anos, 651 estavam desempregadas (16,39%) e dos que trabalhavam apenas 1362 (34,30%) tinham vínculo formal (carteira assinada) (OURO PRETO, 2010). Entre os empregos mais comuns entre os homens estão pedreiro e garçom, e entre as mulheres estão os relacionados com hotelaria e restaurante - cozinheiras, camareiras, recepcionistas, sendo a grande maioria classificada como "do lar".

É uma área com graves problemas sociais como tráfico de drogas, abuso de álcool, violência doméstica. Morbidades como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças infectoparasitárias e respiratórias mantém frequência com padrão semelhante ao da população em geral. Destaca-se o grande número de gestantes, principalmente adolescentes, em relação aos outros PSF da região e também de outros municípios: em dezembro de 2013, 33 gestantes eram cadastradas e atendidas, sendo dessas, nove com idade igual ou menor que 19 anos, correspondendo a 27,3% do total (OURO PRETO, 2013a). As maiores causas de óbito são complicações cardiovasculares e câncer, nessa ordem. Observa-se também um grande número de óbitos concentrados na faixa etária de 15 a 19 anos, principalmente devido a causas externas (OURO PRETO, 2012).

No início de 2013, a equipe do PSF Andorinhas iniciou um processo de divisão de território com a proposta de composição de nova equipe por incorporação do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), processo ainda em andamento. Atualmente trabalham na unidade os seguintes profissionais: uma médica de família (40 horas), uma médica PROVAB (32 horas), uma enfermeira (40 horas), uma técnica de enfermagem (40 horas), uma auxiliar de enfermagem (40 horas), dois agentes administrativos (20 horas), oito agentes comunitários de saúde (40 horas), um clínico geral (8 horas), uma ginecologista (4 horas), uma pediatra (4 horas), uma nutricionista (8 horas), uma farmacêutica (20 horas), uma psicóloga (12 horas), uma fisioterapeuta (8 horas), uma terapeuta ocupacional (8 horas), uma assistente social (8 horas), dois educadores físicos (8

horas) e uma auxiliar de limpeza (40 horas).

A infraestrutura da Unidade é inadequada e pequena, e a equipe diariamente lida com o problema de falta de salas para os profissionais. São três consultórios médicos, uma sala de enfermagem, uma sala de vacina, uma sala de curativos, um expurgo e uma copa. As paredes de toda estrutura estão mofadas, algumas macas estão quebradas, os armários estão em estado ruim de conservação, as salas não têm lavatórios, não há sala de reuniões ou espaço para grupos operativos e capacitações, a sala de espera é desconfortável e pequena, não comportando o número suficiente de pacientes. Em dezembro de 2013 foi realizada uma pequena reforma no telhado devido ao grande número de goteiras e a unidade foi pintada. A Prefeitura do município está em processo de negociação de um lote para construção de uma unidade nova, onde funcionariam as duas equipes.

A partir do diagnóstico situacional, foi estabelecido um cronograma de dez passos para se chegar ao plano de ação. A descrição desses passos será mostrada a seguir:

## **Plano de Ações em Saúde Andorinhas/Morro Santana**

### **6.1 Definição dos problemas**

No contexto exposto no diagnóstico situacional, pôde-se perceber a importância dos determinantes sociais de saúde no retrato da saúde e da qualidade de vida da comunidade. Dentre os principais problemas encontrados, destaca-se: a morfologia acidentada do relevo, o difícil acesso, o desemprego e subempregos, baixa escolaridade e analfabetismo, gestações precoces, tráfico de drogas, violência doméstica e externa. Dessa maneira, a população se caracteriza pela vulnerabilidade social e as várias consequências que essa situação pode gerar.

Uma etapa essencial no processo de estudo territorial e para definir os problemas identificados, foi a análise das respostas dos questionários respondidos pelos informantes-chave (Anexo 2).

Para analisar os resultados da primeira pergunta "Quais os principais problemas você identifica no território onde mora? (doenças, questões ambientais, sociais, etc)", dividiu-se as respostas em oito blocos temáticos, enumerados no quadro abaixo por ordem decrescente, de acordo com o número de vezes em que apareceram nas respostas.

**Quadro 1 - Levantamento de problemas do território – Questão 1**

A. Uso e tráfico de drogas;
B . Violência doméstica e nas ruas;
C. Infraestrutura precária do bairro, falta de asfalto nas ruas, dificuldade de acesso, transporte coletivo ineficiente;
D. Gravidez na adolescência;
E. Falta de opções de cultura e lazer;
F. Animais nas ruas (cachorros), coleta de lixo ineficiente;
G. Abastecimento de água ineficiente e ausência de rede de esgoto em alguns pontos;
H. Problemas no Centro de Saúde: falta de médicos, acesso ruim, dificuldade de marcação de consultas com especialista, farmácia somente um dia na semana.

Fonte: Estimativa Rápida Participativa, equipe “Andorinhas”

A segunda questão a ser respondida foi: "Como você classificaria os problemas abaixo em ordem de importância na sua comunidade?", em que o entrevistado tinha 12 itens para julgar. A análise das respostas permite concluir a maioria considerou drogas como o principal problema. Além das drogas, a gravidez na adolescência e a violência apareceram, nessa ordem, entre os três principais problemas apontados. A ordem da somatória de todos os itens foi, em ordem decrescente: drogas, gravidez na adolescência, violência, hipertensão arterial, abastecimento de água, desemprego, diabetes mellitus, transporte coletivo, câncer, coleta de lixo, poluição e dengue.

Na terceira questão, o entrevistado deveria classificar a assistência à saúde da população da sua comunidade em muito boa, boa, ruim ou péssima, e neste aspecto o setor foi considerado "bom".

A quarta e última pergunta foi: "Na sua opinião, o que é preciso melhorar na assistência à saúde da população na sua comunidade?". Em primeiro lugar no *ranking* das respostas foi

"mais médicos na Unidade de Saúde". No quadro a seguir estão, em ordem, as prioridades.

**Quadro 2 – Levantamento de problemas – assistência à saúde**

A. Mais médicos na Unidade de Saúde
B. Mais rapidez para marcação de consulta com médico de família ou especialista
C . Construção de mais uma unidade de saúde
D . Funcionários mais respeitosos
E . Informação/conscientização da comunidade, programas educativos
F . Outros: atendimento odontológico, infraestrutura da UBS, transporte para realização de exames, cirurgia ambulatorial, farmácia em funcionamento mais dias

Fonte: Estimativa Rápida Participativa, equipe “Andorinhas”

### 6.2 Priorização de problemas

Ao analisar a governabilidade dos problemas e a capacidade de governo, as percepções de saúde da população e da equipe convergem para a priorização das ações nas questões adolescentes, como maneira de intervenção nos âmbitos de evitar gravidez indesejada, diminuição de danos causados pelo uso e abuso de drogas e prevenção de violência.

### 6.3 Descrição do problema selecionado

Os dados da Tabela 1 abaixo são referentes a dezembro de 2013. O número total de habitantes do território é 4979, o número total de consultas médicas realizadas foi de 620. Observa-se uma subnotificação de violência no território.

**Tabela 1 - Valores de descritores relacionados ao problema**

Descritores	Valores	Fonte
Número de adolescentes (10 a 19 anos)	965 (19,38%)	SIAB*
Consultas médicas mensais com adolescentes	75 (12%)	SIAB*
Número de total de gestantes	33	Arquivo

		interno
Número de adolescentes gestantes	9 (27,3%)	Arquivo interno
Morte por causa externa em jovens	1	SIAB*
Notificações de violência contra o jovem	0	SMS**
Notificações de violência por jovem	0	SMS**

Fonte: Planejamento Estratégico Situacional, equipe "Andorinhas"

\* SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

\*\*SMS: dados da Secretaria Municipal de Saúde

#### 6.4 Explicação do problema

Os problemas mencionados anteriormente podem ser explicados ao se observar a evolução histórica do modo de viver das pessoas e os determinantes sociais presentes nesse contexto. A população em questão se caracteriza por baixo nível econômico e educacional e uma estrutura familiar precária. A necessidade precoce de trabalho para gerar renda leva a um abandono dos estudos e conseqüentemente a empregos desvalorizados. Esses fatores estão intimamente relacionados a comportamentos de violência e consumo de drogas.

Além disso, é marcante a cultura que passa de geração em geração de constituição precoce de família como forma de independência. É comum encontrar mães adolescentes que são filhas de mulheres que foram mães na adolescência, resultado de uma inicialização precoce da sexualização e da vida sexual ativa.

[...] Em diversos contextos sociais, as moças estão condicionadas a se casar e a serem donas de casa, enquanto que os rapazes são formados pra serem os provedores da família. O uso da imagem da mulher pela mídia, como símbolo sexual, contribui para fortalecer a desigualdade entre os sexos. As desigualdades sociais e a pobreza também são fatores importantes para aprofundar as iniquidades de gênero. Essas diferenças de expectativas e papéis sociais são incorporadas e internalizadas por crianças e adolescentes, refletindo-se em seus comportamentos atuais e futuros, principalmente no que diz respeito à sexualidade, às relações pessoais, com namorados e cônjuges, bem como no acesso a informações e serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva oferecidos antes e depois do casamento (BRASIL, 2010, p. 54-55).

Ainda nesse contexto, observa-se uma falta de informações corretas sobre métodos contraceptivos e uma repressão familiar ao uso deles, algumas vezes sustentada por questões religiosas. Um agravante para a situação é o fato de que para elas, ter filhos de indivíduos que exercem poder local (como os envolvidos no tráfico de drogas) gera um status diante da comunidade.

Nota-se ainda uma dificuldade de acesso do adolescente aos equipamentos sociais e ausência de parceria entre eles, além de uma falta de preparo da equipe de saúde local e dos profissionais da escola para abordar questões comuns da adolescência.

### 6.5 Seleção dos nós críticos

A seleção dos nós críticos foi feita de maneira a contemplar as deficiências mais graves e mais passíveis de intervenção. Sendo assim, foram selecionados:

- a) Despreparo da equipe de saúde em abordar questões comuns na adolescência
- b) Falta de informações corretas sobre métodos contraceptivos; dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos: desaconselhamento familiar, falta de abertura na unidade de saúde ao jovem
- c) Ausência de parceria entre Unidade de Saúde e Escola Municipal

### 6.6 Desenho das operações

A partir dos nós críticos selecionados, desenvolveu-se uma operação, em que foram descritos os resultados esperados e os recursos necessários para sua execução. Essas informações são descritas no quadro a seguir:

**Quadro 3 – Desenho das Operações**

Desenho das Operações	1	2	3
Nó Crítico	Despreparo da equipe de saúde em abordar questões de sexualidade na adolescência	Falta de informações corretas sobre métodos contraceptivos e dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos: desaconselhamento familiar, falta de abertura na unidade de saúde ao jovem	Ausência de parceria entre Unidade de Saúde e Escola Municipal
Operação	<b>Seminário Andorinhas de Saúde do Adolescente</b>	<b>Saúde Jovem – Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente</b>	<b>Saúde e Escola</b>

Resultado esperado	Melhor preparo de toda a equipe de saúde em abordar questões ligadas ao universo adolescente	Melhor assistência à saúde do jovem, menor índice de gravidez na adolescência, diminuição e prevenção do abuso de drogas, detecção precoce de agravos	Melhorar a proximidade com os jovens da comunidade através de parceria com a escola municipal da área adscrita
Produto esperado	Seminário com carga horária de 8h destinado aos profissionais de saúde do PSF Morro Santana com participação de convidados especialistas	Grupo operativo de adolescentes, horário na agenda dos profissionais de saúde destinado ao público adolescente, salas de espera destinada aos pais dos adolescentes, formulação de pré e pós teste para base de comparação no monitoramento e avaliação das ações em saúde	Reuniões com pais dos adolescentes, grupos operativos de adolescentes com temas variados, grupos de capacitação dos profissionais da educação para abordar questões de saúde com os alunos
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Organizacionais – priorização de um dia na carga horária dos profissionais e motivação da equipe</li> <li>. <u>Econômicos – recursos da secretaria de saúde para financiar os profissionais convidados</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organizacionais: planejamento de horários para as atividades pelos profissionais, divulgação das atividades pelos agentes de saúde</li> <li>.Econômicos: materiais de papelaria, equipamentos midiáticos – televisão, data show</li> <li>.<u>Poder: aproximação com o corpo docente da escola</u></li> <li>.Cognitivo: capacitação dos profissionais de saúde através de educação continuada e permanente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Organizacionais – reunião com a diretoria da escola e Secretaria de Educação</li> <li>.Econômicos – materiais de papelaria, recursos midiáticos</li> <li>.<u>Poder – motivação das partes com a parceria</u></li> <li>.Cognitivo – capacitação dos profissionais através de treinamentos</li> </ul>

Fonte: Planejamento Estratégico Situacional, equipe “Andorinhas”

## 6.7 Identificação dos recursos críticos

Os recursos julgados como críticos foram identificados no Quadro 3 com apresentação sublinhada.

### 6.8 Análise da viabilidade do plano

Para que a operação aconteça efetivamente, é necessária uma previsão e análise dos impasses, para que seja possível prever ações para contornar os obstáculos. Assim, no quadro abaixo estão descritos os atores que controlam os recursos críticos de cada operação, sua motivação diante do plano, e as ações estratégicas possíveis.

**Quadro 4 - Análise de Viabilidade do Plano**

	1	2	3
Operação	<b>Seminário Andorinhas de Saúde do Adolescente</b>	<b>Saúde Jovem – Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente</b>	<b>Saúde e Escola</b>
Ator que controla	Secretaria Municipal de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde, equipe de saúde PSF Andorinhas	Alunos, pais e profissionais da escola – direção, professores, funcionários
Motivação	Desfavorável	Favorável	Contrária
Ação estratégica	Apresentação do Plano de Ações ao gestor	Apresentação do Plano de Ações ao gestor	Apresentação do Plano de Ações à Secretaria de Educação e à direção da escola com os objetivos e metodologias propostas

Fonte: Planejamento Estratégico Situacional, equipe “Andorinhas”.

### 6.9 Elaboração do plano operativo

No aspecto organizacional, foram definidos responsáveis e prazos para a realização das atividades, que podem ser observadas no quadro seguinte:

**Quadro 5 - Atividades, prazos e responsáveis**

	1	2	3
Operação	<b>Seminário Andorinhas de Saúde do Adolescente</b>	<b>Saúde Jovem – Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente</b>	<b>Saúde e Escola</b>
Responsável	Mírian e Jordana	Mírian, Fernanda, Ivanilde e Flávia	Mírian, Letícia, Simone e Jonas



Prazo	1 mês para contato com profissionais e organização de agenda, 3 meses para seminário	2 meses para apresentar o projeto à SMS*, 3 meses para iniciar atividades com a equipe	2 meses para reunião com SME* e direção da escola, indefinido para início das atividades
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>- acordar financiamento com Secretaria Municipal de Saúde</li> <li>- convite aos profissionais do Setor de Saúde do Adolescente do Hospital das Clínicas da UFMG*</li> <li>- reserva de data e espaço, preferencialmente no Grupo Auta de Souza, ONG localizada no território e parceira do centro de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- reserva de 4h semanais na agenda da enfermeira e das médicas de família no atendimento ao adolescente - que poderá ser ambulatorial, através de grupos operativos na unidade de saúde ou na escola</li> <li>- solicitação e distribuição da Caderneta do Adolescente nas versões feminina e masculina, formulada e disponibilizada pelo Ministério da Saúde</li> <li>- propor cronograma de atividades e temas de educação permanente da equipe, bimestralmente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- escolha de horário para as atividades</li> <li>- divisão das turmas em grupos de 20 pessoas e definição do local das atividades</li> </ul>

Fonte: Planejamento Estratégico Situacional, equipe "Andorinhas"

\*SMS: Secretaria Municipal de Saúde; SME: Secretaria Municipal de Educação; UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais.

Cronograma das atividades na escola: os encontros serão semanais e os alunos serão organizados em grupos de no máximo 20 pessoas, de modo que haja seis encontros consecutivos semanais com um mesmo grupo, seguido do mesmo cronograma com outro grupo. Após essa etapa serão iniciados encontros de manutenção com os grupos que já finalizaram as atividades, a cada seis ou mais semanas, com duração total de um ano com cada grupo.

#### **Quadro 6 - Cronograma das atividades**

<p><i>Ciclo 1 - Reunião inicial</i>  Local: Escola</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- apresentação da equipe/participantes</li> <li>- apresentação do diagnóstico situacional e do projeto</li> <li>- sugestões de metodologia</li> <li>- aplicação do pré teste</li> </ul>
---

<p><i>Ciclo 2 - Introdução à sexualidade</i> Local: Escola</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entendendo o corpo humano: anatomia e reprodução</li> <li>- entendendo a sexualidade</li> </ul>
<p><i>Ciclo 3 - Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Gestação</i> Local: Escola</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- apresentação das DST mais comuns, diagnóstico e prevenção</li> <li>- mudanças corporais e implicações sociais da gestação</li> <li>- relato de caso: conversa com uma gestante ou puérpera da escola</li> </ul>
<p><i>Ciclo 4 – Contracepção</i> Local: Escola</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- métodos contraceptivos e planejamento familiar</li> <li>- reflexão sobre a escolha</li> </ul>
<p><i>Ciclo 5 – Violência/Bullying e drogas</i> Local: Escola</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas individuais</li> </ul> <p>Local: Unidade Básica de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- atendimento individual agendado na Unidade de Saúde (médica, enfermeira, nutricionista, ginecologista, psicóloga, assistente social, etc)</li> </ul>
<p><i>Ciclo 6 – Fechamento</i> Local: Escola</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- reflexões do conhecimento produzido e resultados</li> <li>- críticas e sugestões</li> <li>- pós teste</li> </ul>

Fonte: Planejamento Estratégico Situacional, equipe “Andorinhas”

## 6.10 Gestão do Plano e Monitoramento

O monitoramento do plano será através de comparação dos pré e pós testes (Anexo 4) e de uma avaliação qualitativa semestral das turmas trabalhadas, realizada em reuniões de equipe.

Além disso, serão analisados os seguintes descritores, em número absoluto e porcentagem, em 3 meses, 6 meses, 12 meses, 24 meses:

### Quadro 7 - Monitoramento fase 1

Média das consultas mensais com adolescentes (em cada classe profissional)
Número de adolescentes gestantes
Grupos Operativos com adolescentes
Grupos Operativos com pais de adolescentes

Fonte: Planejamento Estratégico Situacional, equipe “Andorinhas”

Uma maneira de monitorar a saúde do adolescente sugerida pelas “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens” (BRASIL, 2010) é intitulado

como 'Instrumento 5' (Quadro 8 - Monitoramento fase 2), que também nos ajudará na avaliação do nosso trabalho.

**Quadro 8 - Monitoramento fase 2**

A ESF possui registro atualizado dos adolescentes da área?	( ) Sim ( ) Não
50% ou mais dos adolescentes cadastrados estão com a vacinação em dia?	( ) Sim ( ) Não
50% ou mais dos adolescentes foram atendidos com consulta para avaliação de crescimento e desenvolvimento?	( ) Sim ( ) Não
A ESF desenvolve atividade coletiva voltada para os adolescentes abordando saúde sexual e reprodutiva?	( ) Sim ( ) Não
Houve redução nos casos de gravidez não planejada entre as adolescentes em acompanhamento pela ESF?	( ) Sim ( ) Não
Houve aumento do número absoluto de crianças livres da cárie até 12 anos?	( ) Sim ( ) Não

Fonte: Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, BRASIL, 2010

## 7 Considerações Finais

O planejamento das ações em saúde é fundamental no caminho para uma assistência de qualidade, principalmente no contexto da atenção primária. Dada à diversidade de cenários e da população brasileira, a equidade se destaca como um princípio importante do SUS e que leva os profissionais da Estratégia de Saúde da Família a estabelecerem processos de trabalho e planos de ação condizentes com a real demanda de cada localidade. Para isso, um estudo aprofundado do território e de seus determinantes sociais é uma etapa essencial, assim como o aprimoramento do trabalho em equipe.

Neste estudo, tive a oportunidade de fazer parte da elaboração de um planejamento em saúde que foi mais do que elaborar um plano de ação. Foi uma experiência muito gratificante de união entre os profissionais da equipe e compartilhamento de conhecimento. Na nossa Unidade de saúde temos o privilégio de contar com uma equipe bem completa e, de modo geral, muito empenhada na melhoria do serviço. Conhecer melhor a comunidade em que estamos inseridos foi um processo desafiador, mas aprendemos que depois do estudo realizado nossa resolutividade e capacidade de entendimento da demanda são muito maiores.

O resultado do estudo situacional não nos surpreendeu, mas elucidou que as impressões gerais e preocupações da equipe são condizentes com as dos usuários em vários aspectos. O destaque para as questões adolescentes que culminou com a escolha do tema central para o planejamento foi bem-vindo pela equipe, mas especialmente por mim, pois sempre me identifiquei e interessei pela área da Medicina do Adolescente.

Com a implantação do plano proposto, esperamos melhorar a assistência à saúde do adolescente, com ênfase em: melhoraria do acesso através da aproximação com a equipe de atenção básica, consolidar uma parceria com os equipamentos sociais da área adscrita - principalmente com a Escola, aprimorar atividades multiprofissionais abordando os comportamentos de risco - incluindo prevenção de violência, difundir informação sobre o uso e abuso de drogas e diminuir suas consequências biossociais, diminuir o número de gestações precoces não desejadas, estimular o empoderamento pessoal, o autoconhecimento e o auto cuidado do adolescente. Estou confiante na adequabilidade do plano proposto e com o empenho da equipe em executá-lo, e mais ainda, ansiosa com os resultados que podemos alcançar.

## Referências

AFONSO, M. L. **Oficinas e dinâmica de grupo na área da saúde**. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2003.

ALMEIDA, J. R. S. *et al.* Oficinas de Promoção de Saúde com Adolescentes: relato de experiência. **Rev. Rene**. v.12(n. esp.), p. 1052-8, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília, 2010. 132 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente **Lei nº 8.069/90** - atualizado com a Lei nº 12.010 de 2009 Inclusa Lei nº 12.594 de 2012 (SINASE). Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Corregedoria Geral da Justiça - Coordenadoria Estadual da Infância e da Juventude – CEIJ. Porto Alegre. 3 ed., fev 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.925**, de 13 de novembro de 1998. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Brasília. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Secretaria de assistência à saúde, Ministério da Saúde. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA**. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, 2007.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG 2010.

CYRINO, E. G.; PEREIRA, M. L. T. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad Saúde Pública**. v.20, p. 780-788, 2004.

FARIA, H. P. *et al.* **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, p.33-47. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010: resultados preliminares**. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/censo2010/piramide\\_etaria/index.php](http://www.ibge.gov.br/censo2010/piramide_etaria/index.php). Acesso em set 2012.

MATUS, C. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. **Fundamentos da planificação situacional**. São Paulo: Cortez, p.105-176, 1989.

MILANI, F. M. Cultura de paz x violências: papel e desafios da escola. **Cultura de paz: estratégias, mapas e bússolas**. Salvador: Edições IMPAZ, p. 31-62, 2003.

MOCCELLIN, A. S. *et al.* Efetividade das ações voltadas à diminuição da gravidez não-planejada na adolescência: revisão da literatura. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**v.10, n.4. Recife, 2010.

OURO PRETO. Arquivos internos - entrevistas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde. **Programa de Saúde da Família Andorinhas** - Morro Santana, Ouro Preto - Minas Gerais. 2012.

OURO PRETO. Arquivos internos - pesquisa realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde. **Programa de Saúde da Família Andorinhas** - Morro Santana, Ouro Preto - Minas Gerais. 2010.

OURO PRETO. Arquivos internos - Fechamento SIAB. **Programa de Saúde da Família Andorinhas** - Morro Santana, Ouro Preto - Minas Gerais, dez 2013.

OURO PRETO. **Prefeitura municipal de Ouro Preto**. Disponível em [www.ouropreto.gov.mg.br](http://www.ouropreto.gov.mg.br). Acesso em ago 2013.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - SIAB. **Base de Dados do Ministério da Saúde**. Brasília. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em ago 2013.

SITUAÇÃO DA BASE DE DADOS NACIONAL - SIOPS. Brasília. Disponível em [www.siops.datasus.gov.br](http://www.siops.datasus.gov.br). Acesso em maio 2010.

STEVENS, A. Adolescência, sintoma da puberdade. Belo Horizonte, Escola Brasileira de Psicanálise, Seção Minas Gerais, **Rev. Curinga**. n. 20, p.27-39. 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO - UFOP. Disponível em [www.ufop.br](http://www.ufop.br). Acesso em ago 2013.

VITALLE, M. S. S.; ALMEIDA, R.G.; SILVA, F. C. Capacitação na atenção à saúde do adolescente: experiência de ensino. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0017&lng=en&nrm=iso). Acesso em set 2013.

## Anexos

### Anexo 1

**Unidade de Saúde Andorinhas / Morro Santana - Ouro Preto**

**Questionário Base para elaboração de Perfil de Planejamento**

**Agente Comunitário de Saúde**

Nome: \_\_\_\_\_ Micro Área: \_\_\_\_\_

1. Quais os principais problemas que a população da sua área queixa? (doenças, questões ambientais, sociais, etc) - liste os cinco principais em ordem de importância.

---

---

---

---

---

2. Quais os principais problemas crônicos de saúde você identifica na sua área?

---

---

---

3. Quais os principais problemas agudos de saúde você identifica na sua área?

---

---

---

4. Quais os principais problemas ambientais você identifica na sua área?

---

---

---

5. Quais os principais problemas sociais você identifica na sua área?

---

---

---

6. O que você acha da assistência à saúde da população residente na micro área sob sua responsabilidade?

( ) muito boa ( ) boa ( ) ruim ( ) péssima

7. Na sua opinião, o que é preciso melhorar na assistência à saúde da população da sua área?

---

---

---

---

---



**Anexo 2**

**Unidade de Saúde Andorinhas / Morro Santana - Ouro Preto**

**Questionário Base para elaboração de Perfil de Planejamento**

**Informante-Chave**

Nome: \_\_\_\_\_ Micro Área: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

1. Quais os principais problemas você identifica no território onde mora? (doenças, questões ambientais, sociais, etc)

---



---



---



---



---

2. Como você classificaria os problemas abaixo em ordem de importância na sua comunidade?

( ) pressão alta

( ) dengue

( ) câncer

( ) poluição do ar

( ) violência

( ) abastecimento de água

( ) diabetes

( ) drogas

( ) coleta de lixo

( ) transporte coletivo

( ) gravidez na adolescência

( ) desemprego

3. O que você acha da assistência à saúde da população da sua comunidade?

( ) muito boa ( ) boa ( ) ruim ( ) péssima

4. Na sua opinião, o que é preciso melhorar na assistência à saúde da população na sua comunidade?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Anexo 3**

**Breve estudo da micro-área**

1. População adscrita: \_\_\_\_\_

2. Número de famílias: \_\_\_\_\_

3. Equipamentos sociais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Atividades Organizacionais da População: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Outras informações relevantes:

**Anexo 4****Questionário-Teste para Avaliação de Conhecimentos dos Adolescentes**

Data: \_\_\_\_\_

1) Escreva três métodos de evitar a gravidez que você conhece:

---

---

---

2) Qual único método de evitar a gravidez que também evita a transmissão de doenças?

---

3) Escreva três doenças que você conhece que têm transmissão através do sexo:

---

---

---

4) Responda com um X se as seguintes afirmações são verdadeiras ou falsas:

"O cigarro e as bebidas alcoólicas não são consideradas drogas" Verdadeiro ( ) Falso ( )

"A maconha é uma droga mais leve, pois não causa vício" Verdadeiro ( ) Falso ( )

"O crack é uma droga que pode viciar já na primeira vez que a pessoa usa"  
Verdadeiro ( ) Falso ( )

"Podemos dizer que violência só ocorre quando há agressão física" Verdadeiro ( ) Falso ( )

"A violência é a principal causa de morte de jovens no Brasil" Verdadeiro ( ) Falso ( )