

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

**HEITOR BERTONI ARAÚJO E SILVA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EM PROL DOS ADOLESCENTES DO  
BAIRRO MINAS GERAIS**

Uberaba/MG

2014

**HEITOR BERTONI ARAÚJO E SILVA**

**PROGRAMA DE MELHORIAS EM PROL DOS ADOLESCENTES DO  
BAIRRO MINAS GERAIS**

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

Orientadora Prof<sup>a</sup>. Zilda Cristina dos Santos

Uberaba/MG

2014

**HEITOR BERTONI ARAÚJO E SILVA**

**PROGRAMA DE MELHORIAS EM PROL DOS ADOLESCENTES DO  
BAIRRO MINAS GERAIS**

Banca examinadora:

Aprovado em Uberaba, em

## RESUMO

A Unidade Básica de Saúde da Família Minas Gerais (UBSF MG) é uma unidade recente, criada há cerca de dois meses e instalada provisoriamente em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em um bairro relativamente distante da sua área de abrangência (cerca de 2km). A UBSF MG conta com duas equipes ainda incompletas e em estágio de formação: UBSF MG1 e UBSF MG2. Como nó crítico apresentado foi o tráfico e a drogadição vêm se alastrando pelo bairro, principalmente nas áreas mais longínquas. Há uma enorme demanda por escolas, creches, unidades de saúde, transporte, esporte e atividades de lazer, espaços recreacionais por parte da população carente. O objetivo geral, desse projeto de intervenção é integrar o adolescente do bairro Minas Gerais à unidade de saúde, englobando várias vertentes que pretendem mobilizar lideranças sociais disponíveis do bairro para atrair e responsabilizar esses adolescentes, mudando a realidade do bairro. Esse plano de ação se baseia no Planejamento Estratégico Situacional, proposto pelo Prof. Carlos Matus, tomando como atores sociais os aparelhos do próprio bairro e partindo do conceito que conhecimento é múltiplo e parcial, este planejamento é um processo participativo e envolve a negociação entre as partes para identificação e priorização de conflitos locais, a fim de propor soluções capazes de aplacá-los. Espera-se trazer o adolescente que há muito tempo não fazia acompanhamento médico, educar esse jovem, melhorar a abordagem desse jovem pelos profissionais de saúde, mostrando abertura da unidade e oferecer ajuda a esse adolescente e sua família.

**Descritores:** Adolescentes- DSTs. - Drogadição -Gestação

## **ABSTRACT**

The Family Health Unit of Minas Gerais (FHU MG) is a new unit, created about two months and installed temporarily in a Basic Health Unit (BHU) in a relatively distant neighborhood of the adscrited area (about 2km). The FHU MG has two incomplete teams and still and in formation: FHU MG1 and FHU MG2. In relation to the total population of the district, 58.46 % of people are covered by private health insurance, which gives the public service the key role in the prevention, maintenance and health education of the poorest portion. It is noticed that the neediest families, do not fit into a stereotype of the traditional family model. According to the data of visits since the opening of the unit in February this year, 10 % of pregnant women are teenagers (under 18 , and in half of the cases there are sexual diseases associated, such as syphilis or condyloma. As in other suburbs, trafficking and drug addiction are spreading through the neighborhood, especially in the more remote areas. There is a huge demand for schools, kindergartens, health facilities, transport, sport and leisure activities, recreational areas. As a general goal, this intervention project aims to integrate the adolescent of Minas Gerais district to the health unit, covering various aspects that wish to raise social leaders available in the neighborhood to attract and hold these adolescents, changing the reality of the neighborhood. This action plan is based on the Situational Strategic Planning, proposed by Prof. Carlos Matus. Taking as social actors devices the neighborhood itself and based on the concept that knowledge is multiple and partial, this planning is a participatory process and involves negotiation between the parties to identify and prioritize local conflicts in order to propose solutions to placate them. Expected to bring the teenager who has long had no medical care, educate this young, improve the approach of this young by health professionals, showing the drive slot and offer help to that adolescents and their families.

**Descriptors:** Teens and STDs. Teens and Drug Addiction. Teenage pregnancy.

## **SUMÁRIO**

<b>1 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 – JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>11</b>
<b>3 – OBJETIVO.....</b>	<b>15</b>
<b>4 – DESENVOLVIMENTO</b>	
<b>4.1 – BASES CONCEITUAIS.....</b>	<b>16</b>
<b>4.2 – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>23</b>
<b>6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>25</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Uberlândia é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. A cidade localiza-se no Triângulo Mineiro e também pertence à Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e à microrregião de mesmo nome. Localiza-se a oeste da capital do estado Belo Horizonte, distando desta cerca de 556 quilômetros.

Sua população, segundo a estimativa de 2012, é de 619536 habitantes, sendo o município mais populoso da região do Triângulo Mineiro e o segundo mais populoso de Minas Gerais, depois da capital. É também o município mais populoso do interior de Minas e o quarto município mais populoso do interior do Brasil. Ocupa uma área de 4,1 mil quilômetros quadrados, sendo que 135,3 quilômetros quadrados estão em perímetro urbano.

A sede tem uma temperatura média anual de 22,3 graus centígrados. Na vegetação do município, predomina o cerrado. Em relação à frota automobilística, em 2009 foram contabilizados 261318 veículos. Com uma taxa de urbanização da ordem de 97,56 por cento, o município contava, em 2008, com 198 estabelecimentos de saúde. O seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), segundo dados de 2010, é de 0.7898, considerado "alto" pela ONU, sendo o terceiro município com melhor IDH do estado e o 71º do Brasil, estando, inclusive, acima tanto da média estadual quanto nacional, que foram calculadas no mesmo ano como de 0.731 e 0.699, respectivamente.

A cidade de Uberlândia foi emancipada de Uberaba no final da década de 1880. Sua denominação atual foi introduzida pela Lei Estadual 1 128, de 19 de outubro de 1929. É também a principal e maior cidade do Triângulo Mineiro. Conta ainda com localização geográfica privilegiada, já que, com a sua malha rodoviária, está ligada aos grandes centros nacionais, como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Goiânia e Brasília. Os maiores centros econômicos do Brasil contam com Uberlândia como ponto de ligação.

O município conta ainda com uma importante tradição cultural, que vai desde o seu artesanato até o teatro, a música e o esporte. Seu principal e mais tradicional clube de futebol é o Uberlândia Esporte Clube, fundado em novembro de 1922.

Uberlândia também é destaque no turismo, com seus diversos atrativos culturais, naturais e arquitetônicos. Alguns dos principais são o Mercado Municipal, o Parque do Sabiá e o Parque Municipal Victorio Siquierolli. Um dos principais eventos é o carnaval de Uberlândia, que, além de bailes de clubes, conta ainda com a participação de quatro escolas de samba e blocos que realizam um carnaval de rua na cidade. O município possui destaque também no turismo de negócio em escala nacional.

E não diferente de todas as grandes cidades, juntamente com o desenvolvimento econômico exacerbam-se os problemas sociais que esse crescimento acelerado ocasiona, quando não acompanhado de uma infraestrutura adequada. Aumento da violência urbana, do narcotráfico, da desigualdade social, escassez e má qualidade dos serviços públicos de saúde, transporte e educação fazem parte da realidade uberlandense.

A Unidade Básica de Saúde da Família Minas Gerais (UBSF MG) é uma unidade recente, criada há cerca de dez meses e instalada provisoriamente em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em um bairro relativamente distante da sua área de abrangência (cerca de 2km). O seu horário de funcionamento é das 7h às 17h, com pretensão de se iniciar o horário do trabalhador (das 17 às 21h).

A UBSF MG contava com duas equipes ainda incompletas e em estágio de formação: UBSF MG1 e UBSF MG2, faltando quatro agentes de saúde, uma assistente administrativa e uma técnica de enfermagem.

Há cerca de 4 meses, a UBSF MG e suas duas equipes foram transferidas para a sede própria, na sua área de abrangência, no Bairro Minas Gerais.

Área de abrangência ainda está em cadastramento e os dados ainda não estão totalmente disponíveis, sendo os dados dos atendimentos, os mais utilizados para o diagnóstico situacional da área de abrangência.

De acordo com os dados do SIAB-DATASUS de 2014, 82,09 % das crianças entre 7-14 anos estão na escola e 94,74% das pessoas maiores de 15 anos são alfabetizadas. Porém, sob observação crítica e direta dos usuários da



UBSF, percebe-se que uma pequena parcela da população é analfabeta funcional, apresentando grande dificuldade de leitura e interpretação de receituário e orientações de terapêutica.

Em relação à população total do bairro e não só a área de abrangência da unidade, 58,46% das pessoas estão cobertas por plano saúde privado. O que confere aos serviços públicos papel essencial na prevenção, manutenção e educação em saúde da parcela mais carente. Tendo em vista que a população atingia quase 8 mil moradores segundo estimativa da Secretaria Municipal de Planejamento Urbano, cada unidade de atenção primária ficaria responsável por cerca de 4 mil usuários.

Ainda não há dados acerca da renda per capita ou situação empregatícia da população, pois a mesma ainda se encontra em fase de cadastramento. O que se observa é uma parcela de usuários com boa condição financeira e outra, onde os usuários da Unidade são população tipicamente flutuante ou com unidades familiares geralmente de grande número de indivíduos e com apenas um ou dois provedores, com renda de um ou dois salários mínimos, sendo que muitos contam com a ajuda de projetos assistencialistas governamentais. A área então possui uma situação discrepante, entre área de condomínios de classe média e área de pobreza.

Percebe-se que as famílias da área carente do bairro se encaixam em um estereótipo não condizente com o modelo familiar tradicional. Os cenários variam entre: mãe solteira com filhos de pais diferentes; avó sustentando os netos com sua aposentadoria, e a mãe com outra família; familiares responsáveis pelo cuidado e sustento de filhos de drogaditos ou presidiários; famílias imigrantes com provedores residentes em outros bairros e cidades.

No bairro Minas Gerais, há dois representantes no nível do executivo, com dois vereadores provenientes do bairro, que exercem grande influência principalmente na área mais carente. As políticas ali presentes, incluindo as de saúde, são pouco eficazes, e as mais atuantes são as municipais ou gerenciadas pelo município, predominando a política assistencialista. Não há muito interesse, por parte da população mais privilegiada em participação ativa de políticas públicas para melhoria do bairro, com pouca participação no Conselho Municipal ou Distrital e sem formação de um conselho do bairro. Não há dados disponíveis sobre os recursos orçamentários destinados ao bairro.

A área do UBSF Minas Gerais I abrange uma população estimada de 4 mil pessoas sendo apenas 15% dessas cadastradas. Na área abrangente, inclui a área carente do bairro, sendo que a outra equipe, UBSF Minas Gerais I, tem uma população economicamente mais favorecida.

De acordo com os dados dos atendimentos desde a abertura da unidade em fevereiro deste ano, as condições mais prevalentes são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), diabetes (DM) e doenças mentais (DME). Também estão descritas usuários de drogas (DRO), hanseníase (HAN), tuberculose (TB) e gestações (GES). Porém, dados de atendimento não são confiáveis quando se tem uma área ainda em cadastramento, pois se baseia em usuários que procuram a unidade – sendo eles os portadores de HAS, DM e DME que necessitam de troca de receita e gestante para realização das consultas pré-natais.

## 2. JUSTIFICATIVA

São muitos os fatores que influenciam o cenário de baixa assiduidade de consultas e irregularidade de tratamento em doenças crônicas na área carente. Segundo Coelho *et al.* (2005, p. 158):

“A adesão ao tratamento de qualquer doença crônica, por período de tempo indefinido, sofre influência de fatores próprios do paciente e por outros desencadeados pelo médico.”

Desde a baixa escolaridade e dificuldade de entendimento sobre a posologia das medicações, até uma educação em saúde deficiente, sem noção da amplitude e consequências da não adesão ao tratamento clínico. Além disso, o sistema de saúde hipertrofiado acaba por pressionar consultas médicas que não possibilitam a dispensa do tempo necessário para o completo entendimento por parte do usuário e algumas vezes, nem há interesse da parte do profissional de saúde em verificar se houve tal compreensão. Outro fator local importante é que a maioria dos pacientes crônicos é idosa, necessita de cuidados domiciliares e nem sempre há interesse da família em realizar essa função cuidadora. Deve-se lembrar também, que a unidade do bairro é muito recente, e portanto, suas ações em saúde irão repercutir à longo prazo.

A polifarmácia também pode ser um fator de baixa adesão da população mais idosa, conforme os estudos de Flores *et al* (2005), Blanski *et al.* (2005) e Rocha *et al.* (2008), que evidenciaram que quanto menor a quantidade de medicamentos prescritos maior a assiduidade do tratamento.

Na área, 10% das gestantes são adolescentes (menores de 18 anos), sendo que em metade dos casos há doenças sexuais associadas, como sífilis ou condiloma acuminado. Outra observação importante é o número de adolescente e pré-adolescente que vai realizar o exame de dosagem de B-HCG na unidade, sob suspeita de gravidez. Constata-se, portanto, que essas adolescentes iniciam vida sexual cada vez mais precocemente, se expondo a situações de risco, que geralmente culminam em gestação não desejada e/ou doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Pode-se explicar tal fato pela desestruturação familiar tão marcante no bairro, com abandono e desinteresse pela vida social do adolescente, além da perda da figura do educador, pois

muitos são filhos de drogaditos, etilistas, presidiários ou de mães adolescentes, perpetuando o círculo vicioso da pobreza e educação negligenciada. Outra hipótese, embora mais preconceituosa, está na excessiva religiosidade do bairro, que inibiria a educação sexual desses adolescentes. Também podemos citar como fatores agravantes a falta de áreas de lazer e de ocupação para tal parcela da população, justo em um momento de suscetibilidade e vulnerabilidade emocional.

O abuso de álcool e drogas também é um fator de risco importante para DSTs. Segundo o estudo de Taquette *et al.* (2005), adolescentes de risco englobam àqueles com atraso escolar, que fazem abuso de substâncias, e não possuem essa unidade familiar protetora, onde não há violência intrafamiliar.

Para Chalem *et al.* (2007, p.185) a gravidez precoce é um grande problema de saúde pública com repercussões tanto para a adolescente quanto à sociedade:

“A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo, associado a grande número de fatores, como os econômicos, educacionais e comportamentais, precipitando problemas e desvantagens decorrentes da maternidade precoce.”

Assim como nas demais periferias, o tráfico e a drogadição vêm se alastrando pelo bairro, principalmente nas áreas mais longínquas. E, novamente, os adolescentes são os mais afetados. Nessas áreas há uma marginalização dos serviços públicos, como escassez de transporte, policiamento, acesso às unidades de saúde. Esses moradores são muito mais difíceis de serem ajudados, pois não frequentam a unidade de saúde, mantendo-se isolados, ora pelo preconceito por parte da sociedade que os culpa pelo vício, ora pelo medo de procurar ajuda, ora pela ausência de uma política mais abrangente e eficiente, capaz de reintegrá-los à comunidade. Uma vez marginalizada, há um aumento crescente da violência, com formação de poderes paralelos e organizações criminosas, exemplificado pelos casos de assassinatos, sempre na mesma área.

Há uma enorme demanda por escolas, creches, unidades de saúde, transporte, esporte e atividades de lazer, espaços recreacionais por parte da

população carente. Segundo Pratta e Santos (2007), o uso de substâncias ilícitas é menor em adolescentes que praticam esportes, atentando para o fato de que os adolescentes que fizeram parte de tal estudo, todos frequentavam ambiente escolar.

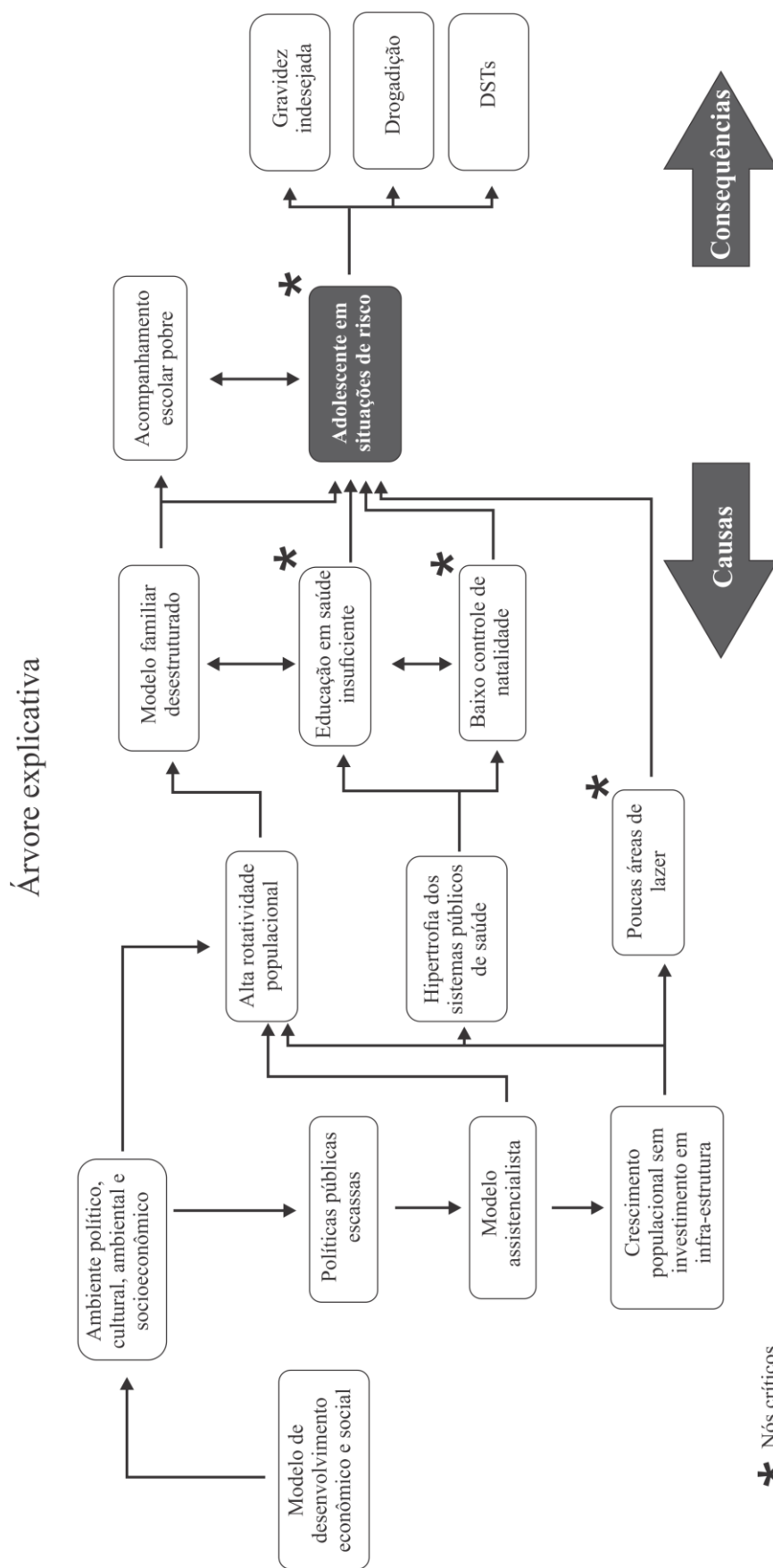
Trata-se de um bairro em que boa parcela da população depende dos serviços públicos locais e não encontra estes serviços disponíveis em quantidade suficiente, e alguns, como as unidades de saúde, em especial a UBSF recém-criada, ainda não conseguem suprir com qualidade adequada a demanda atendida. Não houve um crescimento das políticas sociais locais que acompanhou o ritmo populacional do mesmo, resultado de mau planejamento e má gestão pública para com a população carente do bairro. Além disso, não houve a devida cobrança e organização por parte da população. Uma vez analisada os dados do bairro, estes parecem não ser tão alarmantes, porém porque a parte mais favorecida falseia os resultados dos indicadores sociais.

*TABELA 1. Os problemas e as suas prioridades.*

<b>PROBLEMA</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Prioridade</b>
Irregularidade no tratamento de doenças crônicas	Alta	5	Parcial	3
Adolescentes em situação de risco	Alta	8	Parcial	1
Drogadição e narcotráfico	Alta	7	Parcial	2
Escassez de serviços públicos	Alta	5	Fora	4

Priorizam-se, assim, os adolescentes em situações de risco. Porém, não há como separar esses adolescentes em situação de risco, englobando a gravidez, DSTs e promiscuidade, de outros problemas como drogadição, apesar deste não se restringir a esta faixa etária.

Monta-se portanto, a seguinte árvore explicativa:



### 3. OBJETIVOS

Como objetivo geral, esse trabalho visa à elaboração de um plano de ação para integrar o adolescente do bairro Minas Gerais à unidade de saúde para a melhoria das práticas de educação em saúde dessa parcela da população e conseqüentemente, melhoria dos indicadores socioeconômicos.

Para conseguir estabelecer essa proximidade, torna-se necessário os seguintes objetivos intermediários:

- Mobilização de lideranças e aparelhos sociais do bairro que exerçam influência direta ou indireta na vida do adolescente;
- Unir atores sociais em prol de uma ação conjunta;
- Sensibilizar as equipes da UBSF MG para melhoria de busca ativa de famílias de alto risco social, afim de intervir nos adolescentes de maneira preventiva;
- Utilizar todos os programas municipais e estaduais disponíveis e voltados para o público adolescente;
- Capacitar os membros das equipes da UBSF MG afim de uma abordagem mais moderna e, por conseguinte, mais eficaz para com o público adolescente;
- Elaborar planos terapêuticos multiprofissionais, fazendo uso de todas instituições e serviços municipais (NASF, CREAS, etc.).

## 4. DESENVOLVIMENTO

### 4.1 – BASES CONCEITUAIS

Em meio aos avanços recentes em direção aos direitos humanos, não há como pensar em promoção do desenvolvimento sustentável, sem esbarrar na redução dos níveis de pobreza e desigualdade social. E para tal desenvolvimento é necessário o envolvimento da própria comunidade, como coautora de sua mudança, juntamente aos aparelhos sociais disponíveis tanto na esfera pública quanto na privada.

As políticas em saúde que agem não só na promoção da mesma, mas também na proteção social, com inclusão social desta parcela da população extremamente carente, são a única maneira de uma real transformação da realidade.

E é justamente a população adolescente, a parcela mais susceptível, não só a aflições como drogadição, disseminação de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e aliciamento do tráfico, mas também susceptível a ações de políticas transformadoras.

No Brasil, a criança e o adolescente encontram seus direitos amparados tanto na Constituição Brasileira de 1988 e quanto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990.

Conforme o artigo 227 da Carta Magna de 1988:

"É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão."

E foi nessa âmbito de proteção e assistência que o ECA vem ampliar os campos de ações das políticas públicas voltadas ao adolescente.

Os princípios que norteiam o ECA são:

- Crianças e adolescentes são sujeitos de direitos exigíveis com base na lei, e não meros objetos de intervenção social e jurídica por parte da família, da sociedade e do Estado;
- Crianças e adolescentes são pessoas em condição peculiar



de desenvolvimento, detentoras de todos os direitos que têm os adultos e que sejam aplicáveis à sua idade. Possuem também direitos especiais, pois, em razão da peculiaridade natural do seu processo de desenvolvimento, não estão em condições de exigir os direitos do mundo adulto e não são capazes, ainda, de prover suas necessidades básicas sem prejuízo do seu desenvolvimento pessoal e social;

- Crianças e adolescentes são reconhecidos como absoluta prioridade. Em qualquer circunstância, seus interesses devem prevalecer;
- A formulação das políticas públicas, o controle das ações e o atendimento a crianças e adolescentes devem contar com a participação da sociedade civil.”

Já no campo da psicologia, a concepção de adolescente se encontra carregada de estereótipos, sendo considerada por muitos um momento da vida cheio de mudanças que trazem ansiedade e angústia ao jovem. Embora a psicanálise justifica tais tormentos por "urgências" sexuais que nascem nessa fase, outros estudiosos psicanalistas atribuem a confusão à um carácter de dificuldade de identificação própria. Para Maurice Debesse, a adolescência não é somente uma mudança de fases, adquirindo carácter e psiquismo próprio. Segundo Debesse (1946, pp.15-16) é um:

“erro pensar que a juventude muda conforme as épocas ... acreditar que ela se identifica com sucessivos vestuários de empréstimo e que cada geração tem sua juventude é uma ilusão de moralista amador e apressado ... por detrás do aspecto da juventude existe a juventude eterna, notavelmente idêntica a si própria no decurso dos séculos ...”

No Brasil, um psicanalista que marcou a perspectiva sobre o tema foi Aberastury. Para ele (1980, p. 15), a adolescência é :

“um momento crucial na vida do homem e constitui a etapa decisiva de um processo de desprendimento.”

Santos (1996), em um estudo que mapeou historicamente as concepções de infância e adolescência incluindo a Teologia, a Filosofia, a Psicologia e as Ciências Sociais, identifica em Rousseau a invenção da adolescência como um período típico do desenvolvimento, marcado pela

turbulência, no qual o jovem não é nem criança nem adulto.

Também aqui estariam as raízes de uma visão naturalista, na medida em que a infância e a adolescência são vistas como um estado, e não como uma condição social. O autor destaca, também, o fato de haver uma tendência à formulação de grandes teorias que construiriam conceitos amplos que podem ser questionados em sua relevância social. Dentro dessa perspectiva, Santos cita como exemplos Freud e Piaget que, segundo ele, apresentam deficiências pelo fato de desprezarem o contexto social e cultural, tendendo a identificar bases universais em suas proposições. Apesar de mencionarem uma inter-relação entre o biológico e o cultural, enfatizam as estruturas internas como propulsionadoras do desenvolvimento. As crianças (e adolescentes) parecem nascer e viver em um vacuum sociocultural.

#### **4.2 – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Esse plano de ação se baseia no Planejamento Estratégico Situacional, proposto pelo Prof. Carlos Matus, Ministro da Economia e assessor direto do governo de Salvador Allende, o então Presidente do Chile, no início dos anos 90. Foi desenvolvido com as devidas adaptações para a realidade local.

Tomando como atores sociais os aparelhos do próprio bairro e partindo do conceito que conhecimento é múltiplo e parcial, este planejamento é um processo participativo e envolve a negociação entre as partes para identificação e priorização de conflitos locais, a fim de propor soluções capazes de aplacá-los.

Uma vez priorizado os problemas da área, com a árvore explicativa dos problemas-foco, estipulado os objetivos, pode-se montar estratégias de saúde.

Tais estratégias visam resultados tanto a curto/médio prazo, para que se possa aplacar a situação emergencial, quanto a longo prazo, para que tais mudanças, diferente do modelo assistencialista, possam de verdade transformar a realidade do bairro.

O projeto, para maior eficácia, engloba várias vertentes que serão discutidas a seguir. Todas pretendem mobilizar lideranças sociais disponíveis do bairro para atrair e responsabilizar os adolescentes do bairro.

A primeira vertente do plano de ação tem como objetivo trazer o adolescente que há muito tempo não fazia acompanhamento médico /

psicológico para a UBSF, além de utilizar uma linguagem e metodologia moderna para educar esses jovens. Outro importante objetivo é juntar vários atores sociais do bairro em uma ação conjunta, fortalecendo a comunicação entre eles e facilitando e aumentando o sucesso de tal ação.

A segunda vertente objetiva a melhoria na abordagem desse jovem pelos profissionais de saúde, mostrando abertura da unidade e oferecendo ajuda ao adolescente e sua família, fazendo acompanhamento médico/psicológico mais rotineiro, além de encaminhar aos órgãos específicos (CAPS infanto-juvenil) quando necessário.

Na primeira vertente do plano, serão realizadas as seguintes atividades na *UBSF*: mutirões de consulta durante a semana (segunda a sexta-feira), dedicando um período alternado por dia para atendimentos multiprofissionais de adolescentes, previamente agendados pelas agentes comunitárias de saúde. A meta será 50 consultas até o final da semana. Serão ainda realizados grupos de discussões na sala de espera com um único tema (ex. DST e contracepção), além de intensificar a distribuição de preservativos; No prédio da *Associação de Moradores*: grupos de discussões e oficinas diárias (segunda a sexta-feira), sempre às 18h – após o término do horário escolar, com ministrantes capacitados e utilizando ferramentas de interesse dos participantes, tratando de temas pertinentes como drogas, sexualidade, gravidez, DSTs, mudanças do corpo adolescente, etc. Logo em seguida, às 19h30, acontecerá festividades com alguns petiscos e atrações culturais da própria comunidade. Nessa atividade, o objetivo é puro recreacional; Nas escolas do bairro: alguns profissionais habilitados e diferentes do cotidiano do aluno irão apresentar temas de uma maneira informal e utilizando uma linguagem acessível, ao menos uma vez em cada sala de aula, durante 50 minutos (equivale a um horário escolar).

O preparo para essa semana começará no mês anterior ao evento, com a ajuda principalmente das agentes comunitárias que irão divulgá-lo nas casas e marcar as consultas dos adolescentes. A escola também é fundamental para a adesão dos adolescentes.

Outra vertente do plano é um programa de acolhimento ao adolescente, principalmente aos usuários de drogas e os de vida promíscua, visando à humanização de seu tratamento. É necessário quebrar preconceitos na própria

unidade para que o jovem se sinta à vontade de procura ajuda ou de, ao menos, se deixar ser ajudado. Serão realizadas capacitações das agentes comunitárias, para que elas aumentem seu campo de visão (entendam, p.e., que a drogadição é uma doença) e sejam mais capazes de triarem as famílias de risco, que merecem mais atenção dos profissionais, e as famílias que necessitam de intervenção imediata. Além disso, haverá grupos de discussão nas salas de espera, ao menos uma vez ao mês, para que a população também se conscientize do âmbito do problema. Sua meta é reduzir em 2 anos o número de gestantes adolescente em 20% e aumentar 50% o números de adolescente usuários acompanhados pela UBSF.

Os principais recursos críticos para a realização do plano são o Financeiro, para aquisição de folhetos, materiais oficinas, e o Organizacional, com a participação de profissionais para capacitação.

*Analisando os recursos necessários*

<b>Nós Críticos</b>	<b>Operação/ Vertente</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Educação em saúde insuficiente/ Baixo controle de natalidade	<b>Semana</b> educacional do adolescente	50 consultas de adolescentes; Unir os atores sociais do bairro.	Maior educação em saúde do adolescente; Maior união dos atores sociais	Organizacional – estrutura física Da Unidade; profissionais habilitados; *Financeiros – para aquisição de folhetos, materiais oficinas
Adolescente em situação de risco	<b>Mudança</b> na abordagem dos adolescentes	Diminuir 20% as gestantes adolescentes e aumentar 50% acompanhamentos dos usuários.	Maior participação dos adolescentes na unidade; Diminuição no número de casos de DST.	*Organizacional – profissionais para capacitação; Cognitivos - informação sobre o tema e estratégias de comunicação

\* Recursos críticos

Analisando os recursos críticos e a necessidade de uma ação estratégica para consegui-los:

<b>Operação/ Vertente</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Ator que controla o recurso</b>	<b>Motivação do ator</b>	<b>Ação estratégica</b>
<b>Semana</b> educacional do adolescente	*Financeiros – para aquisição de folhetos, materiais oficinas	Secretaria Municipal Antidrogas	FAVORÁVEL	Não é necessária
<b>Mudança</b> na abordagem dos adolescentes	*Organizacional – profissionais para capacitação;	UBSF Minas Gerais II	FAVORÁVEL	

Uma vez todos os atores sociais envolvidos estavam à disposição e demonstraram interesse na execução do plano não houve necessidade elaborar uma ação para disponibilizar os recursos críticos.

Agora, para finalizar esta etapa do planejamento basta delegar funções à integrantes dos atores sociais envolvidos e estipular prazos:

<b>Operação/ Vertente</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Semana</b> educacional do adolescente	50 consultas de adolescentes; Unir os atores sociais do bairro.	Maior educação em saúde do adolescente; Maior união dos atores sociais	Médio da UBSF Minas Gerais II	Seis meses para o início da divulgação e sete meses para o início das atividades
<b>Mudança</b> na abordagem dos adolescentes	Diminuir 20% as gestantes adolescentes e aumentar 50% acompanhamen	Maior participação dos adolescentes na unidade;	Enfermeira Coordenadora da UBSF Minas Gerais II	Início imediato

to dos usuários. Diminuição no  
número de  
casos de DST.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O jovem não é algo por natureza. São características que surgem nas relações sociais, em um processo no qual o jovem se coloca inteiro, com suas características pessoais e seu corpo. Como parceiro social, está ali, com suas características que são interpretadas nessas relações, tendo um modelo para sua construção pessoal.

Uma vez envolvida toda a unidade, juntamente com instituições e órgãos públicos/privados do bairro, em ações que responsabilizam o próprio bairro como produtor da mudança social e conhecimento, cria-se o aparato para uma melhoria permanente na situação social da população.

O que se vê são políticas assistencialista que pouco influenciam na vida dos membros familiares e que nunca ocasionam tal melhoria, apenas aplacando situações emergenciais.

Focar as ações nos adolescentes, parcela que apresenta o maior potencial de mudança da população, é a maneira mais acertada de produzir a longo / médio prazo, melhoria dos indicadores socioeconômicos do bairro.

A principal premissa do Programa de Saúde de Família é uma inserção da equipe da Unidade de Saúde no bairro, conhecendo seus usuários e suas peculiaridades, e agindo juntamente com os atores dele, para propor mudanças.

Na vivência do dia-a-dia, percebe-se a susceptibilidade do jovem, que envereda por caminhos depreciativos por motivos que vão desde a autoafirmação até falta de acesso à informação.

Espera-se com esse trabalho, uma mudança na postura dos membros da unidade e da comunidade, para que juntos mudem a situação alarmante do bairro, fazendo com que os jovens consigam romper esse círculo vicioso da pobreza, do vício. E é fundamental para isso, fazer uso de aparelhos sociais que consigam de fato buscar esse adolescente e transformá-lo.

A unidade deve aproveitar essa fase de susceptibilidade e usá-la para transformação desse jovem em um agente modificador da realidade local. E para isso deve usar uma linguagem adequada, instrumentos modernos, com

pouco julgamento de valor, deixando conceitos pré-concebidos de lado e tomando como base a própria realidade do jovem.



## 6. REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GOVERNO FEDERAL. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

Campos, FCC *et al.* Planejamento e avaliação das ações em saúde. – 2ª ed. – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 118p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em:

[http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311180&search=](http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311180&search=minas-gerais|canapolis)minas-gerais|canapolis. Acesso em 16 maio 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

DATASUS: Tecnologia da Informação a Serviço do SUS: banco de dados. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABCMG.def>>. Acesso em 12 julho 2014.

Rolim LB, Cruz RSBLC, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate* 2013; 96(37): 139-147.

Coelho EB, Neto MM, et al. Relação entre a Assiduidade às Consultas Ambulatoriais e o Controle da Pressão Arterial em Pacientes Hipertensos. *Arq Bras Cardiol* 2005; 85(3):157-161.

Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(6):924-929.

Blanski CR, Lenardt MHA. Compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. *Nursing Journal of Rio Grande do Sul* 2005; 26(2):137-281

Rocha CH, Oliveira APS, *et al.* Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008, 13(Sup):703-710.

Taquette SR, Andrade RB, Vilhena MM, Paula MC. A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51(3): 148-152.

Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad. saúde pública* 2007; 23(1): 177-186.

Pratta EMM, Santos MA. Lazer e Uso de Substâncias Psicoativas na Adolescência: Possíveis Relações. *Psic Teor e Pesq* 2007; 23(1):043-052.

Aberastury, A. Adolescência. Porto Alegre. Artes Médicas. 1980.

Debesse, M. A adolescência. São Paulo. Europa-América. 1946.

Santos, BR. A emergência da concepção moderna de infância e adolescência. Mapeamento, documentação e reflexão sobre as principais teorias. Dissertação de Mestrado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Ciências Sociais (Antropologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo – SP. 1996.