

ANO II
NUM 3
J A N
2019

REVISTA DA XII REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

O ENVELHECIMENTO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: É POSSÍVEL AVANÇAR?

O E-VISITA E O USO DA TECNOLOGIA
NO COMBATE ÀS ARBOVIROSES |
A CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE
E A NECESSIDADE DE MOBILIZAÇÃO
DOS MUNICÍPIOS | ENTREVISTA:
HUMBERTO ANTUNES E A
PROGRAMAÇÃO REGIONAL
INTEGRADA | E MAIS...



SECRETARIA
DE SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO
Pernambuco

EDITORIAL

Envelhecer é um ato inerente a todo e qualquer ser vivo. No caso do ser humano essa busca pela longevidade tem uma característica dúbia: ao mesmo tempo no qual é perseguida como quem corre atrás de um tesouro, é ignorada como quem foge de um fardo. E isso se reflete nas políticas públicas. Da mesma forma que o envelhecimento brasileiro se dá em grande parte pelo avanço das políticas públicas de saúde, o envelhecer deixa de ser prioridade e some dos planejamentos e monitoramentos. Mas há uma necessidade de mudar esta visão uma vez que o Brasil é um dos países que mais envelhece no mundo e essa população se reflete em uma demanda maior de investimentos e ações. Por isso esta é a matéria de capa da 3ª edição da **Revista da XII Regional de Saúde de Pernambuco**. Além dela temos a implantação do aplicativo **e-visita** no combate às arboviroses, a **IX Conferência Estadual de Saúde** e muito mais. Aproveitem!

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 dos 10 municípios da Regional.

Gerente da XII GERES | Daniele Uchôa
Atenção à Saúde | Gianne Rodrigues
Vigilância em Saúde | Lancart Lima
Regulação em Saúde | Débora Coutinho
Planejamento | Maurianny Costa
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 | Eduardo Bezerra, com auxílio das equipes dos municípios de Aliança e Timbaúba, Técnicos da Secretaria Estadual de Saúde 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

**CUIDADOS
COM A
PELE NO
VERÃO**

04

06

**E-VISITA NA
LUTA CONTRA
O Aedes**

**O DESAFIO
DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS COM O
ENVELHECER**

10

18

**ENTREVISTA
HUMBERTO
ANTUNES**

**A CONFERÊNCIA
DE SAÚDE
VEM AÍ!**

21

24

**CLUBE DA
PAPINHA, DE
TIMBAÚBA**

**PROGRAMA
SAÚDE ATIVA
EM ALIANÇA**

25

Cuidando da pele da família no verão

Quando chega o verão todo mundo programa aquela praia, um parque ou qualquer atividade ao ar livre. Principalmente quem tem criança e busca opções pra gastar energia até o final das férias. Por isso é importante que os pais, mães e responsáveis tomem cuidado não apenas com sua pele mas com o dos pequenos também.

A exposição à radiação ultravioleta (UV) tem efeito cumulativo e os raios solares penetram profundamente na pele. Por isso pode provocar diversas alterações, como o surgimento de pintas, sardas, manchas, rugas e outras situações decorrentes do excesso de radiação UV diretamente na pele.

A exposição solar em excesso também pode causar tumores benignos (não cancerosos) ou malignos, como o carcinoma basocelular, o espinocelular e o melanoma. Na verdade a maioria dos cânceres da pele está relacionada à exposição ao sol, por isso todo cuidado é pouco.

Ao sair ao ar livre, procurar ficar na sombra, principalmente no horário entre as 10 e

as 16 horas, quando a radiação UVB é mais intensa. Usar sempre protetor solar com fator de proteção 30 (FPS 30) ou maior. Cobrir as áreas expostas com roupas apropriadas, como camisa de manga longa, calças e chapéu de abas largas. Óculos escuros também complementam as estratégias de proteção.

Para a criançada os cuidados são mais intensos. Até os 6 meses o uso do protetor solar não é recomendado devido a sua maior absorção pela pele do bebê. Nesses casos, é melhor não deixar a criança exposta diretamente ao sol. A partir dos 6 meses de idade ele ou ela já pode usar filtro solar com fator de no mínimo 30. Também se deve levar em consideração a cor da pele. Quanto mais clara, maior o fator de proteção. E não esquecer nunca da hidratação para toda família! 🟩

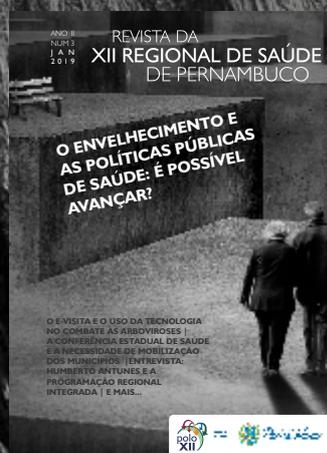
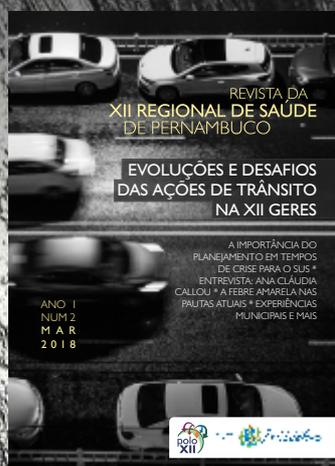
Dr. Stenio Barbosa

Médico dermatologista da
SMS Timbaúba
CRM/PE 16286



PARTICIPAR DA REVISTA DA XII REGIONAL DE SAÚDE É FÁCIL

Você tem alguma temática de interesse para a XII Regional de Saúde? Manda pra gente! Tem um texto legal sobre algo relacionado à saúde na XII? É só enviar para o revista12geres@gmail.com



SECRETARIA
DE SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO
Pernambuco

MODERNIDADE
CONTRA A
MAIS ANTIGA DAS
AMEAÇAS₅



Um inseto pequeno, aparentemente frágil, mas altamente perigoso. Os mosquitos são responsáveis por estimadas 750.000 mortes todos os anos em todo mundo. São os animais responsáveis por mais mortes em todo planeta. Um dos motivos para este impacto é sua capacidade de se espalhar pelo ambiente. Por isso tecnologias que agilizem a disponibilidade de informações para tomada de decisões são cada vez mais necessárias. Por isso o E-VISITA está chegando em Pernambuco.

INFORMAÇÃO NA VELOCIDADE TOQUE^{DO}



No final de 2015 o estado de Pernambuco se deparou com uma situação inédita. De uma hora pra outra, sem que ninguém esperasse, uma avalanche de casos do que ficou inicialmente conhecido como **microcefalia**, começou a aparecer de praticamente todas as localidades. Num primeiro momento, pelo próprio ineditismo da situação, os casos começaram a ser considerados suspeitos num espectro muito amplo de uma forma que a imensa maioria foi descartada ao longo do tempo com os diagnósticos adequados.

O primeiro desafio foi saber o que tinha acarretado a situação. Paralelo às teorias levantadas pelos pesquisadores muitos **boatos** começaram a surgir. O mais famoso deles dizia respeito a lotes vencidos de vacina. À medida em

que as pesquisas avançavam e as possibilidades afunilavam, o responsável começava a surgir: o **Zika vírus**.

Inicialmente divulgado como uma dengue fraca, com sintomas bem menos graves até que a temida Chikungunya, a doença foi comprovada como a responsável pelo que recebeu o nome de **Síndrome Congênita Relacionada ao Zika Vírus**.

Com essa descoberta era preciso saber como foi o espalhamento do vírus, as regiões onde ele estava em maior ou menor quantidade. Para isso as **informações ambientais** passaram a ser essenciais. Mas tinha um problema: os instrumentos da Vigilância Ambiental ainda eram muito arcaicos, antigos. O registro de

informações eram feitas em papel para posteriormente serem repassadas para os meios digitais e assim ser transmitidos para os níveis estaduais e federal. Um processo que levava semanas até virar **informação** passível de registro.

É nesse contexto que surge o *e-visita*. De acordo com Wellinton Tavares, Coordenador de Vetores da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco, diz que ao terem informações solicitadas pelo então Secretário Estadual de Saúde, Dr. Iran Costa, à época do surto do final de 2015, disseram que tinham a informação, iam dar a informação solicitada mas não no tempo que ele gostaria. «Porque a gente tinha que tirar vários relatórios. E ele achou,



Wellinton Tavares. Sanitarista da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco

com razão, que num tempo de tanta tecnologia era inadmissível a gente ficar **refém** de formulários e relatórios de papel sem ter praticidade de retirada das informações», relatou Wellinton.

Nesta época o mercado se alvoroçou com a possibilidade de produzir instrumentos que reduzissem esse problema e, literalmente, choveu **aplicativo**. Alguns deles foram adotados em alguns municípios mas a maioria não teve a mesma sorte. Não serviam para o que as Secretarias Municipais necessitavam.

A SES também recebeu muitas propostas e estava a procura de uma **tecnologia** que reduzisse o tempo entre a coleta dos dados e o processamento da informação. Nesse contexto

eles começaram a analisar várias propostas. O primeiro **parâmetro** era **técnico** e o segundo o **custo-benefício**.

Uma das primeiras facilidades consideradas era que o aplicativo fosse o mais fiel possível aos instrumentos que os **Agentes de Combate a Endemias (ACE)** usam no campo. Além disso, ele deveria ter um bom banco de dados e a capacidade de gerar os **relatórios** necessários. Nesse contexto surge a proposta da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul, já em uso há dois anos. Além de satisfatório tecnicamente, o custo-benefício estava dentro do aplicável pelo Governo de Pernambuco.

O desafio agora era implementar o e-visita

Por mais que o *e-visita* esteja de acordo com os instrumentos já aplicados pelos municípios pernambucanos, não deixava de ser uma tecnologia nova que exige treinamento e desenvolvimento de expertise.

É importante dizer que o *e-visita* é um aplicativo que registra as visitas domiciliares que os ACE realizam em suas **áreas**, orientando as famílias, localizando e tratando focos, além de registrar o status dos imóveis da região. Para a **Vigilância Ambiental** é importante saber que tipo de imóvel eles possuem: se estão ocupados ou desocupados, se é residência, comércio ou ponto estratégico, se possuem alguma vulnerabilidade em especial. E o *e-visita* registra todas essas informações.

Mas não foi simplesmente chegar com o aplicativo nos municípios e implementar. Primeiro foi feita uma conversa com o COSEMS, onde as primeiras dúvidas sobre ele foram debeladas, depois os secretários e secretárias municipais concordaram na implementação.

De início foram eleitos dois municípios para servir de **piloto** na implantação, observar as fragilidades e particularidades dele ao ser utilizado num lugar diferente do seu de origem. **Abreu e Lima** e **Vitória de Santo Antão** foram escolhidas para esta vivência. Concomitante a estas cidades foram ainda escolhidas três regionais: a **IV** (com sede em Caruaru), a **VII**

(com sede em Salgueiro) e a **XII** (com sede em Goiana). Estas foram escolhidas por ocasião da cobertura do pacote de dados contratado pelo estado funcionar bem nestas regiões.

E por que a cobertura de um pacote de telefonia seria importante? Porque o estado irá **disponibilizar** os smartphones com estes pacotes para que os agentes possam fazer a transmissão de dados no próprio campo, no momento do registro da informação. Com estas regiões escolhidas, está sendo possível observar esta implementação no sertão, agreste, zona da mata, além da Região Metropolitana do Recife.

Estas três Regionais já tiveram seus profissionais **capacitados** em duas turmas: a primeira com os dirigentes de Vigilância Ambiental e digitadores, e o segundo para os Supervisores de Área e Agentes de Combate a Endemias. Nesta capacitação eles são apresentados às potencialidades do aplicativo e como alimentar as informações que seus perfis permitem.

Eles também já começaram a operacionalizar o *e-visita* no **campo**. O primeiro passo para isso é registrar os imóveis no banco de dados para então iniciar a registrar o primeiro ciclo de visitas do ano. A expectativa da equipe da SEVS é que o aplicativo esteja em pleno funcionamento em 2020. De acordo com Wellington Tavares, «Se tudo der certo e nossa perspectiva otimista é final de **2019** para que pelo menos todos os profissionais de todas as regionais estejam treinados. Se a gente conseguir fazer isso, a gente já está satisfeito com o processo de implantação, ou pelo menos de treinamento. E se possível, tudo der certo, já em **2020** com todo mundo usando. Mas isso é uma perspectiva um pouco ousada porque é um



estado grande, complexo, a gente precisa dar suporte aos que estão implantando e aqueles que vão implantar.»

Outro fator interessante da implantação do *e-visita* é a parceria com a **Organização Panamericana de Saúde (OPAS)**, que está viabilizando financeira e tecnicamente o suporte à implantação do aplicativo no estado.

O *e-visita* possui um módulo **mobile** (para smartphones que usem o sistema operacional android) e um módulo **web** (quer permite um monitoramento mais completo, com geração de relatórios, análise de desempenho e outras funcionalidades). Uma das coisas interessantes que o aplicativo realiza é a possibilidade de georreferenciar as informações do campo, favorecendo uma ideia espacializada dos focos e dos locais mais vulneráveis, além de agregar fotos para ilustrar melhor a situação de área. Tudo isso é tempo real.

Qual a situação atual das arboviroses em Pernambuco?

Apesar de alguns municípios apresentarem altos índices de infestação, considerando a endemicidade das arboviroses (dengue, zika e chikungunya) no estado de Pernambuco, os índices se mostram **controlados**. Não quer dizer que o cuidado deva ser menor, pelo contrário, são nesses momentos que o cuidado deve ser redobrado. Qualquer mudança climática, qualquer circulação nova de vírus, pode fazer esta situação aparentemente tranquila virar surto novamente. 🟩





POR QUE AS **GESTÕES**
DEVERIAM PENSAR
MAIS **SERIAMENTE**
SOBRE O

EN
VE
LHE
CI
MEN
TO?

É possível avançar numa política de saúde para o envelhecimento?

A resistência da abordagem do tema da pessoa idosa esbarra em preconceitos, negações e desinteresses. Também é um local de espaços restritos e poucos permeáveis. Maria Cecília Minayo e Carlos Coimbra Junior afirmam que a velhice, que não é a mesma coisa que o envelhecimento, quando não é encarado como um problema de saúde é encarado como problema político. Por isso a Revista da XII Regional de Saúde discute nessa edição: é possível fazer uma política de saúde para o envelhecimento?

Imagine um país como o **Japão**: conhecido por preservar seriamente suas tradições, um conjunto rígido de regras no âmbito privado e público, uma sociedade estável. Imagine ainda uma época onde o fluxo migratório enfrenta sérias resistências e que esse país também é conhecido pela pouca permeabilidade à migração. Justamente este

país do extremo oriente, de acordo com a agência EFE, prepara-se para, até 2025, incorporar cerca de 500 mil estrangeiros para execução de tarefas de baixa remuneração. Num país onde 1,3 milhões de pessoas, ou 2% da mão de obra, não são de japoneses, este tipo de

inclusão representa um fato muito interessante. O motivo disso? O envelhecimento da população. O Japão é o país com maior percentual de pessoas idosas do planeta. Quase **30% dos japoneses e japonesas já possuem 65 anos e mais de idade** e este percentual pode chegar a **40% até 2060**.

E que tipo de comparação é possível se fazer entre Japão em **Brasil** se estes representam realidades e culturas tão diferentes? O Brasil é um dos países com maior ritmo de envelhecimento do planeta. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), juntamente com China, Coreia do Sul e Tailândia, faz parte de um grupo que vê sua população se deslocar para faixas etárias mais velhas muito rapidamente. Em termos comparativos com países desenvolvidos, o potencial que o Brasil tem de dobrar sua proporção de habitantes com 65 anos e mais de 7% para 14% é de **20 anos**, coisa que a França levou quase **120 anos** pra conseguir.

Mas por que no Brasil isso é tão rápido?

Antes de qualquer coisa é preciso diferenciar o **envelhecimento** da **velhice**. O envelhecimento é um processo relacionado à

proporção entre jovens e velhos. Um país pode ter muitos idosos em números absolutos e não ser envelhecido, basta ter uma quantidade de jovens que supere bem esta relação. Já a velhice é uma fase da vida que varia em função da sociedade que nos encontramos. Os órgãos internacionais já começam a avaliar pelo parâmetro de 65 anos de idade ou mais. O Brasil ainda encara a pessoa idosa como aquela com 60 anos ou mais. Apesar dessa classificação, em nosso país quem está nessa **faixa etária** ainda não tem direito a todos os benefícios. A entrada gratuita em cinemas e transporte público, por exemplo, é feita a partir dos 65 anos.

Mas não é difícil de entender o processo. O envelhecimento das populações pode ser explicado por muitas dimensões mas duas são particularmente importantes: a **mortalidade** e a **fecundidade**, isto é, o quanto se morre e o quanto se nasce. O Brasil do início do século passado tinha expectativa de vida média de **36 anos**. Era uma época de **mortalidade infantil muito alta**. Na década de 1930 ela estava em 162,4 mortes para cada grupo de 1000 crianças de 5 anos ou menos. Para ter ideia da mudança, atualmente é de 11,37, cerca de 14 vezes menos. Além disso, muitas doenças transmissíveis estavam em circulação e com potencial de vitimar em todas as faixas etárias. Nesta época praticamente não existia uma política pública de saúde efetiva para a população e ao mesmo tempo possuía uma **fecundidade muito alta**, com mais de 6 filhos por mulher. Essa combinação fazia do Brasil do início do século XX  uma população muito jovem.

Na **década de 1940** dois fatores contribuíram para o envelhecimento atual: a mortalidade começou a cair mais rapidamente e o Brasil viveu o que se conhece por *baby boom*, ou

explosão demográfica. Por conta do aumento da atividade econômica nacional, implantação de fábricas, aumento das cidades pela necessidade das pessoas morarem perto do trabalho, o governo estimulou as famílias a ter mais filhos. Isso era importante para que as gerações seguintes tivessem mão de obra suficiente para trabalhar. Assim, a fecundidade que já era alta, aumentou ainda mais um pouco. Nossa população continuava **muito jovem** mas a queda da mortalidade, sobretudo a infantil, dava a oportunidade do brasileiro e brasileira de envelhecer.

Mais adiante, entre **meados da década de 1960 e a década de 1970**, um novo fator se incorpora para modificar a estrutura etária nacional: a queda da fecundidade. Num período de vinte anos, entre 1970 e 1990, o número de filhos por mulher caiu de 5,8 para 2,7, menos da metade. A **população começa a amadurecer** porque, com a queda do número de nascimentos, a população que já não morria tão precocemente podia envelhecer enquanto o número menor de nascimento diminuía o peso dos jovens para o futuro.

E qual o Brasil do hoje? Como ele olha para o futuro?

Falar de envelhecimento é considerar um processo de **alto impacto** para a vida social, cultural e econômica de um povo. Não é exagero dizer que desde a década de 1970 era possível desenhar como o país estaria demograficamente nos dias de hoje. **Foram quase 50 anos para construir políticas públicas capazes de lidar com a mudança do perfil da população**, preparar a estrutura pública, infraestrutura urbana, transição dos modelos sanitários e previdenciários, adaptar-se ao perfil de trabalho.

Envelhecimento no Brasil, Pernambuco e XII GERES

Brasil

Expectativa de vida ao nascer:

2019: 76,5 anos
2060: 81,4 anos

Crianças de 0-14 anos:

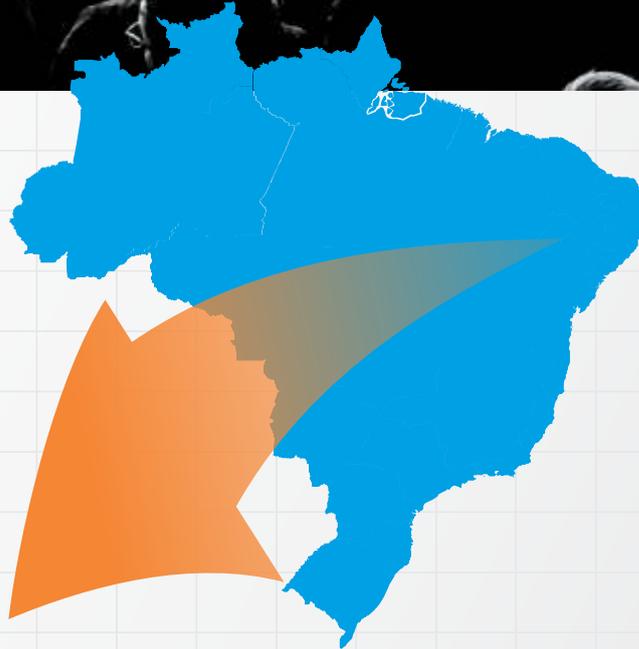
2019: 21,1%
2060: 14,7%

Razão de dependência:

2019: 44,14
2060: 67,23

Idosos de 60 anos e mais:

2019: 13,8%
2060: 32,2%



Pernambuco

Expectativa de vida ao nascer:

2019: 75 anos
2060: 79,8 anos

Crianças de 0-14 anos:

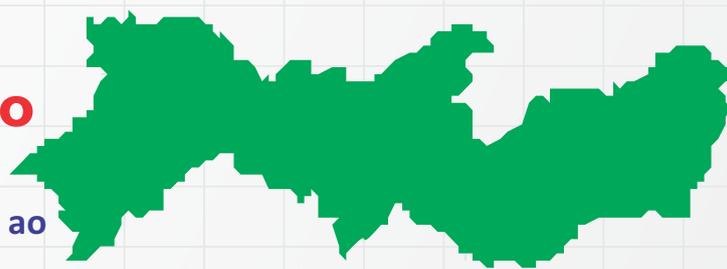
2019: 22,4%
2060: 14,6%

Razão de dependência:

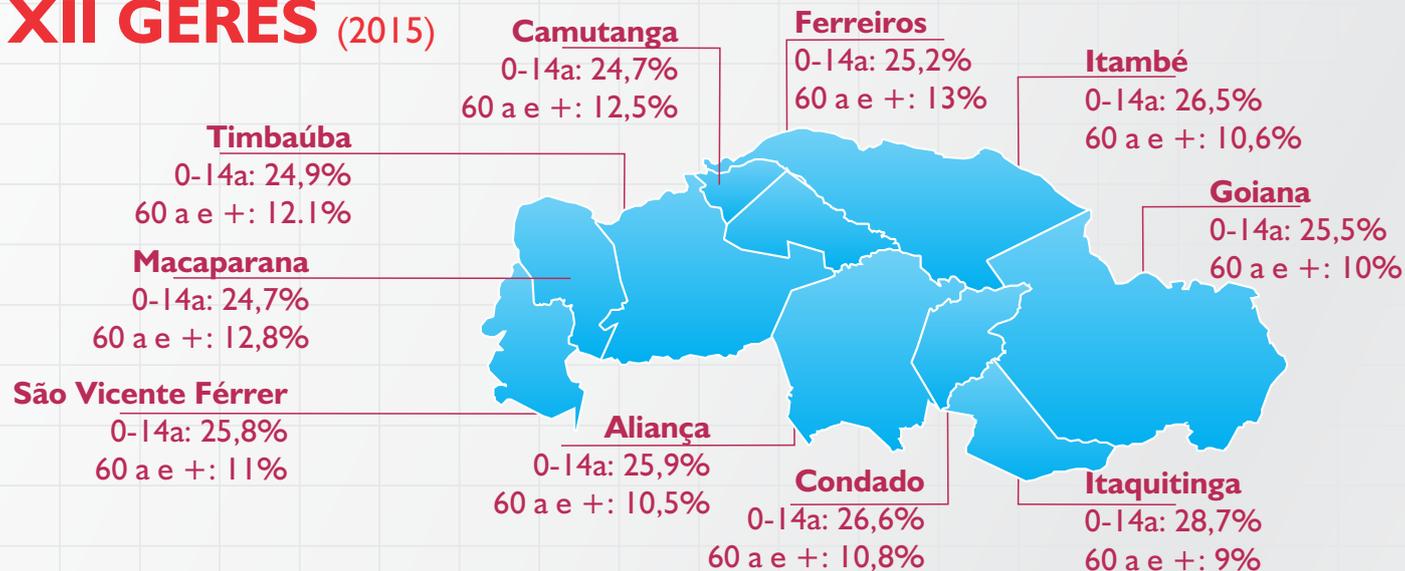
2019: 45,44
2060: 65,33

Idosos de 60 anos e mais:

2019: 12,7%
2060: 31,9%



XII GERES (2015)



Mas existe algo muito favorável no processo de envelhecer: ele é **gradual**. Não acontece do dia pra noite, por mais dinâmico que seja. E mesmo que tivesse havido tempo para adequações, a atenção em saúde ainda funciona no modelo infectoparasitário e m a t e r n o i n f a n t i l , a infraestrutura urbana ainda é tímida para receber o contingente de idosos cada vez mais presente, o modelo previdenciário não chega a propostas plausíveis a equilibrar orçamento, mercado e bem estar social. E isso é perigoso porque o **Brasil envelhecido chegou e chegou muito forte**.

O **Brasil de 2019** possui quase 14% de pessoas com 60 anos ou mais, um contingente de **29 milhões de idosos e idosas**, além de uma esperança de vida ao nascer de 76 anos. A participação dos jovens de 0 a 14 anos, que já foi de mais de 40%, hoje é de apenas 21%. Na economia, o impacto é tão profundo que as pessoas mais velhas têm um índice de inflação próprio... e ele é mais alto que o restante da população. Medido pela Fundação Getúlio Vargas, é conhecido por IPC-3i, ou Índice de Preços ao Consumidor da Terceira Idade. Por que ele é diferente? Porque se concentra em itens determinantes para a sobrevivência dos idosos, como alimentação, planos de saúde e medicamentos, por exemplo. Em 2018 o IPC-3i teve indicador 27% maior que a inflação geral. Enquanto a dos idosos teve desempenho no ano de 4,75%, a geral foi de 3,75%.

E pro **futuro**, o que está reservado? O avanço do envelhecimento dos brasileiros e brasileiras. Espera-se que para 2031, isto é, em apenas mais 12 anos, o percentual de maiores de 60 anos supere os menores de 14 anos pela primeira vez. Em 2060 o país apresentará impressionantes

32% de pessoas idosas na população. Neste mesmo ano a esperança de vida ao nascer irá atingir 81 anos de idade. Outro indicador interessante diz respeito à razão de dependência. Ela mostra a proporção dos dependentes (menores de 14 anos e maiores de 65 anos) frente à população economicamente ativa (entre 14 e 64 anos de idade). Atualmente temos 44,14 dependentes para cada 100 independentes. Em 2039 essa proporção será de 51,99 e em 2060, de 67,23.

Qual o papel do envelhecimento nas políticas públicas de saúde?

A primeira iniciativa de legislação nacional para a pessoa idosa foi a Lei nº 8.842 de 1994, ou a **Política Nacional do Idoso**. Obviamente que as políticas previdenciárias versavam sobre os idosos, mas elas tinham como objetivo principal contribuintes do sistema e não a velhice em si. A PNI não representou o tipo de lei impositiva, com punições, por exemplo. Era uma peça, na realidade, com papel orientador. Mesmo assim, apesar dessa vulnerabilidade, foi um elemento muito importante para conduzir legislações e ações estaduais e municipais. Em muitos lugares as pessoas idosas passaram a usufruir da gratuidade no serviço público ou serem respeitadas enquanto prioridade em filas de banco, supermercado, cinema.

Cinco anos depois o Ministério da Saúde lança a Portaria GM/MS nº 1.395. A **Política Nacional de Saúde do Idoso** e discutia pela primeira vez em nível nacional diretrizes para a implantação de ações que viessem conferir equidade e integralidade à pessoa idosa na rede



de saúde. Foi uma portaria conduzida em total conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, propondo ações e estabelecendo responsabilidade em todas as esferas de gestão. Nesse mesmo ano de 1999, por exemplo, teve início as campanhas de vacinação contra a gripe, direcionada aos maiores de 65 anos, uma iniciativa única no mundo em abrangência populacional.

O passo mais importante para o reconhecimento da pessoa idosa, de como um público pode ser visibilizado e representado, foi dado em 2003 com o **Estatuto do Idoso**. A Lei Federal nº 10.741 atualizou as orientações da Política Nacional do Idoso, modernizando e incluindo responsabilidades e punições ao seu descumprimento. Espalhou sua atuação até o Código Penal, agravando penas em função do prejuízo de pessoas idosas. O grande passo dado pelo Estatuto do Idoso possibilitou a efetividade das Delegacias do Idoso e das Varas do Idoso dos Ministérios Públicos Brasil afora.

O ano de 2006 talvez tenha sido o mais produtivo da história no tema. Foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.528, a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**, que atualiza a Portaria de 1999, redistribuindo responsabilidades e orientações. Neste mesmo ano foi lançado o **Caderno de Atenção Básica nº 19 (Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa)**. Foi possível, além de uniformizar conceitos, estabelecer um princípio de protocolo e universalizar o acesso a avaliações desse público. Ainda foi publicado e teve início neste

ano a distribuição da **Caderneta do Idoso**, instrumento de acompanhamento da pessoa idosa capaz de, num período de cinco anos, acompanhar a evolução do usuário ou usuária do sistema. Esta Caderneta se encontra na terceira edição.

O fato das estratégias destinadas à saúde da pessoa idosa não estarem satisfatoriamente implementadas e funcionando não significa que em nível de suporte legal e técnico não existem estas condições. **O Brasil possui condições ímpares para boas políticas públicas voltadas aos maiores de 60 anos.** Um SUS com princípios e diretrizes perfeitamente incluídos, uma rede de saúde favorável a esse cuidado, equipes de saúde diversificadas e potencialmente capazes de modificar o perfil atual de descaso, estratégias de baixo custo para atender a resultados de largo espectro. Infelizmente o que tem ficado de fora é a decisão de fazer essa equação funcionar.

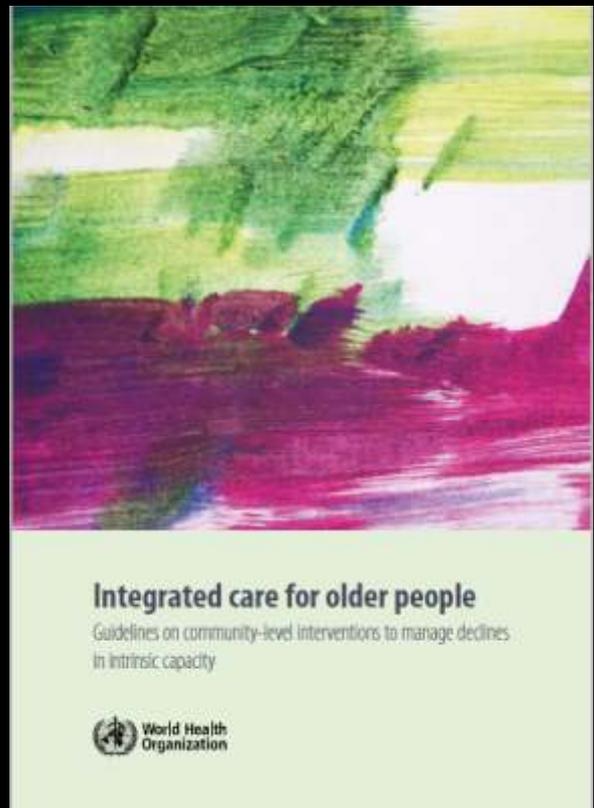
Apesar das dificuldades, levantamento feito de 513 experiências em saúde da pessoa idosa realizada pela Fiocruz no ano de 2017 (saudedapessoaidosa.fiocruz.br), mostra a força dos municípios na condução desse tipo de política. O poder municipal é responsável por mais de 80% dessas experiências. Mais de 90% das experiências são públicas, mais de 75% focados na comunidade. A maioria das experiências são divididas entre práticas corporais e intervenções em saúde, mas um conjunto interessante de ações de gestão e capacitações pode ser percebida.



Quais são as tendências globais para ações voltadas à saúde da pessoa idosa?

No ano de 2005 a **Organização Mundial de Saúde** apresentou uma proposta de política de saúde às nações intitulada de Envelhecimento Ativo. Este foi definido enquanto “um processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Parece um conceito simples mas traz consigo direcionamentos que contrariam o a imagem central da pessoa idosa passiva e receptora de ações externas. O envelhecimento ativo propõe atividades que assegurem a independência e a condução dos idosos de suas próprias necessidades.

Dez anos depois a OMS lança seu primeiro Relatório Mundial em Envelhecimento e Saúde e começa a discutir e construir uma nova proposta de atividade: o ICOPE. Os **Cuidados Integrados Para as Pessoas Idosas (ICOPE)** é um conjunto de recomendações baseados na melhoria da capacidade intrínseca e da habilidade funcional, conforme é possível ver no gráfico a seguir. Por capacidade intrínseca se entende a combinação das capacidades físicas e mentais. Já pela habilidade funcional se considera como a



combinação e interação da capacidade intrínseca com o ambiente onde a pessoa vive.

O **ICOPE** foi construído em consonância com a Estratégia Global em Envelhecimento e Saúde da OMS no ano de 2017, onde quatro passos são recomendados para garantir qualidade no envelhecimento: melhorar a medida, monitoramento e compreensão do envelhecimento; alinhar o sistema de saúde para a atenção à pessoa idosa; desenvolver sistema de cuidado de longo prazo; e garantir que todas as pessoas possam envelhecer num ambiente amigável. Já o ICOPE estimula a criação de estratégias em áreas-chave, baixo custo e fácil execução para melhorar a saúde da pessoa idosa. Vai da formação dos profissionais de atenção aos mais velhos até a intervenção nas síndromes geriátricas, passando pela formação dos cuidadores familiares e os cuidados de longo prazo. ▲

Fontes: DATASUS - www.datasus.gov.br

IBGE - www.ibge.gov.br

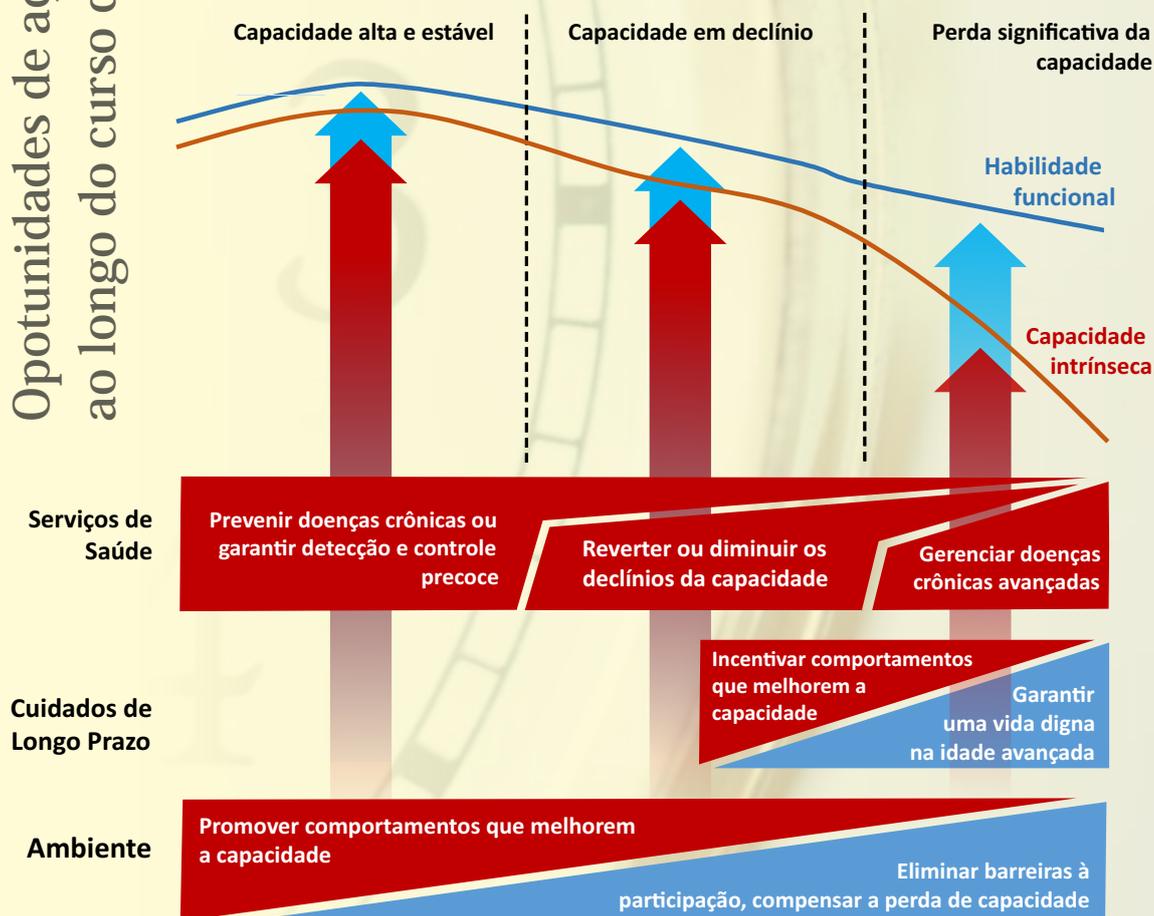
ICOPE - Organização Mundial de Saúde: www.who.int/ageing/health-systems/icope/en/

Fiocruz - Boas práticas em saúde da pessoa idosa: saudedapessoaidosa.fiocruz.br



Estratégia Global em Envelhecimento e Saúde (OMS, 2017)

Oportunidades de ação para a saúde pública ao longo do curso de vida (OMS, 2015)



Fonte: OMS, 2015

Humberto Antunes: «É preciso aprofundar a governança macrorregional»

Humberto Antunes é médico sanitário e patologista clínico. Formado pela Universidade Federal de Pernambuco, tem experiência em diversas instâncias do SUS tendo sido Secretário de Saúde do Recife, além de outros municípios. Desde junho de 2018 é Secretário Executivo de Coordenação Geral da Secretaria Estadual de Saúde. Nesta conversa com a Revista da XII Regional de Saúde ele fala de regionalização, da construção dos instrumentos de gestão, da rede interestadual e das perspectivas para o futuro na relação com o nacional.

Humberto Antunes - Quais são as perspectivas para trabalhar a regionalização no estado observando as dificuldades que temos? Como esse processo converge para estas áreas mais complexas?

Revista da XII - No meu entendimento, aí eu falo enquanto profissional de saúde, técnico envolvido na gestão de sistema de saúde e também como Secretário Executivo de Coordenação Geral, que tem a responsabilidade de coordenar este processo no estado. Primeira coisa, a perspectiva mais motivante é que a gente efetivamente consiga fazer um processo inteiro. Que daqui a no mínimo seis meses a gente tenha realmente construído algo capaz de ser efetivo

na questão de algumas mudanças do modelo assistencial, mais nessa linha do cuidado, das pessoas, da organização dos fluxos assistenciais, na identificação das necessidades da população da XII Região de Saúde. Identificar se existem vazios existenciais e o que precisa ser feito. Não de forma imediata, porque a gente sabe que não vai conseguir fazer assim, mas pelo menos identificar e tomar providências que possam ter consequência na solução. Essa é a perspectiva principal do processo de regionalização: mudança de modelo assistencial. Trazer para o Sistema um formato novo de garantir uma melhor oferta de serviços com os poucos recursos que nós temos.



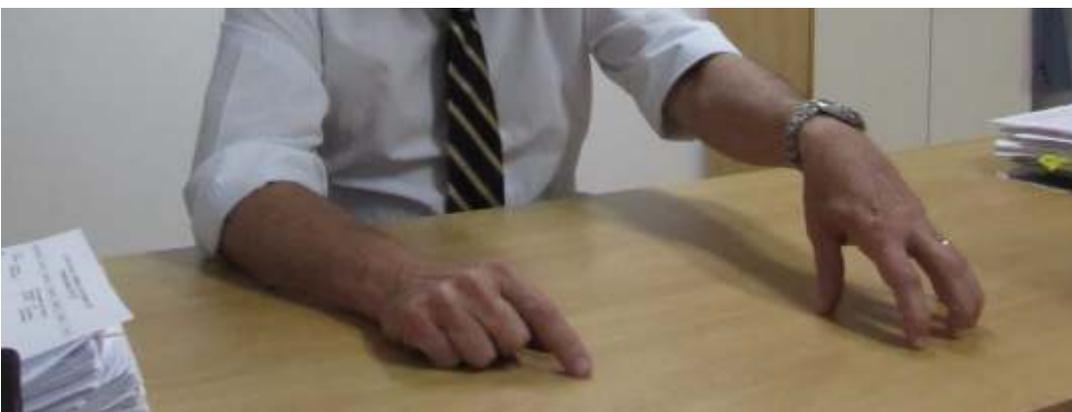
HA - A XII Regional é um exemplo da perspectiva dinâmica de se pensar regionalização. Ela era parte de uma região mais complexa, uma região que era bem dividida entre municípios da Mata Norte e do Agreste, e o reconhecimento dessas diferenças, não apenas a questão do tamanho, com 30 municípios, mas também uma questão de trabalhar de maneira mais uniforme. Diante disso, o que é que veio do PDR 2011 que influencia na construção do PRI discutido em 2018 a 2019?

RXII - Nós vamos ter nesse processo agora uma governança macrorregional. Inclusive a Secretaria de Saúde está se preparando para fazer o seu orçamento de forma macrorregional, estabelecer mecanismos gerenciais e políticos com a estrutura macrorregional. A descentralização da SES nas macros. Isso será

Decreto nº 7508/2011, do contrato organizativo (COAP), que ele não vingou, na verdade não vingou. E o que a gente está pretendendo, quando eu falo 'a gente', o Conass, o Conasems e o Ministério da Saúde, é formatar um plano estadual, planos regionalizados que sejam capazes de se transformar num instrumento político orçamentário. Que estejam previstos inclusive processos de gerenciamento de como vai se dar a aplicação do plano no modelo. Isso vai substituir o contrato organizativo, com responsabilização dos entes interfederativos e a construção de um processo que seja instrumento de estabelecer um funcionamento integrado do estado, das macrorregiões, das regiões e dos municípios.

HA - A saúde não tem um recurso novo, não existe uma tabela SUS atualizada e a gente está vivenciando um momento de muitas incertezas. Falando especialmente da XII, ela possui vários vazios assistenciais e eles muitas vezes sobrecarregam o nosso hospital regional. Como a gente vai levar a discussão para uma região que está em franco crescimento? Como que vamos trazer uma proposta de assistência quando enquanto regional, carecemos de estrutura? Como vamos levar isso para a discussão?

RXII - Vai ser uma modelagem para a gente fazer isso. Tem que ter uma discussão, primeiro, da atenção primária forte e que seja realmente a porta de entrada do Sistema. Tudo isso estará explicitado no plano. Então, o que iremos precisar? Que todos os municípios que fazem parte da XII Geres mantenham um protocolo de atendimento da Atenção Primária. Então, a Unidade de Saúde de Timbaúba vai funcionar do mesmo jeito que a USF de Camutanga. É difícil e não é só o plano. Numa discussão que eu fui recentemente a gente viu mais uma vez o processo da Catalunha (região da Espanha). A Catalunha não tem Regulação. Ele oferta todos os serviços necessários da população identificada pelo profissional da atenção primária que encaminha. Precisa de uma cirurgia? Precisa fazer uma hemodinâmica? Encaminha! É um processo onde o município tem que fazer seu plano. Além do plano é a organização de seu sistema nas diversas redes assistenciais. Vai ser atenção primária mas em



uma consequência factível desse processo. Não sei se de imediato, talvez não, mas pelo menos ao final do próximo Plano Estadual de Saúde com certeza a gente vai trabalhar para que possa ter um processo descentralizado de governança na sede das macro. Quando a gente concebeu o PDR de 2011, essas macro tinham a importância de fortalecer, principalmente a que foi criada (a III Macro), onde havia um vazio existencial muito grande. Potencializa com essa criação uma melhoria do modelo de atenção e diminuir esses vazios. Com isso a gente tomou algumas providências, como o estabelecimento das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAe), fazer um projeto de um hospital novo no sertão, que já está sendo implementado e que deverá estar funcionando ao final de 2020. Isso é parte de melhorias da regionalização. E o nosso plano estadual macrorregionalizado contemplará justamente este processo. Com certeza eu falo ao final do ano porque vamos precisar que os municípios façam seus planos, a região faça seu plano e esse plano seja consolidado de forma macro. Até porque há um entendimento relacionado ao

quanto um processo de resgate, de instrumentalização. Precisa fazer isso. Todo mundo vai ter que fazer. É por isso que talvez esse modelo demore mais. Tem ESF, tem tudo, mas o que é que acaba fazendo? A consulta vai lá pro hospital regional, o exame vai lá pro hospital regional. Aí a gente gasta o dinheiro na atenção primária e paga no estado. Paga duas vezes. Quando você falou que não tem dinheiro novo, não tem dinheiro novo por isso, essa discussão é concepção tripartite, não é o Ministério da Saúde só. Só vai botar dinheiro novo depois que tiver com isso alinhado. Esse plano tem que estar alinhado e vai identificar os vazios. É mudança de modelo assistencial. O que é que a gente tem hoje? A gente tem hoje a atenção primária que funciona bem num lugar, no outro não funciona, no outro o médico só vai duas vezes por semana, os hospitais de pequeno porte, a maioria deles vai duas vezes por semana, faz duas cesáreas. Então isso é uma desordem assistencial, não é organização de sistema, e os grandes hospitais suportando toda uma demanda das mais diversas necessidades de assistência.

HA - Em relação à rede interestadual: temos a Rede PEBA (Pernambuco/Bahia) e uma coisa que me preocupa porque a gente sofre muita invasão e também invade bastante a Paraíba, mas municípios como Camutanga, que tem pouco mais de 8.000 habitantes, tem uma das unidades dele que é muito mais fácil estar na Paraíba, por exemplo. A quanto que anda essa discussão com a Paraíba?

RXII - Não tem. Com o Ceará também não tem. A própria experiência da Rede PEBA é muito conflitante. Na reunião que tive lá, os secretários municipais queria conversar comigo sobre isso e a queixa é muito grande sobre a invasão da Bahia. A Bahia se acomodou, não fez o que era pra ter feito. Se é difícil aqui entre nós, quanto mais vizinhos? Uma ponte separa, há invasão nos hospitais, no Sistema, no SAMU, em tudo. Dentro de casa já é muito difícil. Você tem uma reunião de CIR e o conflito fica estabelecido. Os interesses são os mais diversos possíveis. É também uma questão de processo de maturação, de amadurecimento pra que o entendimento seja mais pra construir que pra destruir. Existe a questão política dos prefeitos, senão a gente faz o plano e ele não funciona porque ele não quer. Eu já disse isso. Se não tiver uma articulação com a Associação dos Prefeitos, de mostrar o que é que vai ser feito, o que é que vai ter de ganho pra isso. Ainda tem muito prefeito que pensa que o seu

município tem que nascer no seu município. Essa coisa toda precisa ser superada. E aí eu acho que essa implementação vai precisar também dessa discussão política porque o segmento saúde às vezes caminha, avança, mas não faz essa articulação política que é mais importante. Todos estarão cientes que antes de fazer esse processo da regionalização, tem que fazer uma conversa com os prefeitos da região. Se não tiver não vai funcionar. E convencê-los, né? Muitos vão dizer na primeira reunião que não querem.

HA - Diante desse cenário de incertezas em relação ao nacional, Pernambuco será um ponto de defesa de um Sistema Único de Saúde forte?

RXII - Pergunta difícil mas eu prefiro pensar que na saúde. No Ministério tem gente otimista e disse que voltaríamos a ter um profissional de saúde como ministro. Porque o que se passou nos últimos dois, três anos, foram pessoas que não eram da área. Esse novo ministro é uma pessoa que já foi gestora de saúde, conhece a realidade e eu acredito que vamos ter algumas melhorias. Eu prefiro acreditar. No SUS está tudo bem alinhado, a não ser no campo da saúde mental e da atenção primária que precisam ser feitos alguns reparos. E a melhoria na operacionalização do plano regional e alguns atendimentos de necessidades financeiras de setores bastante estrangulados. Mas o ministro anterior já tomou uma iniciativa que acho que foi muito importante que foi transformar o modelo de gestão do tratamento renal substitutivo, que vai passar do teto MAC pra FAEC, isto é, tudo o que for realizado o Ministério da Saúde vai pagar. Saúde é suprapartidário. Se a gente agir na saúde pensando em resolver questões mais de como se instrumentaliza as decisões políticas, a participação na sociedade, eu acho que quem faz isso são outros campos. O campo da saúde precisa da colaboração de todos. Eu acho difícil fazer barricada pra se opor a qualquer mudança que venha. Não acredito que ocorrerão mudanças que vão necessitar que a gente assuma posturas opostas. A saúde está tão fragmentada e fragilizada... Eleição se ganha ou se perde e o lado que perde tem que esperar que o outro lado faça o que prometeu fazer. Já estou sabendo de algumas indicações que ele pretende fazer e são pessoas do meio. E agora é cobrar. Cobrar melhorias. ■

8ª Conferência
Nacional de
Saúde

OLHA A
CONFERÊNCIA
DE SAÚDE
AÍ, GENTE!

A IX Conferência Estadual de Saúde está chegando e você tem que ir!

A primeira Conferência Nacional de Saúde ocorreu no ano de 1941 e teve quatro temáticas discutidas e deliberadas: a organização sanitária estadual e municipal; ampliação das campanhas nacionais de hanseníase e tuberculose; determinação das medidas para o desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; e o plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e adolescência. Curiosamente são temas ainda atuais e presentes ao longo da história da saúde pública nacional.

Muita gente pensa que as Conferências são criação do Movimento da Reforma Sanitária ou do próprio Sistema Único de Saúde. Mas essa história de deliberar coletivamente sobre a saúde pública nacional já tem quase 78 anos de idade e 16 edições em nível nacional. Algumas edições foram mais importantes, como a clássica VIII Conferência Nacional de Saúde, que apresentou as bases para o SUS; ou a de 1975, onde começou a se organizar o sistema que hoje conhecemos por Vigilância em Saúde.

A criação do Sistema Único de Saúde trouxe uma sistematização mais completa para as conferências. Estabeleceu uma periodicidade que passou a ser respeitada, condicionou a edição nacional à realização de instâncias municipais e estaduais, além de garantir trazer consigo todo um sistema de representatividade que faz das discussões espaços mais plurais e abrangentes da situação de saúde da população nacional. Tudo isso orientado pela Lei nº 8.142/1990, uma legislação a qual, junto com a Lei nº 8.080/1990, são os pilares do SUS.

Pernambuco se encaminha agora para sua IX Conferência Estadual com o tema «Saúde não é favor. É direito! Pernambuco em Defesa do SUS. Democracia Para Garantir Conquistas com Participação Popular.» O evento está

marcado para os dias entre 21 e 24 de maio de 2019, no Centro de Convenções de Pernambuco.

Mas esta não é a única etapa. Pelo contrário. Os municípios estão se organizando para realizar suas conferências, eleger e encaminhar seus delegados e delegadas para as etapas macrorregionais e assim chegar à estadual.

A organização de uma conferência de saúde demora e é bem trabalhosa. A de Pernambuco já está sendo feita pelo Conselho Estadual de Saúde desde o final de 2017. A partir de então foi feita a discussão de como seria o



CALENDÁRIO + DA IX CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

1ª ETAPA - VALE DO SÃO FRANCISCO / ARARIPE E SERTÃO (LOCAL: SERRA TALHADA)
16 E 17 DE ABRIL DE 2019

2ª ETAPA - METROPOLITANA DO RECIFE (LOCAL: OLINDA)
23 E 24 DE ABRIL DE 2019

3ª ETAPA - AGRESTE (LOCAL: GARANHUNS)
07 E 08 DE MAIO DE 2019

ETAPA ESTADUAL: CENTRO DE CONVENÇÕES DE PERNAMBUCO
21 A 24 DE MAIO DE 2019



9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

SAÚDE NÃO É FAVOR. É DIREITO!

Pernambuco em defesa do SUS

Democracia para garantir conquistas com participação popular

21 a 24 de Maio de 2019 - Olinda - PE

modelo, foram retiradas as comissão organizadora. Também foi aberta uma consulta pública para discutir os regimentos. E esta é uma das novidades do processo em Pernambuco. Aquelas longas discussões acerca do regimento do encontro e do regimento eleitoral não ocorrerão porque as mesmas já foram pactuadas com antecedência. Será possível ter mais tempo para debater as propostas e escolher os delegados e delegadas. Além dessas novidades, a IX Conferência Estadual de Saúde terá um concurso cultural para os estudantes das escolas pernambucanas compreenderem e participarem melhor do SUS.

De acordo com **Lidiane Rodrigues**, que é Gestora Técnica de Articulação da Diretoria de Planejamento, algumas dificuldades devem ser percebidas uma vez que o calendário não foi favorável aos municípios: «A gente tinha proposto que município pudesse participar de nossa IX Conferência através de reuniões ampliadas e não só na obrigatoriedade de fazer conferências, já que eles acabaram de fazer uma conferência a menos de dois anos alguns. Mas o Conselho Nacional não abriu mão do calendário. E como isso é uma regra pra entrar na XVI Nacional, a gente vai ter que se enquadrar ou teremos alguns problemas com nossa delegação.» Por isso os municípios precisam fazer suas conferências até o dia 15 de abril, de acordo com o calendário do Conselho Nacional de Saúde.

E a Conferência Nacional de Saúde?

A Conferência Nacional chega à sua 16ª edição fazendo referência ao encontro de 1986. A VIII CNS representou o ponto de partida para o Sistema Único de Saúde o qual se consolidou com a Constituição de 1988 (dos artigos nº 196 a 200) e as Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080 e 8.142, ambas de 1990). Por isso ela está sendo divulgada como a 8ª + 8 e com o tema **Democracia e Saúde**. Ela acontecerá de **04 a 07 de agosto de 2019, em Brasília**.

E só para lembrar: os regimentos e todos os documentos da IX Conferência Estadual de Saúde estão no site do Conselho Estadual de Saúde (www.ces.saude.pe.gov.br).

Já as informações e documentos da XVI Conferência Nacional de Saúde, ou a 8ª + 8, estão no site do Conselho Nacional de Saúde (www.conselho.saude.gov.br/16cns). ■



**16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
DEMOCRACIA E
SAÚDE**

Brasília - DF, 4 a 7 de agosto de 2019

Clube da Papinha. Uma iniciativa tão saudável quanto fofa em Timbaúba

Olhos brilhando, bocas meladas e muitas gargalhadas. Quem acha que atenção à saúde é só gente reclamando de dores e incômodos está muito enganado. As grandes iniciativas, com resultados mais duradouros, podem ser bem divertidas e gostosas.

Desde maio de 2018 a cidade de Timbaúba conta com um **Clube da Papinha** na Unidade de Saúde da Família de Sapucaia. A iniciativa da equipe visa fornecer orientação nutricional suplementar ao aleitamento materno. Muito gente pode pensar que isso é besteira mas poucas coisas angustiam mais as mães e os papais que a alimentação quando os bebês não mais fazem o aleitamento exclusivo.

O que dar? Qual a frequência? Tem muito? Tem pouco? Tem pouco? Tudo isso é abordado nas reuniões vinculadas à puericultura e que já conta com a participação de 62 bebês e suas famílias. A atividade é fruto do Planejamento Estratégico Situacional, onde as ações são planejadas de forma dinâmica, considerando o perfil e as necessidades de cada comunidade.

O Clube da Papinha da USF Sapucaia trabalha os fundamentos da alimentação saudável ajustada à realidade das famílias, com participação da equipe multiprofissional. São encontros quinzenais na própria unidade. E

quem pensa nas conversas girando em torno de troca de receitas está enganado. As famílias passam a conhecer o que é e qual o valor nutricional dos alimentos, o quanto a criança necessita para sua demanda diária e como o alimento é importante para seu desenvolvimento. Para o melhor efeito possível, o processo pedagógico é feito com linguagem simples, utilizando de recursos audiovisuais e vivências práticas, isto é, a mão na massa. E esse é o pedaço que os bebês mais gostam.

As oficinas culinárias são abastecidas com itens da horta comunitária cuidada pelas pessoas beneficiadas pela Unidade. As famílias em situação de maior vulnerabilidade também recebem alimentos desta plantação.

Qual o resultado disso? 95% dos participantes se disseram satisfeitos com as atividades que participam. Elas e eles atestam não apenas ter adquirido novos conhecimentos mas também fazem uso deles no dia a dia. Além disso melhora na socialização, troca de experiências, afinal, o que faz a diferença é a forma como as pessoas vivenciam estes conteúdos e o potencial de transformação em suas vidas.

E tem mais: este tipo de iniciativa não traz benefícios apenas para os bebês. Ajudam na melhoria da qualidade da alimentação da família inteira e as crianças passam a ter um valioso estímulo precoce para a aceitação de uma alimentação saudável por toda vida. 🟩

Aline Nascimento
Enfermeira da USF Sapucaia
Timbaúba/PE



Ativando a saúde dos idosos e idosas de Aliança

De acordo com o IBGE (2012), a cidade de Aliança possui 37.450 habitantes. Assim a população de idosos e idosas (acima de 60 anos), passou de 5,1% para 10,5% se comparada ao censo de 1980. Em três décadas houve um crescimento dessa população, acima de 100%.

A Organização Mundial de Saúde estabelece que uma comunidade é considerada envelhecida quando possui 7% ou mais de pessoas idosas. Dessa forma, levando em consideração a atual proporção de pessoas idosas do município, a Secretaria Municipal de Saúde, envolvida no cuidado ao cidadão, desenvolveu um programa de monitoramento desse público: o programa Saúde Ativa Aliança, através do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da família). As atividades acontecem em 3 polos semanalmente (em dias distintos das 7h as 8h), com a aplicação de exercícios físicos mediados pelo educador físico e fisioterapeuta. Os participantes são

acompanhados por médico da Equipe de Saúde da Família, avaliações e orientações nutricionais. O objetivo do Programa Saúde Ativa é atuar na prevenção e combate às doenças crônicas não transmissíveis, além de proporcionar uma melhor sociabilidade entre os idosos. A equipe do programa é composta por médico da família, técnica de enfermagem, educador físico, nutricionistas e fisioterapeutas, além de toda a Equipe da NASF. Em todos os encontros são feitas aferições de pressão arterial antes e após os exercícios e os dados são cuidadosamente registrados no acompanhamento diário do participante. As atividades iniciaram em março de 2018 e já é possível observar os resultados através da diminuição de peso, aumento na disposição e melhor sociabilidade dos idosos e idosas acompanhados pelo Programa. ■

Gleisy Tavares - Secretária Municipal de Saúde de Aliança

Manuella Barreto - Coordenadora no NASF Aliança



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