

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

JESILAINE AGUILAR BARBOSA PENIDO

**O ADOLESCER SAUDÁVEL: PLANO DE AÇÃO PARA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2014

JESILAINE AGUILAR BARBOSA PENIDO

**O ADOLESCER SAUDÁVEL – PLANO DE AÇÃO PARA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**LAGOA SANTA – MINAS GERAIS
2014**

JESILAINE AGUILAR BARBOSA PENIDO

**O ADOLESCER SAUDÁVEL – PLANO DE AÇÃO PARA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 27/2014

AGRADECIMENTOS

À Deus, aos meus pais, queridos e amados, pelos exemplos superação e perseverança.

Ao meu marido, pelo apoio e compreensão.

Aos meus filhinhos queridos que são a inspiração para a minha caminhada.

“Todos os dias quando acordo
Não tenho mais
O tempo que passou
Mas tenho muito tempo
Temos todo o tempo do mundo

Todos os dias
Antes de dormir
Lembro e esqueço
Como foi o dia
Sempre em frente
Não temos tempo a perder

...
Temos nosso próprio tempo
Temos nosso próprio tempo
Temos nosso próprio tempo

...
Não tenho medo do escuro
Mas deixe as luzes
Acesas agora
O que foi escondido
É o que se escondeu
E o que foi prometido
Ninguém prometeu
Nem foi tempo perdido
Somos tão jovens
Tão Jovens
Tão Jovens”

(Renato Russo)

RESUMO

A sociedade criou leis e políticas públicas voltadas para os adolescentes, porém muito tem ainda que avançar. Os profissionais, tanto da saúde, quanto da educação, segurança, conselhos, serviços de saúde e escolas são corresponsáveis na busca de maior integração para atender aos interesses desta população e efetivar as políticas públicas elaboradas para ela. Além do mais, o processo de adolecer traz aos adolescentes mudanças múltiplas em todas as dimensões o que gera, para grande parte deles, insegurança devido ao desconhecimento dessa faceta de seu desenvolvimento e crescimento. Este estudo objetivou elaborar um plano de ação cujas atividades permitam aos adolescentes a compreensão das mudanças biopsicossociais decorrentes do processo de adolecer e diminuir os agravos de saúde mais comuns deste período. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica narrativa, com busca de materiais no SciELO, com os descritores: adolescência e programa saúde da família. Posteriormente, foi feita a matriz de intervenção, utilizando o método do marco lógico. Espera-se, com a implementação do plano de intervenção, possibilitar ao adolescente viver as mudanças corporais, sociais, psíquicas, emocionais e espirituais com mais segurança e tenha, assim, maior opção de escolha e conquistar os seus objetivos.

Palavras chave: Adolescência. Programa Saúde da Família. Intervenção precoce.

ABSTRACT

The society has created laws and geared for teens public policies, but much has yet to move forward. Professionals, both health, the education, safety, advice, health services and schools share responsibility in the search for greater integration to serve the interests of this population and effectuate health policies designed for her. Moreover, the process of adolescent adolescents brings many changes in all dimensions which leads to most of them, insecurity due to lack this facet of their development and growth. This study aimed to develop an action plan whose activities enable adolescents to understand the biopsychosocial changes resulting from adolescent process and reduce the health problems most common in this period. The methodology used was the literature narrative, to search for materials in SciELO, with descriptors : adolescent and family health program. Subsequently, the matrix was made to intervene using the logical framework. Hopefully, with the implementation of the contingency plan, allowing adolescents living bodily, social, mental, emotional and spiritual changes safer and thus have greater choice option and conquer your goals.

Keywords: Adolescence. Family Health Program. Early intervention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	144
3 OBJETIVO.....	155
4 METODOLOGIA.....	166
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	188
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	277
REFERENCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a atenção básica está organizada principalmente, pela Estratégia Saúde da Família (ESF) que é entendida como uma ferramenta de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação, reabilitação de doenças.

Como profissional de saúde do Centro de Saúde Gentil Gomes, sediado na regional Nordeste de Belo Horizonte, posso afirmar que ele possui quatro equipes de saúde da família e, nesse espaço também atuam outros profissionais como assistente social, equipe de saúde bucal, equipe dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto por nutricionista, fonoaudióloga, psicóloga, educador físico e fisioterapeuta. Contamos, ainda, com uma psicóloga da equipe de saúde mental e com a presença de acadêmicos para estágio curricular de cursos de medicina, enfermagem, psicologia e fisioterapia.

Como aluna do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) da Faculdade de Medicina da Universidade federal de Minas Gerais, tive a oportunidade de fazer o diagnóstico situacional da equipe de saúde da família 2, do referido Centro de Saúde, como uma das atividades do Módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010). Constatei existir elevado índice de drogadição, gravidez precoce, violência, evasão escolar, obesidade e outros problemas relacionados à população de adolescentes.

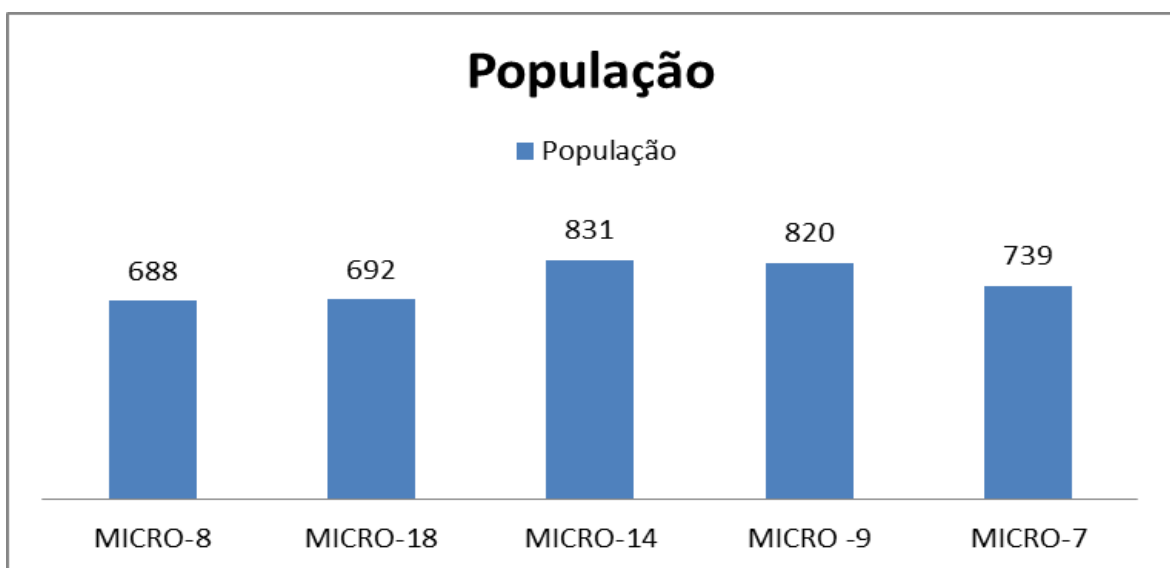
Verifiquei, ainda, infelizmente, não haver ações direcionadas aos adolescentes, nem como forma de prevenção e nem de intervenção diferenciada e relacionada aos problemas de saúde ou social. Não há articulação para promoção de saúde para este público entre a equipe multidisciplinar e nem intersetorialmente.

Este fato não é intrínseco apenas a esse local, pelo contrário, a integração entre setores e profissionais não ocorre de forma efetiva e eficaz na maioria dos locais de

saúde no Brasil, o que faz com que este trabalho venha contribuir para a realização de ações voltadas para os adolescentes.

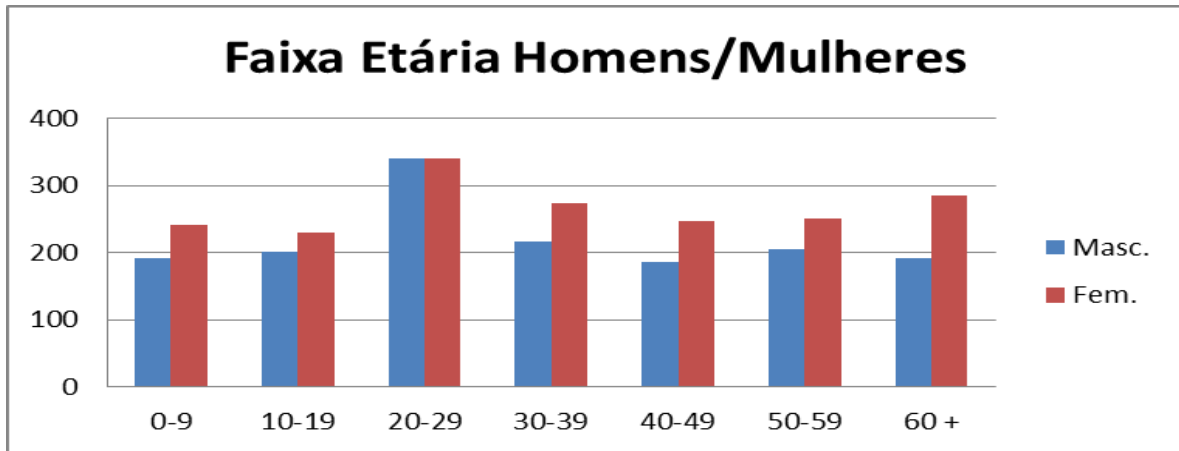
Nos gráficos e quadro abaixo apresentam as informações da equipe 2 do Centro de Saúde Gentil Gomes, dados fornecidos pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) da equipe em 2011.

Gráfico 1 - Total da população por micro áreas da equipe 2 do Centro de Saúde Gentil Gomes, Belo Horizonte, 2011



Verifica-se que as microareas 14 e 9 estavam à época, com população adscrita aos ACS superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

Gráfico 2- Relação dos indivíduos por faixa etária e sexo.



Observa-se uma predominância de mulheres e todas as faixas de idade, exceto na faixa de 20 a 29 anos de idade.

O Quadro 1 - Quantitativo de pessoas cadastradas na área de abrangência da equipe 2 pelas doenças mais comuns entre elas.

Gestantes	13
Crianças 0-2	59
Desnutridos	4
Hipertensos	472
Diabéticos	92
Idosos	468
Acamados	5
Bolsa Família	77
Crianças 0-9	383
Adolescentes 10-19	453
Mulheres 20-59	1198
Psicopatias	37

Os dados do quadro mostram que o maior quantitativo da população cadastrada é referente às mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos. A seguir, temos no quadro 1 o quantitativo expressivo de pessoas hipertensas, depois os idosos e, posteriormente, temos um número significativo de adolescentes, na faixa de 10 aos 19 anos, perfazendo um total de 453 indivíduos.

Pode-se dizer, portanto, que trabalhar com os adolescentes é relevante e se faz necessário implantar ações que os estimulem a frequentarem a Unidade de Saúde e se sentirem cidadãos com direitos e deveres, nesse espaço de promoção, prevenção e tratamento.

Com o intuito de apresentar a visão da população acerca dos diversos serviços da região onde moram, encontram-se apresentados no Quadro 2 a visão que têm desde o Centro de Saúde até a arborização da cidade. Destaca-se que a visão é positiva em relação ao Centro de Saúde sendo este o serviço com maior pontuação de positividade.

Quadro 2 - Visão da população da equipe 2 sobre pontos positivos e negativos da região

PONTOS POSITIVOS	%
Centro de Saúde	80,0
Transporte coletivo	50,0
Igreja / Comércio / Vizinhos	20,0
Escola / Localização/ Saneamento	15,0
Pavimentação	10,0
Arborização	5,0
PONTOS NEGATIVOS	(%)
Segurança (violência)	60,0

Poluição (auditiva, física)	50,0
Falta de supermercado / farmácia	35,0
Drogadicção	30,0
Falta de quebra-molas	25,0
Transporte Coletivo	15,0
Centro de Saúde/Arborização/Lazer/Lotes vagos/ Escolas/Moradores de ruas	10,0

Fonte: dados do diagnóstico situacional

Apesar de ser positivo o serviço de saúde, na visão da comunidade, torna-se um desafio, para nós profissionais, buscar alternativas que tornem ainda mais eficazes e eficientes nosso processo de trabalho.

Pelo exposto reconhece-se a importância do território com espaço de troca de saberes e das práticas de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo é relevante na medida em que nos permite ampliar e adquirir novos conhecimentos acerca do público adolescente, obtendo-se, desta forma, subsídios para posteriormente criar estratégias de intervenção efetivas.

No que se refere à comunidade, o estudo pode também contribuir para a elaboração de estratégias/projeto de intervenção junto aos profissionais na escola e no centro de saúde, visando ao combate à violência envolvendo adolescentes, gravidez indesejável, adolescentes ociosos, uso de drogas lícitas e ilícitas na adolescência, a prática de *bullying*, enfim problemas que muitas vezes podem ser evitados e diminuídos seus índices.

Pretende-se, ainda, que a nova prática profissional a ser instituída com a implantação e implementação do plano de intervenção gere integração entre os setores e os diversos profissionais, ou seja, que seja efetivada por meio da interdisciplinaridade e da intersectoriedade porque o público é o mesmo a ser trabalhado. Então, se houver integração entre setores e profissionais, haverá a otimização de recursos humanos e materiais e facilitará para que se atinja o objetivo proposto.

Ademais, o adolescente é um segmento da comunidade que pouco utiliza os serviços de saúde, portanto, pretende-se com este projeto de intervenção fazer uma ligação do adolescente com o serviço de saúde por meio de ações voltadas para os problemas do seu cotidiano.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de ação cujas atividades permitam aos adolescentes a compreensão das mudanças biopsicossociais decorrentes do processo de adolecer e diminuir os agravos de saúde mais comuns deste período.

4 METODOLOGIA

A metodologia escolhida para este trabalho foi a pesquisa bibliográfica narrativa e, posteriormente, realizou-se a elaboração da matriz de intervenção tendo como público alvo os adolescentes.

Os artigos e demais materiais selecionados foram levantados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no *Scientific Electronic Library Oline* (SciELO), com os descritores: adolescência, programa saúde da família.

O plano de intervenção baseou-se, primeiramente, na metodologia utilizada para a elaboração do diagnóstico situacional que foi a estimativa rápida, uma vez que ela permite identificar quais são os principais problemas da área por meio de coleta de dados.

A estimativa rápida constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação de suas necessidades e problemas e também os atores sociais – autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, etc – que controlam recursos para enfrentamento do problema. (CAMPOS; FARIA e SANTOS 2010, p. 36).

Campos, Faria e Santos (2010, p. 38) ainda explicitam que a coleta de dados deve obedecer os princípios de “não coletar dados excessivos e desnecessários, adaptação das investigações para que reflitam as condições e especificidades locais e envolver as pessoas da população tanto na definição dos seus problemas quanto na identificação de possíveis soluções.”

A partir de então, com a priorização do problema a ser trabalhado, foi desenvolvida a matriz de intervenção estruturada com o quadro lógico (QL)

O QL é uma matriz que é elaborada sucessivamente num processo de estruturação daqueles elementos considerados mais importantes de um projeto e que permitem a sua apresentação sistemática, lógica e sucinta. (PFEIFFER, 2000, p.82).

A matriz de intervenção do quadro lógico foi desenvolvida durante o curso, contanto que os conhecimentos específicos das disciplinas tornaram-se complementares para a elaboração do plano de ação.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 O adolescer

Segundo a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde, adolescência é delimitada como período entre os 10 e 20 anos incompletos; o período de 10 a 24 anos é considerado como juventude (MINAS GERAIS, 2006). Contudo, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei 8069/90, no artigo 2 reza que criança, para efeitos desta lei, é a pessoa com até doze anos de idade incompletos e adolescente aquela de doze a dezoito anos de idade (BRASIL, 1990). Apesar de haver divergência de informações, estas servem para direcionar a política pública, devendo-se, todavia, levar em consideração que cada indivíduo é um ser único que tem crescimento corporal e desenvolvimento psicológico impar, bem como o meio social e cultural diferentes.

A adoção do critério cronológico objetiva a identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica, as estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública, porém, ignora as características individuais. Portanto, é importante ressaltar que os critérios biológicos, psicológicos e sociais também devam ser considerados na abordagem conceitual da adolescência e da juventude (BRASIL, 2007, p. 7).

O processo do adolescer envolve questões referentes às mudanças biopsicossociais, transcorrendo, assim, a transição da fase infantil à fase adulta. Tal período é composto por dificuldades no enfrentamento do próprio corpo físico uma vez que ocorrem mudanças significativas nele, bem como é momento em que o adolescente se enxerga na sociedade. Os indivíduos apresentam determinadas vulnerabilidades em cada ciclo da vida. No que se refere aos riscos aos quais os adolescentes são submetidos, eles são agravados devido a adolescência possuir características próprias que potencializam esses riscos, tais como a busca da identidade, o grupo de amigos, a evolução da sexualidade e do pensamento conceitual, luto pelo corpo infantil, havendo, por vezes, um descompasso entre o corpo pronto para a reprodução e o psíquico despreparado para esse evento (SAITO, 2000, p. 217)

Nesse sentido, quando este indivíduo é exposto a situações de risco, devido à peculiaridade nesta fase de vida, aumenta a possibilidade de aderir ao comportamento inadequado e afetar o curso da vida de modo negativo. “A concepção de risco na adolescência assume uma configuração singular, na medida em que se relaciona à exposição a situações de violência, drogas e precocidade das experiências sexuais.” (QUEIROZ *et al.*, 2011, p.1037).

Atualmente, o quantitativo desta população de adolescentes, no Brasil é de cerca de 3.3185.784 de adolescentes (10 a 19 anos) e em Belo Horizonte há cerca de 354.201 (IBGE, 2010). Para esse contingente de indivíduos, a sociedade tem discutido e avançado para atender os interesses desta população.

5. 2 Políticas públicas e programas de governo

Ao longo da história foram criadas leis específicas que podem ser citadas: Declaração Universal de Direitos Humanos - ONU, 1948, Convenção dos Direitos Humanos (1989 – ratificada no Brasil 1990), Constituição Federal Brasileira (1988), Estatuto da Criança e do Adolescente e criação de órgãos e políticas públicas como o Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente, Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente e Conselho Tutelar.

Em 2007, o Ministério da Saúde publicou o livro *Marco Legal, saúde- um direito de adolescentes*, que discorre sobre o que a legislação rege sobre o adolescente e o que contribui para esclarecer a sociedade que os adolescentes são sujeitos de direitos e não objeto de intervenção do Estado, da família ou da sociedade (BRASIL, 2007).

As legislações que embasam os direitos dos adolescentes são: o Estatuto da Criança e do Adolescente; Lei nº 8069 de 13/07/1990; Constituição Federal Brasil de 1988; a Lei Orgânica da Saúde , Lei nº 8080, de 19/01/1990; Pacto Internacional dos Direitos Cívicos e Políticos – adotado na assembleia Geral das Nações Unidas em 16/12/1966 e ratificado pelo Brasil em 24/01/1992; Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – adotado na Assembleia Geral das Nações Unidas de 16/12/1966 e ratificada pelo Brasil em 24/01/1992; Convenção sobre os Direitos da Criança – adotado na assembleia geral das Nações Unidas de 20/11/1989 e

ratificada pelo Brasil em 26/01/1990; Código Penal Brasileiro; Código de Ética Médica; Lei do Planejamento Familiar – Lei n. 9263, de 12/01/1996.

A partir dessas legislações tornaram-se necessárias políticas públicas eficazes de modo a contemplar a efetivação do que foi idealizado. Essas políticas são essenciais para o desenvolvimento de determinado segmento da sociedade e são construídas pelo governo a partir de priorização de problemas.

Entende-se que as políticas públicas são a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. É certo que as ações que os dirigentes públicos (os governantes ou os tomadores de decisões) selecionam (suas prioridades) são aquelas que eles entendem serem as demandas ou expectativas da sociedade (LOPES; AMARAL e CALDAS, 2008).

Ainda na visão de Lopes Amaral e Caldas (2008), o processo de formulação de políticas públicas são divididas em 5 fases, a saber: formação da agenda (seleção das prioridades), formulação de políticas (apresentação de soluções ou alternativas); processo de tomada de decisão (escolha de ações); implementação (execução das ações); avaliação.

No entanto, devem-se salientar conceitos importantes para o entendimento sobre o que tange as políticas públicas. No estudo realizado por Cunha (2006) fundamentado em outras pesquisas, destacaram-se as diversas fases que compõem as políticas públicas: fase de formulação, considerada o estágio cujas propostas adquirem forma e estatuto das políticas públicas; o plano, que é composto por programas com objetivos afins; o programa que é constituído pelo conjunto de atividades organizadas com vistas a sua realização e dentro de determinado cronograma. Por último, tem-se o projeto conhecido como o instrumento de programação para se alcançar os objetivos do programa, as operações e o produto esperado.

Atualmente, o Brasil conta com programas que tentam atender a população adolescente, dentre os quais se destacam: Programa Integrado de Juventude (ProJovem); Programa Cultura Viva; Projeto Rondon; Projeto Soldado Cidadão;

Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI); Programa Nossa Primeira Terra; Programa Pronaf Jovem; Programa Brasil Alfabetizado; Programa Escola Aberta; Programa de Melhoria e Expansão do Ensino Médio; Programa Nacional do Livro Didático para o Ensino Médio (PNLEM); Programa Universidade para todos (ProUni); Brasil Sorridente; Instituto Nacional de Câncer (INCA); Programa Nacional de Estímulo ao Primeiro Emprego (PNPE); Programa do Jovem Aprendiz; Sistema Nacional de Emprego; Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI); Programa Juventude e Meio Ambiente; Programa Bolsa-Atleta; Programa Segundo Tempo, Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM), Programa Se Liga, entre outros (PROGRAMAS DE GOVERNO, s/d).

Nesse contexto, ressalta-se que a partir da década de 1990, o adolescente tornou-se foco das políticas públicas, com iniciativas envolvendo parcerias com instituições da sociedade civil e instâncias em níveis municipal, estadual e federal. Desde 1989 que o Ministério da Saúde preocupou-se com o adolescente, criando o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), ofertando atividades de promoção de saúde e temas relacionados à sexualidade, doenças transmissíveis, dentre outras, mas se sabe que o adolescente tem pouquíssima participação no planejamento e avaliação dessas ações (QUEIROZ *et al.*, 2011).

Não se pode deixar de reafirmar que a adolescência é uma fase marcada por grandes transformações físicas, sociais, psicológicas, religiosas e culturais. Assim, os riscos na adolescência assumem uma configuração especial, na medida em que se relacionam à exposição às drogas, violências e atividade sexual precoce. Dessa forma, as ações de cuidado devem ser pautadas na integralidade, com medidas de prevenção de agravos e promoção da saúde (FERRARI; THOMSON e MELCHÍOR, 2008)

Conforme mencionam Fontoura e Mayer (2006) a busca de atendimento pautado na integralidade requisita dos profissionais de saúde mudança na concepção de saúde e de trabalho em equipe e na produção de cuidado, que deve ser regido pelas necessidades do sujeito adolescente e nos princípios do Sistema Único de Saúde norteados pela integralidade e em ações que favoreçam o exercício da cidadania.

Nesse sentido, a atenção básica é campo propício para o desenvolvimento da integralidade, tendo em vista que trabalha com a comunidade e desenvolve ações direcionadas à prevenção de agravos, promoção da saúde, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2006).

Muito importante ressaltar que fora os programas do governo ainda a sociedade conta com as organizações não governamentais e de outros setores que exercem importante papel na construção e desenvolvimento de atividades que favorecem o crescimento e desenvolvimento dos adolescentes no âmbito social, físico e psicológico.

Outra questão relevante é que foi conquistado espaço para debates como o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e a criação do Conselho Nacional de Juventude (CONJUVE) e nas instâncias estaduais e municipais. Nestes locais ocorrem a fomentação de ideias sobre o rumo dos adolescentes na sociedade.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Quadro lógico: o projeto adolescer saudável

	Lógica da intervenção	Indicadores comprováveis	Fontes de comprovação	Suposições importantes
Objetivo superior	Diminuir o índices de gravidez, violência e conflitos familiares com adolescentes bem como diminuir o abandono da escola	Índice de criminalidade diminuída com adolescentes, aumento a adesão a projetos sociais e aumento na participação de adolescentes no planejamento familiar no centro de saúde , aumento do rendimento escolar	Relação do número de alunos faltosos e com baixo rendimento escolar, consultas fontes da policia militar referente a criminalidade, registro de adolescentes nos grupos operativos	Apoio da escola; Apoio da equipe de saúde da família; Apoio dos acadêmicos atuantes no centro de saúde; Apoio da Polícia Militar; Apoio de profissionais de saúde do Centro de Saúde Gentil Gomes
Resultados	1- Definir faixa etária a realizar atividades	Faixa etária definida	Ata de reunião	Concordância entre todos os participantes responsáveis pela elaboração do projeto
	2- Separar os adolescentes em grupos	Grupos definidos	Ata de reunião; Assinatura dos responsáveis concordando que o adolescente participe do projeto	Concordância entre todos os participantes responsáveis pela elaboração do projeto; permissão do responsável para que o adolescente participe do projeto

Resultados	3- Definir junto à escola os horários e os turnos para participação nas oficinas	Horários e turnos definidos por grupo	Ata de reunião	Disponibilidade dos adolescentes no período; disponibilidades dos profissionais no período
	4- Estipular a temática das oficinas	Temáticas das oficinas definidas	Ata de reunião	Concordância entre todos os participantes responsáveis pela elaboração do projeto
	5- Realização de oficinas organizadas por temas mensalmente	Realização das oficinas separadas por temas com os profissionais indicados para a mesma	Lista de presença; fotografias; filmagens	Participação efetiva do profissional responsável; frequência dos alunos nas oficinas
	6- Acompanhamento de indicadores de violência envolvendo adolescentes na área de abrangência	Consulta a indicadores a respeito do envolvimento de adolescentes com violência	Índice de violência	Indicadores de violência confiável
	7- Acompanhamento das gestantes adolescentes	Gestantes de adolescentes gestantes acompanhadas e cadastradas no centro de saúde	SIS-PRENATAL	Registro correto de adolescentes grávidas e acompanhadas no centro de saúde
	8- Acompanhamento do rendimento escolar	Rendimento escolar conferido	Registro na escola de alunos com evasão	Registro correto de adolescentes com evasão escolar

6.2 Metodologia para atingir os resultados expostos anteriormente

1 Definir faixa etária a realizar atividades	2- Separar os adolescentes em grupos	3- Definir junto a escola os horários e os turnos para participação nas oficinas	4- Estipular a temática das oficinas	5- Realização de oficinas organizadas por temas mensalmente	6- Acompanhamento de indicadores de violência envolvendo adolescentes na área de abrangência	7- Acompanhamento gestantes adolescentes	8- Acompanhamento do rendimento escolar
1.1- Reunião de todos os organizadores	2.1- Conseguir junto a agentes comunitárias de saúde a quantidade de alunos na faixa etária escolhida	3.1- Realizar reunião para especificar a disponibilidade dos alunos em participar das oficinas	4.1- Reunião sobre propostas de temáticas a serem desenvolvidas	5.1- Realizar reunião para abordar este tema	6.1- Definir o responsável para o acompanhamento sobre o índice de violência	7.1- Definir o responsável para o acompanhamento sobre gestantes adolescentes	8.1- Definir o responsável para o acompanhamento do rendimento escolar
1.2- Discutir o período do projeto para que ocorra o acompanhamento da evolução dos resultados	2.2- Realizar um guia de autorização para a participação no projeto	3.2- Propor que as oficinas ocorram no período escolar	4.2- Definir com um consenso os temas a serem trabalhados	5.2- Elaborar uma planilha de temas e responsável anual	6.2- Definir a periodicidade do acompanhamento	7.2- Definir a periodicidade do acompanhamento	8.2- Definir a periodicidade do acompanhamento
1.3- Cada participante deve colaborar com a opinião sobre a faixa etária a ser escolhida	2.3- Separar os adolescentes na quantidade de 20 para cada oficina	3.3- Verificar juntos os profissionais envolvidos para a disponibilidade para a	4.3- Propor os temas aos adolescentes	5.3- Divulgação da planilha	6.3- Registro dos dados coletados	7.3- Registro dos dados coletados	8.3- Registro dos dados coletados

		realizaçã o das oficinas					
1.4- Escolher a faixa etária através de um consenso entre os participantes .							

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito foi o caminho percorrido para a conquista de leis e políticas públicas voltadas para os adolescentes, porém muito mais deve ser percorrido. Todavia, diante do que já existe, cabe aos profissionais tanto de saúde quanto da educação, segurança, bem como conselhos, serviços de saúde e escolas a busca de maior integração, com vistas ao trabalho de forma intersetorial e interdisciplinar para atender a um só público, neste caso, os adolescentes.

Certamente, faltam muitos recursos para que o trabalho se desenvolva com excelência, contudo, dentro do que já está posto, pode-se ter melhor proveito dos recursos desde que haja planejamento, articulação, motivação e interesse entre todos os envolvidos, de modo que os resultados fiquem muito melhores frente aos que hoje estão.

O processo adolecer envolve questões de transformação em todos os âmbitos da vida do indivíduo, quer no plano físico, psíquico, espiritual, afetivo e social. Assim, fatores externos poderão contribuir para que a adolescência ocorra de modo saudável, a partir do oferecimento de conhecimentos e orientações para que o adolescente faça escolhas assertivas. O contrário também pode ocorrer, infelizmente.

Possibilitar o conhecimento acerca de assuntos pertinentes para a idade permite que o adolescente tenha maior opção de escolha do estilo de vida a ser adotada, das ideologias a serem defendidas e o ajudará, ainda, a conquistar os objetivos propostos. O conhecimento traz liberdade, o que torna o processo do adolecer não mais tranquilo, já que para que isto ocorra existem inúmeras variáveis, porém o adolescente terá mais clareza e informações acerca de suas escolhas e de si próprio.

Cabe a nós, profissionais de saúde e a sociedade fornecer conhecimento sobre quais possibilidades existem para que este indivíduo desenvolva num meio saudável e com variabilidade de opções para a inserção social até a fase adulta.

Espera-se, principalmente, que a implantação e implementação do plano de ação na área de abrangência do Centro de Saúde Gentil Gomes, em Belo Horizonte, produza efeitos significativos na vida e na saúde dos adolescentes e de sua comunidade.

REFERENCIAS

A CRIANÇA E O ADOLESCENTE EAS POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPAIS Disponível em <www.mprs.mp.br/areas/infancia/arquivos/politpubl.pd> Acesso em: 14 nov 2013.

ALMEIDA, I.S.; RODRIGUES .B.M.R.; SIMÕES, S.M.F. O adolescer... um vir a ser. **Rev. Adolescência & Saúde**. v. 4, n.3, p. 24-28, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco Legal**: saúde, um direito de adolescente. Normas e Manuais Técnicos. Brasília/DF,2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf > Acesso em: 14 nov 2013.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; Série Pactos pela Saúde, v.4, 2006.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos . **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CUNHA, C.G.S. **Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais**: tendências recentes e experiências no Brasil. 2000. Disponível em:< <http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper29.pdf>> Acesso em: 20 mar 2014.

FERRARÍ, R. A. P.; THOMSON, Z. MELCHÍOR, R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interface Comun Saúde Educ**. v.12, n.25, p. 387-400, 2008.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Urna breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm**. v.59, n. 4, p. 532-7, 2006.

LOPES, B. ; AMARAL, J. N.; CALDAS, R. W. **Políticas Públicas: conceitos e práticas** . Belo Horizonte : Sebrae/MG, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde . **Atenção a saúde do adolescente**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 152p.

SAITO, M. I.. **Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. Editorial**. 2000. Disponível em < <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/473/body/01.htm> > Acesso em: 14 nov 2013.

QUEIROZ, M.V.O.; LUCENA, N. B. F.; BRASIL, E. G. M.; GOMES, I. L.V. Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso dos profissionais sobre o enfoque da integralidade. **Rev. RENE**. v. 4, n. 12 (Número Especial):p. 1036-1044, 2011.

PFEIFFER, P. O quadro lógico: um método para planejar e gerenciar mudanças. **Revista do serviço público**. Brasília, v. 51, n.1, p. 81-122, jan/mar., 2000.

PROGRAMAS DE GOVERNO. Disponível em:
<<http://infojovem.org.br/oportunidades/programas-de-governo>> Acesso em 12 abr 2014