

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

FABIANA DE PAIVA SANTOS

**VIGILÂNCIA DAS MÃES MENORES DE 15 ANOS
NOTIFICADAS PELO SINASC DE UM HOSPITAL PÚBLICO
EM RECIFE-PE**

RECIFE

2012

FABIANA DE PAIVA SANTOS

**VIGILÂNCIA DAS MÃES MENORES DE 15 ANOS NOTIFICADAS PELO SINASC
DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM RECIFE-PE**

Monografia apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Dr^a Maria Carmelita Maia e Silva

RECIFE

2012

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S231v Santos, Fabiana de Paiva.

Vigilância das Mães Menores de 15 anos Notificadas pelo SINASC de um Hospital Público em Recife - PE. / Fabiana de Paiva Santos. - Recife: 2011.

43 p. tab.

Monografia (Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

Orientadora: Maria Carmelita Maia e Silva.

1. Nascidos Vivos 2. Adolescência. 3. Vigilância em Saúde. I. Silva, Maria Carmelita Maia e. II. Título.

FABIANA DE PAIVA SANTOS

**VIGILÂNCIA DAS MÃES MENORES DE 15 ANOS NOTIFICADAS PELO SINASC
DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM RECIFE-PE**

Monografia apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: ___ / ___ / _____

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Maria Carmelita Maia e Silva

PCR

Dr^a Tereza Maciel Lyra

CPqAM/Fiocruz/PE

AGRADECIMENTO

Primeiramente a Deus pelo dom da vida;

Aos meus pais pela força maior para realização desse trabalho. Deram tudo de melhor para construir o que sou, serei eternamente grata;

Ao meu marido pela paciência e compreensão;

Aos meus queridos filhos Arthur, Saulo e Sara pela compreensão da minha ausência em alguns momentos de lazer;

À minha família pelo apoio, aos meus colegas pelo companheirismo;

A minha secretária Maria José pela ajuda em todos os momentos da minha ausência com os cuidados carinhosos com meus filhos e esposo;

À minha equipe de trabalho do hospital Agamenon Magalhães pela força e ajuda na realização desse trabalho, em especial Dr. Márcio Allain e Cristiane;

A Semente e a nossa monitora do curso Nancy pela ajuda em todas as etapas da conclusão do curso;

À minha Orientadora, Maria Carmelita pelos ensinamentos, generosidade e apoio nessa grande conquista;

Obrigada a todos.

SANTOS, Fabiana, Paiva. Vigilância das Mães Menores de 15 anos Notificadas pelo SINASC em Recife-PE. 2012. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

A população brasileira vem enfrentando alterações significativas em seu padrão demográfico e epidemiológico onde observamos nas últimas décadas a queda da fecundidade. Porém, entre as meninas brasileiras de até 15 anos, a tendência é oposta. Em 2004, eram 8,6 nascidos vivos por grupo de mil. Cinco anos mais tarde, a taxa verificada foi de 9,6 por mil (UNICEF, 2011). A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública necessitando de vigilância em saúde. Estudos mostram que acarreta um aumento na evasão escolar, aborto, parto prematuro, riscos obstétricos, com repercussões maiores na faixa etária de 10 a 14 anos devido a fatores biológicos, psicológicos e sociais. Dentre as ações de vigilância em saúde encontra-se o monitoramento da situação de saúde que precisa de sistemas permanentes e contínuos de acompanhamentos, com a finalidade de desencadear estratégias propícias para reduzir e eliminar riscos. Entretanto é necessário sistemas de informações que forneçam indicadores mostrando as tendências e as principais características do perfil epidemiológico da população. É nesse contexto que o presente estudo tem como objetivo propor um trabalho inovador através do núcleo de vigilância epidemiológica de um hospital de referência para gravidez de risco em Recife-PE: Implantando a vigilância de mães menores de 15 anos, usando como norteador o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) por ser um sistema capaz de fornecer dados fidedignos e oportunos sobre as características do perfil epidemiológico da saúde materno-infantil. Foi realizado um estudo avaliativo dos nascidos vivos de mães menores de 15 anos com base nas informações contidas no SINASC do hospital em estudo no período entre 2007 a 2011. Observou-se um aumento na proporção de filhos nascidos vivos de mães entre 10 a 14 anos no ano de 2011, passando de 37(1,43%) em 2010 para 57(1,67%) em 2011. A grande maioria é solteira, possuem menos de sete anos de estudos, fizeram menos de sete consultas de pré-natal, 50% tiveram partos cesarianos, mais 50% são donas de casa, 28% tiveram partos prematuros, 40% foram residentes do município de Recife e média de 2,4% com filhos vivos anteriores. Sendo necessário criar estratégias multidisciplinares e intersetorial com intuito de melhorar a qualidade de vida dessas adolescentes, permitindo proteção e apoio à menina-mãe, estímulo para que continuem estudando e sejam capazes de garantir um futuro melhor para si e para seu filho bem como prevenindo uma nova gravidez precoce.

Palavras Chaves: Nascidos Vivos, adolescência e vigilância em saúde.

SANTOS. Fabiana, Paiva. Surveillance of Mothers Younger than 15 years Notified by SINASC in Recife. 2012. Monograph (Specialization in Management Systems and Services Health) - Research Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

SUMMARY

The Brazilian population has been facing significant changes in their demographic and epidemiological pattern which we observed in recent decades the fertility decline. But among Brazilian girls up to 15 years, the trend is opposite. In 2004, there were 8.6 live births per group of one thousand. Five years later, the rate was 9.6 per thousand (UNICEF, 2011). Adolescent pregnancy is considered a public health problem requiring health surveillance. Studies show that leads to an increase in truancy, miscarriage, premature birth, obstetric risks, with major repercussions in the age group 10-14 years due to biological, psychological and social. Among the actions of health surveillance is monitoring the health situation in need of permanent systems and continuous monitoring, in order to trigger favorable strategies to reduce and eliminate risks. However you need information systems that provide indicators showing trends and key features of the epidemiological profile of the population. In this context, this study aims to propose an innovative work through the core of epidemiological surveillance of a referral hospital for high-risk pregnancy in Recife: Deploying the surveillance of mothers younger than 15 years, using as a guide System Information (SINASC) by a system capable of providing timely and reliable data on the characteristics of the epidemiology of maternal and child health. We conducted an evaluation study of live births to mothers under 15 years based on the information contained in SINASC of the study hospital during the period from 2007 to 2011. There was an increase in the proportion of live births to mothers 10 to 14 years in 2011 from 37 (1.43%) in 2010 to 57 (1.67%) in 2011. The vast majority are single, have less than seven years of study, made less than seven prenatal consultations, 50% had cesarean sections, plus 50% are housewives, 28% had preterm deliveries, 40% were residents of the municipality Reef and an average of 2.4% with previous live births. Is necessary to create multidisciplinary and intersectoral strategies aiming to better the quality of life of these adolescents, allowing protection and support to the girl-mother, encouragement to continue studying and to be able to secure a better future for you and your child as well as preventing a new pregnancy.

Keywords: live birth, adolescence, and health surveillance.

LISTA DE TABELA

Tabela 1- População de Adolescentes entre 10 a 14 anos. Brasil, Pernambuco e Recife, 2007-2011.....	18
Tabela 2- Nascidos Vivos de mães adolescentes entre 10 a 14 anos. Brasil, Pernambuco, Recife e HAM, 2007-2011.....	19
Tabela 3- Nascidos Vivos de mães entre 10 a 14 anos por município de residência. HAM, 2007-2011.....	20
Tabela 4- Nascidos Vivos de mães entre 10 a 14 anos segundo duração de gestação. HAM, 2007-2011.....	20
Tabela 5. Nascidos Vivos segundo tipo de parto de mães adolescentes entre 10-14 anos. Brasil, PE, Recife e HAM 2007-2011.....	21
Tabela 6. Nascidos Vivos de Mães adolescentes entre 10-14 anos segundo ocupação. HAM, 2007-2011.....	22
Tabela 7- Nascidos Vivos anteriores de Mães adolescentes entre 10-14 anos. HAM, 2007-2011.....	22
Tabela 8- Distribuição das características sócio-demográfica de mães adolescentes entre 10-14 anos. PE, Recife e HAM, 2007-2011.....	23
Tabela 9-Óbito materno de adolescentes entre 10-14 anos. Brasil, PE e Recife, 2007-2010.....	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde;
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CONAS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde;
DN	Declaração de Nascido Vivo;
DS	Distrito Sanitário;
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde;
HAM	Hospital Agamenon Magalhães;
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
MS	Ministério da Saúde;
NE	Núcleo de Epidemiologia;
PE	Pernambuco;
RM	Região Metropolitana;
RPA	Regiões Político-Administrativas;
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos;
SIS	Sistema de Informação;
SUS	Sistema Único de Saúde;
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação;
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade;
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários;
UTI	Unidade de Terapia Intensiva;
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância;
USF	Unidade de Saúde da Família;
ZEPA	Zonas Especiais de Preservação Ambientais.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.....	14
2.2	Mães Adolescentes.....	15
2.3	Perfil das mães menores de 15 anos.....	18
3	OBJETIVOS.....	25
3.1	Objetivo Geral.....	25
3.2	Objetivos Específicos.....	25
4	PLANO OPERATIVO.....	26
5	DIRETRIZES.....	29
6	METAS.....	30
7	ESTRATÉGIAS.....	31
8	CRONOGRAMA	34
9	ORÇAMENTO.....	35
10	VIABILIDADE DA PROPOSTA.....	36
11	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	37
12	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
	REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

Atualmente a Vigilância em Saúde faz parte do modelo de atenção em saúde, caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011). Fundamental para o planejamento, monitoramento e avaliação de políticas na área de saúde, com objetivo de desencadear ações oportunas para reduzir e eliminar riscos. Entretanto é necessário o conhecimento do perfil epidemiológico para o planejamento das ações em saúde, através dos sistemas de informações o quais fornecem indicadores que evidenciam a tendência e as principais características de saúde da população.

A Organização Mundial da Saúde define Sistema de Informação em Saúde - SIS como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Contribuindo para construção do conhecimento em saúde (ROUQUAYROL, 2008). A atualização das informações, sua qualidade e confiabilidade são fatores importantes nos processos de gestão e atenção á saúde.

A 11ª conferência Nacional de Saúde aborda a informação como sendo um dos componentes principais para alcançar a equidade, qualidade, e humanização dos serviços de saúde, fortalecendo o controle social no âmbito do SUS, melhorando a situação de saúde da população (BRASIL, 2001).

A descentralização dos sistemas de informação para os municípios, em especial o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), permite analisar em tempo oportuno a situação de saúde do grupo materno-infantil, possibilitando tomada de decisão baseado em evidências e viabilizando estratégias de monitoramento de programas e avaliação de seus impactos.

O SINASC foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1990, segundo o princípio da descentralização do SUS, objetivando coletar dados sobre os nascimentos informados em todo o território nacional e o fornecimento do perfil epidemiológico sobre a saúde materno-infantil; tendo como documento padrão a Declaração de Nascido Vivo (DN) (BRASIL, 2001). Esses dados permitem o cálculo de diversos indicadores, com destaque para o coeficiente de mortalidade infantil, o percentual de recém-nascidos de baixo peso e percentual de mães adolescentes (SILVA, 2001).

No Brasil desde 2009 o SINASC vem conseguindo captar mais de 95% dos nascimentos esperado. Sua análise hoje permite evidenciar situações que devem ser monitoradas como: nº de mães adolescentes menores de 16 anos, prematuridade e o baixo peso ao nascer. Porém o monitoramento não segue uma avaliação sistemática (LIMA et al., 2009).

O SINASC permite orientar epidemiologicamente as políticas de intervenções voltadas para o grupo materno-infantil. À medida que permite identificar as crianças com maior risco de morrer no primeiro ano de vida através de variáveis como: baixo peso ao nascer, idade e escolaridade materna e situação socioeconômica desfavorável (JORGE, 2007). Suas informações são disponibilizadas para a população por meio da página da Internet do Departamento de Informática do SUS (<http://www.datasus.gov.br>), em um prazo de, no máximo, dois anos após sua ocorrência, à semelhança do que ocorrem nos Estados Unidos e na Inglaterra, países reconhecidamente com bons sistemas de informação (ALMEIDA, 2000).

Estudos com bases populacionais no Brasil foram realizados pela primeira vez, com a implantação do SINASC. Assim, a avaliação do sistema, por meio de sua cobertura e fidedignidade e qualidade das informações, tornaram-se prioritária (JORGE, 2007). Uma das experiências mais exitosas no que se refere ao monitoramento da saúde da mulher e da criança (BRASIL, 2009).

Algumas questões têm sido apontadas como eventuais causas do elevado percentual de variáveis incompletas. Além da pouca clareza metodológica do manual de preenchimento do SINASC pode ser citada a heterogeneidade de profissionais responsáveis pelo preenchimento da DN (CUNHA, 2007). O Ministério da Saúde preconiza que a DN deve ser preenchida por médico, por membro da equipe de enfermagem da sala de parto ou do berçário, ou por outra pessoa previamente treinada para tal fim (BRASIL, 2001). Pelo percentual de informações em branco ou ignorado, até a exatidão e consistência dos dados, avalia a qualidade dos sistemas de informações.

Em Recife-PE o uso do SINASC tem sido usado para vigilância das crianças de risco de morte no primeiro ano de vida, baseado no princípio da equidade, com impactos positivos na redução da mortalidade infantil, tendo como linha de ação o uso da informação para tomada de decisão, porém não realiza a vigilância das mães.

O Pacto pela Saúde estabelece metas para os municípios garantirem a vigilância da saúde da população, baseados nos dados dos sistemas de informações, garantindo a eficácia do Pacto de Gestão bem como a eficiência no planejamento, principalmente, o SINASC já que é um dos SIS mais utilizados pra construção de indicadores, colaborando com a

descentralização das ações, oportunizando a possibilidade de planejamento e avaliação da assistência de acordo com a realidade local (SILVA, 2011).

A gravidez na adolescência traz impactos profundos na vida dos adolescentes com repercussões em sua saúde, no seu desempenho escolar, nas suas oportunidades de formação para o trabalho. São imensas as vulnerabilidades que circundam a vida do adolescente como a pobreza, a baixa escolaridade, entrada precoce e precária no mercado de trabalho e a violência sexual. De acordo com o estudo do Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA, 2009) entre as meninas de 10 a 17 anos sem filhos, 6,1% não estudavam no ano de 2008. Na mesma faixa entre as adolescentes que tinham filhos, essa proporção chegava a 75,7%. Entre essas mesmas meninas que já eram mães, 57,8% delas não estudavam e nem trabalhava.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, o Brasil tem 190.755.799 habitantes, 18% de sua população vivendo a adolescência. Cerca de 17 milhões na faixa etária entre 10 a 14 anos com 26.958 filhos nascidos vivos de mães nessa faixa etária, momento inédito de possibilidades para o fortalecimento das políticas públicas voltadas para adolescentes, sem deixar de garantir seus direitos: à saúde, à educação, ao lazer, à moradia, ao respeito e à liberdade (UNICEF, 2011).

Em Pernambuco de acordo com o sistema de informação de nascidos vivos do MS no ano de 2010 foram registrados 1487 filhos nascidos vivos de mães na faixa etária entre 10 a 14 anos, com um aumento no município de Recife no ano de 2011, passando de 163 em 2010 para 219. Estudos apontam que mães adolescentes, em especial entre 10 a 14 anos estão mais propensas a riscos obstétricos, evasão escolar, a DST, partos prematuros, expostas à violência sexual e menos madura e insegura que adolescentes entre 15 e 19 anos (ECOS, 2004).

A Política Nacional de Saúde do Adolescente e jovem preconiza a atenção integral a esse segmento populacional, considerando as necessidades específicas, as características socioeconômicas e culturais, bem como a diferença de gênero, raça e religião (RAPOSO, 2009). No campo do direito, o Estatuto da Criança e do adolescente estabelece o direito à vida, à saúde, à educação, cultura, esporte, lazer, e à profissionalização. Sendo dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder Público assegurar, a efetivação dos direitos.

O MS propõe a importância de estratégias interfederativas e intersetoriais que contribuam para mudança do quadro nacional de vulnerabilidade com que vive os adolescentes, contribuindo no desenvolvimento saudável desse grupo (BRASIL, 2007). Sendo assim é fundamental que a saúde do adolescente seja norteadas por estratégias de monitoramento permanente com vista na prevenção, promoção e qualidade de vida.

Diante do pressuposto e dos riscos sociais que estão sujeitos os adolescentes, o presente estudo trata-se de um plano de intervenção com o objetivo de implantar a vigilância das mães adolescentes entre 10 a 14 anos. Através do perfil epidemiológico dessas mães fornecido pelo banco de dados do SINASC, do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do hospital Agamenon Magalhães (HAM), com referência para gravidez de risco no município de Recife-PE. Sabe-se que a gravidez nessa faixa etária é considerada de risco e em Recife mais de 98% dos partos ocorrem em âmbito hospitalar. Frente a esse quadro questionamos: O que levou um aumento no número de mães adolescentes entre 10 a 14 anos em Recife? Quais as possibilidades que essas mães têm em continuar estudando e viver com qualidade de vida? O uso da informação para o planejamento em saúde esta sendo utilizado para propor intervenções? Existe um sistema de monitoramento permanente que garantam os direitos das mães adolescentes? A proposta de intervenção exige um esforço coletivo, multiprofissional, e intersetorial, criando um mecanismo de articulação entre a vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar e os Distritos Sanitários. De acordo com Tobar (2003) a pesquisa de intervenção tem como objetivo interferir na realidade estudada com o compromisso em propor não apenas resoluções de problemas, mas também em resolvê-los efetivamente e participativamente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos

O SINASC foi criado na década de 90, época em que testemunhava a passagem de um sistema de saúde centralizado para um cenário em que milhares de governos municipais passavam a ter uma atuação extremamente importante no campo de saúde: a descentralização político-administrativo. Não foi introduzida de forma homogênea em todo o país, sua implantação ocorreu de forma gradual entre as Unidades da Federação, de forma que seus dados foram divulgados apenas a partir de 1994 (ALMEIDA, 2000).

No Brasil em 2009 a cobertura do SINASC já alcançava 96% para o país como um todo, mas valores inferiores a 90% ainda são observados em algumas unidades da Federação. Em Pernambuco, o sistema foi oficialmente implantado em setembro de 1992 (VIDAL, 2005).

A qualidade da declaração de nascido vivo é fundamental para conhecer o perfil epidemiológico da saúde materno-infantil, através das informações fornecida por este documento como: fatores maternos de reprodução, condições de nascimento e condições sócio-econômicas, representando insumos essenciais para o planejamento, monitoramento, execução e avaliação das ações de saúde, especialmente em países e regiões de ampla desigualdade sócio-econômica. (CUNHA, 2007).

A DN é um documento padronizado pelo Ministério da Saúde em três vias, de distintas cores, devendo ser preenchida em todo território nacional, para todos os nascidos vivos, distribuídas gratuitamente as secretarias estaduais de saúde, que as repassam aos estabelecimentos de saúde e cartórios. (FUNASA, 2001). A Organização Mundial de Saúde definiu nascido vivo como sendo a expulsão ou extração completa do interior do corpo da mãe, independente da duração da gestação, o qual depois da separação respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como, batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo de músculo de contração voluntária.

Objetivando avaliar a completitude das DN de residentes em Pernambuco no período de 1996-2005, Costa (2009), pode verificar um excelente preenchimento das variáveis, maior de 95%. Porém de acordo com Silva (2011), é necessário melhorar a qualidade das variáveis como estado civil e número de filhos nascidos mortos, variáveis essenciais para avaliar a tendência da dinâmica demográfica (MOREIRA, 2008). Diante da magnitude da mortalidade infantil em 1994 (33,5 por mil nascidos vivos), em Recife-PE foi criado o Projeto Cidadão-Recife tendo o SINASC como norteador para o monitoramento de criança de risco e de sua

sensibilidade às ações de saúde, a Secretaria de Saúde do Recife propôs a vigilância das crianças com maior risco de morte no primeiro ano de vida, ou seja, com baixo peso ao nascer (< 2.500 kg), prematuridade (idade gestacional < 37 semanas), pagar do 5º < 7 e filhos de mães adolescentes com idade inferior a 16 anos.

Uma das informações importantes inferidas a partir das estatísticas do SINASC se refere ao comportamento reprodutivo das mulheres brasileiras, segundo a idade, permitido estudos sobre fecundidade e gravidez na adolescência. Pouco se sabe sobre a faixa etária de menores de 15 anos, só a partir dos últimos anos que o IBGE informou o comportamento reprodutivo nessas faixas.

Reconhecida a potencialidade do SINASC e suas contribuições para avaliação da saúde materno-infantil. Propostas devem ser realizadas com intuito de melhorar a qualidade do sistema bem como, criar intervenções que visem o monitoramento das mães adolescentes captadas por este sistema para que, seja acompanhado por serviços locais, procurando esclarecer dúvidas quanto ao cuidado como os filhos, apoio psicossocial tanto para mãe e família, retorno escolar, planejamento familiar e geração de renda. É importante a elaboração de uma política pública de saúde que garanta a continuidade da atenção após alta hospitalar. Essa política deve abranger, inclusive, a garantia do suporte social que a família necessita para cuidados adequadamente da criança. (SIQUEIRA, 2011).

2.2 Mães Adolescentes

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8069/90 (BRASIL, 1990) define adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade, já a Organização Mundial de Saúde, delimita entre 10 aos 19 anos. Período marcado por várias transformações físicas, psíquica e social, verificando profundas mudanças no corpo, na maneira de pensar, agir e de se relacionar, influenciando a maneira como ele próprio se ver como ser humano (PIMENTEL, 2010).

O ECA constitui um marco importante na vida da criança e do adolescente reconhecidos como sujeitos de direitos, os quais devem ser dadas prioridades absolutas e proteção integral, garantindo direito à vida, à educação, ao convívio familiar, ao lazer, ao esportes, ao respeito e à liberdade. Ferreira et al., (2007) lembram que, no art. 277 da Constituição Federal de 1988, ressalta-se que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar a efetivação desses direitos.

O Brasil, de acordo com os resultados do Censo Demográfico de 2010, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE apresenta uma população de 190.755.799 habitantes. Cerca de 17 milhões de adolescentes entre 10-14 anos, grupo de população que mais sofre o impacto de vulnerabilidades, como a pobreza, a violência, a exploração sexual, a baixa escolaridade, a gravidez, as DST/AIDS, o abuso de drogas e a privação de convivência familiar e comunitária, comprometendo de forma grave o desenvolvimento dos adolescentes, quatro em cada dez brasileiros (40%) que vivem na miséria são meninos e meninas de até 14 anos. Para que os adolescentes vivam tão importante fase da vida de forma plena, estimulante e segura, faz-se necessário conhecer, reconhecer e enfrentar essas vulnerabilidades (UNICEF, 2011).

A adolescência é uma fase bastante conturbada na maioria das vezes, em razão das descobertas, das idéias opostas às dos pais e irmãos, formação da identidade, fase na qual as conversas envolvem namoro, brincadeiras e tabus. É uma fase do desenvolvimento humano que está entre infância e a fase adulta. Muitas alterações são percebidas na fisiologia do organismo, nos pensamentos e nas atitudes desses jovens. Durante a passagem da infância para a vida adulta, os adolescentes experimentam importantes mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais bem como, o início da atividade sexual. É neste período que se molda, em grande parte, a maneira como os jovens viverão sua vida adulta, demandando atenção, não apenas no que se refere à saúde sexual e reprodutiva, mas, também, quanto aos aspectos de sua vida produtiva, social e econômica (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

O problema de uma gravidez precoce em especial na faixa etária entre 10-14 anos, além do comprometimento biológico e emocionais presentes, afeta o rendimento escolar, diminuindo um futuro profissional promissor. Estando associada à violência sexual em 27% nessa faixa etária (SILVA, 2009). Vista como um problema de saúde pública, envolvendo não só alterações biológicas e de saúde materna e fetal, mas, sobre questões relacionadas com o ciclo de pobreza, famílias não planejadas, esterilização precoce, abandono escolar pré ou pós gestacional, a precária inserção no mercado de trabalho e a vulnerabilidade social. (BRANDÃO, 2006). Associado a uma frequência aumentada de resultados obstétricos adversos, tais como, baixo peso ao nascer, parto prematuro, morte materna e perinatal (MAGALHÃES et al., 2006). Antecipa o ciclo esperado da reprodução humana (SOUZA et al., 2008).

Adolescência e gravidez, quando ocorrem juntas, podem acarretar sérias conseqüências para todos os familiares, mas principalmente para os adolescentes envolvidos,

pois envolvem crises e conflitos. O que acontece é que esses jovens não estão preparados emocionalmente e nem mesmo financeiramente para assumir tamanha responsabilidade, fazendo com que muitos adolescentes saiam de casa, cometam abortos, deixem os estudos ou abandonem as crianças sem saber o que fazer ou fugindo da própria realidade. É sabido que filhos de mães adolescentes, partos prematuros, baixa escolaridade (menor que quatro anos de estudos) e baixo peso ao nascer são alguns dos fatores de risco para morbimortalidade materna e infantil.

Nos últimos 20 anos, o Brasil implementou políticas essenciais para a melhoria das condições de vida na infância, reduzindo a mortalidade infantil, combatendo a exploração da mão de obra de crianças e quase universalizando o acesso ao ensino fundamental. É chegada à hora de se ampliar e de se aprofundar essas conquistas, incluindo na agenda de prioridades dada às crianças, os adolescentes (UNICEF, 2011).

Atualmente são poucos os serviços de saúde do SUS que oferecem aos adolescentes atenções diferenciadas e resolutivas, considerando as características biopsicossociais específicas desta faixa etária. Os avanços determinados pelo SUS e o que determina a legislação de saúde ainda não alcançaram de forma efetiva essa parcela populacional. Constitui um desafio de toda sociedade programar ações de prevenção e de intervenções voltada para a saúde do adolescente, considerando aspectos culturais, psicossociais, interpessoais e econômicos.

A taxa de fecundidade das adolescentes no Brasil apresenta-se em declínio. Em 2010 ocorreu uma redução no grupo etário de 15-19 anos que concentravam 18.8% da fecundidade total em 2000, passaram a concentrar 17.7% em 2010 (IBGE, 2010). Porém entre as meninas de até 15 anos a tendência é oposta. Em 2004 eram 8,6% nascidos vivos por grupo de mil e foi para 9,6% por mil em 2009 (UNICEF, 2011). Vale lembrar aqui que a legislação brasileira em vigência, as relações sexuais antes dos 14 anos são classificadas como estupro de vulneráveis (Lei 12.015/2009). Além do que essas adolescentes são menos maduras que as adolescentes de 15-19 anos e, estão mais suscetíveis à falta de informação e mais expostas à violência sexual, pela própria falta de autonomia (ECOS, 2004). Propensas a riscos como aborto espontâneo, prematuridade, complicações no parto, mortalidade materna e riscos para a criança (COSTA 2002; AQUINO et al., 2003). Associados não só a idade materna mas, a outros fatores como, a baixa escolaridade, pré-natal inadequado, baixa condição socioeconômica, intervalo interpartais curtos (menor de 2 anos) e estado nutricional comprometido (SANTOS, 2003).

O Ministério de Saúde tem destacado como fundamental a necessidade da construção de uma agenda em prol da saúde do adolescente, envolvendo não só o governo, mas, a sociedade, a família e o próprio adolescente. Ao propor ações de promoção à saúde para adolescente na comunidade admiti-se que três grupos são fundamentais: a família, os profissionais de saúde sensíveis ao tema e os adolescentes (PIMENTEL, 2010).

Ao traçar metas a partir dos dados coletados pelo sistema de informação, é possível fazer o acompanhamento de cada ação delineada e verificar os resultados alcançados. Os gestores e profissionais podem refletir, planejar e implementar as ações preventivas e interventivas aos adolescentes, sendo importante interrelacionar estratégias que subsidiam as ações para promover e facilitar a aquisição de competência da autonomia do adolescente e, conseqüentemente, o exercício da vida reprodutiva (RODRIGUES, 2010).

2.3 Perfil das Mães Menores de 15 Anos/ Justificativa da Proposta

Na tabela 1, observa-se a população de adolescentes na faixa etária entre 10 a 14 anos. No período de 2007 a 2010, Recife apresentou uma média de 8% por ano, com um aumento na proporção em 2010 no Brasil e em Pernambuco, 9,0% e 9,5% respectivamente. Sabe-se, que a vulnerabilidade atinge todo o grupo de adolescentes, porém essa faixa etária é menos madura que as adolescentes entre 15-19 anos e mais propensas a riscos como violência sexual e riscos obstétricos.

TABELA 1 - População de Adolescentes (10 a 14 anos). Brasil, Pernambuco, Recife, 2007 a 2010.

ANO	BRASIL			PERNAMBUCO			RECIFE		
	n Total	n 10 a 14	%	n Total	n 10 a 14	%	n Total	n 10 a 14	%
2007	189.335.191	16.709.810	8,8	8.590.868	794.017	9,2	1.528.971	125.672	8,2
2008	189.612.814	16.514.607	8,7	8.734.194	798.955	9,1	1.549.980	126.159	8,1
2009	191.481.045	16.489.531	8,6	8.810.318	799.222	9,1	1.561.663	126.056	8,1
2010	190.755.799	17.166.761	9,0	8.796.448	835.531	9,5	1.537.704	120.099	7,8
TOTAL	761.184.849	66.880.709	8,8	34.931.828	3.227.725	9,2	6.178.318	497.986	8,1

Fontes: MS/SE/DATASUS - Departamento de Informática do SUS, 2012.

No Recife, em todos os anos, mais de 99,0% dos partos ocorreram nas maternidades, sendo os partos domiciliares responsáveis por apenas 0,2%. De acordo com a tabela 2 no período de 2007 a 2011 ocorreram 955 nascidos vivos de mães adolescentes entre 10 aos 14 anos no município de Recife, 254 foram ocorridos no HAM. Evidencia um aumento de nascidos vivos no ano de 2011, passando de 163 nascidos vivos em 2010 para 219 em 2011. O HAM registrou nesse mesmo período 37(1,4%) nascidos vivos de mães menores de 15 anos em 2010 passando para 57(1,7%) em 2011. Diante dessa situação verifica-se que o HAM serve como articulador para propor estratégias de planejamento, avaliação e vigilância de monitoramento dessas mães, haja vista ser um hospital terciário e de referência para gravidez de risco.

TABELA 2 - Nascidos Vivos de Mães Adolescentes (10 a 14 anos). Brasil, Pernambuco, Recife, HAM, 2007 a 2011.

ANO	BRASIL			PERNAMBUCO			RECIFE			HAM		
	n Total	n 10 a 14	%	n Total	n 10 a 14	%	n Total	n 10 a 14	%	n Total	n 10 a 14	%
2007	2.891.328	27.963	1,0	143.095	1.414	1,0	22.039	210	0,9	3.001	59	2,0
2008	2.934.828	28.678	1,0	145.195	1.534	1,1	22.025	202	0,9	2.775	49	1,8
2009	2.881.581	27.807	1,0	141.815	1.476	1,0	22.501	161	0,7	2.846	52	1,8
2010	2.861.868	27.049	0,9	136.591	1.487	1,1	21.729	163	0,7	2.572	37	1,4
2011	*	*	*	*	*	*	22209	219	1,0	3.411	57	1,7
TOTAL	11.569.605	111.497	1,0	566.696	5.911	1,0	11.0503	955	0,8	14.605	254	1,7

Fontes:

MS/SVS/DASIS (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2012).

SINASC/DVS (Secretaria de Saúde do Recife, 2012).

SINASC/HAM (Secretaria de Saúde de Pernambuco, 2012).

OBS: * Dados não disponíveis

De acordo com tabela 3, a média anual no período em estudo de mães menores de 15 anos captadas pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos do HAM residentes de Recife ficou em torno de 40%. É importante ressaltar que precisamos de informações para tomada de decisões, em tempo oportuno e seguro uma vez que as informações chegariam o mais precocemente nos DS.

Tabela 3-Nascidos Vivos no HAM de mães (10-14a)por Município de Residência,HAM,2007-2011.

Município	2007	2008	2009	2010	2011	Total	%
	n	n	n	n	n	n	
Total	59	49	52	37	57	254	100
Recife	29	17	23	10	20	99	38,9
Outros municípios	18	16	15	8	18	75	29,5
Paulista	1	5	4	4	3	17	6,6
Jaboatão dos Guararapes	3	2	2	4	5	16	6,2
Olinda	4	1	0	5	6	16	6,3
Camaragibe	1	2	2	2	1	8	3,1
Abreu e Lima	2	1	0	4	0	7	2,8
Igarassu	0	1	3	0	2	6	2,4
Carpina	0	1	3	0	1	5	2,0
Sirinhaém	1	3	0	0	1	5	2,0

Fonte: SINASC/HAM/Secretaria de Saúde de PE, 2012.

O HAM registrou entre 2007-2011 um aumento de nascidos vivos prematuros de mães menores de 15 anos com média de 28,7% por ano, chamando atenção para 2010 e 2011 com 43,2% e 35% respectivamente (tabela 4). Mães adolescentes são na grande maioria inseguras no cuidado ao bebê, principalmente prematuros, gerando medo, insegurança ou desespero. Em relação ao número de consultas de pré-natal a população em estudo possuem menos de sete consultas. Sabe-se que o nº de consulta de pré-natal tem sido considerado como um dos principais indicadores da qualidade da atenção à saúde da mulher.

Dados da Secretaria de Saúde de Recife indicam que a vigilância das crianças de risco contribuiu desde sua implantação com a diminuição da mortalidade infantil, por tanto é chegada a hora de propor a criação da vigilância de mães menores de 15 anos com intuito de melhorar a qualidade de vida dessas mães e diminuir a vulnerabilidade e desigualdade social que a tanto circundam.

Tabela 4- Nascidos vivos de mães (10-14 anos) segundo duração de Gestação, HAM, 2007-2011

Duração de Gestação	2007	2008	2009	2010	2011	Total	%
	N	N	n	N	n	n	
< 37	13	12	10	16	20	71	27,95
37 a 41	46	37	42	21	34	180	70,87
42 e +	0	0	0	0	3	3	1,181
Total	59	49	52	37	57	254	100

Fonte: SINASC/HAM /Secretaria de Saúde de PE, 2012.

Com relação ao tipo de parto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza como proporção aceitável de partos cesarianos aquela em torno de 10 a 15%. No HAM 50% dos partos registrados em mães menores de 15 anos foram cesarianos, no Brasil, Pernambuco e Recife os partos vaginais corresponderam 71,4%, 52,4% e 64,1% respectivamente. É sabido que mulheres submetidas a partos cesarianos correm mais riscos como: hemorragias e infecção puerperal.

TABELA 5 - Nascido vivos segundo tipo de partos de Mães Adolescentes (10 a 14 anos). Brasil, Pernambuco, Recife, HAM, 2007 a 2011

		2007		2008		2009		2010		2011	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BRASIL	Vaginal	18386	65,8	18605	94,9	17514	63,1	16689	62,0	*	*
	Cesário	9536	34,2	1003	5,1	10261	36,9	10212	38,0	*	*
	TOTAL	27922	100,0	19608	100,0	27775	100,0	26901	100,0	*	*
PE	Vaginal	933	66,0	999	65,1	971	65,8	920	62,4	*	*
	Cesário	481	34,0	535	34,9	504	34,2	555	37,6	*	*
	TOTAL	1414	100,0	1534	100,0	1475	100,0	1475	100,0	*	*
RECIFE	Vaginal	135	64,3	125	61,9	106	65,8	105	64,4	137,0	62,6
	Cesário	75	35,7	77	38,1	55	34,2	58	35,6	82,0	37,4
	TOTAL	210	100,0	202	100,0	161	100,0	163	100,0	219,0	100,0
HAM	Vaginal	34	57,6	23	46,9	24	46,2	19	51,4	27,0	47,4
	Cesário	25	42,4	26	53,1	28	53,8	18	48,6	30,0	52,6
	TOTAL	59	100,0	49	100,0	52	100,0	37	100,0	57,0	100,0

Fontes: MS/SVS/DASIS/SINASC/DVS/HAM/Secretaria de Saúde de PE, 2012.

*O sistema de dados do SINASC não disponibilizava de dados nestes períodos

Foram excluídas as variáveis ignoradas.

A tabela 6 mostra as características das mães menores de 15anos em relação à ocupação pode-se observar, mais de 50% são donas de casas. De acordo com o estatuto da criança e do adolescente todos têm direito a educação. Necessitando a realizações de ações voltadas para aumentar o acesso dessa população à educação e atenção à saúde.

Tabela 6 - Nascidos Vivos de Mães (10 a 14 anos), segundo ocupação, HAM, 2007 - 2011

Ocupacao	2007	2008	2009	2010	2011	Total	%
	n	n	n	n	n	n	
Comerciante varejista	0	1	0	0	0	1	0,39
Costureira	0	0	1	0	0	1	0,39
Chefe de confeitaria	0	0	1	0	0	1	0,39
Estudante	15	26	22	21	29	113	44,49
Dona de Casa	44	22	26	16	27	135	53,15
Nao informada	0	0	2	0	1	3	1,18
Total	59	49	52	37	57	254	100,00

Fonte: SINASC/HAM/Secretaria de Saúde de PE, 2012.

Pelas tabelas a seguir pode-se observar no período de 2007 a 2011 a grande maioria das mães menores de 15 anos possui menos de sete anos de estudos e são solteiras. Apesar da escolaridade está menos de sete anos vale ressaltar que a idade em estudo compreende 10-14 anos, o limite esperado para essa faixa etária seriam oito anos. A grande maioria é primigesta, com uma média de 2,4% com um filho vivo anterior, registrando 7% em 2011. Verifica-se a crescente vulnerabilidade dessa faixa etária. A vigilância em saúde faz parte do nível decisório de gestão, portanto estratégias inovadoras em saúde devem ser implantadas com a intenção de garantir uma vida mais saudável e segura. É nessa premissa de vigilância em saúde que a proposta de intervenção deverá ser implantada para as mães adolescentes entre 10-14 anos, criando mecanismo de monitoramento permanente.

Tabela 7-Nascidos vivos anteriores de mães (10 a 14 anos),HAM.2007-2011							
Filhos Nasc.Vivos	2007	2008	2009	2010	2011	Total	%
1	0	1	1	0	4	6	2,4
2	0	0	0	0	1	1	0,4
0	59	48	51	37	52	247	97,2
Total	59	49	52	37	57	254	100
Fonte: SINASC/HAM/Secretaria de Saúde PE , 2012							

As variáveis em branco e ignoradas foram excluídas em algumas tabelas, mas, pela análise durante a elaboração das tabelas pode-se observar que as variáveis como: estado civil, escolaridade e consulta de pré-natal foram as que apresentaram maior índice de incompletude.

TABELA 8 - Distribuição das características sócio-demográficas de mães (10 a 14 anos) por ano de registro do nascido vivo, Pernambuco, Recife, HAM, 2007-2011

		ESCOLARIDADE					ESTADO CIVIL			TOTAL	
		NENHUMA	1 a 3	4 a 7	8 a 11	TOTAL	Solteiro	Casado	União Concensual		
PERNAMBUCO	2007	n	23	215	1002	167	1407	1364	23	20	1407
		%	1,6	15,3	71,2	11,9	100,0	96,9	1,6	1,4	100,0
	2008	n	29	192	1125	173	1519	1495	28	1	1524
		%	1,9	12,6	74,1	11,4	100,0	98,1	1,8	0,1	100,0
	2009	n	17	173	1063	204	1457	1453	17	0	1470
		%	1,2	11,9	73,0	14,0	100,0	98,8	1,2	0,0	100,0
	2010	n	14	165	1093	193	1465	1440	12	18	1470
		%	1,0	11,3	74,6	13,2	100,0	98,0	0,8	1,2	100,0
	2011	n	0	0	0	0	0	*	*	*	*
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	*	*	*	*
RECIFE	2007	n	2	14	159	34	209	205	3	0	208
		%	1,0	6,7	76,1	16,3	100,0	98,6	1,4	0,0	100,0
	2008	n	1	4	154	40	199	196	3	0	199
		%	0,5	2,0	77,4	20,1	100,0	98,5	1,5	0,0	100,0
	2009	n	1	9	122	29	161	157	3	0	160
		%	0,6	5,6	75,8	18,0	100,0	98,1	1,9	0,0	100,0
	2010	n	0	8	120	33	161	160	0	1	161
		%	0,0	5,0	74,5	20,5	100,0	99,4	0,0	0,6	100,0
	2011	n	1	17	161	39	218	190	5	22	217
		%	0,5	7,8	73,9	17,9	100,0	87,6	2,3	10,1	100,0
HAM	2007	n	0	5	41	13	59	58	1	0	59
		%	0,0	0,4	2,9	0,9	4,2	98,3	1,7	0,0	100,0
	2008	n	1	4	39	5	49	47	1	0	48
		%	2,0	8,2	79,6	10,2	100,0	97,9	2,1	0,0	100,0
	2009	n	0	2	44	6	52	50	2	0	52
		%	0,0	3,8	84,6	11,5	100,0	96,2	3,8	0,0	100,0
	2010	n	0	4	28	5	37	37	0	0	37
		%	0,0	10,8	75,7	13,5	100,0	100,0	0,0	0,0	100,0
	2011	n	0	6	41	8	55	54	0	0	54
		%	0,0	10,9	74,5	14,5	100,0	100,0	0,0	0,0	100,0

Fonte:

MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2011.

SINASC/HAM/DVS - Secretaria de Saúde de PE, 2012.

*Dados não disponíveis.

A tabela 9 mostra os óbitos maternos na faixa etária entre 10 a 14 anos no período 2007 a 2010. Verifica-se um aumento na proporção de óbitos nessa faixa etária no ano de 2010 tanto no Brasil como em Pernambuco e Recife. No HAM não foi registrado nenhum óbito no período de 2007 a 2011.

TABELA 9 - Óbitos de Mães Adolescentes (10 a 14 anos). Brasil, Pernambuco, Recife, 2007 a 2010.

ANO	BRASIL			PERNAMBUCO			RECIFE		
	n Total	n 10 a 14	%	n Total	n 10 a 14	%	n Total	n 10 a 14	%
2007	1.590	11	0,7	94	2	2,1	8	0	0,0
2008	1.681	11	0,7	97	0	0,0	16	0	0,0
2009	1.872	17	0,9	88	1	1,1	11	0	0,0
2010	1.719	26	1,5	76	3	3,9	11	1	9,1
TOTAL	6.862	65	0,9	355	6	1,7	46	1	2,2

Fontes:

SES/SEVS/DGIAEVE/SIM-PE

MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2012.

Considerando:

- A importância do SINASC como norteador para definição de prioridades no planejamento, organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde, capaz de fornecer dados fidedignos sobre a saúde materno-infantil;;

- O aumento de nascidos vivos de mães adolescentes em 2011 na cidade do Recife;

- O HAM como um hospital terciário e de referência para gestante de risco e com uma média de 38,9% por ano no período de 2007-2011 de nascidos vivos de mães entre 10-14 anos residentes de Recife-Pe;

- A vulnerabilidade que impactam os adolescentes;

- A importância de estratégias de vigilância para mães menores de 14 anos contribuindo para melhoria da qualidade de vida;

- Mães menores de 14 anos estão mais propensas a complicações no parto, prematuridade, a aborto e falta de experiência;

- A importância de ações de saúde de acordo com realidade local;

Propõe-se criar mecanismo de monitoramento das mães adolescentes entre 10 a 14anos, realizando ações integradas entre o HAM e os Distritos Sanitários de Recife-Pe, fornecendo o perfil dessas mães em tempo rápido, com vista que as mesmas sejam visitadas na primeira semana de alta do hospital e, com isso propondo medidas de vigilância em saúde precoces.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Construir uma proposta de intervenção intersetorial e multiprofissional direcionada para mães adolescentes entre 10-14 anos captadas pelo SINASC do HAM.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar a qualidade do SINASC do HAM;
- Institucionalizar processo permanente de monitoramento e análise das DN geradas no HAM;
 - Sensibilizar os profissionais envolvidos na coleta de dados, com um olhar crítico das variáveis como fonte de vigilância em saúde;
 - Gerar um ambiente de compartilhamento de informações entre o HAM, distritos sanitários e unidades de saúde, permitindo de forma mais rápida a atuação em saúde;
 - Propor Implantação de um sistema de vigilância voltado para mães adolescentes entre 10-14 anos, através de articulação entre HAM e secretaria de saúde, juntamente com a vigilância das crianças de risco.

4 PLANO DE OPERATIVO

O plano de Intervenção será no núcleo de epidemiologia do Hospital Agamenon Magalhães (NEPI-HAM) da Secretaria de Estado de Pernambuco, localizado na cidade do Recife-PE no Distrito Sanitário III, bairro da Tamarineira. Caracterizado como hospital de alta complexidade, o HAM atende mais de 10 mil pacientes nas emergências e mais de sete mil no ambulatório de especialidades por mês. São 400 leitos disponíveis para a população. Possui maternidade de alto risco, onde um andar inteiro é dedicado às Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto e neonatal e à Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal. A unidade também é a principal referência em emergência clínica e a única emergência pública do Estado em otorrinolaringologia.

Recife, capital do Estado de Pernambuco, apresenta uma superfície territorial de 220 km² e limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe, e a leste com o Oceano Atlântico, dividida em 94 bairros aglutinados em seis Regiões Político-Administrativas (RPA). Para o setor de saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário – DS. Possui 243 Estratégias Saúde da Família (ESF).

O DSIII é o segundo mais populoso, representa 19,93% da população de Recife com 29 bairros.

A Cidade é considerada totalmente urbana, com uma população residente estimada de 1.634.808 habitantes em 2010, apresentando um crescimento populacional ascendente e compatível com perfil correspondente às tendências de crescimento do Estado de Pernambuco e do Brasil. Uma cidade heterogênea, onde, ao lado de áreas altamente valorizadas, encontram-se áreas com grandes problemas estruturais.

O núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar é um órgão responsável por captar, consolidar, notificar, fornecer e analisar as informações a cerca do processo saúde-doença, desenvolver ações de prevenção e controle das doenças de notificação compulsória, gerar indicadores de acompanhamento visando colaborar na detecção e no enfrentamento de problemas relevantes para a saúde de determinada população. Em Pernambuco, os núcleos de epidemiologia foram constituídos formalmente na estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Saúde - PE, a partir de dezembro de 1997(MENDES-2001). Trabalhando com os três principais sistemas de informações em saúde SIM, SINAN E SINASC.

O SINASC do HAM segue as normas do Ministério de Saúde, coletando dados das declarações de nascidos vivos, realizando críticas das variáveis, resgatando as informações

ignoradas ou em branco, processando, analisando os dados e transmitindo informações, subsidiando o planejamento das políticas públicas para o grupo materno – infantil. A primeira via da DN é protocolada e resgatada por um mensageiro da secretaria de saúde duas vezes na semana, a segunda via é entregue a família para registro de nascimento da criança no próprio hospital e a terceira via fica no prontuário da criança do hospital.

Para fundamentar a propostas de intervenção foi realizado um levantamento bibliográfico acerca do SINASC e da adolescência em periódicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) bem como, consultas a programas do Ministério da Saúde, teses e dissertações de mestrado, além de visitas ao SINASC da Prefeitura do Recife-Pe para análise do perfil das mães adolescentes. Foi realizado um estudo avaliativo, com base nas informações contidas no SINASC do setor de epidemiologia do HAM, no período de 2007-2011 dos nascidos vivos de mães menores de 15 nos e construído um banco de dados no Excel com variáveis relacionadas à criança (peso ao nascer e apgar 5º minuto), relacionadas a alguns atributos maternos (escolaridade, idade e estado civil), e relacionados à gestação e ao parto (semanas de gestação, consulta de pré-natal e tipo de parto) e com isso garantindo um sistema de informação essencial para análise objetiva da situação de saúde materno-infantil, ajudando na política de saúde voltada para esse grupo.

O plano de intervenção será realizado em dois eixos:

- Capacitação
- Vigilância

Inicialmente será realizado um processo de sensibilização dos técnicos envolvidos com o preenchimento da DN para a melhoria da informação, tendo uma maior e melhor captação dos casos em tempo oportuno e seguro.

A capacitação ocorrerá em duas etapas:

- Reunião de articulação com os responsáveis pelo preenchimento adequado da DN, enfocando a importância da informação, a completude e fidedignidade dos dados;
- Articulação dos profissionais de rede, para que as informações cheguem aos Distritos Sanitários e unidades de saúde e seja feito o monitoramento das mães menores de 15 anos, com reuniões para criação de fluxo e validar o instrumento de monitoramento das mães.

No segundo eixo a vigilância abrangerá:

- Fortalecimento dos fluxos de encaminhamento dos casos notificados, ou seja, informando aos DS as listas de mães menores de 15 anos e as características do perfil epidemiológico;

-Preenchimento do instrumento (ficha de monitoramento das mães) e vigilância dos casos, com visitas domiciliar dos Agentes Comunitários de saúde (ACS) e equipe de saúde da família bem como, articulação com a política de assistência social e educação.

-Implementação da busca ativa pelos ACS das crianças de risco bem como a vigilância das mães;

- Elaboração de indicadores de avaliação e monitoramento das mães menores de 15 anos;

- Capacitação das equipes das USF para o preenchimento da ficha de monitoramento.

Sugestão de ficha de monitoramento para ser validada com os profissionais de saúde:

A ficha criada conterá questões relevantes a mãe tais como:

- Escolaridade;
- Frequência escolar;
- Trabalho (informal);
- Quem cuida do bebê;
- Recebe bolsa família;
- Recebe algum apoio social;
- Faz uso de álcool/drogas;
- Tem residência fixa;
- Situação conjugal;
- faz uso de contraceptivos;
- Encaminhamentos: CREAS, CRAS, Bolsa Família e ESF.

5 DIRETRIZES

- Fortalecimento do SINASC como norteador para vigilância em saúde com ênfase para mães menores de 15 anos;
- Estimular o uso da informação produzida para o planejamento das ações e tomada de decisão;
- Descentralização e intersetorialidade entre a Vigilância em âmbito hospitalar e as Unidades de Saúde com vista na promoção e prevenção em saúde;
- Implantar a Vigilância das Mães menores de 15 anos;
- Garantir o monitoramento e avaliação de saúde das mães menores de 15 anos;
- Implantar uma rede de Compartilhamento entre os núcleos de vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar e os DS.
- Estimular a integração intersetorial nas ações do território;

6 METAS

- Capacitar mais de 90% dos profissionais envolvidos no preenchimento da DN do HAM;
- Manter o SINASC com 100% das variáveis preenchidas e com qualidade das informações;
- Implantar a vigilância das mães menores de 15 anos nos seis DS;
- Subsidiar o SINASC como norteador na vigilância das mães menores de 15 anos para que as mesmas sejam acompanhadas na primeira semana de alta hospitalar pelas USF;
- Gerar uma ficha de acompanhamento capaz de fornecer informações do perfil das mães menores de 15 anos;
- Gerar um ambiente de compartilhamento entre a vigilância em âmbito hospitalar com os DS, objetivando ações pontuais para a prevenção e promoção a saúde;
- Intersetorialidade e descentralização das ações estabelecendo prioridade na atenção a saúde do adolescente;
- Garantir o direito do adolescente previsto pelo ECA.

7 ESTRATÉGIAS

Ação 1: Melhorar a qualidade do SINASC

Atividades

- Sensibilização dos profissionais de saúde responsáveis pelo preenchimento da DN, com foco na confiabilidade dos dados da informação e vigilância em saúde;
- Garantir o perfil epidemiológico com qualidade das mães entre 10 a 14 anos através dos Sistemas de Informação Sobre Nascidos Vivos;
- Fortalecer o SINASC e produzir análise da situação;
- Planejar de forma intersetorial a vigilância das mães menores de 15 anos.

Indicadores

- Número de capacitações realizadas;
- Número de mães entre 10 a 14 anos captados pelo Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos em tempo hábil.
- Número de boletins epidemiológicos produzidos e encaminhados;

Responsáveis

- Equipe do Núcleo de Epidemiologia do HAM.

Ação 2: Organização do processo de trabalho

Atividades

- Reunião com os técnicos e gerentes dos Distritos Sanitários para apresentar o projeto e estabelecer critérios para implantação da vigilância das mães menores de 15 anos bem como criação da ficha de monitoramento;
- Reunião de Articulação de capacitação dos profissionais de saúde em especial ESF, com foco para vigilância das mães menores de 15 anos e preenchimento do

instrumento de monitoramento, esclarecendo e definindo a co-responsabilidade e a abrangência de atuação das equipes;

- Instituir fluxo de trabalho na rotina;
- Criar fluxo de comunicação permanente entre o HAM e os DS para complementação das ações;
- Reunião de Articulação com nível central para apresentação do projeto com foco para o fortalecimento da vigilância das mães entre 10-14 anos.

Indicadores

- Vigilância das mães menores de 15 anos implantada;
- Número de reuniões realizadas;
- Fluxo de trabalho elaborado;
- Ficha de Monitoramento criada.

Responsáveis

- Equipe do HAM;
- Gerentes técnicos da Secretaria de Saúde de Recife;
- Gerentes técnicos da Secretaria Estadual de Recife;
- Profissionais das Unidades de Saúde da Família.

Ação 3 Vigilância em Saúde

Atividades

- Elaboração de indicadores de avaliação da vigilância das mães menores de 15 anos;
- Realizar processos de Avaliação do monitoramento das mães;
- Estabelecer e Fortalecer Parcerias com CREAS, CRAS, Escolas e creche;
- Fortalecer a estratégia de visita domiciliar dos ACS.

Indicadores

- Número de mães na escola, acompanhadas, no planejamento familiar, inseridas em projetos sociais;
- Números de mães menores de 15 anos com filhos na creche;
- Número de mães visitadas pelo ACS;
- Números de mães casadas, com mais de um filho, com renda familiar, que moram com os pais, indicadores gerados de acordo com a criação da ficha de acompanhamento.

Responsáveis

- Profissionais de Saúde da Secretaria Municipal de Recife;
- Profissionais de Ação Social que dão apoio matricial as USF;
- Educadores de Saúde da Secretaria Municipal da Recife.

8 ASPECTOS OPERACIONAIS (CRONOGRAMA)

2012/2013										
Atividades	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	
Capacitação com os profissionais responsáveis pelo preenchimento das DN com foco na qualidade das informações geradas	X									
Reunião com os DS para apresentação do plano de intervenção a ser desenvolvido		X								
Reunião de articulação com os DS para definir linha de fluxo das informações, proposta da elaboração da ficha de monitoramento e planejamento de articulação com as USF.		X	X	X						
Reunião com as ESF para sensibilização sobre o plano de intervenção proposto bem como capacitação sobre preenchimento da ficha de monitoramento das mães menores de 15 anos				X	X					
Disponibilizar semanalmente ficha do perfil das mães entre 10-14 anos atendidas no HAM para as Unidades de Saúde para que as mesmas possam ser acompanhadas precocemente				X	X	X	X	X	X	
Elaboração de indicadores de avaliação do plano de intervenção em articulação com os DS e definir fluxo da ficha de monitoramento das mães				X	X	X	X			
Vigilância das Mães menores de 15 anos implantada.								X	X	
Avaliação do monitoramento									X	

Fonte: realizado pela Autora, 2012

9 ORÇAMENTO

Especificações	Quantidade	Valor R\$; Unitário	Valor R\$: Total
Capacitações			
Resma papel ofício	02	15,00	30,00
Caneta esferográfica	06	0,50	3,00
Pastas Classificadoras	03	4,50	13,50
Fotocópia	300	0,10	30,00
Cartuchos de impressora	04	85,00	340,00
Encadernação	04	5,00	20,00
Total			1036,50

Fonte: realizado pela Autora, 2012

10 TEXTO DE ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PROJETO

Para conduzir o projeto foi solicitado e acatado anuência do diretor do Núcleo de Epidemiologia do hospital em estudo, juntamente com o apoio da coordenação de natalidade da secretaria de saúde de Recife e da diretoria de coordenação de prevenção de acidentes e violência a qual está orientando o plano de intervenção. Além do mais foi realizada uma reunião com a coordenação da Saúde da Mulher da cidade do Recife e a diretoria de média complexidade com intuito de apresentar esse projeto para ser incorporado no plano municipal de Recife para o ano de 2013.

11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por se tratar de um plano de intervenção e utilizar dados de domínio público. Não terá implicações éticas.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o que foi exposto no projeto de intervenção e a vulnerabilidade que tanto impactam os adolescentes. É preciso levar em consideração o risco que é ser mãe entre 10 a 14 anos, muitas abandonam a escola, são vítimas de abuso e violência sexual, não pode exercer nenhum trabalho, são imaturas bem como os riscos biológicos e psicológicos que estão sujeitas. Os desafios é efetivar estratégias de ações em saúde com a perspectiva da equidade e promovendo uma abordagem de redução de vulnerabilidade, exigindo um esforço coletivo, multiprofissional e intersetorial. Sendo fundamentais trabalhos inovadores no sentido de conhecer e detectar precocemente os riscos que estão expostos a população para atuar na prevenção e promoção a saúde com vista na qualidade de vida.

A população jovem é um grupo prioritário para promoção da saúde em todas as regiões do mundo, podendo reduzir o perfil de risco na idade adulta através da vigilância em saúde. A literatura ainda é carente de investigações a respeito da vivência da maternidade nessa faixa etária em estudo. Sendo fundamental o diagnóstico situacional dessa população para fortalecimento das políticas públicas voltado para o adolescente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F; ALENCAR, G. P. Informações em saúde: necessidade de introdução de mecanismos de gerenciamento dos sistemas. **Inf. Epidemiol. Sus** [online]. Brasília, v.9, n.4, p. 241-249, dez. 2000. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732000000400003>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl. 2, p.377-88, 2003. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800019>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

BRANDÃO, E. R. Gravidez na adolescência: um balanço bibliográfico. In: HEILBORN, M.L; AQUINO, E. M. L; BOZON, M; KNAUTH, D. R. (Orgs.). **O aprendizado da sexualidade**. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 14 abr. 2012.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009.

BRASIL. Lei nº 12. 015, de 7 de agosto de 2009. **Diário Oficial [República Federativa do Brasil]**. Brasília: Ministério da Saúde, 10 de ago. 2009. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil-03/-ato20072010/.../lei/112015>>. Acesso em: 14 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de procedimentos do sistema de informações sobre nascidos vivos**. Brasília: Ministério da Saúde, FUNASA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde/2012-2015**: Proposta a ser submetida ao CNS. Brasília: Ministério da Saúde, set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: Orientações para a Organização de Serviços de Saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, DF, 2007.

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

CAVASIN, S. et al. **Gravidez de adolescentes entre 10-14 anos e vulnerabilidade social.** Estudos exploratórios em cinco capitais brasileiras. São Paulo: ECOS - Comunicação em Sexualidade, mar. 2004.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Cadernos de Informações para a Gestão do SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília: CONASS. 2011.

COSTA, T. J. N. M. **Gravidez na adolescência: um estudo de caso sobre a maternidade na faixa de 10-14 anos.** 2002. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Minas Gerais, Juiz de Fora - MG, 2002.

COSTA, J. M. B. S; FRIAS, P. G. Avaliação da Completitude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco. Brasil, 1996 a 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, Mar. 2009.

CUNHA, C. B; ROMERO, D. E. Avaliação da Qualidade das Variáveis Epidemiológicas e Demográficas do SINASC. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23. n. 3, p.701-714, mar. 2007.

FERREIRA, M. A. et al. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 217-24, abr./jun. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2011.** Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 17 abr. 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Brasil). **PNAD 2009**: Primeiras análises Situação da educação brasileira - avanços e problemas. Brasília: Comunicados do IPEA n. 66, Nov., 2010.

INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasília**: conceitos e aplicações-Ripsa. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

JORGE, M. H. P. M. et al. Análise da Qualidade das Estatísticas Vitais Brasileiras: a Experiência de Implantação do SIM e do SINASC. **Ciências & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.12, n.3, p.643-654, 2007.

LIMA, C. R. A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicativos dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.10, p.2095-2109, out. 2009.

MAGALHÃES, M. L. C. et al. Gestação na adolescência precoce e tardia há diferença nos riscos obstétricos? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Ceará, v.28, n.8, p.446-52, jan./dez. 2006.

MENDES, M. F. M. **Avaliação dos Núcleos de Epidemiologia em Hospitais de Alta Complexidade da Rede Pública de Saúde no Recife-PE**. 2001. Dissertação (Mestrado). Departamento de Saúde Pública. Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. FIOCRUZ, Recife, mar-2001.

MOREIRA, M. M. Nascimento no Nordeste - os dados do SINASC. In: **XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. MG, Caxambú: ABEP, 2010.

PIMENTEL, M. C. **Proposta Multidisciplinar e Intersetorial de Atenção aos Adolescentes da Área de abrangência de um Centro de saúde de Belo horizonte - MG**. 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família). UFMG. 2010. 40p.

RAPOSO, C. A política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma Perspectiva de Garantia de Direito à Saúde? **Rev. Faculdade Serv. Social**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, julho, 2009.

RODRIGUES, K. S.; ZAGONEI, I. P. Perfil Epidemiológico de Nascimentos em Foz do Iguaçu/PR: Indicador para Planejamento do Cuidado do Enfermeiro. **Esc. Anna Nery**, Paraná, v.14, n.3, p.534-542, jul./set. 2010.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. 6^a ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANTOS, A. S. R; SCHORB, N. Vivenciais da maternidade na adolescência precoce. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, 2003.

SILVA, A. A. M. et al. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, p.508-514, 2001.

SILVA, G. F. S; AIDAIR, T; MATHIAS, T. A. F. Qualidade do Sistema de Informações de Nascidos Vivos no Estado do Paraná, 2000 a 2005. **Rev. Esc. Enferm. Paraná**, v.45, n.1, p.79-86, 2011.

SILVA, M. C. E. **Descortinando a Violência Sexual em Crianças e Adolescentes: Análise da Invisibilidade do Problema sob a Ótica epidemiológica e Clínica-Legal**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Pública - FIOCURZ, Recife, 2009.

SIQUEIRA, M. B. C; DIAS, M. A. B. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Fortaleza, v. 20, n.1, mar. 2011.

SOUZA, K. E. P. et al. Maternidade na adolescência e nascidos vivos: análise temporal (2000 a 2004) segundo o SINASC de um município do nordeste do Brasil. **Adolescência & Saúde**, Feira de Santana –Bahia, v. 5. n. 1, mar, 2008.

TOBAR, F; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

VIDAL, A. S; ARRUDA, B. K. G; FRIAS, P. G. Avaliação da série histórica dos nascidos vivos em unidade terciária de Pernambuco – 1991 a 2000. **AMB Rev. Assoc. Med. Bras**, Recife, v.51, p.17- 22, 2005.