

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CAMPO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Program of Permanent Health Education in Pregnancy Field in Adolescent

Gabriela Eyng Possolli¹
Fernanda Edi de Matos Mega Celano²

Recebido em:
Aceito em:

RESUMO: Trata-se de um relato de experiência, caracterizando uma pesquisa descritiva com abordagem mista. Apresenta as vivências de uma associação sem fins lucrativos, que propôs o Programa Jovem Mãe, que desde 2011, executa ações para o aprimoramento da formação dos profissionais de saúde na temática da gravidez da adolescência, por um viés humanizador, de acolhimento e empoderamento. O objetivo é apresentar o Programa Jovem Mãe em seus cinco anos de execução, como uma parceria público-privada no desenvolvimento de educação permanente em saúde, em favor de profissionais da rede primária de saúde na assistência à adolescentes grávidas. A pesquisa foi aplicada aos participantes do Programa por um formulário eletrônico. Está estruturado com fundamentação teórica versando sobre gravidez na adolescência e as políticas públicas relacionadas, concepção da educação permanente em saúde e seu contexto na Atenção Primária à Saúde. Em seguida, discussão e análise, que compreende o relato de experiência do Programa Jovem Mãe, depoimentos dos participantes e respectiva análise.
Palavras-chave: Educação permanente em saúde. Gravidez na adolescência. Humanização.

ABSTRACT: This is an experience report, featuring a descriptive research with a mixed approach. It presents the experiences of a non-profit association, which proposed the Young Mother Program that since 2011 takes actions to improve the training of health professionals on the subject of teenage pregnancy, under a humanizing approach of hosting and empowerment. This article aims to present the five year run of the Young Mother Program, featuring a public-private partnership in the development of permanent health education, intended for the health professionals of primary network and the interactions with pregnant adolescents. The research was applied to the participants of the Young Mother Program, through semi-structured electronic form. It is structured with the theoretical foundation dealing on the contextualization of teenage pregnancy and the related public policies, conception of permanent health education and its context in Primary Health Care. The discussion and analysis include the reporting on the experience Young Mother Program, the testimony of participants and analysis of the speeches.

Keywords: Permanent health education. Teenage pregnancy. Humanizing.

¹ Doutora em Educação (UFPR); Mestre em Tecnologia (UTF); Pedagoga e Analista de Sistemas; Professora do programa de pós-graduação em Ensino nas Ciências da Saúde (FPP).

² Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde; Bacharel em Serviço Social; Coordenadora no Instituto Mundo Melhor.

INTRODUÇÃO

Compreender e enfrentar as questões que emergem das relações sociais, culturais e econômicas, como a gravidez na adolescência, é desafiador para profissionais de saúde, os quais são chamados para promoção da saúde e a responder rapidamente às mudanças sociais. Nesta direção, programas de educação permanente em saúde são indispensáveis para o atendimento de novas ou reprimidas demandas da população. Nesse bojo, a associação sem fins lucrativos, Instituto Mundo Melhor, propôs o Programa Jovem Mãe em 2011, voltado ao aprimoramento da formação profissional na temática da gravidez na adolescência. Tem-se o objetivo de apresentar o relato de experiência do Programa Jovem Mãe ao longo de cinco anos. Trata-se de uma parceria público-privado direcionada à profissionais da rede primária de saúde e no atendimento à adolescentes grávidas, em um viés humanizador, de acolhimento e empoderamento.

O artigo originou-se em uma pesquisa de *stricto sensu*, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (plataforma BR protocolo 46961015.3.0000.5580). Nesta pesquisa foi descrita a experiência do Programa Jovem Mãe, sob a perspectiva da instituição realizadora com foco nos profissionais capacitados. Está estruturado com uma fundamentação teórica versando sobre a gravidez na adolescência e as políticas públicas relacionadas, concepção da educação permanente em saúde e seu contexto na Atenção Primária à Saúde. Em seguida, a discussão e análise, que compreende o relato de experiência do Programa Jovem Mãe, os depoimentos dos profissionais participantes e análise das falas.

MATERIAL E MÉTODOS

Metodologicamente a pesquisa é um relato de experiência, descritiva e de abordagem mista. A relevância de um relato de experiência está na “pertinência e importância dos problemas que nele se expõem, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares” (PEPSIC, 2016), servindo como uma colaboração à práxis metodológica na área da educação permanente e da gravidez na adolescência. Também apresenta-se como descritiva, uma vez que visa “mostrar ângulos ou dimensões de um fenômeno, acontecimento, comunidade ou contexto. O pesquisador irá visualizar o que será analisado (conceitos, componentes) e sobre o quê ou quem os dados serão coletados (pessoas, comunidades, objetos, fatos)” (Sampiere, Collado e Lucio, 2013, p.102).

Situa-se como pesquisa de abordagem mista (quali-quantitativa), buscando compreender as experiências humanas, com uma aproximação maior com o participante e seu contexto, enquanto um “contínuo no qual é possível mesclar o enfoque quantitativo e o qualitativo” (Johnson, 2007, p.114).

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CONCEITOS E ESTATÍSTICAS

A gravidez na adolescência é um fenômeno mundial, expressada por características sociais, econômicas e culturais de cada região. Diversos estudos (UNFPA, 2010, FONTOURA e PINHEIRO, 2009, YAZLLE, 2006, PANTOJA, 2003) têm sido realizadas e alguns consensos foram estabelecidos. No entanto, em âmbito mundial, a tendência é a continuidade de ocorrência de gravidez precoce, exigindo mobilização social e ações do poder público. Mundialmente, a população composta por adolescentes representa 1,2 bilhões de pessoas, sendo que quase 90% está em países em desenvolvimento (UNICEF, 2011). Concebe-se a adolescência como período marcado por mudanças biopsicossociais e compreendido entre 11 a 19 anos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) delimita a faixa etária de 12 a 18 anos. É uma fase de mudanças muito significativas em relação ao corpo, com o surgimento de características sexuais, formação da identidade, estruturação da personalidade e interação social (YAZLLE, 2006). A adolescência é uma construção sócio-histórica, o mesmo acontece em relação a sexualidade na adolescência, ela expressa crenças, valores e comportamentos próprios:

Dependendo do contexto ou ambiente em que se encontram, das experiências prévias, suporte emocional, cuidado, orientações, aprendizagem e confiança em si e no mundo, a descoberta da sexualidade poderá ser um evento sadio, contribuindo positivamente para a maturidade e segurança emocional. No entanto, se ocorrer num contexto oposto, a descoberta da sexualidade poderá ser associada a experiências frustrantes e desagradáveis, que intensificam a instabilidade psicoemocional e acarretam prejuízos na autoestima dos adolescentes (DANIELLI, 2010, p. 21).

A gravidez entre adolescentes, em muitos países, é considerada um problema de saúde pública, devido as complicações que afetam todas as esferas da vida (YAZLLE, 2006). Segundo o Relatório *The State of World Population* (2013) do Fundo de População das Nações Unidas, há 580 milhões de adolescentes do sexo feminino no mundo, estimando-se que 19% ficarão grávidas antes dos 18 anos. Para a maioria das adolescentes a gravidez não é o resultado de uma escolha voluntária, mas da ausência de oportunidades e pobreza, falta de empoderamento, pressão familiar e de grupos, ou resultado de violência sexual. Projeções populacionais divulgadas pelo IBGE (2015), fundamentadas no material das Nações Unidas (2015), afirmam que a fecundidade adolescente no Brasil é próxima ao nível da América Latina e Caribe (66,5 por mil entre 2010 e 2015), menor na África (98,5 por mil), porém elevada se comparada à Europa (16,2 por mil) e América do Norte (28,3 por mil).

A ocorrência de gravidez precoce no Brasil reflete a condição de país em desenvolvimento. O Ministério da Saúde afirma que entre 2000 e 2010 houve redução no percentual de mães com menos de 20 anos, de 23,5% para 19,3% (BRASIL, 2011). Entre 2004 e 2014 a taxa de fecundidade entre mulheres de 15 a 19 anos, passou de 78,8 para 60,5 filhos por mil mulheres. Porém a participação das adolescentes na fecundidade permaneceu alta, passando de 18,4% para 17,4% segundo o IBGE (2015). Por outro lado, a ocorrência da gravidez em meninas menores de 15 anos vem aumentando. De acordo

com o relatório do UNICEF (2011) intitulado “Situação da Infância”, a taxa de fecundidade para meninas menores de 15 anos cresceu. Em 2004, eram 8,6 nascidos vivos por grupo de mil, cinco anos mais tarde, a taxa verificada foi de 9,6 por mil. Pela legislação brasileira (Lei 12.015/2009) manter relações sexuais com menores de 14 anos é tipificado estupro de vulnerável.

Heilborn *et al* (2002) e Fontoura e Pinheiro (2009) também apontam que nas classes sociais mais baixas o casamento e o primeiro filho acontecem precocemente, assim como a vida de trabalho, sendo que a condição de pobreza expõe as adolescentes a diversas vulnerabilidades. Presler-Marshall e Jones (2012) destacam que meninas mais pobres nos países menos desenvolvidos têm maior probabilidade de engravidar na adolescência, com consequências para a saúde, restrições econômicas, dificuldade em estudar e trabalhar.

A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Desde 1990 o ECA tornou-se marco legal na defesa e garantia dos direitos de crianças e adolescentes, regulando deveres da família, sociedade e Estado, bem como o sistema socioeducativo e de proteção. O ECA parte do entendimento de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, não somente objeto de intervenção. No entanto, o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos fundamentais foi um processo posterior, impulsionado por movimentos internacionais da década de 1990, como a Conferência Mundial de Direitos Humanos, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), e a Convenção para Erradicar, Sancionar e Punir a Violência contra as Mulheres (CEDAW). A partir de então o Estado brasileiro assumiu compromissos de implementar programas e políticas públicas que reconhecessem o protagonismo dos adolescentes e jovens em relação aos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2013).

O quadro a seguir apresenta alguns documentos e sintetiza os objetivos das publicações. São marcos legais, orientações e cadernos disponíveis no site do Ministério da Saúde, que servem como diretrizes de orientação do trabalho de profissionais e legislações que fundamentam discussões qualificadas sobre a temática.

Quadro 01 – Síntese dos Marcos Conceituais e Legais

| Ano | Título | Autor | Ideias Centrais |
|------|--|--|--|
| 2005 | Direitos sexuais e direitos reprodutivos uma prioridade do governo | Ministério da Saúde – Sec. de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas | Apresenta as diretrizes do Governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar. Destina-se a gestores de políticas públicas, profissionais de saúde e sociedade civil. |
| 2007 | Guia de Formação de Profis. de Saúde e de Educação Saúde nas Escolas | Ministério Saúde – Sec. Vigilância em Saúde – Prog.Nacional DST/AIDS (Manuais.76) | Concebido como ferramenta para incentivar, desencadear e alimentar processos de formação continuada de profissionais da educação e saúde na temática da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos e da prevenção das DST/HIV/aids |

| | | | |
|------|---|---|--|
| 2007 | Marco Teórico e Referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens | Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde - Dep. de Ações Programáticas Estratégicas | Objetiva oferecer subsídios teórico-políticos, normativos e programáticos para implementação de ações para a saúde sexual e reprodutiva. Destina-se a gestores do SUS e de setores de políticas públicas voltados à adolescência e juventude. Orienta ações para atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, como parte das estratégias de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. |
| 2010 | Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recup. da Saúde | Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde – Depart. de Ações Programáticas Estratégicas | Busca sensibilizar gestores e profissionais e orientar a construção de estratégias, integradas com as ações, programas e políticas, principalmente para a promoção da saúde; na prevenção aos agravos e enfermidades resultantes do uso abusivo de álcool e de outras drogas e dos problemas resultantes das violências; na prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e Aids |
| 2013 | O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil | Ministério da Saúde e Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA | Apresenta a política de saúde brasileira/SUS e compartilha experiências e boas práticas para subsidiar adolescentes e jovens na tomada de decisões no exercício de sua sexualidade, planejamento da vida reprodutiva e prevenção das DSTs. |
| 2013 | Estatuto da Juventude | Presidência da República Casa Civil Subchefia de Assuntos Jurídicos Lei nº 12.852, de 05/08/2013. | Ressalta-se a garantia do direito à saúde para o jovem, com a garantia da inclusão de temas relativos ao consumo de álcool, tabaco e drogas, saúde sexual e reprodutiva, com enfoque de gênero e de direitos sexuais e reprodutivos nos diversos níveis de ensino (Art. 20, inciso do I ao XI). |

Fonte: Elaboração Própria.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

As bases da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde vigente no Brasil foram lançadas pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que nos anos de 1970 iniciou estudos sobre a formação dos trabalhadores, considerando mudanças científico-tecnológicas, econômicas e sociais. No Brasil, a discussão sobre recursos humanos foi sistematizada na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1988 (MOREIRA, 2010). Na Constituição de 1988, que cria o SUS, no Capítulo II, Seção II da Saúde, encontra-se que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988).

Em 2003 a formação de recursos humanos ganha fundamentação com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH) e contribuiu para a criação da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. O Ministério da Saúde adotou a constituição dos Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde, como instância interinstitucional e local, capaz de articulações interinstitucionais e com a atribuição de identificar necessidades e nortear as ações de educação permanente em saúde (SARRETA, 2009).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída em de 2004 e consolida-se como uma estratégia de formação e desenvolvimento dos

trabalhadores da saúde (MOREIRA, 2010). A PNEPS sofreu alterações em 2007 para a convergência das diretrizes do Pacto pela Saúde de descentralização e regionalização. Ela possibilita a identificação de demandas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde e construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e gestão a fim de promover o controle social (CAROTTA, *et al*, 2009). A PNEPS propõe transformar a rede pública de saúde em um sistema de ensino-aprendizagem (CECCIN, 2005). Conforme a Portaria nº196/2004:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar práticas profissionais. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Objetiva a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2004).

O ponto de partida da educação permanente é a prática concreta, com suas peculiaridades e características distintas, a partir dela os profissionais da saúde são instigados a perguntar o porquê dos problemas em relação aos usuários dos serviços e ao sistema de saúde. Por essas questões, a educação permanente proporciona uma mudança institucional, fundamentada na mudança de postura dos profissionais em sentirem-se parte e promotores do sistema de saúde. Além disso, proporciona a articulação com a rede de atendimento e demais políticas públicas. Investir na educação permanente em saúde é apresentar elementos para mudança na concepção e práticas, mudança na visão do atendimento e apoio, resultando em mudança institucional.

Ceccin e Feuerwerker (2004) defendem como integrantes do processo de formação dos profissionais o “quadrilátero da formação” no SUS: ensino, serviço, gestão e controle social. Estes autores entendem a formação como “projeto educativo que extrapola a educação para o domínio técnico-científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população” (p.42). A articulação destes quatro elementos é determinante para construir e organizar uma educação capaz de operar mudanças, transformar processos, envolver os diversos participantes do sistema de saúde como protagonistas e identificar contextos e indivíduos, processos e instituições como alvo de conhecimentos, invenções e intervenções. São “aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados” (p.59).

Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde

A Estratégia Saúde da Família (ESF), regulamentada pela Portaria de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, é uma proposta de reforma nos modos de trabalho, na assistência à saúde e nas relações entre profissionais e comunidade. A

atuação é direcionada para a família, baseada no território e nos vínculos com a equipe multiprofissional, que deve planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade. A ESF incorpora os princípios do SUS de universalização, descentralização, integralidade e controle social, e está fundamentada sobre os pilares: família, território e responsabilização, respaldado pelo trabalho em equipe (COSTA *et al*, 2014).

A ESF está implantada nas Unidades Básicas, contudo, a atenção ao usuário ultrapassa estes limites, alcançando também o domicílio e outros locais relevantes do território, quando as visitas se tornarem essenciais e estratégias para o andamento do cuidado (BRASIL, 2011). Desse modo, trabalhar na Estratégia Saúde da Família implica em cuidar de indivíduos e famílias inseridos em diversos ambientes geográficos, sociais, econômicos e culturais, considerando a complexidade do processo de trabalho a ser desenvolvido, o que requer além de qualificação profissional, habilidades individuais e coletivas para lidar com determinantes de saúde que vão além do campo específico das ações sanitárias (Barcellos e Monken, 2007). A ESF configura-se como um novo paradigma para a atenção em saúde. Nesta direção, a Educação Permanente em Saúde também está inserida no serviço, como política já regulamentada.

A educação permanente na ESF reitera a necessidade de mudança dos perfis dos profissionais, valoriza o processo de trabalho e abre espaços de coletividade e iniciativa (BRASIL, 2007). Foi no contexto de atuação das Unidades de Saúde, mediante suas equipes de Estratégia Saúde da Família, que nasceu a iniciativa do Programa Jovem Mãe, ao considerar a realidade social, com a identificação do número significativo de casos de gravidez na adolescência e a necessidade de aprofundar a formação nesta área aos profissionais, mediante a Educação Permanente em Saúde. O Programa vislumbrou a lacuna na formação dos profissionais frente a recente demanda por atendimento contextualizado, no estreitamento de vínculos entre profissionais e usuários, humanização e promoção da saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA NO ESTADO DO PARANÁ

Apresentando um recorte regional, buscou-se analisar a 3º Regional de Saúde da Secretaria de Saúde, sediada em Ponta Grossa-PR (quarta maior cidade do Estado), composta por 12 municípios, região beneficiada pelo Programa Jovem Mãe. Com base em dados registrados pelo Datasus (2016) no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, elaborou-se o quadro 2, que apresenta os nascimentos de mães com até 17 anos nos últimos cinco anos.

Quadro 02 - Nascimentos de Mães Adolescentes na 3ª Regional de Saúde

| Municípios | Ano | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-----------------------------|------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | (12-17 a) |
| Arapoti | | 54 | 56 | 54 | 46 | 48 |
| Carambeí | | 25 | 29 | 31 | 42 | 36 |
| Castro | | 136 | 159 | 152 | 144 | 159 |
| Ipiranga | | 14 | 17 | 19 | 15 | 17 |
| Ivaí | | 25 | 27 | 37 | 25 | 18 |
| Jaguariaíva | | 68 | 80 | 70 | 83 | 80 |
| Palmeira | | 41 | 60 | 44 | 54 | 35 |
| Piraí do Sul | | 53 | 48 | 41 | 53 | 44 |
| Ponta Grossa | | 475 | 540 | 507 | 551 | 490 |
| Porto Amazonas | | 11 | 9 | 6 | 8 | 7 |
| São João do Triunfo | | 26 | 15 | 14 | 22 | 10 |
| Sengés | | 38 | 36 | 43 | 29 | 34 |
| Total Regional Ponta Grossa | | 966 | 1076 | 1018 | 1072 | 978 |

Fonte: Elaboração Própria

Diante dos dados apresentados é possível observar oscilações anuais dos números de nascimentos de crianças, com mães entre 12 e 17 anos, que não indicam um padrão de redução nos casos de gravidez na adolescência. Contudo, pesquisas oficiais de âmbito nacional, realizadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011) e IBGE (2015) indicam a tendência na redução destes casos. Por outro lado, publicações oficiais inferem que a tendência de diminuição da gravidez na adolescência não está se revertendo para a faixa etária de adolescentes entre 12 e 14 anos (UNICEF, 2011). Destaca-se o município de Ponta Grossa, por ser o principal beneficiado pelo Programa Jovem Mãe. Os anos de 2012 e 2014 apresentaram o maior número de nascimentos, com intervalos de queda, sobretudo no ano de 2015.

RELATO DE EXPERIENCIA DO PROGRAMA JOVEM MÃE

A idealização e implementação do Programa Jovem Mãe foi realizada pelo Instituto Mundo Melhor, fundado em 2009. O Instituto Mundo Melhor (IMM) nasceu da iniciativa de dez empresários do município de Ponta Grossa (PR), que reuniram-se e estabeleceram o ponto de partida da criação de uma associação sem fins lucrativos, mantida por doações privadas de pessoas físicas e jurídicas e por um aporte financeiro majoritário do Grupo MM Mercadomóveis, também do município de Ponta Grossa. O sistema de governança é composto por uma Diretoria Executiva, Conselho Fiscal e Conselho Consultivo (IMM, 2014). Por definições estatutárias, tem-se por campo de atuação e atividades:

O Instituto Mundo Melhor, congregando interesses e esforços da comunidade, tem como finalidade precípua desenvolver projetos sociais, educacionais, artísticos, culturais, esportivos, de saúde, de cidadania e de integração ao mercado de trabalho, como forma de apoio às políticas públicas desenvolvidas nas cidades, priorizando o trabalho em rede com seus associados e parceiros, com especial destaque para atividades voltadas às crianças e adolescentes, valendo-se dos indicadores de atendimento e de desenvolvimento humano para elaboração e avaliação dos resultados de seus projetos, sempre tendo como objetivo desenvolver a cidadania e a melhoria da qualidade de vida da população. (2014, p.32)

O campo de atuação do IMM é vasto, contudo, os projetos e programas desenvolvidos concentram-se nas áreas da saúde, educação e integração ao mundo do trabalho e no segmento populacional da criança e adolescente. Com uma gestão privada, característica exigida pelos dos sócios-fundadores, a instituição implementa seus projetos e programas baseado em indicadores socioeconômicos, para elaborar as metas de atendimento e estabelecer os resultados esperados. Com isso, o Instituto Mundo Melhor busca fortalecer as políticas públicas, por meio de apoio material e financeiro, ou por meio de tecnologias sociais.

O Instituto Mundo Melhor ancora-se na missão: “fortalecer a rede social e empresarial, construindo alianças estratégicas entre empresas, governos e organizações do terceiro setor, na perspectiva de apoiar as políticas públicas existentes em âmbito regional” e com a visão “desenvolver projetos economicamente viáveis e socialmente justos, de alcance regional, que promovam a transformação social de grupos e comunidades” (IMM, 2014, p.2). As diretrizes que pautam o desenvolvimento dos projetos são as seguintes:

* Apoio às políticas públicas já existentes; * Trabalho em rede, com parcerias estratégicas envolvendo empresas, organismos governamentais e sociedade civil; * Desenvolvimento de projetos nas áreas da educação, saúde e qualificação profissional, priorizando crianças e adolescentes; * Acompanhamento por indicadores de atendimento e desenvolvimento humano; * Aplicação de tecnologias sociais próprias visando a implantação de futuras franquias sociais (IMM, 2014, p.2)

Alinhado às diretrizes institucionais de apoio à política pública e prioridade para a criança e adolescente, o Programa Jovem Mãe foi criado em 2009. Seus primeiros passos aconteceram numa parceria com o Governo do Estado, pela Secretaria da Saúde. A Secretaria lançou o Programa Nascer no Paraná, que tinha como objetivo a redução da mortalidade materna e infantil. O Instituto Mundo Melhor, na qualidade de parceiro do Programa Nascer no Paraná e tendo como suas diretrizes básicas o apoio a políticas públicas, o trabalho em rede social e acompanhamento de resultados por indicadores, uniu-se ao poder público no enfrentamento dessas questões sociais. Apresentou o Programa Jovem Mãe com o objetivo de identificar e mapear todos os nascimentos de filhos de mães adolescentes, acompanhar os indicadores de desenvolvimento humano desses bebês e realizar ações sócio-educativas de combate à vulnerabilidade social (PARANÁ, 2009). O Programa Jovem Mãe estava alinhado à diretriz do Programa Nascer no Paraná que busca garantir o acompanhamento da criança no primeiro ano de vida para a redução dos índices de mortalidade por causas evitáveis, principalmente nos cuidados que contribuem para o seu bem estar. A partir da oficialização do Programa Jovem Mãe, iniciou-se a implementação com parceria firmada de duas Unidades Básicas de Saúde, uma Maternidade, dois Colégios Estaduais e um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

O Programa Jovem Mãe construiu uma rede de parceiros que realizavam atividades quinzenas nos locais acima citados. As atividades sócio-educativas eram descentralizadas e voltadas às adolescentes gestantes e envolviam os seguintes temas: a importância da mulher no contexto familiar – autonomia e empoderamento, alimentação saudável e

aproveitamento integral de alimentos, direitos humanos e políticas governamentais para juventude, primeiros socorros e técnicas de reanimação, a importância da afetividade na relação mãe/filho, treinamentos anti-estresse, relaxamento e meditação, saúde da mulher, educação financeira, relacionamento interpessoal, aleitamento materno, cuidados com bebê recém-nascido e mundo do trabalho.

Seguindo esta metodologia de deslocar-se até os locais e desenvolver as atividades com as adolescentes gestantes, o Projeto desenvolveu-se satisfatoriamente até o final do ano de 2010, momento em que tivemos um esgotamento dos parceiros que voluntariamente realizavam as atividades socioeducativas. Foi então, que o IMM repensou a metodologia do Programa e voltou o olhar para os profissionais dos serviços de saúde e assistência social. Diante deste novo contexto, foram elaborados objetivos para o Programa Jovem Mãe:

➤ OBJETIVO GERAL: Capacitar servidores públicos das políticas de saúde e assistência social na grande temática da Gravidez na Adolescência e seus desdobramentos.

➤ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Incentivar a formação de grupos de acolhimento de adolescentes grávidas e/ou grupos educativos nos espaços públicos, como Unidades de Saúde, CRAS e CREAS.

- Instrumentalizar os servidores públicos para que sejam replicadores do conhecimento adquirido aos adolescentes e seus familiares.

- Fortalecer a rede de atendimento em favor das adolescentes grávidas.

No ano de 2011, foi proposta uma metodologia de capacitações centralizada nos profissionais de saúde e assistência social que interagem com as adolescentes grávidas. Foi estabelecido um cronograma mensal de encontros presenciais, abordando diversos temas:

- 24/02 – Musicalidade do Bebê
- 17/03 – Como trabalhar com Brinquedoteca
- Abril – Visita aos Municípios
- 26/05 - Relacionamento Interpessoal
- Junho - Visita aos Municípios
- 28/07 – Cuidando de Quem Cuida
- Agosto/Setembro/Outubro/Novembro – Oficinas: Artesanato, Bijuteria e Cachecol

Ao avaliar as ações no ano de 2011, juntamente com os parceiros, identificou-se a necessidade de uma linha mestra na condução dos temas, capaz de imprimir continuidade aos temas abordados, em encontros que passaram a ser bimestrais. No ano seguinte, em 2012, foi executado o seguinte cronograma:

- 15/03 – Abertura e Conteúdo da SESA/Experiência Local
- 17/05 – Tecendo a Rede - Roda de Conversa com Municípios e diag. local
- 05/07 – Conflitos da Gravidez na Adolescência
- 20/09 – Cuidando de quem Cuida
- 29/11 – Importância da Afetividade

Nesta fase, o Programa avançou em número de municípios participantes, totalizando vinte e três municípios, de três diferentes Regionais de Saúde, no entanto houve a evasão de alguns parceiros, como os colégios estaduais e o Hospital.

No final do ano de 2012, o IMM efetivou uma parceria com instituição de educação superior com reconhecida experiência na área da saúde da criança e adolescente. Estabeleceu-se estreita relação com vistas a construção de um programa de capacitação para servidores dos serviços da saúde e assistência social, com certificação acadêmica. O Programa avançou ao aperfeiçoar a proposta, incluindo os seguintes temas para o ano de 2013:

- 04/03 – Humanização e Acolhimento
- 20/06 – Relações de Gênero no Contexto da Gravidez na Adolescência
- 15/08 – Desenvolvimento da Maternagem e da Função Paterna
- 10/10 – Metodologias Ativas de trabalho em Grupo – DST/AIDS/Sexualidade
- Oficinas para Adolescentes: 07/11 - Menina - Mãe - Mulher
- 14/11- Menino - Pai - Homem

As avaliações realizadas demonstraram grande satisfação por parte dos profissionais em relação aos temas abordados e em relação a metodologia dos encontros, no formato de oficinas. O Programa Jovem Mãe seguiu seu planejamento, com uma parceria institucional. De forma conjunta com o parceiro acadêmico, foi elaborado o cronograma de encontros para o ano de 2014:

- 26/03 – Conhecendo o Adolescente
- 28/05 – Compreendendo as Famílias
- 20/08 – Drogas ou Dorgas e Violência Intrafamiliar
- 29/10 – Mostra de Experiências dos Municípios
- Oficinas para Adolescentes – 12/11 – Menina – Adolescer
- 19/11 – Menino – Adolescer

Importante ressaltar que nos anos de 2013, 2014 e 2015 foram realizados encontros com adolescentes inseridos nas políticas sociais dos municípios participantes. Foram momentos muito produtivos, em que os profissionais observavam a aplicação de técnicas de dinâmicas de grupo envolvendo os temas das capacitações. Para o ano de

2015, a metodologia permaneceu no mesmo formato e os temas diversificados, conforme o cronograma:

16/04 – Competências para a Vida Adolescente

11/06 – Desenvolvendo Competências de Proteção, Prevenção e Sensibilidade

Oficinas para Adolescentes: 13/08 - Projeto de Vida – Gênero Masculino

20/08 - Projeto de Vida – Gênero Feminino

24/09 - Dinâmicas replicáveis para Grupos

12/11– Desenvolvendo a Competência da Comunicação em Saúde

O Programa Jovem Mãe concluiu seis anos de atividades, com uma média de 80 participantes nos encontros, alcançou 23 municípios e foi o catalizador para que muitas iniciativas se concretizassem, envolvendo não somente as adolescentes grávidas, mas também grupos de meninas e meninos, na perspectiva da prevenção.

DEPOIMENTOS DE PROFISSIONAIS PARTICIPANTES

Os depoimentos foram dados por profissionais participantes do Programa Jovem Mãe, de forma anônima e voluntária, durante atividades do programa no primeiro semestre de 2016. Foram colhidos sete depoimentos de profissionais participantes configurando o seguinte perfil:

Quadro 03 – Perfil dos Profissionais que deram Depoimento sobre o Programa

| CATEGORIA | Perfil / Nº Ocorrências |
|--|---|
| Faixa Etária | 24 a 29 anos – 3; 30 a 35 anos – 3; 36 a 41 anos – 1 |
| Atuação Profissional | Núcleo de Apoio Estratégia da Família – 2 CRAS - Centro de Referência de Assistência Social – 3 CREAS - Centro Especializado de Assistência Social – 1 Unidade Básica de Saúde – 1 |
| Tempo atuação - Gravidez na adolescência | 1 a 3 anos – 2; 4 a 6 anos – 2 7 a 10 anos – 2; 15 a 17 anos – 1 |
| Tempo participação - programa Jovem Mãe | 1 ano – 1; 2 anos – 3; 3 anos – 2; 4 anos – 1 |

Fonte: Dados dos participantes do Programa Jovem Mãe.

Para colher os depoimentos foram feitas duas perguntas: “Com relação ao conhecimento sobre acolhimento e humanização no atendimento às adolescentes grávidas explique a contribuição do programa Jovem Mãe” e “Indique novas ações ou projetos que surgiram como resultados da participação no Programa Jovem Mãe”.

O primeiro depoimento relata que o Programa funcionou como um “alerta sobre um público vulnerável, que não responde ao acompanhamento da UBS da mesma forma que mulheres em idade ideal de gravidez, desta forma, refletimos sobre maneiras de atender as especificidades deste público. As contribuições foram monitoramento das gestantes adolescentes quanto a vulnerabilidade e adesão ao pré-natal” (Depoimento 1). Essa fala ressalta a consequência dos conhecimentos e atividades do Programa proporcionarem a

sensibilização e compreensão da condição de saúde, psicológica e sociais das adolescentes grávidas. Em consonância com esse depoimento a segunda participação destaca estratégias de atendimento às adolescentes desenvolvidas a partir do Programa:

Contribuiu muito, pois aprendemos uma maneira mais didática de trabalhar com as adolescentes, além das palestras e atendimentos pontuais, realizando grupos mensais e semanais, incluídos no cronograma do equipamento como atendimento prioritário. Parceria da assistência social com a equipe de Saúde, visando melhorar cada vez mais o atendimento, cada profissional contribuindo com a sua área de conhecimento. As principais ações realizadas como consequência do Programa Jovem Mãe foram: Parceria com demais secretarias (Saúde e Educação); Atendimentos Grupais Mensais para gestantes adolescentes com Psicóloga e Assistente social; Atendimentos Grupais Semanais para adolescentes, a fim de evitar a gravidez precoce; Palestras e Oficinas realizadas nas Escolas; Ajuda para as adolescentes que serão mães, com o "kit gestante" (Depoimento 2).

Esse depoimento demonstra que formou-se uma comunidade de apoio e interação para além de questões pontuais e despersonalizadas. O acompanhamento se tornou pessoal e a equipe de saúde passou a atuar de forma mais integrada com estratégias articuladas e complementares para atender a adolescente grávida para além das consultas de pré-natal, dando um apoio mais completo, incluindo também a prevenção e ações educativas. O próximo depoimento ressalta a compreensão ampliada da problemática envolvida na gravidez adolescente proporcionada pelo Programa contribuindo para o acolhimento, atendimento e integração da adolescente em grupos de convivência, bem como um trabalho mais coeso da equipe de saúde:

Contribuiu significativamente na melhora dos atendimentos, na percepção de novos fatores, os quais não dávamos conta anteriormente, além de estimular a procurar novas alternativas de atendimento e criação de atendimento específico a partir de um grupo de convivência. Discussão de casos e aproximação dos profissionais, pois partilhamos da mesma capacitação, ou seja, comumente participamos de capacitações isoladas, somente para profissionais de determinada área. Com o projeto Jovem Mãe, pudemos discutir este assunto em comum, sem fragmentações. A criação de grupo de convivência e fortalecimento de vínculos para gestantes foi muito importante (Depoimento 3).

Outro depoimento também ressaltou questões afetivas e o apoio psicológico como benefícios trazidos pelo Programa, mudando a visão dos profissionais quanto à necessidade de “acolhida e atendimento qualificado, sigilo das informações, ética e capacitação dos profissionais, quanto aos juízos de valores e ajudar as adolescente de verdade. A contribuição foi no sentido de mostrar vários viés dessa temática, bem como tantas possibilidades de soluções para o melhor desenvolvimento dessa jovem mãe” (Depoimento 4). O programa trouxe ainda contribuições para a proximidade entre os profissionais da rede e aprofundamento de conteúdos da área permitindo “maior domínio da temática bem como ampliar a rede de assistência e encaminhamentos para o melhor desenvolvimento das mães e familiares. Nos abriu os olhos para realidades que talvez não soubéssemos como enfrentar” (Depoimento 5).

Contribuindo ainda com sugestões de “projetos de desenvolvimento para a vida e para o trabalho, integração com as mães, melhora nos cuidados das crianças e das mães adolescentes”. Essa participante começou a trabalhar a pouco tempo na unidade de saúde

e ressaltou que o Programa “ajudou bastante pois o conhecimento que eu tinha era pouco, me ensinou muitas coisas e abriu minha mente em relação a abordagem, acolhimento e atendimento das jovens mães, contribuindo para orientação e prevenção” (Depoimento 6). Nessa mesma linha outra participação destacou: “auxiliou nos conhecimentos que eu não tinha para o acolhimento das adolescentes e permitiu sair do senso comum. Houve mais parceria e diálogo com as equipes de saúde após a participação no Programa. Montamos um grupo de apoio a adolescentes grávidas no CRAS, além de orientações contínuas nas Escolas” (Depoimento 7).

Esses depoimentos demonstram a grande relevância do Programa Jovem Mãe transformando a realidade dos profissionais e das adolescentes grávidas, contribuindo com formação sólida para integração da rede de atendimento por meio de projetos e estratégias de saúde da família que tem mudado a realidade da região dos Campos Gerais do estado do Paraná. Em consonância com o pensamento de Câmara “é imprescindível a implantação de um programa de atenção à saúde do adolescente no serviço, como também a capacitação dos profissionais de saúde através de cursos, treinamentos adequados e educação permanente, a fim de que eles possam adquirir conhecimentos, atitudes e habilidades para desenvolver as atividades específicas desta fase da vida” (2009, p.13). O Programa Jovem Mãe cumpre com excelência esse intento capacitando profissionais da saúde de forma colegiada para um atendimento de qualidade e que permeie todas as dimensões da vida da adolescente grávida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se avanço conceitual e legal sobre os direitos sexuais e reprodutivos para adolescentes e jovens. No entanto, as incipientes políticas do governo federal alcançam, prioritariamente, os jovens inseridos no sistema escolar e apresenta sérias lacunas em alcançar aqueles que já abandonaram a escola ou não se identificam com os serviços de saúde, ou seja, não reconhecem na saúde uma porta de entrada para receber orientação, informação e cuidados.

Mesmo com todas as mudanças culturais, sociais e econômicas que o século XXI consolidou, a gravidez na adolescência não deixou de ocorrer. O Relatório *The State of World Population – Motherhood in Childhood*, publicado pelo Fundo de População das Nações Unidas em 2013, apresenta um amplo estudo sobre a gravidez na adolescência e indica algumas causas como: “casamento infantil; desigualdade de gênero; pobreza; coerção e violência social; políticas nacionais restritivas no acesso a contracepção e de educação sexual apropriada à idade; falta de acesso à educação reprodutiva nos serviços de saúde; falta de investimento no capital humano das adolescentes” (UNFPA, 2013, p.05). O mesmo Relatório afirma que, para a compreensão da gravidez na adolescência, faz-se necessário uma abordagem holística e complexa, pois as forças que interferem na capacidade de uma adolescente desfrutar ou exercer seus direitos e empoderá-la para moldar seu futuro, envolvem as seguintes dimensões:

a) Nacional - políticas e serviços de saúde restritivos ao acesso à contracepção ou a falta de aplicação das leis que proíbem o casamento precoce;

b) Comunidade - normas e atitudes da comunidade local que dificultam o acesso à saúde sexual e reprodutiva, serviços de saúde ou tolerar violência contra adolescentes;

c) Escola e Pares - escolas podem não oferecer educação sexual de forma suficiente e eficiente, então a adolescente passa a confiar em informações (muitas vezes imprecisas) de seus pares sobre sexualidade, gravidez e contracepção. Seu parceiro pode recusar usar um preservativo ou pode proibi-la de usar a contracepção de qualquer espécie;

d) Família - podem forçá-la ao casamento, onde as adolescentes tem pouco ou nenhum poder de dizer "não" para ter filhos.

d) Individual - socialização das adolescentes e suas crenças sobre a gravidez

Esforços multidimensionais precisam ser empregados em favor dos adolescentes, em todos os níveis governamentais, para proteção, garantia e exercício de direitos sociais e humanos, para que as estas tenham de fato, oportunidades de optar por projetos de vida para além da maternidade precoce. Devem ser esforços da sociedade para minimizar e enfrentar os efeitos das desigualdades de gênero e valorizar o potencial das meninas em sua totalidade. Mediante a união de forças sociais, econômicas e culturais na perspectiva do empoderamento, igualdade de gênero e acesso à direitos, espera-se proporcionar o exercício da cidadania e o planejamento do futuro. Todas estas iniciativas e concepções precisam permear a formação dos profissionais de saúde, de modo que, além da sensibilização, sejam comprometidos com as mudanças ao seu alcance.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Christovam.; MONKEN, Maurício; **Instrumentos para o Diagnóstico Sócio-Sanitário no Programa Saúde da Família**. In: FONSECA, A. F.; CORBO, AD. (Org.). O Território e o Processo Saúde-Doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a **política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores** para o setor e dá outras providências. Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Portaria Nº 1.996 GM/MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Competências dos profissionais de nível superior na estratégia de saúde da família**. Brasília: UNA-SUS, 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. **O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil**. Brasília. 2013.

CÂMARA, Maria R. S. L. **Promoção e assistência à saúde do(da) adolescente na unidade básica de saúde do Tupuiú-Aquiraz-CE**. Ceara: Escola de Saúde Pública do Ceará: 2009.

CAROTTA, Flávia; KAWAMURA, Débora; SALAZAR, Janine. **Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos**. Saúde e Sociedade, v.18, supl.1, 2009.

CECCIM, Ricardo. B., FEUERWERKER, Laura. C. M. **Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, RJ, p.41- 65, 2004.

CECCIM, Ricardo. B. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciência e Saúde Coletiva. 10 (04) 975-986. 2005.

COSTA, Simone. M., SOUZA, Luís. Paulo S., SOUZA, Taynara. R., CERQUEIRA, Ana. Luíza. N., BOTELHO, Bianca. L, ARAÚJO, Eva. P. P., RODRIGUES, Carlos. A. Q. **Práticas de trabalho no âmbito coletivo: profissionais da equipe Saúde da Família**. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 2014.

DANIELI, Guiomar. L. **Adolescentes Grávidas: Percepções e Educação em Saúde**. Dissertação Mestrado, UFSM, 2010.

DATASUS, **Departamento de Informática do SUS**. Ministério da Saúde. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>. Acesso em 05/08/2016.

FONTOURA, Natália O.; PINHEIRO, Luana S. **Síndrome de Juno: gravidez, juventude e políticas públicas**. In CASTRO, J. A.; AQUINO, L. M.; ANDRADE, C. C. (org). Juventude e Políticas Sociais no Brasil. IPEA: Brasília, 2009. p. 149-166.

HEILBORN, Maria L. *et.al.* **Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência**. Horizontes Antropológicos, ano 8, n. 17, p. 13-45, Porto Alegre, jun. 2002.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

IMM. Instituto Mundo Melhor. **Projetos Mundo Melhor**. Ponta Grossa, 2014. Disponível em <http://www.institutomm.com.br/publicacoes.php>, acesso em 20/07/2016.

JOHNSON, R. Toward a definition of mixed method research. **Journal of Mixed Methods Research**, v.1, n.2, p.112-133, 2007.

MOREIRA, Márcia. C. **Educação Permanente em Saúde: Revisão Sistemática da Literatura Científica**. Monografia de Especialização. UFRS. 2010.

ONU. Organização Nações Unidas. **World population prospects: the 2015 revision: key findings and advance tables**. New York: United Nations, 2015. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp>.

PANTOJA, Ana L. N. “**Ser alguém na vida**”: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

PARANÁ, Estado do. Agência de Notícias. **Programa Nascer no Paraná é lançado em Ponta Grossa**. 25/06/2009. Disponível em: www.historico.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=48263. Acesso em 28/05/2016.

PEPSIC. **Sugestões de estruturação dos Relatos de Experiência Profissional**. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicope/pdf1.pdf>. São Paulo: Periódico Eletrônicos em Psicologia. Acesso em: 26/05/2016.

PRESLER-MARSHALL, Elizabeth, JONES, Nicola. **Charting the Future: Empowering Girls to Prevent Early Pregnancy**. London: Overseas Development. Institute and Save the Children. 2012.

SAMPIERI, Roberto. H, CALLADO, Carlos. F; LUCIO, María P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5ª. Ed. Penso: Porto Alegre, 2013.

SARRETA, Fernanda. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

UNFPA, State of World Population. **Motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy**. New York: United Nations Populations Fund - UNFPA, 2013. Disponível em: www.unfpa.org/publications/unfpa-annual-report-2013. Acesso em 05/08/2016.

UNICEF. Fundo Das Nações Unidas para a Infância. **O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**. Brasília, 2011.

YAZLLE, Marta. E. H. D. **Gravidez na adolescência**. Rev. Bras. Ginecol. Obst. v.28, n.8, RJ: 2006.