



REVISTA DA XII REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

EVOLUÇÕES E DESAFIOS DAS AÇÕES DE TRÂNSITO NA XII GERES

A IMPORTÂNCIA DO
PLANEJAMENTO EM TEMPOS
DE CRISE PARA O SUS *
ENTREVISTA: ANA CLÁUDIA
CALLOU * PERNAMBUCO ESTÁ SOB
O RISCO DA FEBRE AMARELA? *
EXPERIÊNCIAS MUNICIPAIS E MAIS

ANO 1
NUM 2
M A R
2018



SECRETARIA
DE SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO
Pernambuco

Essa segunda RI2GERES traz o panorama dos acidentes de trânsito por uma perspectiva epidemiológica e de gestão, tornando-se essencial avaliar as propostas de enfrentamento desse problema de saúde pública. As experiências intersetoriais da XII Regional de Saúde foram voltadas para a prevenção dos acidentes de trânsito em distintos cenários. A relevância dos acidentes de trânsito na região impulsionou a articulação com outros órgãos para juntos formularmos políticas públicas de atenção e prevenção. As ações pactuadas têm demonstrado que esse esforço intersectorial somado ao da sociedade civil é capaz de produzir bons resultados na sensibilização da população em torno do objetivo comum de reduzir os danos individuais, coletivos e sociais causados pelas lesões e mortes no trânsito. É óbvia e indiscutível a importância de investir na evolução da consciência e da educação dos cidadãos e cidadãs.

Nessa mesma edição também abordamos o planejamento em saúde na agenda do gestor e gestora em razão das inovações políticas, administrativas e assistenciais ali estabelecidas. Além de ser uma função gestora, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica.

Além desses assuntos você ainda lê sobre a febre amarela, as experiências dos municípios, uma entrevista com a Secretária Executiva de Coordenação Geral de Pernambuco, Ana Callou, e muito mais.

É com imenso carinho que apresentamos a nossa segunda edição. Esperamos que gostem e participem!!

EDITORIAL



Daniele Uchôa
Gerente da XII Regional
de Saúde de Pernambuco
danieleuchoa@gmail.com

EXPEDIENTE

A **Revista da XII Regional de Saúde de Pernambuco** é uma construção conjunta da XII Geres junto às equipes dos municípios da região. Tem o intuito de mostrar suas experiências, avanços e temáticas de interesse.

Gerente da XII GERES | Daniele Uchôa
Atenção à Saúde | Gianne Rodrigues
Vigilância em Saúde | Lancart Lima
Regulação em Saúde | Débora Coutinho
Planejamento | Eduardo Bezerra
Administrativo-Financeiro | Eliud Rocha

Esta é uma publicação da XII Gerência Regional de Saúde. Sua distribuição é gratuita e as informações aqui disponíveis podem ser citadas desde que fique evidente as fontes.

Coordenação, programação visual e gerenciamento de conteúdo | Eduardo Bezerra

Textos | Daniele Uchôa, Eduardo Bezerra, Iracema Alcântara, José Lancart de Lima, Lícia Maciel, Josafá Alves de Andrade (São Vicente Férrer), Camilla Sena e Pollyana Justina (Timbaúba), equipe do municípios de Aliança e informações técnicas fornecidas pelos técnicos da XII Regional de Saúde

Fotografias | acervo da XII Geres, cessão dos municípios e imagens copyright free

Edição virtual | Distribuição via e-mail, homepages e redes sociais

Sugestão de pautas podem ser feitas pelo email revista12geres@gmail.com

O QUE VOCÊ LERÁ POR AQUI?



**PROGRAMA
ACOLHER**

04



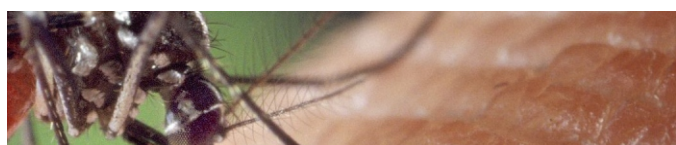
**O ALIMENTO DA
SEMANA SANTA**

05



**DIA DA MULHER
NA XII GERES**

06



**FEBRE
AMARELA**

08



**CRPAM XII:
DESAFIOS**

13



**PLANEJAMENTO
E GESTÃO**

18



**ENTREVISTA:
ANA CALLOU**

22



**TIMBAÚBA E A
MATERNAGEM**

25



**ALIANÇA NA
MEDIDA CERTA**

26



O PROGRAMA ACOLHER CHEGA À MATA NORTE PARA ORIENTAR SOBRE A POLÍTICA DE ADOÇÕES

Na última quarta-feira (14), a XII GERES recebeu a visita do **Dr. Tito Lívio Monteiro**, Juiz da Infância e Juventude; **Keline Correia**, assistente social; e **Carolina Paiva**, psicóloga para apresentação do **Programa Acolher** e firmar parceria com a Regional. Pela GERES estiveram presentes na reunião a gerente, **Daniele Uchôa**; o técnico do planejamento, **Eduardo Bezerra**; e a técnica da atenção primária, **Iracema Alcântara**.

Promovendo eficácia ao que dispõe o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 8.069/90, com alterações posteriores), que prescreve: "As gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção serão obrigatoriamente encaminhados, sem constrangimento, à Justiça da Infância e Juventude", a Coordenação da Infância e Juventude (CIJ) do Tribunal de Justiça de Pernambuco, através Vara Regional da Infância e Juventude da 5ª Circunscrição (VRIJ5), com sede na comarca de Goiana, está implementando o Programa Acolher na Mata Norte pernambucana.



O **Acolher**, atento ao que dispõe o nosso Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, patrocina, de um lado, o **direito da mulher (mãe ou gestante), de se reconhecer sem possibilidade ou vocação para a maternagem**, como, e especialmente, o direito das crianças a uma convivência familiar, que lhe garanta o desenvolvimento integral.

Desta maneira, **gestantes ou mães que desejam entregar seus filhos para adoção podem procurar espontaneamente as Varas com competência em Infância e Juventude** de sua cidade ou devem ser encaminhadas ao Poder Judiciário local pelos profissionais da Rede de Proteção de seus municípios (CREAS, CRAS, Conselho Tutelar, Postos de Saúde, Maternidades, dentre outros), sendo dessa forma garantido o direito à convivência familiar e comunitária das crianças que possam estar em situação de vulnerabilidade e risco social, prevenindo com isso situações de infanticídio, adoção ilegal e abandono, sendo este o principal objetivo do programa.

Através de um **tratamento humanizado**, as mães ou gestantes que necessitem decidir sobre a entrega de sua criança a uma família adotiva são recepcionadas nos órgãos da rede de proteção social e encaminhadas ao judiciário, ou mesmo comparecer voluntariamente a Vara da Infância e juventude da sua cidade. Lá elas serão acolhidas, ouvidas pelo juiz e sua equipe (psicólogos, assistentes sociais e pedagogos) e **direcionadas a serviços e programas voltados a assistência social, e proteção de direitos**, garantindo que essa escolha seja feita com a assistência e orientação de profissionais especializados, e legalmente amparadas.

Atualmente presente em várias regiões do estado, o **Programa Acolher está agora também acessível à comunidade da mata norte do estado**. No dia 27 de setembro de 2017, foi realizado o **I Encontro Regional do programa**, evento organizado pela CIJ e VRIJ5/Goiana, que aconteceu no SESC LER de Goiana, contando com a participação de representantes de diversos órgãos que formam a rede de proteção social dos municípios da região.

Maiores informações na Vara Regional da Infância e Juventude da 5ª Circunscrição, situada no Fórum Desembargador Nunes Machado, no endereço Estrada do Engenho Boa Vista, s/n, Boa Vista II, Goiana/PE, ou através dos telefones (81) 3626 8580, e 3626 8563 (setor psicossocial).



CUIDADOS COM O ALIMENTO DA SEMANA SANTA



Josafá Alves de Andrade
Gerente de Vigilância
Epidemiológica
Enfermeiro – Sanitarista
SMS São Vicente Férrer

A páscoa é a festa cristã que celebra a paixão, morte e ressurreição de Jesus. Com essa tradição de refazer alguns passos de Cristo, para muitos o cardápio muda e o peixe passa a ser o prato mais consumido da época. Com isso os cuidados devem ser ainda maiores na sua compra. Na hora da escolha, deve-se observar a qualidade do produto, se o peixe é fresco ou congelado. É fundamental verificar a qualidade, as condições de higiene e armazenamento do produto.

No peixe fresco pode ser observado, por exemplo: se as escamas estão brilhantes e firmes, presas ao corpo ou se não estão embaçadas e opacas. Para isso, passe a mão no peixe e verifique se as escamas estão se soltando facilmente. Caso estejam, evite adquirir o produto. Em relação ao cheiro o mesmo não deve ser forte ou azedo, parecido com iodo ou amônia, um sinal de que já passou do tempo de consumo. Os peixes congelados devem estar acondicionados em embalagens fechadas e bem lacradas. Opte pelas embalagens transparentes que permitem analisar o produto. A carne não deve estar descolorida, com manchas ou pintas. Geralmente os congelados vêm sem a pele. Quanto às porções, prefira os filés e postas. Observe se há presença de gelo o qual pode ter se formado pelo descongelamento e recongelamento.

O consumo de chocolate também requer alguns cuidados. Eles devem estar em local com temperatura adequada e informações necessárias e obrigatórias: nome do produto, fabricante, endereço, prazo de validade e composição. Só compre os produtos se a embalagem estiver em boas condições, procurando evitar os produtos amassados.

Boa páscoa a todas e todos!



GOSTOU DO CONTEÚDO DA REVISTA DA XII REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO?

Não precisa esperar alguém enviar a revista pra você. Envie um email solicitando a inclusão de seu endereço eletrônico em nossa mala direta. É gratuito!

Se perdeu o primeiro número nos informe que enviamos pra você.

revista12geres@gmail.com



SECRETARIA
DE SAÚDE



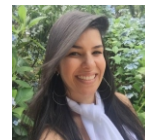
Pernambuco



COMO A XII GERES CELEBROU O DIA INTERNACIONAL DA MULHER?

O 8 de março marca todos os anos a luta pela liberdade, pelo fim do sexismo e da misoginia. Este combate diário no qual as mulheres são protagonistas também inclui a conquista de direitos como o acesso à saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), cerca de 35% de todas as mulheres do mundo sofrerão violência dentro ou fora do ambiente familiar em algum momento de suas vidas. Ao mesmo tempo, 38% das vítimas de feminicídio no mundo foram mortas por seus parceiros. Mulheres que sofrem agressões são mais propensas a problemas diversos de saúde, como lesões, fraturas e contusões em consequência de violência sexual ou física, doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, clamídia, gonorreia e Aids), além de casos de complicações na gravidez, depressão, outras doenças e agravos e até mesmo a morte. A violência contra as mulheres se constitui num grave problema de saúde pública que demanda a atuação do Estado brasileiro e de diversos setores da sociedade.



Lícia Maciel

Técnica da Atenção Primária - XII GERES

O Dia Internacional da Mulher é uma oportunidade de levar informação sobre esta realidade e como acessar estes direitos.

Aliança

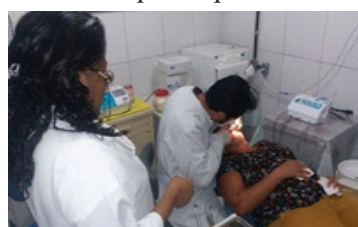


A celebração do 8 de março envolveu as Equipes da Saúde da Família (ESF), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Academia das Cidades as quais desenvolveram atividades em atenção à saúde das mulheres. Foram realizados exames preventivos, palestras, cuidados com a beleza e atividade física. Cerca de 150 mulheres participaram das atividades em Aliança.



Goiana

Dentre as atividades desenvolvidas pelas ESF no município de Goiana, destacaram-se o atendimento médico para avaliação dos resultados de exame citopatológico do colo uterino e mamografia, atendimento odontológico, atividade física com a participação da Equipe do NASF e diversas palestras. Foram discutidos temas ligados à violência contra mulher, autocuidado e prevenção do câncer de colo do útero e de mama. A equipe do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) realizou Testes Rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites.



Itaquitinga

No dia 08 de março foi realizada caminhada em alusão ao Dia Internacional da Mulher. No município de Itaquitinga, a Secretaria de Saúde contou com a parceria da Secretaria de Educação tendo registrado a presença de alunos e alunas das escolas municipais, Secretaria da Mulher, Secretaria de Assistência Social, NASF, ESF e Unidade mista.

Durante toda semana as ESF desenvolveram ações em alusão à data, como temas que abordavam a importância do cuidado com a saúde, empoderamento da mulher na sociedade, orientações de saúde e prevenção das doenças que mais acometem o público feminino. Além destas as mulheres contaram com um momento de beleza, distribuição de brindes, dinâmicas e lanches. A Secretaria de Saúde recebeu apoio do CRAS do município para o desenvolvimento das ações.



São Vicente Férrer

As Unidades de Saúde realizaram a celebração do Dia Internacional da Mulher realizando palestras em salas de espera sobre autoestima, cuidados íntimos, prevenção do colo do útero e da mama, fonoaudiologia de estética, cuidados com a pele, zumba, sorteios de brindes e lanches. Com participação média de 30 mulheres por turno em cada unidade e realização de ações nas duas escolas públicas da cidade (estadual e municipal).

Durante todo o mês, uma vez por semana, a Rádio Capibaribe Mirim terá participação de um profissional da área da saúde conversando sobre temas relacionados a Atenção à Saúde da Mulher.



Hospital Belarmino Correia

O Hospital Regional Belarmino Correia realizou ações durante toda semana (05 a 09 de março) em alusão ao Dia Internacional da Mulher.

A programação contou com a participação de vários parceiros, como médico-especialista, enfermeiro, nutricionista, delegado, vereadora, entre outros, que realizaram palestras sobre: A mulher na fase adulta: O funcionamento do corpo feminino com foco nas principais patologias ginecológicas, prevenção e diagnóstico; A conquista da cidadania da mulher; A Prática sexual e o envelhecimento da mulher; Desempenho ocupacional das mulheres na terceira idade; Processo da adoção de criança; Estresse, depressão e ansiedade; Alimentação para menopausa; Violência contra mulher: Questão de saúde Pública, dentre outros.



SERÁ A VOLTA



DA FEBRE AMARELA?

Foi entre os anos de 1849 e 1850 que a primeira grande epidemia de febre amarela iniciou na cidade do Rio de Janeiro seu trajeto em território nacional. Essa convivência demorou até 1958, quando finalmente foi considerada controlada no Brasil. Controlada mas nunca erradicada, é bom dizer. A doença sobreviveu em sua forma silvestre e com um número sempre persistente de contaminações em pessoas que trabalhavam, subsistiam ou mesmo moravam dentro das matas. A possível reintrodução da forma urbana passou, a partir de então, a ser um gatilho para ações mais efetivas na saúde pública.

2018. Até fevereiro não havia confirmação urbana de transmissão da febre amarela urbana registrado pelo Ministério da Saúde. Ainda assim, o aumento nas notificações desencadearam ações em praticamente todos os estados do Brasil para evitar que a forma urbana retorne. De 1º de julho de 2017 a 28 de fevereiro deste ano, são 2.867 casos suspeitos, 723 casos da doença e 237 óbitos. Um ano antes, no mesmo período, tinham sido registrados 576 casos e 178 mortes, de acordo com o Ministério da Saúde.

Mas e Pernambuco? O que está ocorrendo no estado? O país inteiro está vulnerável? Qual o papel do macaco no processo? Quem não pode tomar a vacina?

CONHECENDO UM POUCO MAIS SOBRE A FEBRE AMARELA

Apesar da primeira grande epidemia ter ocorrido na metade do século XIX, ela foi registrada pela primeira vez em Pernambuco no ano de 1685 e permaneceu por 10 anos. Nesta mesma época, de acordo com o Ministério da Saúde, a cidade de Salvador também conviveu com a doença.

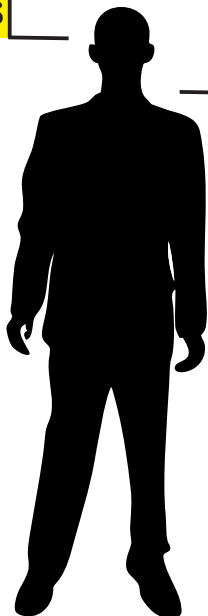
De acordo com o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC), suspeita-se que a febre amarela já circula na África há 3000 anos, tendo chegado às Américas no século XVII. Os primeiros registros de uma adoecimento com os mesmos sintomas data de 1648, em manuscritos maias nas regiões de Yucatan e Guadalupe, no México.

Mas o que é a febre amarela? É uma doença viral, de característica febril aguda, de curta duração (máximo 12 dias), não contagiosa entre humanos, que pode evoluir com gravidade e apresenta elevada letalidade. É causada por um Arbovírus, do gênero *Flavivirus* e é transmitida ao homem por meio da picada de insetos do gênero *Sabethes sp.* e *Haemagogus sp.* no ciclo silvestre que ocorre em áreas de florestas e zona rural. No ciclo urbano, existe a possibilidade da transmissão por meio da picada de insetos da espécie *Aedes aegypti*. Não existe registro de ocorrência da febre amarela no estado de Pernambuco (o último caso foi registrado em 1930) porém é endêmica em boa parte do país.

Quais os sintomas da febre amarela?

Primeiras manifestações

Febre alta;
Calafrios;
Cansaço;
Dor de cabeça;
Dor muscular;
Náuseas;
Vômitos



Agravamento do quadro

Insuficiência hepática;
Insuficiência renal;
Icterícia;
Manifestações hemorrágicas;
Cansaço intenso

Observações importantes

As primeiras manifestações da doença são repentinas;

Geralmente as pessoas que contraem o vírus nem sabe que o contraíram;

A maioria dos infectados se recupera rapidamente e adquirem imunidade permanente contra a febre amarela.

Fonte: Instituto Bio-Manguinhos

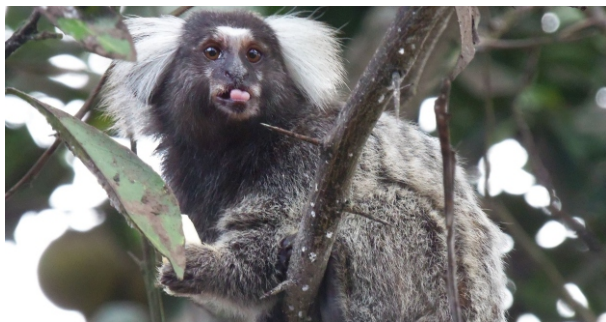
(www.bio.fiocruz.br/index.php/febre-amarela-sintomas-transmissao-e-prevencao)

A participação da Vigilância em Saúde, sobretudo em seus componentes epidemiológico e ambiental, e da Rede de Saúde são essenciais nesse processo. Para que os sintomas sejam levados em consideração é necessário fazer a suspeição de um provável caso de febre amarela que o paciente seja residente ou procedente de área de risco de transmissão nos últimos 15 dias e que não tenha comprovação de vacinação de contra a mesma ou que tenha sido vacinado a menos de 30 dias.

Na prevenção da doença existe a estratégia da vacinação de indivíduos que habitam em áreas endêmicas ou que irão se deslocar para áreas de risco comprovado de transmissão da febre amarela. A vacinação, para quem vai se deslocar, precisa ser feita com no mínimo 10 dias antes da viagem, a fim de proporcionar a proteção adequada. Nas áreas onde ocorre epidemia da doença está sendo colocada em prática a estratégia da vacinação fracionada, amparada por estudos conduzidos pela

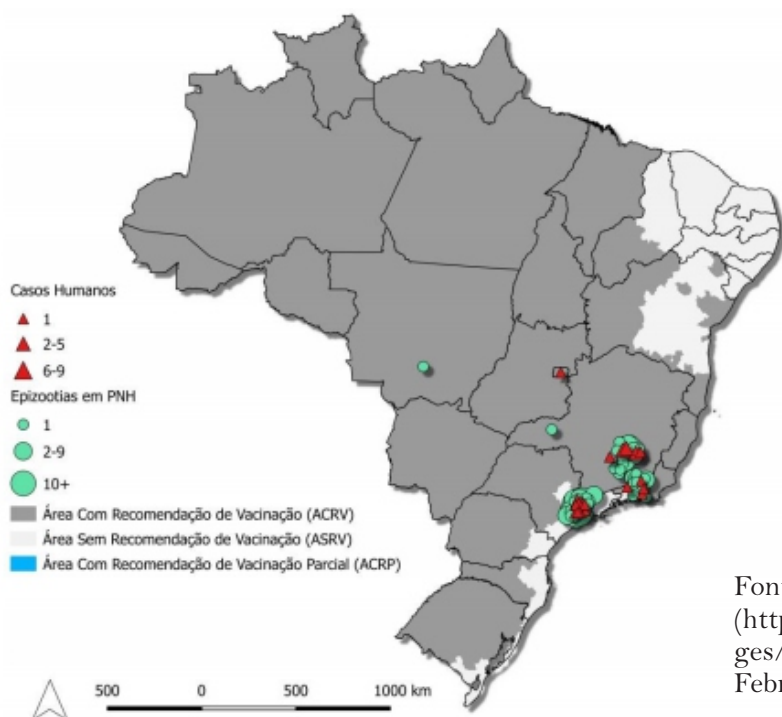


Organização Mundial de Saúde que demonstraram que a vacina fracionada foi eficaz no controle da epidemia. Quem mora em área não-endêmica e vai se deslocar para áreas de risco deverá tomar a vacina completa em dose única e que assegura imunização para toda a vida. Quem toma a dose fracionada, deverá tomar uma nova dose de reforço após 8 anos da primeira dose. **O estado de Pernambuco está fora da zona endêmica para a febre amarela, por isso a população não precisa se imunizar, a não ser em caso de viagem para áreas onde os casos têm ocorrido.**



Como os macacos entram no ciclo da Febre Amarela?

Quando o vírus da febre amarela começa a circular em determinado território, as principais espécies afetadas são as dos primatas não-humanos (macacos). Isso acontece devido aos hábitos dos mosquitos *Sabethes* e *Haemagogus* de habitarem as copas das árvores e se alimentarem durante o dia, cruzando com o hábito dos macacos que vivem nas copas das árvores. Entre os macacos a letalidade da doença é gigantesca e populações de primatas podem ser dizimadas ao longo do tempo contribuindo, inclusive, para a extinção de algumas espécies no território afetado. Com a ausência dos primatas, os mosquitos silvestres procuram alimento ao nível do solo e nesse momento pode infectar o homem acidentalmente. Os macacos são vítimas da febre amarela e não contribuem para transmissão da doença, portanto não se deve sacrificar esses animais achando que desta forma haverá o impedimento da transmissão da doença.



Fonte: Ministério da Saúde
(<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/imagens/pdf/2018/janeiro/16/Atualizacao-Febre-Amarela.pdf>)

A compreensão das áreas de transmissão no Brasil e no mundo explicam porque certas regiões precisam de vacinação para entrar e outras não. O Regulamento Sanitário Internacional (RSI), código que estabelece o relacionamento em questões relativas à saúde pública entre os países estabelece que os mesmos podem pedir comprovação de vacinação contra a febre amarela. 135 países, entre eles Austrália, Chile, África do Sul e Jamaica, exigem a vacinação. Já outras localidades como Estados Unidos, França, Japão e Uruguai apenas recomendam. Orienta-se consultar o site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (portal.anvisa.gov.br) na seção de Certificado Internacional de Vacinas para saber que vacinas são exigidas e em quais países. A emissão do certificado acontece nos Centros de Orientação para a Saúde do Viajante da Anvisa e serviços credenciados.

A vacina ainda é a melhor prevenção

O primeiro entrave na prevenção da febre amarela foi um embate entre dois grupos que digladiavam até o final do século XIX: uma parte dos pesquisadores acreditava ser a febre amarela contagiosa e outra desconfiava de uma outra forma de transmissão que ainda não compreendiam. O pioneirismo da associação entre a febre amarela e a transmissão pelo mosquito é do médico cubano Juan Carlos Finlay, em 1881. Infelizmente a comunidade científica ignorou a teoria de Finlay na qual era preciso um agente transmissor e uma pessoa suscetível para gerar a doença. Foi só em 1896 que o médico brasileiro Emílio Ribas teve uma experiência na epidemia da doença na cidade de Jaú (SP) que mudou sua própria visão que a febre amarela era contagiosa. Sem lugar para manter as crianças órfãs da cidade em meio à epidemia, enviou-as para um hospital repleto de pessoas com a doença. Neste momento ele percebeu que nenhuma criança desenvolveu a febre amarela.

A vacina contra a febre amarela foi produzida pela primeira vez no Brasil em 1937 no Instituto Bio-Manguinhos, de onde saem milhões de doses até hoje. A vacina é produzida com base nos vírus vivos e atenuados da doença. Desta maneira ele ativa a imunidade das pessoas e, por conta disso, ela precisa de até 30 dias pra proteger quem a toma. A dose usualmente distribuída no Brasil imuniza para a vida inteira. Por sua vez, como o aumento do número de casos tem sido intenso e as campanhas de vacinação têm sido mais efetivas, uma dose fracionada tem sido aplicada. É uma dosagem que protege tanto quanto a usual com a diferença que faz isso por um período de pelo menos oito anos.

Nem todo mundo pode tomar a vacina. Quais grupos não devem ser imunizados?



Bebês de até 9 meses de idade



Gestantes



Alérgicos e alérgicas à proteína do ovo



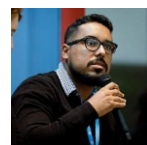
Pessoas com HIV e outras condições de baixa imunidade

O papel de Oswaldo Cruz

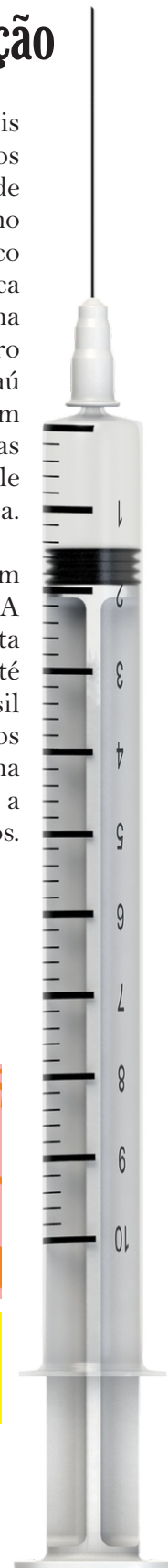


Oswaldo Cruz foi um médico brasileiro conhecido por ser o pioneiro da saúde pública nacional. Foi um visionário, entre outras coisas, no campo da vacinação e do controle ambiental dos mosquitos para prevenir doenças. Suas ações de saneamento dos portos recolocaram o Brasil no mercado mundial. Suas estratégias forma fundamentais para a erradicação da febre amarela urbana no início do século passado.

Eduardo Bezerra
Planejamento
XII GERES



José Lancart
Coordenador da
Vigilância em Saúde
XII GERES





CRPAM XII

SAÚDE PÚBLICA PARA
EVITAR MORTES
NO TRÂNSITO

PRA REVERTER AS

ESTATÍSTICAS

De acordo com a Organização Mundial da Saúde são aproximadamente 1,3 milhões de mortes no trânsito. O Brasil ocupa o 5º lugar nesse ranking ficando atrás apenas da Índia, China, Estados Unidos e Rússia. Os dados preliminares do DATASUS para o ano de 2016 apontam para 34.850 óbitos no trânsito. Desde 2011 o estado de Pernambuco conta com o Comitê de Prevenção aos Acidentes de Moto em Pernambuco e a Operação Lei Seca. Em outubro de 2012 a XII Regional de Saúde criou o seu Comitê Regional de Prevenção ao Acidentes de Moto (CRPAM) e desde então vem colecionando avanços.

Caso as 38.651 mortes no trânsito no ano de 2016, conforme dados do DATASUS, pudessem ser revertidas e as pessoas colocadas em uma cidade, este município ocuparia a posição de número 854 entre as 5.570 cidades brasileiras. Isso quer dizer que esta localidade teria mais pessoas que 85% de nossas cidades. Este é o tamanho da tragédia brasileira no trânsito.

A Organização das Nações Unidas (ONU), no lançamento da Década Mundial de Ação Pela Segurança Viária (2011-2020), afirma que não se pode chamar este evento de acidente. E isso é perfeitamente fundamentado na natureza dos mesmos. Ou os eventos ocorrem por falha do equipamento (veículos diversos), da via ou dos condutores. Por isso a nomenclatura adotada em diversas publicações (e na Revista da XII Regional de Saúde) trabalha com o sentido de **violência de trânsito**.

Brasil	
Total de veículos registrados - 2013	81.600.729
Carros passeio	54.175.378
Motos, triciclos, etc	21.597.261
Caminhões	2.488.680
Ônibus	888.393
Outros	2.451.017

O Relatório de Segurança Viária do ano de 2015, uma publicação da OMS, além de apontar que estas são mortes preveníveis, traz dados de todos os países do mundo. No Brasil, 28% das mortes vitima condutores de veículos com 2 ou 3 rodas (motocicletas, triciclos e outros), 20% são pedestres, 18% são passageiros de veículos leves de 4 rodas (automóveis de pequeno porte) e 5% são os condutores dos carros de passeio. Nos Estados Unidos os condutores de carros de passeio respondem por 47% dos óbitos no trânsito, os passageiros desses veículos são 18% das mortes e os motociclistas representam 15% das ocorrências fatais. Os pedestres são 14% das mortes.



POR QUE DEFINIR ESTRATÉGIAS PARA O TRÂNSITO?

O Diário Oficial de Pernambuco de 28 de maio de 2011 trouxe o decreto de nº 36.568. Assinado pelo então governador do estado, Eduardo Campos, onde o mesmo institui o Comitê Estadual de Prevenção aos Acidentes de Moto (CEPAM). Já a Operação Lei Seca (OLS) entrou em atividade no mês de dezembro do mesmo ano.

Estas decisões foram fruto do aumento significativo de mortes no trânsito percebido no estado de Pernambuco. De acordo com estimativas do Portal Por Vias Seguras, a partir de dados do DATASUS, entre os anos de 2003 e 2007, os óbitos variaram de 1.399 a 1.440 ocorrências, um aumento de 3% no período. No entanto, entre os anos de 2007 e 2011, ano de entrada em operação das duas estratégias da Secretaria Estadual de Saúde, as mortes passaram de 1.440 a 1.969, um aumento de 36,7%. Este número ainda chegaria aos 2.057 óbitos no ano seguinte para reduzir a 1.737 no ano de 2014, uma queda de 15,6%, melhor resultado das atividades.

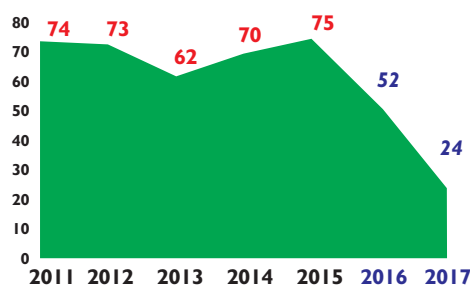
A crise econômica reduziu o orçamento da saúde pública a partir de então e, como a ostensividade das ações de fiscalização produzem respostas mais rápidas que as educativas, a impossibilidade de dar continuidade ao mesmo volume de ações, interrompeu a queda dos indicadores nos anos seguintes. Na XII Geres, entretanto, o reforço nas intervenções educativas, junto com o fortalecimento de parcerias locais produziu uma queda significativa no número de mortes.

A XII GERES, A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A REDUÇÃO DO NÚMERO DE MORTOS NO TRÂNSITO

Uma das estratégias do CEPAM para trabalhar mais efetivamente na redução dos óbitos por violência no trânsito é a regionalização. Desta maneira, todas as regiões de estado possuem um Comitê Regional de Prevenção aos Acidentes com Moto (CRPAM). Na XII Geres o CRPAM foi criado em dezembro de 2012. Além das atividades realizadas pela Regional, o Comitê possui um colegiado composto por representantes da Regional de Saúde, dos municípios da Região, órgãos policiais, Secretaria Estadual de Educação, Ministério Público, profissionais de transporte/trânsito, entre outros.

Entre os anos de 2011 e 2015, a XII Regional de Saúde convivia com uma média de 70 óbitos anuais. 2015 foi o ano com maior número de ocorrências (75) e 2013 foi o menor (62). Os anos de 2016 e 2017, entretanto, observaram uma queda significativa destes dados com 52 e 24 óbitos respectivamente, queda de 68% entre 2015 e 2017. Obviamente este dado não representa uma tendência uma vez que diz respeito a uma série de três anos apenas. Ao mesmo tempo, tendo em vista a regularidade dos anos anteriores, é uma evolução a ser comemorada.

Evolução dos óbitos por Acidente de Transporte Terrestre, XII GERES, 2011-2017



Fonte: Coordenação de Vigilância em Saúde / XII GERES

A consolidação de parcerias para a realização de atividades é uma parte fundamental do sucesso do CRPAM XII. Com o orçamento reduzido, encontrar grupos que acreditem na possibilidade de redução do número de acidentes de transporte terrestre é essencial para estes resultados. De acordo com Daniele Uchôa, gerente da XII GERES e com envolvimento direto nas ações do CRPAM, essas parcerias também foram possíveis por ocasião de uma conjuntura onde a Regional era criada ao mesmo tempo que o CEPAM/OLS vivia seu auge. Em função disso, a XII GERES foi a primeira a realizar o Fórum de Trânsito com apoio total do Detran à época.



“Quando realizamos o I Fórum de Trânsito nos tornamos referência com a experiência da XII Regional sendo partilhada em outras regiões do Estado.” Daniele Uchôa, Gerente da XII Regional de Saúde.

A Regional tem seis municípios com mais de 20 mil habitantes, isto é, aptos a ter seu trânsito integrado (ou “municipalizado” como é conhecido). Destes, os dois maiores (Goiana e Timbaúba) já realizaram o processo enquanto os demais estão em processo de discussão. Daniele ressalta ainda a importância do Ministério Público para a consolidação dessa estratégia na região. Além disso, integrar a Gerência Regional de Educação, que para os municípios da XII GERES está sediada em Nazaré da Mata, levou à capacitação de professores e coordenadores de maneira a operacionalizar a transversalização da temática de trânsito conforme recomenda a Lei de Diretrizes e Bases da Educação. A atuação do CRPAM se ampliou e passou a atuar também na questão das violências.

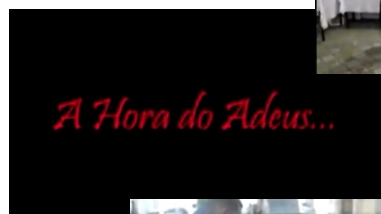


“O envolvimento das escolas públicas da região, com formação de docentes e gestores de ensino foi um salto para a participação dos jovens neste processo.” Iracema Alcântara. Responsável técnica pelas ações do CRPAM XII.



Só no ano de 2017 o CRPAM XII atingiu diretamente 3.047 pessoas em 23 eventos. De acordo com Iracema Alcântara, responsável técnica pelas ações do Comitê na região, a base para direcionar a agenda da Regional na temática obedece ao consenso da Organização das Nações Unidas (ONU) intitulado Década de Ação Pela Segurança no Trânsito (2011-2020) cujo principal objetivo para o Brasil é reduzir o número de mortes neste ambiente em 50%. A Regional oferece um dificultador que é sua variedade de ambientes. Áreas urbanas, rurais e praias, cada uma com sua vulnerabilidade própria. Mas foi o envolvimento da Educação, com a parceria efetiva da Gerência Regional de Educação (GRE) o diferencial do processo. Com a formação de professores e gestores de ensino, além do monitoramento dos resultados, foi possível observar o envolvimento dos jovens neste esforço. Os municípios foram divididos em dois polos: um era sediado em Goiana e atingia as quatro outras cidades mais próximas enquanto o mesmo aconteceu com Timbaúba com mais quatro outras localidades das imediações. A parceria culminou durante a Semana Nacional de Trânsito. Entre várias atividades realizadas, um concurso de curta-metragens premiou o filme **A Hora do Adeus**, realizado pelos alunos e alunas da Escola Estadual Doutor João Alfredo, em Goiana, disponível no Youtube (link na próxima seguinte).

AÇÕES REALIZADAS PELO CRPAM XII



“A Hora do Adeus”, curta-metragem produzido por estudantes da Escola Estadual Dr. João Alfredo, em Goiana. Filme vencedor do concurso cultural da Semana do Trânsito.
Link no youtube: <https://youtu.be/taRysT6xr4k>



Maio Amarelo. São Vicente Férrer.



CRPAM/SAMU nas Escolas Macaparana



Detran nos municípios. Timbaúba



Passeio ciclístico. Semana Nacional de Trânsito. Condado.

OS NÚMEROS DO TRÂNSITO DA XII REGIONAL DE SAÚDE

79.820

Número de carros +
motos da XII GERES

59,2%

São motos

Com

69,4%

de motos,

Itambé

possui a maior proporção
favorável a este tipo de
veículo

28,2%

dos óbitos no trânsito
foram de residentes em

Goiana

38,7%

dos óbitos vitimou
motociclistas enquanto

24,1%

vitimou motoristas
de carros

Goiana

Maior frota da região com

21.098

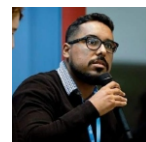
veículos (carro+moto) e, junto a

Aliança,

são os únicos a possuir

**mais carros
que motos**

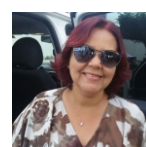
Eduardo Bezerra
Técnico do Planejamento
XII GERES



Daniele Uchôa
Gerente
XII GERES



Iracema Alcântara
Técnica da Atenção
Primária
XII GERES



Planejamento para fazer a gestão do SUS andar

As quedas sucessivas no repasse do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), a aprovação da Emenda Constitucional nº95/2016 com o congelamento dos recursos das políticas sociais (incluindo o SUS), além de outros ataques à sustentabilidade está impondo desafios cada vez mais espinhosos para os municípios. E agora? Por que investir no planejamento? Desça a página e reflita conosco sobre possibilidades de melhorar a gestão do recurso da saúde planejando melhor os recursos cada vez menos disponíveis.

E agora?? Como fazer?



Que o planejamento não é lá muito a praia da gestão pública brasileira não é novidade. Por isso, apesar dos 30 anos que o SUS completa esse ano juntamente ao aniversário da Constituição Federal de 1988, planejar continua sendo um desafio. A responsabilidade com essa área da saúde pública só aumenta à medida em que os recursos disponíveis para gerir o Sistema se tornam cada vez mais escassos e as demandas maiores.

As leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990 já traziam em seus textos que o planejamento do SUS deveria obedecer a uma lógica ascendente. Isso quer dizer que as particularidades locais irão se somar e constituir as demandas estaduais, regionais e federal, com estas também agregando suas próprias características. Mas esta demanda não é constituída de maneira aleatória. Ela precisa de instrumentos bem definidos e, sobretudo, pactuados. E essa pactuação é fundamental para democratizar as necessidades da saúde pública. Por isso as esferas de decisão no SUS são paritárias e envolvem a sociedade civil, o governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde.

No ano de 2006 a Portaria GM/MS nº 399 apresentou as Diretrizes do Pacto pela Saúde. Esta, por sua vez, divide-se em três dimensões: Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A quarta diretriz do Pacto de Gestão aborda o Planejamento e como o mesmo precisa ser operacionalizado de maneira estratégica e pactuada para garantir que as ações cumpram com o papel de suprir as necessidades da população.



O principal produto desta parte do pacto é a criação do PlanejaSUS, um sistema que deverá funcionar de maneira «articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão», conforme texto da Portaria 399. Desta maneira o PlanejaSUS passa a fazer parte essencial do ciclo de gestão.

QUAIS SÃO OS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO?

O artigo 165 da Constituição Federal estabelece três instrumentos fundamentais à gestão pública: a Lei do Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei dos Orçamentos Anuais. O Plano Plurianual, ou PPA, apresenta de maneira regionalizada as diretrizes, objetivos e metas por um período de 4 anos. A Lei de Diretrizes Orçamentárias, ou LDO, determina quais as metas e prioridades para cada ano. Sem essas diretrizes as gestões correm o risco de levar a execução de seu orçamento de maneira desigual ao longo dos quatro anos.

Por fim, a Lei dos Orçamentos Anuais, ou LOA, prevê os recursos para execução das metas ao longo dos anos.

Mas estes instrumentos não são os únicos envolvidos no Planejamento do Sistema Único de Saúde. O SUS conta com suas próprias ferramentas para acompanhar a gestão de seus recursos e atividades. A cada 4 anos o Plano de Saúde é aprovado com base nas discussões desenvolvidas nas Conferências de Saúde e estabelecem as diretrizes e metas para serem executadas num quadriênio e devem ser aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde. O Plano Anual de Saúde (PAS), também aprovado pelo CMS, define que metas do Plano de Saúde serão desenvolvidas em cada um desses 4 anos. Esta divisão tem a mesma função da LOA, evitar desequilíbrio na execução das metas. O Relatório Quadrimestral Detalhado faz o acompanhamento das metas a cada quatro meses devendo ser apresentado no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara de Vereadores. Da mesma maneira, o Relatório Anual de Gestão (RAG) acompanha as atividades da gestão de saúde a cada ano e também deve estar na Câmara de Vereadores e CMS.

CALENDÁRIO DE APRESENTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO SEGUNDO PERIODICIDADE, LEGISLAÇÃO, ÓRGÃO DE COMPETÊNCIA E PRAZOS.

INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO	PERIODICIDADE	LEI QUE ESTABELECE PRAZOS	ÓRGÃO DE COMPETÊNCIA	PRAZO LEGAL E OU SUGERIDO
Plano de Saúde – PS	4 anos, sendo produzido no primeiro ano da gestão	Lei Complementar nº 141/12	CMS	Até Julho do primeiro ano de gestão já deliberado pelo CMS
Programação Anual de Saúde – PAS	Anual	Lei Complementar nº 141/12	CMS	Até Julho do ano anterior à sua vigência já deliberado pelo CMS
Relatório Quadrimestral Detalhado	A cada 4 meses	Resolução CNS nº 459; Lei Complementar nº 141/12	CMS e Câmara de Vereadores Municipal	Maio e setembro do ano vigente e fevereiro do ano subsequente.
Relatório Anual de Gestão – RAG	Anual	Portaria MS nº 2.135/13; Portaria MS nº 575/12; Lei Complementar nº 141/12.	Câmara de Vereadores Municipal e o CMS que deve deliberar e anexar resolução no SARGSUS	Até 30 de março do ano posterior à sua vigência
Plano Plurianual – PPA	4 anos, sendo produzido no primeiro ano da gestão	Emenda Constitucional nº 31/08. Art 124, § 1º, II	Câmara de Vereadores Municipal	Até 05 de outubro do primeiro ano de gestão
Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO	Anual	Emenda Constitucional nº 31/08. Art 124, § 1º, I	Câmara de Vereadores Municipal	Até 01 de agosto do ano anterior à sua vigência
Lei Orçamentária Anual – LOA	Anual	Emenda Constitucional nº 31/08. Art 124, § 1º, III	Câmara de Vereadores Municipal	Até 05 de outubro de cada ano

O SUPORTE TECNOLÓGICO

Dois sistemas de informática são fundamentais ao Planejamento no SUS. O SARGSUS (Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão) apresenta os resultados de aplicação de recursos e o status da Programação Anual de Saúde. Já o SISPACTO acompanha as prioridades, metas, objetivos e indicadores pactuados em cada esfera de gestão. Estes não são apenas de ordem financeira e levam o Planejamento a acompanhar evolução de indicadores epidemiológicos também. É sempre importante lembrar que não adianta fazer boa gestão financeira se as condições de vida da população não se modificam positivamente.

O GRANDE DESAFIO: NÃO TRATAR O PLANEJAMENTO APENAS COMO ACOMPANHAMENTO FINANCEIRO

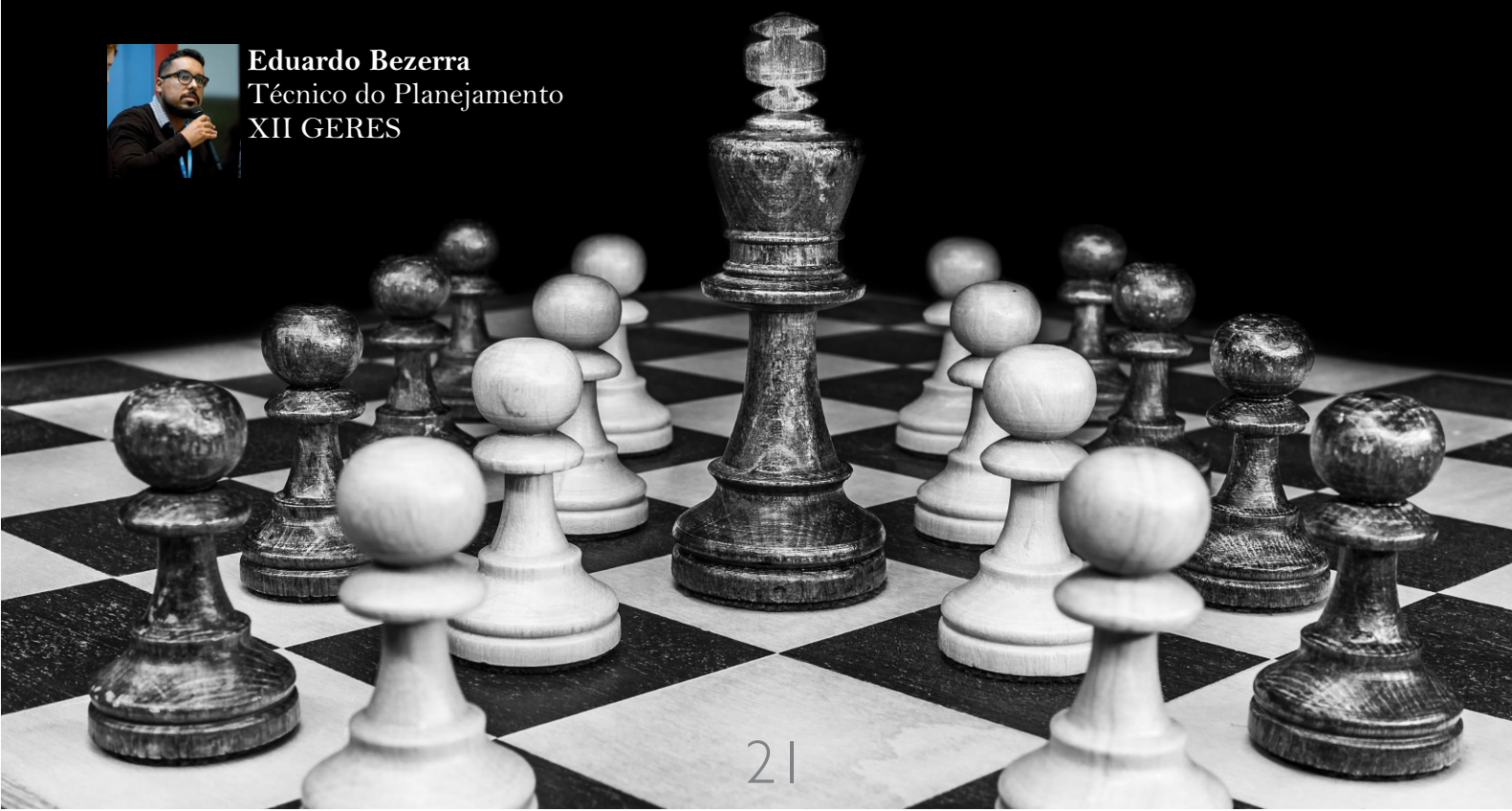
O planejamento não diz respeito apenas aos recursos aplicados e todo calendário de despesas que deve estar em dias sob o risco de ferir a Lei de Responsabilidade Fiscal. É importante lembrar que o objetivo de toda e qualquer política de saúde é a modificação de indicadores epidemiológicos. O uso dos recursos deve estar a serviço de sua aplicação positiva neste sentido. Desta maneira, é vital para as gestões que haja comunicação entre os setores do planejamento e vigilância epidemiológica, acompanhamento e apropriação das metas pactuadas no SISPACTO. Assim é possível ter ideia do perfil de saúde e doença da população, programar suas ações e saber se elas estão realmente sendo efetivas.

A PORTARIA GM/MS Nº 3.992/2017: UMA TRANSIÇÃO IMPORTANTE PARA A GESTÃO PÚBLICA

Até a edição desta Portaria, a gestão de recursos do Sistema Único de Saúde se mostrava engessada em cinco blocos de custeio: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Cada uma delas com contas diferentes vinculadas aos respectivos projetos. Essa divisão acontece desde a Portaria GM/MS nº 204/2007. Com a publicação no ano passado da Portaria 3.992, as transferências de custeio e investimento serão feitas para suas contas respectivas. Desta forma, os blocos citados acima deixarão de existir, dando mais liberdade aos gestores e gestoras para aplicar conforme seu perfil sanitário e necessidades. Obviamente que a responsabilidade também aumenta, uma vez que o controle dos recursos deverá ser feito de maneira mais atenciosa para não se correr o risco de custear demais uma área e deixar a outra descoberta. Mas é preciso fazer uma observação importante: as vinculações orçamentárias continuam da mesma forma.



Eduardo Bezerra
Técnico do Planejamento
XII GERES



entrevista

Ana Callou:

«Nós temos o maior e o melhor patrimônio do povo brasileiro que é o Sistema Único de Saúde. É ele que inclui. É ele que salva.»

Graduada em Serviço Social, sanitarista, especialista em Gestão e Planejamento, mestra em Gestão Pública pela UFPE. Ana Cláudia Callou Matos veio há 30 anos do Crato (CE) para estudar no Recife e ficou. Hoje é Secretária Executiva de Coordenação Geral da Secretaria de Saúde de Pernambuco. Já foi Secretária Municipal de Saúde de Carpina e Paudalho, além de presidente do COSEMS. E tem um grande orgulho: conhece todos os 184 municípios de Pernambuco. Nessa entrevista fala dos desafios da gestão estadual, dos desafios, nós, faz uma avaliação da XII Regional de Saúde e mais.



Revista da XII Regional de Saúde de Pernambuco
- Qual a maior diferença entre fazer a gestão municipal e a estadual? Como é fazer essa transição?

Ana Callou - Acho que estar no município é extremamente importante e bom. Sou municipalista, faço essa defesa. No município é onde tudo acontece. É onde você busca operacionalizar e executar melhor. É no município que você vive. E essa ideia de discutir o fortalecimento dos municípios de forma ascendente, pensando o local e trazendo para os níveis estadual e regional é fundamental. Entendo que no município a gente consegue rodar as coisas mais rápido. A gente consegue ver a mudança acontecer. Você pode fluir com mais celeridade entre a intenção e o gesto por mais que isso seja um dificultador no serviço público porque a gente trabalha com legislação de 1964. Mas no município a gente consegue entender e saber melhor, ouvir melhor, fazer essa ausculta melhor da população. No estado é um outro degrau, podemos dizer assim, um degrau que você trabalha muito mais na figura do indutor e regulador do processo que enquanto executor. Apesar de Pernambuco historicamente ter um grau de centralidade ainda muito forte de suas ações, é possível desconcentrar algumas ações, algumas atividades. O estado hoje tem a segunda maior rede pública do país, perdendo apenas para o Rio de Janeiro com os hospitais federais. Quando a gente tira os hospitais federais, Pernambuco passa à frente. Mas isso não é bom porque perdemos esse papel de cooperador técnico, de indutor, de coordenador da política. A gente passa a executar questões que devem estar muitas vezes no nível do município. Mas este é um processo difícil, um

momento de tantos cortes, de tantos golpes, de tantas dificuldades. Com a Emenda Constitucional 95, que faz esse congelamento de 20 anos no investimento público, sem sombra de dúvida ficamos numa situação muito mais difícil para pensar em descentralizar sem recurso novo. Nem é honesto que a gente faça isso e nem os municípios vão aceitar. Mas é preciso construir pro futuro e fazer essa descentralização de forma corajosa, dialogada, envolvendo os municípios e o estado de uma forma qualificada mas que não demore mais 50 anos pra ser realizado.

R12GERES - Quais são os nós críticos da gestão de saúde hoje no estado? Quais são os desafios de hoje?

AC- O primeiro nó é o financiamento. Ou desfinanciamento, como a gente queira chamar. Vivemos um momento onde o tempo inteiro deixamos de lado a integralidade, diminuindo a garantia de acesso por falta, na sua grande maioria, de recursos. Então há essa dificuldade vivida hoje de ter uma tabela SUS congelada há mais de uma década. E aí vem outro ponto: o modelo de atenção que por mais bem desenhado, se a gente não conseguir de fato efetivar não avança. Então essa questão do financiamento, do modelo, a necessidade de fortalecer o controle social, da efetiva participação da população nas decisões, isso é fundamental. O que sempre digo é que a população não comprou ainda a briga da saúde como comprou a da educação. Até porque a grande mídia faz questão que a população entenda a saúde como referente ao desperdício, a procedimentos que são feitos de maneira aleatória, ilegais. A gente precisava democratizar mais o que a gente faz de bom. Nós temos o maior e o melhor patrimônio do

povo brasileiro que é o Sistema Único de Saúde. É ele que inclui. É ele que salva. É com ele que a gente trabalha a promoção, a prevenção, que a gente busca a assistência, apoio diagnóstico. É esse sistema que trata as mesmas pessoas com a mesma porta de entrada. Infelizmente a gente vive esse momento que a mídia prefere dizer que nós gestores somos irresponsáveis, incompetentes e não somos. Gestores sérios do SUS hoje sérios são verdadeiros milagreiros. Fui gestora municipal de dois municípios importantes da mata norte pernambucana e posso afirmar isso. Assim como nós na SES temos questões importantes que se somam porque a discussão da saúde é bem maior que a falta da doença. A discussão da saúde passa por acesso, por informação democratizada, por uma educação de qualidade, por garantia de emprego, de renda, de lazer, de boa alimentação. Passa pelo pensar. Trazer pra dentro do SUS uma discussão muito mais politizada do que é o Sistema Único de Saúde, dos direitos das pessoas, de garantia de acesso. E nesse momento, com esse governo federal de tantas perdas, com esse Congresso precisando imediatamente pensar mais na população e atuar para que nós, trabalhadoras e trabalhadores que somos, não tenhamos mais tantas perdas de direito como estamos tendo.

R12GERES - Dentro dessa conjuntura tem como desatar os nós?

AC- Tem! Eu sempre acho que tem e não é só pelo otimismo. Mas é por encontrar pessoas que pensam parecido com a gente, que têm essa compreensão, que a vida inteira se qualificaram, se prepararam. São pessoas testadas no dia a dia, aprovadas no dia a dia, que tem muito mais acerto na vida do que erro e possuem uma vontade imensa na vida de fazer diferente. Acho que temos como consertar. Agora é preciso considerar que o saber técnico é fundamental mas ele tem que dialogar com o saber empírico. As pessoas têm que falar, a base tem que participar e dizer o que é melhor pra cada comunidade. E a gente precisa deixar de se coçar pra dentro, deixar de olhar pro umbigo e olhar as verdadeiras necessidades da população. Claro que a necessidade da população é muito mais dinâmica que nossa capacidade de intervir sobretudo nesse momento de recesso de grana, de falta de orçamento, com tanta mudança de valor, com a ética fragilizada. Mas eu não tenho dúvidas que as pessoas se juntando e faço parte desse grupo que quer fortalecer o SUS, assim como tantas pessoas que militam e que vão pro meio da rua lutar por dias melhores.

R12GERES- Qual o papel da regionalização na construção de um SUS que apesar de ser divulgado como tão ineficiente ainda é o

Sistema que dá suporte extremamente importante à população?

AC- É de fundamental importância! É preciso conhecer cada região com sua especificidade e evitar a concorrência entre os municípios e as regiões. O entendimento que, num momento de recessão, no momento de dificuldade, e resalto: mesmo que a gente estivesse no momento das vacas gordas a gente não precisa ter serviços que se repetem em todos os municípios. É preciso dialogar melhor, fazer melhor. Por isso que a população é fundamental. Porque o prefeito ou a prefeita dentro do município, dentro do estado o governador ou governadora, são passageiros. Quem coloca e quem tira somos nós. É a população que aponta e que tira essas lideranças políticas de quatro em quatro anos. É importante dialogar, potencializar aquilo que aquela região e aquele município tem e daí juntar num verdadeiro cluster. Que possamos ter aquele território fortalecido naquilo que é sua missão, corrigir o necessário e fortalecer o que está frágil. Pernambuco em 2012 trabalhou o Plano Diretor de Regionalização. À época eu era secretária municipal e presidente do COSEMS, tive a oportunidade de viajar em quase todas as regiões e nas quatro macros nessa consolidação e validação. Posso dizer que foi muito bem discutido mas nós ainda tínhamos e temos algumas discussões de rede que precisam se fortalecer e não conseguimos dar conta. Seja por dificuldade financeira ou pela tradição de centralidade do estado de Pernambuco. Mas nós não conseguimos aqui avançar de forma bipartite para o nosso PDI pra de fato transformar e não conseguimos trazer pra discussão da regionalização o investimento. Na minha opinião foi uma quebra difícil de reparar naquele momento. A gente roda aí com uma Programação Pactuada e Integrada de 2005, uma PPI e uma tabela SUS desatualizadas. Um déficit de tabela imenso, uma dificuldade cada vez maior dos municípios e do estado, seja o FPM ou o FPE caindo o tempo todo. Talvez a gente precise, não sei se próximo ano, quando eu digo a gente, o grupo que discute saúde coletiva no estado voltar com esse plano, revisitar essas discussões e verificarmos o que de fato continua na mesma situação, o que mudou. Muita coisa mudou. A gente teve a entrada da discussão da microcefalia, da zika e da Chikungunya, que forte em 2015. Então a gente tem mudança no próprio perfil sanitário da população. A gente precisa trazer isso pra discussão do financiamento porque, do contrário faz a discussão mas avança pouco porque não tem recurso novo rodando.

R12GERES- Qual a avaliação que a gestão faz da entrada da XII GERES a partir de sua

divisão da II GERES?

AC- Vejo de forma muito positiva. O grupo da XII Geres tira leite de pedra, literalmente. Ela já está uma criancinha crescida e a gente não conseguiu exatamente consolidá-la. Precisamos fortalecer essa região de saúde. O exemplo que eu quero colocar é a rede de frios. Uma dificuldade que a gente ainda tem lá, o PNI. Ainda não tem estrutura suficiente, há um déficit importante de pessoal, de equipamentos, de transporte. Mas do ponto de vista da regionalização foi extremamente importante. Temos uma equipe qualificada onde a gerente, não só da XII, mas de todas as GERES, vem participando sempre de processos. E a gente tirou da mão de qualquer outra indicação que não fosse um processo seletivo. Este foi um ponto de extrema importância porque você já qualifica quem coordenará o processo enquanto gerente. Você pode trazer uma equipe sob a batuta e a indicação dessa pessoa. Então eu acho que isso é bem interessante, bem importante. A equipe faz bem, faz muito e pode ser bem mais efetiva se tiver mais estrutura. É importante a gente pensar também a IV GERES que sempre foi a maior. A II GERES vinha logo após até ser dividida. A divisão da IV deve ser feita pensando para haver uma estrutura material, de recursos humanos, de equipamentos diferentes. Hoje precisamos fortalecer a XII para pensar na possibilidade de dividir a IV.

R12GERES- O que essa gestão deixa pro próximo ciclo governamental?

AC- Deixa fortalecido o conceito de gestão. Fizemos o maior chamamento de concurso público desprecariando o vínculo e trazendo servidores pra carreira e isso é um ponto importante. Deixa também, nesse momento de crise, o fato de nunca ter diminuído nossos atendimentos. A gente continua atendendo a cada ano mais do que atendia e fecha 2017 com um investimento na saúde de mais de 16%. Fica ainda um legado de obras de qualidade como os hospitais, onde a gente amplia esse atendimento à população. Deixa também uma vigilância em saúde redonda, articulada em todas as regiões de saúde. Deixa um avanço importante

na discussão da regulação nos grandes municípios e algumas regiões. E deixa, principalmente para o servidor, esse sentimento de pertencimento, que esse SUS é nosso. Eu acho que aqui a gente está planejando melhor. Estamos conseguindo fazer as discussões internas. Estamos dialogando de maneira mais republicana com os nossos parceiros. Temos buscado aproximação junto ao Conselho de Saúde, junto ao CONASS, ao CONASEMS, ao COSEMS, junto aos outros estados, principalmente da Região Nordeste. A gente tem trazido de maneira intra e intersectorial debates importantes como a questão das nossas emergências estarem quase que totalmente lotadas por acidentados de motos. E isso não é uma coisa da saúde mas que bate na saúde. Trouxemos prêmios e questões importantes aqui pra dentro a exemplo do SANAR, a exemplo do Hospital Agamenon Magalhães. E temos qualificado muito nossas equipes, a capacidade de tratar com muito cuidado as informações e por isso não colocar absolutamente nada embaixo do tapete, como foi o caso da microcefalia. Não tenho dúvida que gostaríamos de ter feito muito mais mas a gente pegou um ano de 2015 difícil. Com a venda da conta do servidor ao Bradesco isso nos aliviou e fez com que entrássemos em 2016 menos angustiados. 2016 foi um ano difícil mas o recurso do repatriamento deixou o início de 2017 menos angustiante. No meu entendimento 2017 foi o ano mais difícil na gestão pública. Não tivemos mais a conta nem o repatriamento. Nosso estado, que sempre se manteve com um recurso organizado, que era suficiente pra rodar a máquina do estado, não teve mais condição de fazer isso. 2018 a gente entra com a perspectiva também de dificuldade. É um ano de eleição estadual e federal. Mas, independente de qualquer coisa temos a obrigação de fechar o ano fiscal sem maltratar a população e sem fechar serviço. Temos essa função árdua enquanto Secretaria Estadual de Saúde. Mas temos hoje na SES um time de 22.000 servidores, cada um na sua luta, cada um em seu posto de trabalho, cada um em seu local, nos momentos mais adversos dizendo para que vieram.



TIMBAÚBA FORTALECENDO A MATERNAGEM SEGURA

Nem sempre o desenvolvimento do vínculo entre mãe e bebê acontece da maneira como se imagina. A tensão da espera, as limitações das últimas semanas, as «surpresas» que porventura acontecem no finalzinho da gestação, a mudança dos hormônios logo após a gestação, ausência do pai e familiares, o sentimento de solidão. Estas e muitas outras situações podem influenciar nessa aproximação. O sistema de saúde tem como contribuir para melhorar esta relação.

A experiência, resultante da vivência como Residente Multiprofissional em Saúde da Família e da Comunidade da enfermeira Pollyana Justino, promoveu reflexão e ação em três Unidades de Saúde da Família do município de Timbaúba.

A atividade ocorreu nas Unidades de Saúde da Família do Cruzeiro I, Timbaubinha e Campo dos Sete. Estas Unidades passaram a organizar encontro de gestantes durante as consultas do pré-natal. Os familiares também foram convidados a participar das atividades. Os encontros ocorreram por três semanas consecutivas e cerca de nove gestantes por evento.



As atividades consideraram o período gestacional, estado emocional e as oscilações hormonais das mulheres. A disposição do grupo em roda de conversa favorece a democratização do discurso e das experiências. Para criar um clima tranquilo e acolhedor a equipe condutora da atividade faz uso da musicoterapia. Além do cuidado com as orientações da gestação, as mulheres também são preparadas para o parto e o pós-parto. Além de todos os benefícios clínicos desta iniciativa, o clima de afetividade e emoção uniu as mulheres e seus familiares.

Adiante da construção do vínculo entre mãe-família-bebê, este tipo de atividade favorece uma sensibilização humanizada dos profissionais de saúde que participaram dos encontros. A experiência proporcionou trocas de sentimentos, fortalecimento da sensação de segurança da mãe e uma integração valiosa do núcleo familiar.

Pollyana Justino
Camilla Sena
Secretaria de Saúde
de Timbaúba



ALIANÇA NA MEDIDA CERTA

A obesidade já foi apresentada por diversas entidades, incluindo a Organização Mundial de Saúde, como um dos males do século. As doenças causadas por ela produzem milhares de mortes diariamente em todo mundo. Favorecida pela maior disponibilidade de produtos industrializados, além de seu preço ser mais acessível que os produtos naturais e de preparação caseira, o aumento de pessoas obesas, hipertensas, diabéticas, com doenças ateroscleróticas e outras, colocam em risco toda uma reação. Pra enfrentar essa epidemia não há outro caminho que não a promoção da saúde e a prevenção. E Aliança não apenas percebeu isso como está colhendo resultados muito bons desse enfrentamento.

O projeto Aliança na Medida Certa começou com um levantamento do NASF do município. Por ocasião dele, um grande número de pessoas com sobrepeso e obesidade foram identificadas e desde outubro de 2017 passaram a ser acompanhadas com atividades físicas e orientação para a reeducação alimentar. Foram selecionadas vinte pessoas de ambos os sexos, com idades entre 18 e 60 anos. O critério de inclusão foi o resultado da avaliação nutricional e a presença das principais doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão e dislipidemias. Os participantes foram distribuídos em grupos de sobrepeso, obesidade grau I, II e III de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC). Os mesmos foram orientados a iniciarem exercícios físicos acompanhados por um educador físico na Academia das Cidades do município de segunda à sexta-feira no período de seis meses.

O projeto contou com a participação de uma equipe multidisciplinar composta por: médico, nutricionistas, educador físico, enfermeiras, fonoaudiólogas e psicólogas. Foram realizados atendimentos individuais e formação de grupos para palestras e rodas de conversa. Além disso, os participantes tiveram a oportunidade de realizar consultas odontológicas e exames laboratoriais gratuitamente para avaliar a saúde bucal e os parâmetros bioquímicos.

Em fase de conclusão da primeira turma, o projeto, que é o pioneiro na cidade da Aliança-PE, já mostra resultados positivos. Dos 20 inscritos, 12 prosseguiram no Projeto durante os seis meses e, destes, 41,6% reduziram de 3,8Kg a 8Kg, 25% reduziram de 1 – 3Kg, 25% reduziram 1Kg, e 8,4% mantiveram o peso.

Apesar da evasão de alguns participantes o mesmo contribuiu de forma impactante e serviu de incentivo aos demais frequentadores da Academia das Cidades que se beneficiaram de forma indireta, sentindo-se mais motivados a cuidar da saúde a partir do momento que passaram a adotar hábitos e estilo de vida mais saudáveis.

Equipe multidisciplinar e colaboradores.

Gleisy Tavares: Secretária de Saúde

Soraya Morgana: Nutricionista

Manuella Barreto: Fonoaudióloga

Glenya Tavares: Nutricionista

Dêmeson Gomes: Profissional de educação física

Thaís Bezerra: Médica



Você que faz parte dos municípios da XII GERES, contribua com sugestões de matéria, envie experiências de sua cidade e dê o retorno do que achou de nossas edições. Nosso email é o:

revista12geres@gmail.com



SECRETARIA
DE SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO

Pernambuco