

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

RAQUEL NEPOSIANO DA SILVA LIMA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA QUALIFICAÇÃO DO
MONITORAMENTO DAS GESTANTES ADOLESCENTES PELAS
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS DA VI
REGIONAL DE SAÚDE EM PARCERIA COM O PROGRAMA MÃE
CORUJA PERNAMBUCANA**

RECIFE

2011

RAQUEL NEPOSIANO DA SILVA LIMA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA QUALIFICAÇÃO DO MONITORAMENTO
DAS GESTANTES ADOLESCENTES PELAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NOS MUNICÍPIOS DA VI REGIONAL DE SAÚDE EM PARCERIA COM O
PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA**

Projeto de Intervenção 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 Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Lusanira Maria da Fonseca Santa Cruz

RECIFE

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

L732p LIMA, Raquel Neposiano da Silva.

Projeto de Intervenção para Qualificação do Monitoramento das Gestantes Adolescentes pelas Unidades de Saúde da Família nos Municípios da VI Regional de Saúde em Parceria com o Programa Mãe Coruja Pernambucana. / Raquel Neposiano da Silva. — Recife: R. N. S. L., 2011.

40 p.

Projeto de Intervenção (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

Orientadora: Lusanira Maria da Fonseca Santa Cruz.

1. Gravidez na Adolescência. 2. Monitoramento. 3. Saúde da Família. I. Santa Cruz, Lusanira Maria da Fonseca. II. Título.

CDU 614.39

RAQUEL NEPOSIANO DA SILVA LIMA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA QUALIFICAÇÃO DO MONITORAMENTO
DAS GESTANTES ADOLESCENTES PELAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NOS MUNICÍPIOS DA VI REGIONAL DE SAÚDE EM PARCERIA COM O
PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA**

Projeto de Intervenção 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 Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

**Dr^a. Luzanira Maria da Fonseca Santa Cruz
SES/PE**

**Prof. Domicio Aurélio de Sá
CPqAM/FIOCRUZ**

Dedico este trabalho ao meu filho Rafael Henrique que ainda não entende minhas ausências. Porém todo meu esforço hoje, irá refletir no futuro dele também.

AGRADECIMENTOS

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização desse curso, em especial as tias avós do meu filho, pois possibilitaram minhas ausências quinzenalmente sem preocupação do cuidado com ele, assim como a minha Mãe Irailda Leandro e minha irmã Ana Paula, que além de contribuir nos cuidados com Rafael, são exemplos de luta e de perseverança nos estudos e no trabalho.

Agradeço a Dra. Lusanira Maria da Fonseca Santa Cruz por ter me aceitado como orientanda.

A todos os professores e a Semente pela condução do curso.

A VI Região de Saúde na pessoa do Gerente Regional Dr. Alécio Jecem pela liberação para o curso.

A Gyselle Galindo enfermeira e amiga, pela paciência e colaboração na concretização desse trabalho.

LIMA, Raquel Neposiano da Silva. **Projeto de Intervenção para Qualificação do Monitoramento das Gestantes Adolescentes Pelas Unidades de Saúde da Família nos Municípios da VI Regional de Saúde em Parceria com o Programa Mãe Coruja Pernambucana.** Projeto de Intervenção (Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

A faixa etária denominada adolescência estende-se entre os 10 aos 19 anos, onde situa-se a lacuna no atendimento de saúde, quando nos referimos a políticas públicas. O Brasil, nas últimas décadas, viveu uma importante modificação demográfica relacionada à queda da mortalidade infantil e da fecundidade, ao aumento da expectativa de vida, por serem consideradas pessoas saudáveis, não têm a necessária atenção à saúde, a não ser nas questões de saúde reprodutiva, no entanto, as condições de saúde desse grupo populacional tornaram-se um diferencial que evidencia a sua vulnerabilidade frente às diferentes formas de violências e a crescente incidência de mortalidade, evidenciadas especialmente pelas causas externas, já a gravidez nas faixas mais jovens vem sendo alvo constante de estudos, porém percebe-se nessa situação específica, um maior risco a saúde das meninas pela falta de acompanhamento da gestação. Esse trabalho objetiva implementar as ações de monitoramento das gestantes adolescentes, com ênfase à interface com o Programa Mãe Coruja Pernambucana nas Unidades de Saúde da Família da VI Regional de Saúde- Arcoverde.

Palavras-Chave: Gravidez na adolescência, monitoramento, Saúde da Família.

LIMA, Rachel Neposiano da Silva. **Intervention Project Qualification Monitoring of Pregnant Teens For Family Health Units in the municipalities of the VI Regional Health Partnership Program with the Pernambuco Mother Owl.** Intervention Project (Specialization System and Health Services) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2011.

ABSTRACT

The age called adolescence extends from 10 to 19 years, where lies the gap in health care, when we refer to public policy. Brazil, in recent decades, experienced a major demographic changes related to the decrease in infant mortality and fertility, increased life expectancy, because they are considered healthy people do not have the necessary health care, except in health issues reproductive, however, the health of this population group became a differential that reflects its vulnerability to various forms of violence and the increasing incidence of mortality, as evidenced especially by external causes, as pregnancy among younger age groups has been the target constant studies, but it can be seen in this particular situation, a greater risk to the health of girls by the lack of monitoring of pregnancy. This work aims to implement the monitoring activities of pregnant adolescents, with emphasis on the interface with the program in Pernambuco Mother Owl Family Health Units VI of the Regional Health-Arcoverde.

Keywords: Pregnancy in adolescence, monitoring, Family Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Mapa de Pernambuco apresentando a distribuição da implantação dos "Cantos" Mãe Coruja	20
FIGURA 2 – Mapa político da região de Arcoverde.....	21

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Indicadores de Mortalidade. Região de Saúde “6”. Pernambuco, 2009.....	18
TABELA 2 - Cobertura de Equipes de Saúde da Família implantadas na VI Região de Saúde – Arcoverde, no primeiro semestre de 2011	23
TABELA 3 – Indicadores de morbidade e de Natalidade. Região de Saúde “6”. Pernambuco, 2009.....	23

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	SITUAÇÃO DOS JOVENS.....	15
2.1	Sexualidade e Saúde.....	15
2.2	O Programa Mãe Coruja.....	19
3	REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	21
3.1	Caracterização da VI Região de Saúde.....	21
4	OBJETIVOS.....	25
4.1	Objetivo Geral.....	25
4.2	Objetivos Específicos.....	25
5	PLANO OPERATIVO.....	26
6	DIRETRIZES.....	27
7	METAS.....	28
8	ESTRATÉGIAS.....	29
9	RESULTADOS ESPERADOS.....	31
10	CRONOGRAMA.....	32
11	ORÇAMENTO.....	33
12	ASPECTOS ÉTICOS.....	34
13	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
	REFERÊNCIAS.....	36
	ANEXO	40

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é definida com a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial (BRASIL, 2010)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) circunscreve a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos). Mesmo com o declínio das taxas de fecundidade desde a década de 70, que parece caminhar contrariamente à crescente incidência de gestação na adolescência. A gravidez em adolescentes é considerada em diversos países como sério problema de saúde pública em virtude do impacto que pode trazer à saúde materno - fetal e ao bem-estar social e econômico de um país (BRASIL, 2010).

O aumento da fecundidade no grupo etário das adolescentes vem atingindo distintas sociedades. Entre os países desenvolvidos, os Estados Unidos apresentam uma das mais altas taxas de gravidez na adolescência (SILVA; OLIVEIRA, 2009).

No Brasil, dados do censo de 1991 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística apontam para uma tendência à diminuição do número de filhos por mulher em idade reprodutiva, que era da ordem de 5,8 em 1970, passando para 4,8 em 1980, para 2,9 em 1991 e 2,3 em 2000 (ADRIANE et al, 2001)

No entanto, contrariando essa tendência de queda, a gravidez entre jovens de 15 a 19 anos cresceu 26% entre 1970 e 1991. Embora esta ocorrência seja freqüente em todos os níveis sociais, a situação é ainda mais grave entre as jovens mais pobres, que apresentam fecundidade dez vezes maior que as de melhor nível socioeconômico (ZANOLLI, 2006).

No quinto relatório anual do *State of the World's Mothers*, publicado em 2004, com dados coletados entre 1995 e 2002, destacou-se que 13 milhões de nascimentos (um décimo de todos os nascimentos do mundo) são de mulheres com menos de vinte anos. Destacou também que mais de 90% destes nascimentos ocorrem nos países em desenvolvimento, onde a proporção de parturientes com menos de vinte anos varia de 8% no leste da Ásia até 55% na África. O relatório alertou que a gravidez e o parto foram à principal causa de morte em mulheres de 15 a 19 anos nos países em desenvolvimento (CHALEM et al, 2007).

A gravidez provoca modificações fisiológicas no organismo materno, que geram necessidades aumentadas de nutrientes essenciais. Mães jovens, em geral, são fisiologicamente imaturas para suportar o estresse da gravidez e o risco é especialmente maior quando a gestação acontece em menos de dois anos após a menarca. A gestante adolescente tem menor ganho de peso e é questionado se esta compete com o feto pelos nutrientes, em prol do seu próprio crescimento (BELARMINO; MOURA, 2009).

Dessa forma, o atendimento pré-natal de adolescentes grávidas confirma-se como uma excelente oportunidade de se conjugar esforços, de diferentes profissionais, a fim de melhorar a detecção e a condição psicossocial dessas gestantes e, conseqüentemente, de seus futuros bebês. Na criança, há maior prevalência de baixo peso ao nascer e prematuridade, aumentando assim as taxas de morbidade e mortalidade nesse grupo, além de pior rendimento escolar no futuro. Autores afirmam ainda que ocorre com maior frequência Apgar mais baixo, doenças respiratórias, trauma obstétrico, doenças perinatais e mortalidade infantil (NADER; COSME, 2007).

O Ministério da Saúde, em 1989, criou o Programa de Atenção à Saúde do Adolescente – PROSAD, com vistas a uma política de "promoção de saúde e de identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos, com tratamento adequado e reabilitação". O programa estabelece as diretrizes políticas e as estratégias nacionais que visam à promoção da saúde do adolescente, tendo como princípio básico, a atenção integral a esta clientela através de uma abordagem multiprofissional, mediante um sistema hierarquizado que possa garantir a referência e contra referência nos diferentes níveis de complexidade da assistência (SILVA, 2010).

O programa virou Política Nacional de Saúde do Adolescente e do Jovem, atualmente as unidades de saúde da família da VI Regional utilizam um instrumento de acompanhamento das gestantes conhecida como o PROSAD, esse acompanha as gestantes de 10 até 20 anos, monitorando o número de consultas realizadas pelas gestantes (BRASIL, 2010).

É nesse contexto que esse trabalho tem por finalidade qualificar o monitoramento das gestantes adolescentes acompanhadas nas unidades de saúde da família da VI Regional de Saúde e no Programa Mãe Coruja Pernambucana.

Neste sentido pretende-se identificar se os municípios também seguem a tendência nacional de queda na maternidade nas adolescentes de 10 a 19 anos.

Haja vista que a ficha de monitoramento utilizada apresenta incoerência na idade acompanhada, só alguns municípios da Região de saúde usam o instrumento, assim como não há um direcionamento de ações diante da informação captada.

2 SITUAÇÃO DOS JOVENS

O declínio das taxas de fecundidade desde a década de 70 parece caminhar contrariamente à crescente incidência de gestação na adolescência. Esta é considerada em diversos países como sério problema de saúde pública em virtude do impacto que pode trazer à saúde materno-fetal e ao bem-estar social e econômico de um país.

Mesmo com a desaceleração do ritmo de crescimento da população jovem, hoje, a geração de adolescentes e jovens de 10 a 19 anos 192.376.496 jovens (BRASIL, 2010).

A PNAD, (2004) revelou que 8,9% do grupo etário de 5 a 17 anos estavam sem estudar enquanto em 2008 esses números apresentam sensível melhora do acesso: 97,5% das crianças entre 6 e 14 anos e 72,8% de 4 e 5 anos estavam freqüentando a escola.

2.1 Sexualidade e Saúde

Adolescentes e jovens, por serem consideradas pessoas saudáveis, não têm a necessária atenção à saúde, a não ser nas questões de saúde reprodutiva. Hoje, no entanto, as condições de saúde desse grupo populacional tornaram-se um diferencial que evidencia a sua vulnerabilidade frente às diferentes formas de violências e a crescente incidência de mortalidade, evidenciadas especialmente pelas causas externas (BRASIL, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social.

Onde a sexualidade é um componente intrínseco da pessoa e fundamental na saúde de adolescentes e jovens, que transcende o aspecto meramente biológico, manifestando-se também como um fenômeno psicológico e social, fortemente influenciado pelas crenças e valores pessoais e familiares, normas morais e tabus da sociedade (BRASIL, 2010).

Os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 (PNDS), realizada com mulheres, evidenciam que, a partir dos 12 anos, a curva da idade da primeira relação sexual inicia uma forte ascensão, com pico nos 16 anos de idade.

Depois, reduzem-se levemente até os 18 anos, caindo intensamente até os 21 anos de idade. Em 2006, ressalta-se que até os 15 anos 33% das mulheres pesquisadas já haviam tido relações sexuais, o triplo das relações ocorridas em 1996, na mesma faixa etária.

O estudo feito pela Gravada (BRASIL, 2002) aponta que é desigual o padrão de iniciação sexual entre homens e mulheres jovens, quanto à primeira experiência com parceiros existe um contraste entre as experiências masculinas e femininas.

Na feminina evidencia-se a homogeneidade na iniciação, com namorados mais velhos e mais experientes. Na masculina, em 45% dos casos, os homens jovens iniciaram sua atividade sexual com a namorada, 50% com parceira eventual e 5% com profissionais do sexo.

Para Elza e Suzana (2005) a taxa de fecundidade específica, na faixa etária de 15 a 19, vem diminuindo nos últimos anos. Em 1990 ela representava 98 para cada mil adolescentes que tiveram filhos, já em 2007 a taxa foi de 78. Baseando-se em três fontes de dados: as pesquisas do IBGE, as estatísticas do Ministério da Saúde e os registros em cartório, sobre a fecundidade de adolescentes de 15 a 19 anos, com um descenso a partir de 2000.

A PNDS (2006) aponta que, no SUS, houve um aumento na distribuição gratuita dos métodos contraceptivos. De 1996 a 2006, o percentual de mulheres em idade reprodutiva que recorrem ao SUS para a contracepção, aumentou de 7,8% para 21,3%. Nesse contexto, 66% das jovens de 15 a 19 anos de idade sexualmente ativas haviam utilizado algum método contraceptivo, sendo os mais utilizados: o preservativo com 33%, a pílula com 27% e os injetáveis com 5%.

O início da vida sexual mais cedo provocou um rejuvenescimento do padrão reprodutivo. A média de idade para ter o primeiro filho era de 22,4 anos; enquanto que, em 2006, passou para 21 anos de idade. Mesmo havendo uma queda na fecundidade em todo o Brasil, no entanto continua preocupante a gravidez em adolescentes em situação de vulnerabilidade social.

Para Correia, (2000) a gravidez definida como a qualidade ou estado da mulher, e das fêmeas dos mamíferos em geral, durante o tempo em que um novo ser se desenvolve no seu organismo, considerada como um desafio à maturidade e à estrutura da personalidade da mulher, visto que, esta está exposta a diversos conflitos que requerem, de certa forma, uma resolução, reestruturação e reajustamento aos vários níveis fisiológicos, sociais e psicológicos.

É preciso examinar uma situação problema, que afeta inexoravelmente a vida de mulheres adolescentes e suas famílias, que é mortalidade por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério.

A análise realizada pelo Ministério da Saúde em 2004 aponta um total de 274 óbitos de adolescentes em consequência de causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2006).

A população de adolescentes na VI Região de saúde é segundo o Brasil (2010) é de 79.229 habitantes, esses representam 16,4% do total de óbitos por essa causa quando consideradas todas as idades mostra que a mortalidade proporcional é maior dos 16 aos 19 anos com 84,30%, tendo um pico aos 18 anos de idade. Além das causas obstétricas diretas, o aborto inseguro está diretamente relacionado aos índices de mortalidade materna entre adolescentes e entre jovens, atingindo, sobretudo, as jovens pobres que sofrem mais dramaticamente as consequências das deficiências na assistência obstétrica e do impacto das condições de vida no estado de saúde (CAVALCANTE; XAVIER, 2006).

A tabela a baixo apresenta a situação da VI Região de Saúde, referentes aos óbitos ocorridos em 2009, com informações sobre mortalidade materna e mortalidade infantil e fetal.

Município	Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária					Mortalidade Neonatal		Mortalidade Pós-neonatal		Mortalidade Infantil (0-364 dias)		Óbitos infantis investigados		Óbitos fetais investigados		Óbitos de Mulher em Idade Fértil (MIF) investigados	
	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	Nº Óbitos	Coeficiente	Nº Óbitos	Coeficiente	Nº Óbitos	Coeficiente	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	ARCOVERDE	-	-	-	-	-	18	14,91	9	7,46	27	22,37	24	88,89	01	4,76	21
BUÍQUE	-	-	-	-	-	17	15,29	11	9,89	28	25,18	6	21,43	03	23,08	01	10
CUSTÓDIA	-	-	-	-	-	6	10,99	4	7,33	10	18,32	10	100,00	01	33,33	10	100
IBIMIRIM	-	-	-	-	-	15	29,13	7	13,59	21	40,78	20	95,24	02	28,57	09	100
INAJÁ	-	-	-	2	-	4	11,49	5	14,37	9	25,86	5	55,56	01	20,00	04	100
JATOBÁ	-	-	-	-	-	3	12,77	1	4,26	4	17,02	4	100,00	0	0,00	06	100
MANARI	-	-	-	1	-	5	14,97	4	11,98	9	26,95	8	88,89	04	50,00	03	100
PEDRA	-	-	-	-	-	4	10,55	2	5,28	6	15,83	6	100,00	04	80,00	10	100
PETROLANDIA	-	-	-	-	-	6	8,19	12	16,37	18	24,56	16	88,89	0	0,00	07	58
SERTANIA	-	-	-	1	-	5	10,02	5	10,02	10	20,04	6	60,00	0	0,00	12	100
TACARATU	-	-	-	1	-	4	10,67	1	2,67	5	13,33	4	80,00	0	0,00	04	57
TUPANATINGA	-	-	-	-	-	10	24,33	3	7,30	14	34,06	12	85,71	0	0,00	03	50
VENTUROSA	-	-	1	-	-	3	10,27	2	6,85	5	17,12	4	80,00	01	33,33	10	91
Total	0	0	01	05	0	100	14,31	66	9,45	166	23,76	125	75,30	17	18,68	100	80

Tabela 1 – Indicadores de Mortalidade. Região de Saúde “6”. Pernambuco, 2009

Fonte: SIM e Sinasc*, 2009. DATASUS-MS-2009 - SIM/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE - Dados captados em 30/03/2011

2.2 O Programa Mãe Coruja Pernambucana

Criado em 2007, por meio do decreto de nº 30.859, o programa “Mãe Coruja Pernambucana” está presente em 103 municípios do Estado para garantir às crianças o direito a um nascimento e desenvolvimento saudável. O projeto também busca reduzir a morbi-mortalidade materna e infantil, promovendo uma gestação saudável, fortalecendo os vínculos afetivos entre mãe e filho e cuidando de forma ampla da mulher e da criança.

Em 2009, o Governador, Eduardo Campos, transformou o projeto em Lei, (Lei de Nº 13.959, de 15 de dezembro de 2009). Definindo uma rede que inclui o trabalho de oito secretarias de Estado, o Programa com atuação nas áreas de saúde, educação, desenvolvimento social e assistência. As ações são desenvolvidas por meio dos Cantos Mãe Coruja, espaços que estão presentes em todos os municípios pernambucanos com mortalidade infantil acima de 25 para cada 1.000 nascidos vivos.

Os “Cantos” são responsáveis por cadastrar e monitorar as gestantes identificadas nos seus respectivos municípios, articulando as ações das diversas secretarias estaduais e municipais que participam do programa. Nesses locais, as progenitoras são cadastradas em um sistema de informação, pela qual são monitoradas integralmente, e têm a garantia de todas as consultas pré-natal, da realização do parto em uma maternidade mais próxima de sua casa e do acompanhamento pós-parto.

Após o nascimento, a criança também passa a ser acompanhada pelos profissionais dos “Cantos Mãe Coruja” até os cinco anos de idade, entre outras ações, o programa prioriza a avaliação nutricional e o cumprimento do calendário vacinal. Atualmente, o Programa acompanha mais de 30 mil mulheres e 10 mil gestantes em todo o estado de Pernambuco.

Além da instalação dos “Cantos”, o programa investe na reforma das maternidades, na capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), implantação do teste rápido de HIV em todas as unidades, no fornecimento a maternidades conveniadas de kits para realização de partos, oficinas de incentivo à amamentação, exercícios físicos, cidadania, alimentação, planejamento familiar e cuidados com o recém-nascido.

Os principais objetivos do Programa Mãe Coruja são a redução da mortalidade infantil e materna; o Cuidar de forma ampla da mulher no ciclo gravídico puerperal e de seus filhos; o fortalecimento dos vínculos afetivos; a promoção de uma gestação saudável; a garantia às crianças nascidas em território pernambucano o direito a um

nascimento e desenvolvimento saudável e harmonioso; a priorização do cuidado da primeira infância desde o momento da concepção;

O mapa a baixo apresenta os primeiros 93 municípios onde o programa foi implantado.

I Recife – II Limoeiro – III Palmares – IV Caruaru – V Garanhuns – VI
Arcoverde VII Salgueiro – VIII Petrolina – IX Ouricuri – X Af. da Ingazeira –
XI Serra Talhada



Figura 1: Mapa de Pernambuco apresentando a distribuição da implantação dos "Cantos" Mãe Coruja, 2007. SES-PE, 2011.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Caracterização da VI Região de Saúde

A VI Região de saúde é composta por 13 municípios, tem como sede o município de Arcoverde, a sua área de abrangência conta com uma população total de 386.631 hab. (IBGE 2011), os municípios que a compõem são Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa. Situada no Estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil, distante 256 km do Recife, capital do estado. Localizado na mesorregião Sertão, microrregião Sertão do Moxotó e região de desenvolvimento Sertão do Moxotó - Pajeú.



Figura 2 – Mapa político da região de Arcoverde- SES- PE 2011.

A região tem 83% de cobertura da Estratégia Saúde da Família, com 103 equipes distribuídas pela área urbana e rural; a sede em sua rede municipal de Assistência à saúde abrange um hospital e maternidade regional com serviço de todas as especialidades médicas para atender toda a região (Hospital Regional Ruy de Barros Correia), um Hospital Particular com diversas especialidades, um Centro

de Especialidades Médicas, um laboratório de análises clínicas, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), um laboratório de saúde pública, além de 17 equipes de Saúde da Família, cobrindo 65% da população. O município dispõe ainda de rede credenciada de outros serviços complementares como laboratórios de análises clínicas, clínicas de fisioterapia, exames de radiologia e ultra-sonografia. Onde muitos serviços são a referência da região.

O Programa Mãe Coruja implantado em todos os municípios da VI região de saúde, sendo conduzido por dois técnicos em cada canto Mãe Coruja. Contamos hoje com 15.772 gestantes cadastradas e 8.467 crianças acompanhadas. O Programa já acompanha 3.561 gestantes menores de 19 anos, desde a implantação em 2008.

Reafirmando que atenção primária é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção ofertada em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária, também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe.

Não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD,

2002). As Equipes de Saúde da Família é a estratégia mais utilizada para a estruturação da atenção primária na região.

Tabela 2 - Cobertura de Equipes de Saúde da Família implantadas na VI Região de Saúde – Arcoverde, no primeiro semestre de 2011.

VI REGIÃO	% Cobertura de equipe de Saúde da Família	Total de Equipes de Saúde da Família
Arcoverde	85,26 %	17
Buíque	66,21 %	10
Custódia	100 %	10
Ibimirim	100 %	12
Inajá	100 %	6
Jatobá	74,12 %	3
Manari	76,31 %	4
Pedra	100 %	9
Petrolândia	84,94 %	8
Sertânia	81,69 %	8
Tacaratú	62,53 %	4
Tupanatinga	70,62 %	5
Venturosa	100 %	7
TOTAL	83,75	103

Fonte: DAB-MS, Junho/ 2011

Tabela 3 – Indicadores de morbidade e de Natalidade. Região de Saúde “6”. Pernambuco, 2009.

Município	Nº de NV 2009	Nascidos vivos segundo idade gestacional (< 37 semanas)		Nascidos vivos segundo idade da mãe					
		Nº	%	10-19 anos		20-34 anos		35 anos e +	
				N	%	N	%	N	%
ARCOVERDE	1.207	68	5,63	283	2,45	803	66,53	109	9,03
BUÍQUE	1.112	36	3,44	226	20,32	725	65,20	149	13,40
CUSTÓDIA	546	16	2,94	130	23,81	361	66,12	44	8,06
IBIMIRIM	515	29	5,63	140	27,18	327	63,50	37	7,18
INAJÁ	348	14	4,03	92	26,44	220	63,22	30	8,62
JATOBÁ	235	12	5,11	38	16,17	172	73,19	24	10,21
MANARI	334	8	2,41	83	24,85	206	61,68	42	12,57
PEDRA	379	10	2,64	77	20,32	254	67,02	40	10,55
PETROLANDIA	733	21	2,87	176	24,01	497	67,80	46	6,28
SERTANIA	499	16	3,21	100	20,04	359	71,94	38	7,62
TACARATU	375	15	4,01	67	17,87	265	70,67	42	11,20
TUPANATINGA	411	12	2,92	83	20,19	277	67,40	47	11,44
VENTUROSA	292	14	4,79	60	20,55	205	70,21	26	8,90
Total	6.986	271	3,92	1.555	22,26	4.671	66,86	674	9,65

Fontes: NV – Sinasc – SES-PE, 2009.

A tabela a cima apresenta o número de nascidos vivos e subdivide os nascimentos segundo a idade materna, onde a faixa de 10 a 19 anos representa 22% dos partos da VI

Região de saúde em 2009. Apesar desse número considerável de gestantes que tiveram um desfecho positivo de sua gestação, não foi possível identificar uma atenção diferenciada a essa população.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Implementar as ações de monitoramento das gestantes adolescentes, com ênfase à interface com o Programa Mãe Coruja Pernambucana nas Unidades de Saúde da Família da VI Regional de Saúde- Arcoverde.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Readequar a ficha de monitoramento das gestantes adolescentes utilizadas pelas Unidades de Saúde da Família.
- b) Realizar o I Fórum Regional de Prevenção a Gravidez na Adolescência, contribuindo para aprimorar a integração das ações entre a Saúde, a educação, a ação social, Programa Mãe Coruja, assim como outros órgãos, como o Conselho Tutelar e o Ministério Público.

5 PLANO OPERATIVO

Para o diagnóstico do atual acompanhamento das gestantes adolescentes, foi realizado um levantamento das fichas recebidas pela Coordenação da Atenção Básica regional, realizado um levantamento dos bancos de dados da Vigilância em Saúde (Sistema de Informação dos Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN e Sistema de Informação de Mortalidade – SIM) e comparados dados de nascimento, cadastramento e acompanhamento do Programa Mãe Coruja Pernambucana.

A primeira dificuldade encontrada nessa avaliação é que cada município utiliza um modelo de ficha, ou não a aplica. A faixa etária do monitoramento vai até 20 anos, contrariando toda a literatura pesquisada.

O próximo passo será reconhecer as responsabilidades de cada setor, assim como as comuns, tanto da Atenção Básica municipal, quanto do Programa Mãe Coruja. Com base nas informações serão implantadas as novas fichas e diretrizes de fluxos dos serviços e referências no atendimento dessa parcela da população.

Esta nova ficha será pactuada na CIR por todos os Secretários Municipais de Saúde para padronização da informação na VI Região de saúde e aplicada nas unidades básicas de saúde, com monitoramentos constantes e após seis meses, uma avaliação para adequação e ajustes e a validação do instrumento

. A execução do plano será realizada pelos responsáveis pela Atenção Básica, com apoio das equipes técnicas e Programa Mãe Coruja.

Os recursos materiais e equipamentos já estão disponibilizados para aquisição e uso, com orçamento já previsto dentro da execução orçamentária das Secretarias Municipais de Saúde e da VI Regional de Saúde.

6 DIRETRIZES

Este projeto terá como norteador, os princípios do SUS, na tentativa de garantir a efetiva participação das Equipes de Saúde da Família e dos Técnicos do Programa Mãe Coruja na redução da gravidez na adolescência e suas complicações na VI Região de Saúde.

7 METAS

- a) Implantação do Novo Monitoramento das Gestantes menores de 20 anos
- b) Cadastrar nos Cantos Mãe Coruja 100% das gestantes adolescentes acompanhadas pelas Unidades de Saúde da Família.
- c) Estimular as ações interssetoriais com ênfase na integração das unidades de Saúde da Família, Canto Mãe Coruja, Secretaria de educação e CRAS/CREAS com a realização do I Fórum Regional de Prevenção a Gravidez na Adolescência.

8 ESTRATÉGIAS

Ação 1 Readequação da Ficha de Monitoramento (PROSAD)

Atividades

- A) Avaliação da ficha: mudança da faixa etária de acompanhamento
- B) Definição do fluxo da informação
- C) Definição do monitoramento municipal e regional

Ação 2 Pactuação na CIR (Comissão Intergestores Regional) da Ficha de Monitoramento (PROSAD)

Atividades

- A) Apresentação na reunião ordinária, as inconsistências da ficha e a proposta de monitoramento e acompanhamento regional
- B) Capacitação de todas as equipes de saúde da família na readequação do novo instrumento.
 - Enfermeiros das USB;
 - Agentes Comunitários de saúde;
 - Técnicos do Canto Mãe Coruja.

Ação 3 Busca ativa na captação precoce das gestantes na adolescência através dos Técnicos do canto mãe coruja

Atividades

- a) Recolhimento do instrumento nas USB;
- b) Identificação precoce das gestantes;
- c) Cadastramento e acompanhamento.

Ação 3 Realização do I Fórum Regional de Prevenção a Gravidez a Adolescência.**Atividades**

- a) Identificação dos parceiros na elaboração do fórum;
- b) Organização do evento;
- c) Divulgação na sociedade civil, instituições, famílias;
- d) Execução do evento

9 RESULTADOS ESPERADOS

- Aumento na captação precoce das gestantes adolescentes nas UBS e Cantos Mãe Coruja.
- Monitoramento dos indicadores e proposição de intervenções mais precoces
- Apropriação das informações geradas pelas ESF e canto para alimentação dos sistemas específicos (SI Mãe Coruja, SIS PRÉ-NATAL, SIAB).
- Realização do I Fórum Regional de Prevenção a Gravidez a Adolescência, visando maior integração do público alvo, em parceria entre as secretarias municipais de saúde, educação, ação social e a VI Região de saúde até maio de 2012

10 CRONOGRAMA

ATIVIDADES/METAS	2012				
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Readequação da ficha de monitoramento	X				
Pactuação do instrumento e dos fluxos na CIR		X			
Implantação do instrumento nas Unidades de Saúde da Família da VI Região de saúde.		X			
Busca ativa das gestantes acompanhadas nas USB, através dos cantos mãe coruja.		X	X	X	X
Realização do I Fórum Regional de Prevenção a Gravidez a Adolescência.					X

Fonte: autora - 2011

11 ORÇAMENTO

DESPESA	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	RESPONSÁVEL PAGAMENTO
Alimentação coffe break	200	R\$ 5,00	R\$ 1.000	Secretaria Municipal de Saúde
Pastas/ blocos / canetas	200 de cada item	Programa Mãe Coruja PE
Camisetas	200	R\$ 10,00	R\$ 2.000	Secretaria Municipal de Ação Social e Educação
Convites	200	...	85,00	VI GERES
Certificados	200		230,00	VI GERES

Fonte: Autora, 2011

FUNTE DE FINANCIAMENTO

As fontes de financiamento são as possibilidades que podem estar nas próprias ações do programa Mãe Coruja, bem como nas secretarias municipais de saúde, educação e ação social.

12 ASPECTOS ÉTICOS

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

13 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez neste grupo populacional vem sendo considerada, em alguns países, problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas: baixa auto-estima, dificuldade escolar, abuso de álcool e drogas, comunicação familiar escassa, conflitos familiares, pai ausente e ou rejeitador, violência física, psicológica e sexual, rejeição familiar pela atividade sexual e gravidez fora do casamento. Tem sido ainda referidos: separação dos pais, amigas grávidas na adolescência, problemas de saúde e mães que engravidaram na adolescência. Por outro lado, algumas adolescentes que não engravidam, os pais têm melhor nível de educação, maior religiosidade e ambos trabalham fora de casa.

É sabido que a conclusão desta proposta de intervenção não representa de nenhuma maneira o fim da necessidade de uma continuidade, como a proposta de educação permanente, mas caracteriza o início de um processo que deve se tornar perene de forma a garantir à consolidação da política humanizada, visando a qualificação dos profissionais de saúde no atendimento as gestantes adolescentes.

Com a execução desta proposta espera-se que a Política de Saúde do adolescente seja implementada, possibilitando um maior conhecimento dos agravos, com a caracterização do perfil epidemiológico; Uma maior integração com o Ministério Público e a Previdência Social, e o fortalecimento da intersectorialidade, e ainda que os profissionais envolvidos nesse processo possam atuar como multiplicadores junto a seus pares consolidando a Política de Saúde do adolescente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 18 jun, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Um olhar sobre o jovem no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco Referencial em Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e de Jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**: Dimensões do processo Reprodutivo e da Saúde da Criança, Brasília: Ministério da Saúde 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acessado em: maio, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 18 jun, 2012,

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BELARMINO, Glayriann Oliveira; MOURA Rejane Ferreira, et al. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, Fortaleza, v. 22, n. 2, p. 169-75, 2007.

BERQUÓ, Elza; CAVENAGHI, Suzana. "Direitos Reprodutivos de Homens e Mulheres Face à Nova Legislação sobre Esterilização Voluntária". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 441-453, 2003.

CAVALCANTE, A.; XAVIER, D. **Em defesa da vida**: aborto e direitos humanos. São Paulo: CPDD, 2006.

CHALEM, Elisa; MITSUHIRO S. et al., Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 177-86, 2007.

Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2011000500016&script=sci_arttext>. Acesso em: maio, 2011.

CORREIA, M. J. No Mar de Emoções: Ser Mãe Adolescente. Sexualidade e Planejamento Familiar. **Revista APF**, Coimbra, v. 27, n. 28, p.13-16, 2000. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/2515615/A-Gravidez-e-a-Adolescencia>>. Acesso em: maio, 2011

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico, 2000**. Rio de Janeiro, IBGE, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores 2004**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/default.shtm>>. Acessado em: agosto, 2011.

HEILBORN, Maria Luiza et al. **Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil (gravad)**, desenvolvida por três universidades: IMS/UERJ/ ISC/UFBA, NUPAS/ UFRGS, Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2002. Disponível em: <<http://www.e-clam.org/downloads/Caderno%20GRAVAD.pdf>>. Acesso em: maio, 2011.

KONIAK-GRIFFIN, D. et al. A public health nursing early intervention program for adolescent mothers: outcomes from pregnancy through 6 weeks postpartum. **Nursing Research**, Rockville Pike, v. 49, n. 3, p. 130-8, may/jun, 2000.

NADER, P. R. A; Cosme, L. A. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 338-345, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200018>. Acesso em: maio, 2011.

SABROZA, Adriana Reis. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup 1, p. 112-120, 2004.

SILVA, C. V; ZEITOUNE, R. C. G. A prática de cuidar/cuidado à saúde dos adolescentes em Unidade Básica de Saúde. In: RAMOS et al, (Orgs). **Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2009.

ZANOLLI, C. et al. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 6, n. 4, p. 419-426, out./dez., 2006.

ANEXO

ANEXO A – Ficha do PROSAD (versão correta)



PROSAD
PLANILHA DE GESTANTES ADOLESCENTES (10 A 19 ANOS)

Município: _____ Mês: _____ Ano: _____ USF: _____ Consulta: Pré-Natal

Nº	NOME	ENDERENÇO	IDADE	I.G.	1ª C	2ª C	3ª C	4ª C	5ª C	6ª C	7ª C	8C	Consulta Puerperal	G	P	A
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																

Assinatura e Carimbo do Responsável: _____ Data da Entrega: ____/____/____