

REVISTA DA XII REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

ANO III
NUM 7
D E Z
2020

QUAL O TAMANHO DO

POLO XII?



@gerencia12geres



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
MAIS TRABALHO. MAIS FUTURO.

EDITORIAL



Este não será um final de ano típico. Em muitos locais não haverá aquela grande ceia. Em outros, as pessoas estarão separadas por uma chamada telefônica, de whatsapp ou algum aplicativo de reunião. Mas em muitos lares a ausência se mostrará numa cadeira vazia. Este é o desafio que nos foi imposto e apenas juntos sairemos dessa. A função da *Revista da XII Regional de Saúde de Pernambuco* é de compartilhar conhecimento porque o conhecimento traz autonomia. Nesta edição fazemos uma reflexão sobre o tamanho do nosso SUS, política pública reconhecida, robusta e resistente que luta incessantemente para que superemos esta situação de pandemia. Muitos outros temas se seguem. A saúde da população negra, saúde do homem, a política de enfrentamento à AIDS, as doenças negligenciadas e vários outros. Fica também nosso desejo que 2021 seja muito diferente. Que chegue com esperança, com luz, com afeto, com esforço solidário. Não será ainda um ano fácil, mas tem tudo para ser um ano mais cooperativo. Toda equipe da XII Gerência Regional de Saúde deseja paz e sucesso em nossos esforços para que possamos voltar a nos abraçar. Que venha o novo ciclo!

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 e Planejamento em Saúde | Lícia Maciel
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 fiquem evidente as fontes.

Coordenação, programação visual e gerenciamento de conteúdo | Eduardo Bezerra

Textos | Eduardo Bezerra, José Lancart, Marília Matasha, Rafaela Lira, equipe de técnicos do município de Timbaúba, texto colaborativo de Iris Edná Pereira da Silva e Maysa Sena, além de nossos entrevistados para esta edição.

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

SUMÁRIO

4. *Lives da XII*

7. *Panorama da COVID-19 na XII GERES*

10. *Um mês em vermelho*

13. *A segunda onda é um panorama possível?*

16. *Um SUS a perder de vista*

23. *As eleições na XII GERES*

26. *Consciência e saúde da população negra*

31. *Paternidade, paternagem e pré-natal do parceiro*

34. *Experiências municipais: Timbaúba*

38. *De olho nas doenças negligenciadas*

43. *Nove dicas para um final de ano mais seguro*



A circular arrangement of hands holding various smartphones and tablets against a blue sky with white clouds. The devices are held in a ring, with some hands pointing towards the center. The background is a bright blue sky with scattered white clouds. The text is centered in the middle of the image.

LIVES DA XII:
APROXIMANDO
QUANDO
A DISTÂNCIA
É ORDEM

PELA INTERNET

A ideia de que a internet aproxima pessoas ganhou novos contornos com a pandemia do novo coronavírus. Na necessidade de um distanciamento social efetivo para evitar a propagação do vírus, as pessoas viram nas lives uma forma de interagir de dentro de casa. Para o setor saúde, um dos únicos que não pôde ficar em casa, as tão importantes atualizações não puderam ocorrer de forma presencial. Por isso as lives se mostraram tão vitais. A XII GERES percebeu este potencial e incluiu em sua grade de atividades lives para manter as pessoas informadas mesmo sem o encontro presencial.

Um link direto com a Bahia pra falar sobre a saúde da população negra. Um especialista da região pra abordar o câncer de mama com pessoas de outro ponto do país. A Operação Lei Seca partilhando seu fazer pedagógico pra quem busca alternativas de educação em saúde. Tudo isso ocorreu no instagram da XII Gerência Regional de Saúde, o @gerencia12geres.

A pandemia trouxe perdas, sofrimento e restrições. Mas também reduziu distâncias e nos fez aproveitar melhor o que a tecnologia tem a nos oferecer. Levantamento da Pnad (Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios do IBGE) mostra que 79,3% dos brasileiros com 10 anos ou mais possuem telefone celular. Deste total, 84,4% dessas pessoas possuem acesso à internet por seus aparelhos. Ao mesmo tempo, o Brasil é o terceiro país com mais usuários no Instagram,

aproximadamente 69 milhões de perfis.

A impossibilidade de realizar reuniões presenciais justamente num período o qual a atualização de informações se mostra vital impôs um desafio para que este fluxo de conhecimento não cessasse. As lives, por sua vez, se mostraram um fenômeno de grande abrangência. Num primeiro momento vistas como solução pelos artistas para arrecadar contribuições para causas diversas, aos poucos as transmissões foram se diversificando por setores diversos. Live vem do inglês e quer dizer *ao vivo*. Não começou com a pandemia mas nela se tornou item quase obrigatório. Você provavelmente assistiu pelo menos uma delas durante este período.

As redes sociais já vinham desenvolvendo esse tipo de artifício há um bom tempo. Aliado de



primeira hora de blogueirinhas, blogueirinhos e profissionais de áreas diversas, pode ser acessado de redes sociais abertas, como o instagram, facebook e youtube, mas também se viu acontecer, sobretudo no meio acadêmico, científico, da gestão pública e privada, por meio de aplicativos fechados como o Google Meet, o Classroom, o Zoom e outros mais. Alguns deles eram plataformas privadas mas abriram modalidades públicas com recursos limitados no sentido de atrair o público durante o isolamento.

princípios científicos para tratar de assuntos diversos e atuais. E uma coisa muito importante: procurou não ficar presa ao assunto da pandemia, mesmo que ela fosse pontualmente presente em algumas situações.

Obviamente não conta com o número de views dos grandes artistas e atrações, mas gradualmente o perfil da XII GERES vai compondo uma biblioteca de saberes valiosa. As lives foram incorporadas às atividades da Regional como um artifício pedagógico estratégico para

colocar gestões, profissionais, usuários e usuárias na troca de experiências e informações. Tudo isso para dar visibilidade para a Região além dos 10 municípios que a compõe.

De acordo com Daniele Uchôa, gerente da XII Geres, “a

possibilidade de trazer profissionais diversos, com destaque em suas áreas, mostrando experiências de vários lugares do Brasil fez com que, num estado de isolamento e distanciamento social, pudéssemos estar mais juntos que antes”. A Regional planeja ainda mais conversas ao vivo, com mais temáticas e parcerias. Por isso, fazemos nosso convite a vocês: Siga-nos! Sempre tem algo que possamos interagir mesmo que distantes!

O endereço da XII GERES no instagram é o @gerencia12geres

Por Eduardo Bezerra
XII GERES



E foi por esta brecha de oportunidade que o setor saúde percebeu

que poderia chegar mais próximo dos profissionais e da população sem necessariamente haver aproximação física. E as oportunidades de obter conhecimento foram se ampliando e democratizando. A XII Gerência Regional de Saúde não perdeu esse bonde. Selecionou temáticas diversas, convidou pessoas com expertise em suas áreas e imprimiu uma linguagem leve mas fiel aos





PANORAMA DA
COVID-19 NA
XII GERES

Na XII Regional de Saúde de Pernambuco, composta pelos municípios de Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Goiana, Itambé, Itaquitanga, Macaparana, São Vicente Ferrer e Timbaúba, já são mais de 6,5 mil casos contabilizados, equivalendo a uma incidência de 208,6 casos, para cada grupo de 10 mil habitantes. Deste total, foram 651 casos graves que demandaram hospitalização e dentre estes casos graves, 284 evoluíram para óbito. O perfil etário dos casos graves aponta para uma incidência maior entre as populações mais idosas, com quase 60% de todos os casos em pessoas com mais de 60 anos, demonstrando o risco etário desta pandemia (Gráfico 1).

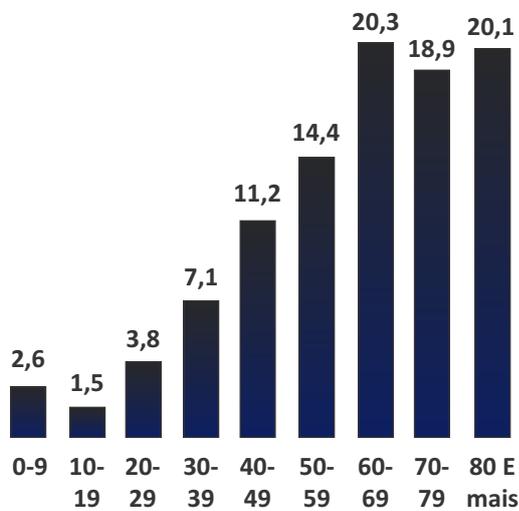


Gráfico 1: Proporção de casos graves de COVID-19, segundo faixa etária, XII GERES/PE, 2020*.

Fonte: XII GERES/CIEVS/SEVS/SES-PE.

*Acumulado até 23/11/2020. Sujeito a alterações

No que diz respeito ao sexo, os casos graves estão se apresentando com uma ligeira tendência a serem mais prevalentes entre as pessoas do sexo masculino, com quase 57% dos registros confirmados (Gráfico 2).

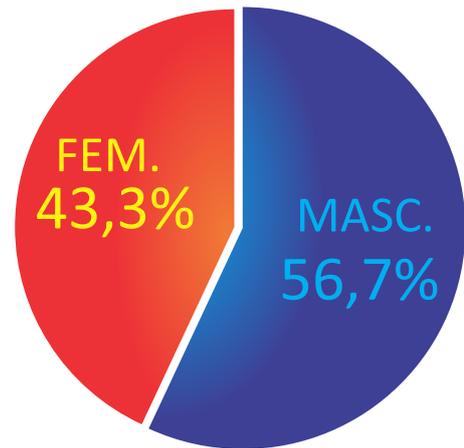


Gráfico 2: Proporção de casos graves de COVID-19, segundo sexo, XII GERES/PE, 2020*.

Fonte: XII GERES/CIEVS/SEVS/SES-PE.

*Acumulado até 23/11/2020. Sujeito a alterações

Ao se descrever os óbitos, a letalidade na XII Região fica em torno de 4,3% e a Taxa de Mortalidade fica em torno de 9/10.000 habitantes. Semelhante as formas graves, a mortalidade também é mais observada com mais frequência entre as populações mais idosas, totalizando mais de 77% dos óbitos em pessoas com mais de 60 anos de idade (Gráfico 3).

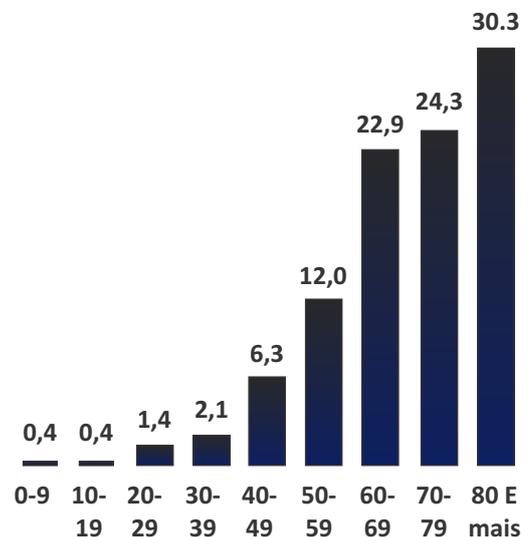


Gráfico 3: Proporção de óbitos por COVID-19, segundo faixa etária, XII GERES/PE, 2020*.

Fonte: XII GERES/CIEVS/SEVS/SES-PE.

*Acumulado até 23/11/2020. Sujeito a alterações

Em relação a forma leve da COVID-19 já foram contabilizados mais de 5.900 registros de casos leves na XII Regional de Saúde. Esse número também reflete um incremento na capacidade de testagem nos municípios, apoiados pelo LACEN-



PE. Dentre esses casos leves se constata que o perfil etário é diferente das formas graves da doença, com uma frequência maior de casos entre as populações mais jovens, onde se observa que quase 68% dos registros foram em pessoas com menos de 50 anos de idade (Gráfico 4). Em relação ao sexo, existe uma inversão, com quase 56% dos casos confirmados na população feminina (Gráfico 5).

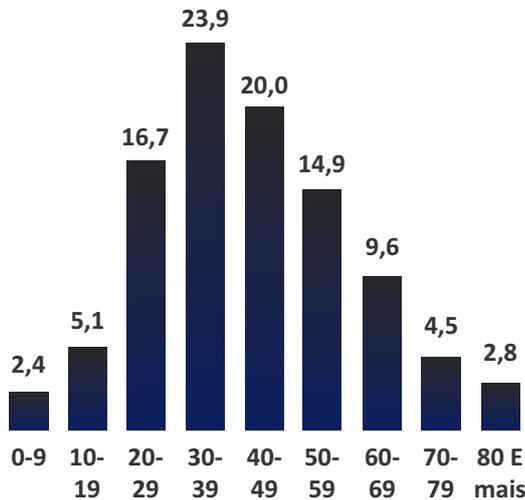


Gráfico 4: Proporção de casos leves de COVID-19, segundo faixa etária, XII GERES/PE, 2020*.

Fonte: XII GERES/CIEVS/SEVS/SES-PE.

*Acumulado até 23/11/2020. Sujeito a alterações

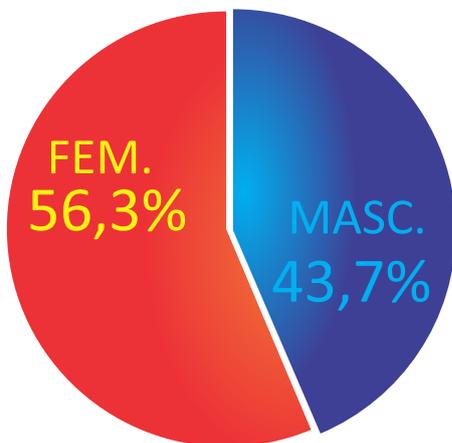


Gráfico 5: Proporção de casos leves de COVID-19, segundo sexo, XII GERES/PE, 2020*.

Fonte: XII GERES/CIEVS/SEVS/SES-PE.

*Acumulado até 23/11/2020. Sujeito a alterações

O pico da pandemia na XII Regional de Saúde foi registrado no mês de maio, na Semana Epidemiológica 23. A partir deste momento se observa uma tendência gradual de queda na incidência e que se reflete, principalmente na queda das hospitalizações e na letalidade (Gráfico 6).

Porém, ainda se observam oscilações ao longo do tempo, demonstrando a continuidade da circulação viral. Se faz necessário que toda a população compreenda que, enquanto não houver uma vacina segura e eficaz, a melhor maneira de se evitar a propagação de casos é ficar em casa, manter distanciamento social e aplicar os autocuidados de proteção, principalmente com a lavagem frequente das mãos, uso de álcool 70%, além do uso da máscara, a fim de se evitar a propagação dos casos de COVID-19.

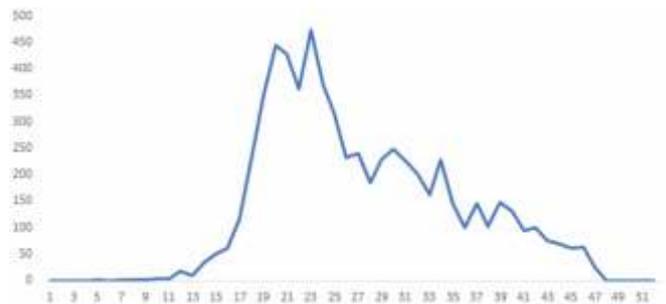


Gráfico 6: Casos confirmados de COVID-19, segundo semana epidemiológica de início dos sintomas, XII GERES/PE, 2020*.

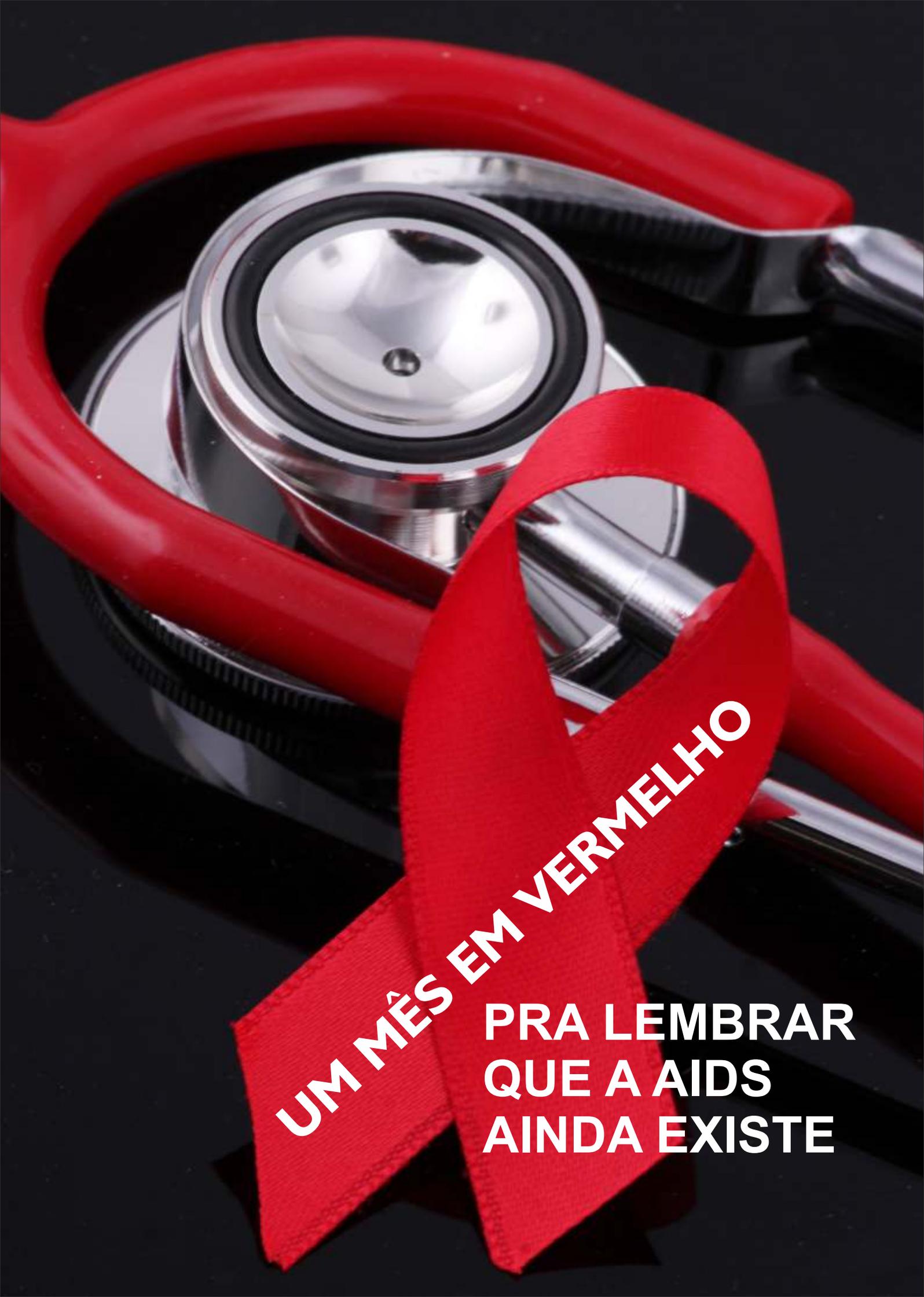
Fonte: XII GERES/CIEVS/SEVS/SES-PE.

*Acumulado até 23/11/2020. Sujeito a alterações

Por José Lancart
XII GERES

VOCÊ PODE
SUGERIR
PAUTAS E TEXTOS
PARA NOSSA
REVISTA
@GERENCIA12GERES





UM MÊS EM VERMELHO

**PRA LEMBRAR
QUE A AIDS
AINDA EXISTE**

Até o final do ano de 2019 era estimado que entre 75,7 milhões e 100 milhões de pessoas foram infectados pelo HIV no mundo. Também há a expectativa que entre 24,8 milhões e 42,2 milhões de pessoas perderam suas vidas por doenças relacionadas à AIDS desde o início da epidemia. Estes dados da *Unaid*s, órgão das Nações Unidas voltadas para a doença, são bastante chocantes. São dados superlativos que justificam a adoção de políticas específicas para seu enfrentamento ao longo do tempo, em praticamente todos os países do mundo e garante ao mês de dezembro o referencial de mês de luta contra a AIDS.

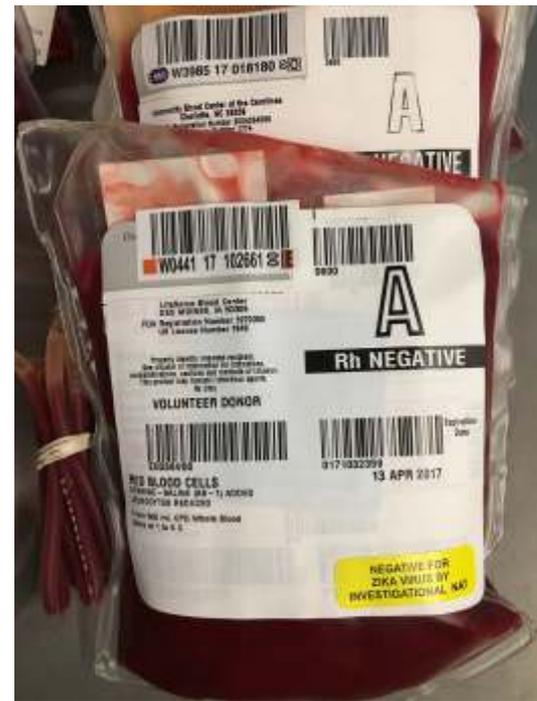
A história da *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida* (SIDA, na abreviação em português) começa em 1981, quando a doença é descrita pela primeira vez. Neste ano também vem a óbito aquele que ficou conhecido como «paciente zero». Gaëtan Dugas, foi de vital importância na construção de um mapa de contágio capaz de identificar como essa doença foi transmitida de uma pessoa a outra nos Estados Unidos. Entretanto, acredita-se que o primeiro caso conhecido ocorreu em 1977. Com o óbito da pesquisadora dinamarquesa Margarethe Rask, aos 47 anos, descobriram uma série de problemas em seus pulmões causados por uma pneumonia atípica para sua idade e condição de saúde. Margarethe era pesquisadora do ebola na África.

De lá pra cá, duas grandes lutas foram travadas no campo da ciência e uma no campo da saúde pública. Não que as outras lutas fossem menores, mas essas se destacaram pela visibilidade. No campo científico, imediatamente à caracterização da doença, iniciou a busca por um medicamento. Num primeiro momento que a substância fosse capaz de curar os enfermos e, depois, que ela pudesse alongar sua vida o máximo possível. Este primeiro desafio começou a

ser vencido no ano de 1986 quando, por ocasião da Conferência Internacional de AIDS, em Paris, foi apresentado os resultados das primeiras experiências com o AZT. AZT é a sigla para a zidovudina (ou, azitotimidina), um antiretroviral que atua na inibição da transcriptase reversa, uma enzima que codifica DNA a partir do RNA. Como o vírus da AIDS é um retrovírus, ou vírus que tem como material genético o RNA, o efeito dessa reação é a transcrição reversa dentro do linfócito que impede a tradução do DNA viral em RNA viral. Essa reação é responsável pela produção de proteínas para a formação de novos vírus. O sucesso do medicamento, que já passou por diversas modificações, é parcial uma vez que não proporcionou a cura, mas garante uma vida normal para as pessoas que fazem seu uso adequado.

O outro campo científico ainda não obteve sucesso. A produção de uma vacina ainda é um sonho que mobiliza muitos grupos de pesquisa mundo afora. Nos últimos anos, porém, alguns resultados renovaram a esperança de um êxito futuro. No momento, três vacinas estão em fases muito avançadas e, até agora, apresentando bons resultados: HVTN702, Imbokodo e Mosaico. Projeções otimistas afirmam que pelo menos uma delas deve estar pronta até o final de 2021.

No campo da saúde pública, a luta pela prevenção demonstrou avanços ao longo do tempo mas pena nos dias de hoje como aumento do número de casos, sobretudo entre jovens. A grande dificuldade de prevenir a AIDS é que as principais formas de transmissão são de difícil intervenção. Uma delas foi vencida relativamente cedo. A proteção dos bancos de sangue com metodologia de testagem eficiente praticamente zerou esta via que era muito importante. O compartilhamento de seringas é de difícil prevenção porque ocorre pelo



uso de substâncias ilegais. Como essa prática ocorre fora da visão do poder público, o acompanhamento ocorre mas é muito complexo. E a via sexual oferece mais resistência ainda, sobretudo entre os jovens. A dificuldade de sensibilizar para o uso do preservativo ainda é uma barreira muito complexa de ser rompida.

Neste período, o Brasil conseguiu construir, dentro de seu Sistema Único de Saúde, o melhor e maior programa de enfrentamento à AIDS no planeta. É fato que nos últimos anos a estratégia tem sofrido com falta de investimentos e de prioridade. A política Nacional de DST/AIDS foi instituída no ano de 1999, 16 anos após o primeiro caso em território nacional. Com seu surgimento, fora instituídas políticas de educação em saúde, com financiamento de entidades para realização de atividades, congressos, capacitações de servidores da saúde entre outros; além disso, experimentamos a potência de ser o país com maior acesso a medicamentos para enfrentar a doença no mundo; a distribuição de preservativos, realização de testes e financiamentos de Centros de Testagem e Aconselhamento são exemplos da amplitude do mesmo.

A queda no investimento ao programa colocou o Brasil na contramão do mundo. O ano passado fomos um dos únicos países que tiveram aumento de casos da doença. Os 21% de elevação contrastaram com países como El Salvador, Nicarágua e Colômbia, que tiveram quedas de, pelo menos, 20%. O impacto desse incremento brasileiro foi tão grande que ele foi o grande responsável pela alta de 7% na América Latina inteira.

Preconceito como barreira

Mas o enfrentamento ao HIV conta com uma grande e efetiva barreira: o preconceito. Sobretudo as mulheres sofrem mais em relação às práticas preventivas. Sugerir o uso de preservativo por um companheiro pode representar a porta para um problema de violência, por

exemplo. Além disso, esse preconceito leva as pessoas a evitarem buscar serviços, obterem melhor atenção e informação. O HIV impõe barreira na busca pelo trabalho. Como é uma doença estigmatizada, o atendimento em unidades de saúde é tenso, cheio de particularidades. Nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), por exemplo, as pessoas se dirigem geralmente a prédios sem identificação e, muitas delas, são oriundas de outras cidades para não serem reconhecidas em seus meios. Homens, por sua vez, sofrem com um preconceito disfarçado de força. Eles acham que não «pegam» a doença e geralmente são mais resistentes ao uso de preservativos e realização de testes. Ideias como a redução da sensibilidade pelo uso da camisinha são recorrentes, assim como as piadas em relação a quem usa. Os mais jovens sofrem da mesma situação. A idade tida como da imortalidade, onde tudo é possível, traz consigo uma dificuldade nas práticas preventivas. O medo de falhar na «hora H», ter que parar a transa pra colocar o preservativo, afasta muitos destes jovens da preservação da própria vida e de seus parceiros e parceiras. O racismo também é uma barreira potente. Pessoas negras têm mais dificuldade de conseguir atenção médica para este problema, sentem-se menos acolhidas nos serviços, acabam por estar mais vulneráveis ao adoecimento e morte.

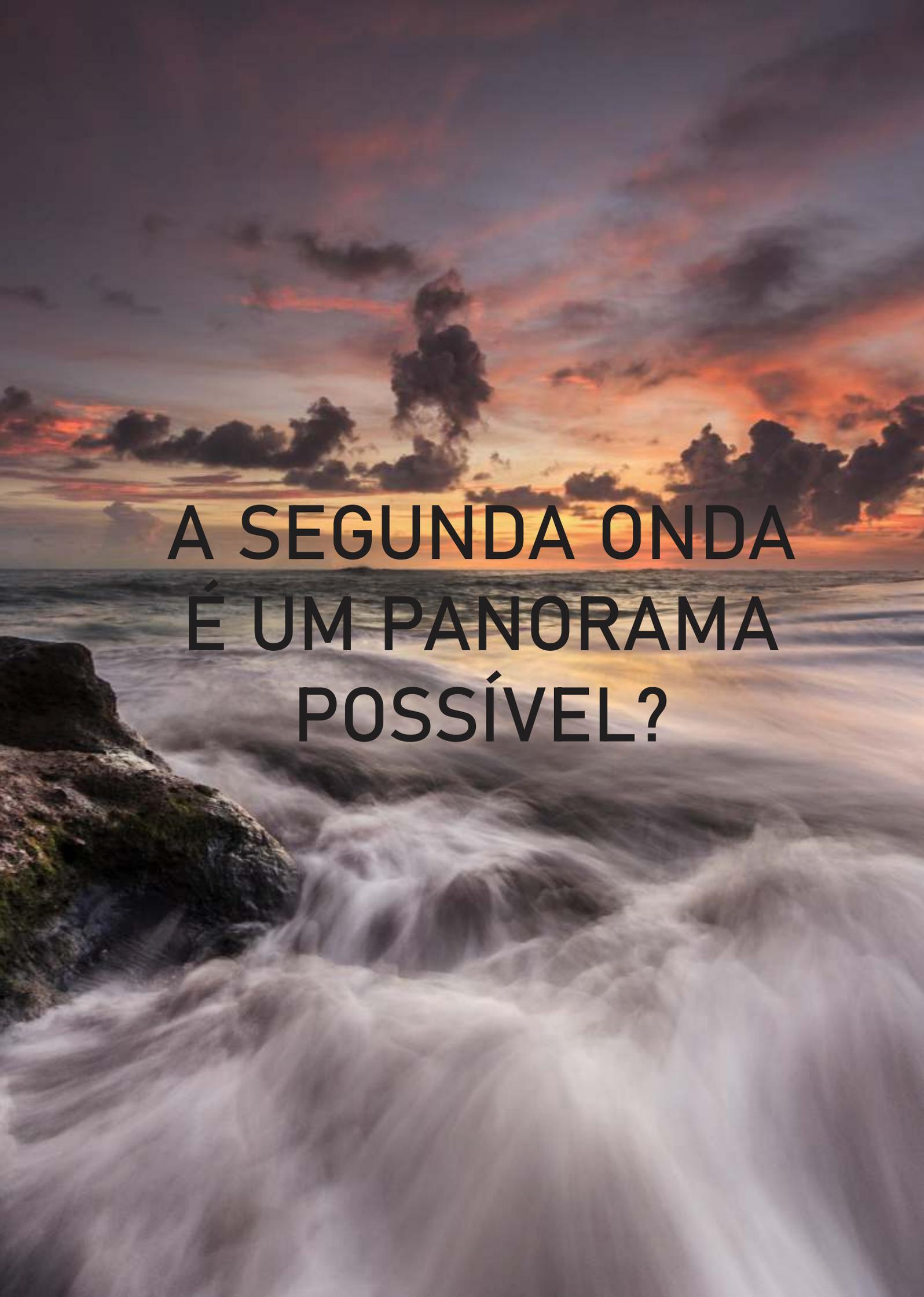
Enfim, ainda temos um desafio enorme para dar conta no enfrentamento a esta doença. No

próximo ano completaremos 40 anos da descoberta da AIDS. Muitos avanços foram atingidos e muita estrada ainda temos para avançar. É um vírus difícil, «esperto». Basta que saibamos que, em 1990, a equivalente à ministra da saúde dos EUA, previa que a vacina estaria disponível em no máximo dois anos e ainda hoje estamos na busca.

A palavra de ordem continua sendo «prevenção».

Por Eduardo Bezerra
XII GERES





**A SEGUNDA ONDA
É UM PANORAMA
POSSÍVEL?**

Estamos a alguns dias de completar um ano do início da *pandemia da COVID-19*. Apresentado o primeiro caso oficial em 31 de dezembro de 2019, a reação da maioria dos governos do mundo foi de tentar compreender e frear o alastramento da doença. Além do mais, o investimento em ciência feito por alguns países que puxaram o carrossel do enfrentamento tem surtido efeito com um ritmo recorde de descobertas, tanto na caracterização do vírus e da doença quanto na busca por vacinas e medicamentos. Estamos chegando antes do final do ano com um conjunto de vacinas praticamente prontas para receber autorização para distribuição e administração.

Mas há um consenso entre as autoridades sanitárias. Não será rápido que o imunizante chegará às pessoas. Primeiro por uma questão de produção, depois por logística. Também devido a diferenças básicas entre esses insumos. A vacina da Pfizer, por exemplo, precisa ser armazenada a negativos 70°C. No Brasil, melhor e maior política de imunização do planeta, tem suas redes preparadas para armazenar vacinas em até -20°C. A vacina de Oxford passou por problemas de caracterização dos resultados mas já recebeu autorização para ser aplicada no Reino Unido. A vacina da chinesa Sinovac, em parceria com o Butantã, sofre com a politização que leva a alta rejeição pela população.



Enquanto isso, o vírus continua circulando e aumentando sua presença no Brasil o que leva à pergunta mais feita

nas últimas semanas: estamos numa segunda onda?

Segunda onda: uma possibilidade?

Esta reta final do mês de novembro e início de dezembro chega com números preocupantes relativos à COVID-19, beirando os 70 milhões de casos confirmados e mortes superando 1,5 milhões. Diariamente os novos casos, números de internados e mortes vêm batendo recorde. Os Estados Unidos são o país que mais contribuem hoje nessa tábua de números. Inclusive a explosão

de casos que era esperada com a chegada oficial do inverno em fins de dezembro com expectativa de 80 mil casos diários, chegou antes e bem mais forte que se previa. Neste último 25 de novembro, registraram mais de 181.000 novos casos e 2.400 mortes em um dia e, com isso, atingindo o maior número de óbitos diários em seis meses. Só neste país já são 15 milhões de casos e quase 300.000 mortes. Hoje, existem mais de 18.000 estadunidenses internados em um leito de UTI.

A Europa não fica atrás. Em 30 de outubro a França decretou novo lockdown, ou o fechamento de todos os serviços não essenciais, devido ao aumento dos números. Com a redução dos indicadores, o presidente Emmanuel Macron ainda não anunciará o fim da medida mas sua flexibilização gradual. A Inglaterra também está com serviços não-essenciais fechados com previsão para reabertura em 2 de dezembro, entretanto o governo britânico tem se reunido para decidir como isso será feito. Portugal não adotou o lockdown mas vem gradativamente endurecendo as regras de circulação. O país luso é considerado um dos que melhor enfrentou a pandemia na primeira onda e agora sofre com casos em larga escala.

No Brasil os números estão em fase crescente e sustentável. Após várias semanas em queda e com grande parte dos estados ou em estabilidade ou com média móvel em relativa baixa, o número de localidades apresentando aumento diário de óbitos nos últimos dias tem se tornado constante. É verdade que o ritmo de testagem no Brasil caiu vertiginosamente e isso faz com que esses números se tornem ainda mais preocupantes porque o risco de subnotificação é real.

Por isso, fica a dúvida: estamos entrando na segunda onda como em outros lugares do mundo?

Antes disso é preciso saber o que é uma segunda onda. Porque com a COVID-19 é tudo muito movediço, desde a caracterização da doença, reconhecimento de seus sintomas até sua manifestação coletiva e como a mesma se traduz no tempo e no espaço. Muitas pesquisadoras e pesquisadores discutem se o Brasil conseguiu sair da primeira onda. Este questionamento é possível tendo em vista que não se experimentou verdadeiramente um período de números baixos de casos e óbitos, mas uma redução significativa. Além disso, a existência de uma segunda ou mais ondas sempre foi levantada desde o início da

pandemia.

De acordo com Rafael da Silveira Moreira, pesquisador da Fiocruz/PE e professor do curso de medicina da UFPE, «não existe um conceito formal, objetivo da segunda onda em termos de número, em termos de conceito. No sentido que, a partir de um certo aumento proporcional, declara-se uma segunda onda. O que realmente observamos é que após um declínio sustentável de vários dias sem aumento, um novo aumento igualmente sustentado por vários dias, sem oscilação, permite que a gente observe este curso e se considera uma segunda onda.»



Com mais de 22 mil mortes e quase 350 mil casos, o Rio de Janeiro já tem mais de 93% de ocupação da UTI com fila de cerca de 90 pacientes para aproximadamente 40 leitos na capital. Já o estado de São Paulo, com mais de 1,2 milhões de casos confirmados e 41,6 mil óbitos, encontra-se com taxa de ocupação de UTI em 56,7% na RMSP e 49,2% no interior do estado. A grande preocupação, porém, é que se estes números continuarem subindo, atingirão justamente um dos períodos mais delicados do ano: o natalino. Com ele, um comércio já combalido de meses de vendas baixas e alta mortalidade de negócios, viveria uma situação bastante preocupante caso não pudesse manter de forma presencial as vendas de natal. Este crescimento nesta época do ano pressiona governos que temem que as medidas impopulares não sejam compreendidas como no primeiro momento da pandemia.

Em relação à confusão de ser uma segunda onda ou reforço da primeira, Rafael Moreira diz que «ainda estamos vivendo uma alta taxa de mortalidade e de incidência de casos novos. Não saímos na primeira onda. O que é possível ver é que passamos por um pico nos meses de maio e junho e que observamos uma gradual descida da curva, porém com momentos distintos dessa queda. O Brasil, por seu tamanho, apresenta essa dinâmica da média dos casos, produto dessas variações distintas em cada parte do país. Isso faz com que pensemos que ainda estamos vivendo o platô da primeira onda, sem o declínio sustentado em níveis baixos. Assim, é difícil pensar numa segunda onda sem a queda deste primeiro momento.»

O retorno dos casos encontra uma população que se “acostumou” à COVID-19. Isso pareceria absurdo de ser dito nos meses de março e abril, mas vai acontecendo de forma muito natural ao longo do tempo. Aglomerações em locais públicos, ausência de máscaras, praias e transportes públicos lotados, festas ocorrendo como se nada tivesse acontecido. Boa parte disso se deve ao *negacionismo* que se fez presente desde o início da pandemia. A terceirização do vírus, atribuindo o mesmo aos chineses contribuiu para um sentimento de desresponsabilização. O processo de politização e negação da doença, negação da gravidade e resistência à ideia da possibilidade de retorno a indicadores graves levaram as pessoas a negligenciar o vírus mesmo com os números apresentando visível piora.

Tudo isso é motivo para temer a sustentabilidade de uma circulação viral alta já manifesta num índice de reprodução da doença acima do controlável. A má qualidade da informação também contribui. A forma como a mídia vem noticiando a doença também prejudica o esforço coletivo. Um dos grandes equívocos foi a expectativa que após os feriados da Independência e de Nossa Senhora de Aparecida haveria inquestionável alta no número de casos. Não é esse o mecanismo da doença. Estas aglomerações adicionado a todo movimento das eleições municipais fez com que, gradativamente a circulação viral aumentasse até que se tornasse sustentável. A COVID-19 não é uma doença de causa e efeito instantâneo.

Por isso as gestões devem continuar trabalhando por várias frentes. Reforçar as ações educativas, melhorar o acesso ao diagnóstico e rastreamento de casos, fiscalizar o ambiente coletivo, planejar a atenção à saúde e investir em epidemiologia. Na ausência de vacinação e medicamento, a saúde pública atua praticamente sozinha para evitar situações ainda mais graves.

Por Eduardo Bezerra
XII GERES

The background of the page is a landscape featuring a range of mountains under a sunset sky. The sun is a large, bright yellow circle on the right side, partially obscured by the horizon. The sky transitions from a light orange near the sun to a darker orange and then to a dark blue at the top. The mountains are silhouetted against the sky, with the foreground mountains being dark blue and the background ones being lighter shades of blue and orange.

MATÉRIA DE CAPA
**UM SUS
A PERDER
DE VISTA**

A pandemia da COVID-19 pôs à prova o tamanho e capacidade de enfrentamento do Sistema Único de Saúde. Entrando em sua terceira década, precisa ser reavaliado constantemente, ter rumos corrigidos, até porque o próprio perfil da população muda todo dia. Mas ele se mostrou punjante e com rápida capacidade de reação. Nesta matéria de Rafaela Lira e Eduardo Bezerra, faremos uma viagem pela história deste sistema que é uma das maiores experiências do mundo em política pública.



POTENTE

A filosofia traz uma série de conceitos para descrever *potência*. Mas talvez esteja lá no princípio do conhecimento humano uma ideia que nos ajuda a introduzir esta matéria sobre o *Sistema Único de Saúde*. Lá com Aristóteles, um filósofo grego que moldou o pensamento ocidental. Ele dedicou boa parte de suas observações e escritos a compreender a ideia de movimento. E não apenas o movimento mecânico, sobretudo o movimento metafísico. A metafísica é quando você transcende suas experiências sensíveis para refletir sobre aquilo que não podemos ver ou tocar ou cheirar ou sentir.

Por volta da época de *Aristóteles* houveram dois outros filósofos também refletindo sobre o movimento. *Heráclito* ficou famoso pela alegoria da qual não conseguimos nos banhar duas vezes no mesmo rio para afirmar que na natureza tudo é transitório. Já *Parmênides* contesta a ideia dizendo que o ato de ser é imutável e, assim sendo, o que muda não é e o que não é não existe. Complicado? Em resumo. O primeiro afirma que tudo muda o tempo todo, o segundo diz que nada muda porque se fosse ao contrário nada existiria. Isso é filosofia.

algo mais adiante, contextual, algo que é necessário mudar para se adaptar.

É isso o que ocorre no nosso Sistema Único de Saúde. O SUS é em si um sistema com suas características, princípios, diretrizes. Mas também pode se adaptar conforme a necessidade. Ele é ato e é potência. Ele passa por estes processos todos os dias mas nesta pandemia isso se tornou mais visível por sua capacidade de se ajustar a uma realidade catastrófica e que lhe exigiu resposta rápida.

UM SISTEMA SUPERLATIVO PARA UM PAÍS CONTINENTAL E COMPLEXO

Agora imagine uma população de aproximadamente 210 milhões de pessoas. Um país continental, extremamente diverso culturalmente, cheio de desigualdades, vários ecossistemas completamente distintos entre si, uma economia que vai da subsistência mais básica até o mais sofisticado da produção humana. Esse é o Brasil. Imagine um sistema de saúde que considere tudo isso!

Muita gente olha pro SUS e imediatamente pensa em profissional de saúde realizando assistência direta, imagina hospital, medicamento e vacina. Mas nosso Sistema Único de Saúde é muito grande e sortido. Envolve ensino, pesquisa, sistema de informação moderno, uma superestrutura que dê conta de toda essa diversidade. É um sistema superlativo em todos os sentidos.

O SUS é considerado, senão a maior, uma das maiores políticas sociais do planeta. É cheio de experiências de destaque mundial, como o Programa Nacional de Imunizações e a Política de Enfrentamento à AIDS. A pandemia mostrou a pujança de um sistema que conseguiu, utilizando-se das ferramentas da saúde pública, evitar que a pandemia conseguisse ser ainda mais grave do que



ARISTÓTELES

HERÁCLITO
PARMÊNIDES

Mas onde entra Aristóteles nessa? Por que ele pra começar uma matéria sobre o SUS? Porque ele conseguiu juntar os dois em sua ideia de movimento. E ele trouxe a ideia de *ato e potência*. O ato de ser é estático do ponto de vista que acontece agora. Mas existe o ato de vir a ser, que é uma transformação do que se é hoje para

ainda se mostra.

Mas o grande patrimônio do Sistema



Único de Saúde é sua forma de ser construído junto às pessoas, numa entidade coletiva conhecida como *controle social*. O controle que se manifesta nas Conferências de Saúde, está

presente nos Conselhos, participa de todas as instâncias de decisão do SUS da menor cidade do país à megalópole de São Paulo. Por isso o SUS se reinventa todo dia ao mesmo tempo que precisa cada vez mais da participação das cidadãs e cidadãos.

Para entender como o SUS se estrutura, é vital observar o processo de determinação saúde-doença, já que se entende como sistema de saúde uma resposta organizada para os problemas de saúde dos seus habitantes. Os paradigmas de saúde-doença já passaram por diversos conceitos, desde antigamente que se entendia doença como um castigo divino, pela teoria miasmática focadas na maior incidência de doenças infectoparasitárias, passando pela teoria unicausal que trazia o conceito de que para cada doença havia uma única causa, além da multicausal que engloba o ambiente no processo saúde doença e traz uma descaracterização das construções históricas e biologicistas. Com o final do século XX, ascende a ideia de causação social e é aí que chegamos na mentalidade atualmente predominante onde aspectos sociais são importantes para compreender tanto a saúde quanto a doença. Os paradigmas são ideias que acabam por servir de modelo para um sistema, comportamento, forma de pensar.

Nesse paradigma, o processo saúde-doença se configura de forma dinâmica, complexa e multidimensional por englobar dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais, políticas. Assim, é possível identificar uma complexa interrelação quando se trata de saúde e doença de uma pessoa, de um grupo social ou de sociedades. Entender saúde como uma determinação social é primordial pois englobamos conceitos de fatores determinantes e condicionantes de saúde como

acesso a moradia, renda, trabalho, educação ou o que seja.

O SUS QUE TEM UMA HISTÓRIA. E QUE HISTÓRIA!

Tudo começa com a Lei Eloy Chaves em 1922 Ela institui as Caixas de Aposentadorias e Pensões que ficavam restritas aos trabalhadores formais, com carteira assinada e previa assistência médica e previdenciária. É importante frisar que nessa época a população brasileira sofria muito com acometimento das doenças infectoparasitárias de forma esporádica ou em epidemias. Neste período, a saúde era medida pelo que podia proporcionar à economia. Seu foco não era a qualidade de vida de cidadãs e cidadãos.

Posteriormente essas Caixas transformaram-se no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, o

INAMPS, que tinha a participação e gestão estatal. A figura do Instituto ficou muito forte no período da ditadura militar e foi aí que os grandes grupos médicos privados começaram a crescer. O dinheiro do INAMPS era dinheiro público basicamente sendo usado para financiar as empresas privadas e estrangeiras, pois os serviços de



assistência eram pagos a prestadores privados, e a compra de equipamentos era feita ao estrangeiro. O Ministério da Saúde não funcionava como hoje. A assistência em saúde ficava com a previdência social, enquanto o Ministério cuidava basicamente de ações de educação e comunicação em saúde. Foi nessa época que tomou forma no Brasil o movimento da reforma sanitária que foi primordial para a criação do Sistema Único de Saúde.

No final da década de 1970 e início da de 1980, a insatisfação de todos os setores da sociedade se agravava. A torneira do

financiamento público às empresas privadas de saúde secava rapidamente, os trabalhadores da saúde conviviam com condições de trabalho cada vez piores, as condições de trabalho precarizavam e o serviço prestado se degenerava de forma acelerada. Some-se a isso as diversas epidemias que acometiam a população e levavam as pessoas à porta das unidades de saúde sem sucesso em serem atendidas. Como o sistema de saúde da época era voltado para as pessoas regularmente empregadas, surge uma das maiores abominações da política pública nacional: a fila do indigente. Esse indigente era o cidadão brasileiro que não tinha sua carteira de trabalho assinada. Para eles ficava a quase inexistente sobra dos atendimentos.

Influenciados, sobretudo pelos movimentos de reforma ocorridos no norte da Itália, o movimento da Reforma Sanitária brasileiro tomou corpo e teve seu auge na VIII Conferência Nacional de Saúde do ano de 1986. Ali, os pilares do futuro sistema foram edificados, culminando com a promulgação da Constituição Federal de 1988 a qual, nos trechos reservados à saúde, a estabelece como “direito de todos e dever do estado, mediante políticas sociais e econômicas e que essas ações devem constituir uma rede regionalizada e hierarquizada na forma de um sistema único”. Esse sistema é universal, integral e equânime e tem nas suas leis orgânicas as diretrizes, princípios e organização. Surgem as Normas Operacionais Básicas e Assistenciais, as NOB's e NOA's, e posteriormente o Pacto pela Saúde que traz conceitos importantes, como o de regulação do sistema. O decreto 7508/2011 ainda reforça a necessidade de trabalharmos uma rede regionalizada e hierarquizada.

A atenção primária considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural,

buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

De acordo com Domício Aurélio de Sá, sanitarista e professor / pesquisador da Fiocruz/PE, a natureza tripartite do SUS. «Os municípios ficam com a responsabilidade, sobretudo, com a atenção primária em saúde, que é onde fica



DOMÍCIO AURÉLIO DE SÁ
FIOCRUZ/PE

mais próximo da população nos aspectos, principalmente nas questões preventivas, o primeiro atendimento, em forma de ações preventivas, questões ambulatoriais, programas de vacinas, consultas básicas, acompanhamento de crianças, gestantes e demais faixas. Já a média complexidade mais hospitalar e a alta complexidade são estaduais. Assim, o SUS é tripartite, onde o governo federal é o grande financiador, uma vez que o processo de tributação é centralizado em nível federal, junto com os repasses em níveis estaduais e municipais que entram como contrapartida nesse processo.»

Mas e na prática? Será que toda essa rede é articulada como descrito nas normativas? Será que toda essa rede estava pronta pra enfrentar uma pandemia?

A iniquidade resiste e o Brasil ainda é um país que apresenta marcantes heterogeneidades na oferta de serviços de saúde. Um primeiro fator a ser observado diz respeito à própria abrangência e à natureza das ações desenvolvidas, que ensejam a possibilidade de se considerarem e se utilizarem diferentes critérios para a organização regional dos serviços de saúde: por tipos de assistência prestada (ambulatoriais, hospitalares de diversos tipos, domiciliares, urgência e emergência); por níveis de complexidade da atenção à saúde (atenção básica, média e alta complexidade); pela



direcionalidade das ações (agravos, grupos populacionais e áreas específicas da atenção à saúde); e, ainda, por modelos de prestação do cuidado. Outro fator diz respeito à própria forma como foi moldada a descentralização no SUS. Foram estabelecidos acordos diferentes entre estados e municípios no âmbito das Comissões Intergestores Bipartites (CIB), inclusive quanto à repartição das responsabilidades de gestão das unidades prestadoras de serviços, fazendo com que os estados brasileiros tenham diferente estágios de implementação das suas regiões de saúde.

Tais problemas expressam propostas de planejamento e de financiamento conduzidas de forma fragmentada, seja por uma mesma esfera de gestão ou, ainda, pelos vários entes governamentais que exercem influência político-administrativa sobre determinada região. Apesar das contribuições, nessa pandemia ficou clara uma face da fragilidade da regionalização e organização dos serviços.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma extensa rede a qual, apesar de sua importância, apresenta problemas crônicos de financiamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços. Essa APS é considerada vital pilar de enfrentamento em situações emergenciais, principalmente nessa pandemia que o vírus se expande agressivamente em locais com distintas características sociais e econômicas e cerca de 80% dos casos são leves e grande parte dos moderados procuram a rede básica de saúde como primeiro acesso. A atenção primária tem como base o

conhecimento do território, o acesso, o vínculo, a integralidade da assistência, o monitoramento de famílias vulneráveis e o acompanhamento de casos suspeitos e leves, e seria estratégia fundamental para a contenção da pandemia. A capacidade do sistema de saúde demanda não apenas expandir número de leitos hospitalares e de UTI, mas também reorganizar fluxos na rede de atendimento, redefinir os papéis das diferentes unidades e níveis de atenção e criar novos pontos de acesso ao sistema de saúde. Porém, alguns municípios escolheram fechar a atenção básica, reduzir a equipe de saúde da família ou afastar do serviço os agentes comunitários de saúde afastados em serviço domiciliar.

Isso fez com que os serviços se organizassem para esperar casos médios/graves, com hospitais de campanhas por todo o Brasil, onde o gasto era também muito alto pois são serviços de média e alta complexidade que usam tecnologias mais densas e precisam de uma rede apoio, diagnóstico por exemplo, de retaguarda. Essa APS por um lado tem capacidade reduzida de atuar sobre a letalidade dos casos graves, porém poderia contribuir para diminuir a incidência de infecção na população adscrita, com impacto direto na diminuição da morbimortalidade.

AFINAL, EM NÚMEROS, QUAL O TAMANHO DO SUS?

Pouco menos de R\$ 125 bilhões. Esse é o orçamento da União para o Sistema Único de

INFÓGRAFO

ALGUNS NÚMEROS PARA
COMPREENDER O SUS

QUASE
257 MILHÕES
DE VISITAS PELA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM 2019



MAIS DE
39 MIL
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
(2015)

CERCA DE
59 MIL
AGENTES DE ENDEMIAS
(2019)



MAIS DE
2,6 MIL
CAPS (2019)

QUASE
1,1 MILHÕES
DE PARTOS EM 2019

15 MIL
TRANSPLANTES EM 2019



84%
DA POPULAÇÃO CONTA
COM COBERTURA DO SAMU
24H



MAIS DE
12 MILHÕES
DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES
EM 2019



Saúde para o ano de 2017. 2017? Mas não há números dos anos seguintes pra termos uma ideia mais atualizada? Temos e esse é exatamente o mesmo patamar. Com a aprovação na Emenda Constitucional 95 no ano de 2016, o SUS e outras políticas não terão reajuste da inflação pelos próximos 20 anos. Pra área da saúde isso é de um impacto absurdo uma vez que a inflação desta área é a mais alta entre todos os outros indicadores. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, em 2019 foram perdidos R\$ 20 bilhões do setor. Para que essa Emenda fosse aprovada foi necessário desvincular a exigência de uma aplicação mínima de 15% do orçamento para o SUS. Em 2020 estimou-se que a perda foi ainda maior: R\$ 30 bilhões. Para 2021, a perda será de R\$ 35 bilhões, exatamente 35 vezes o que custa o SAMU, por exemplo.

De acordo com artigo publicado pelo pesquisador Alexandre Marinho, no ano de 2016 o SUS apresentou os seguintes números: em termos hospitalares, 73% das unidades em território nacional atendem pelo SUS. Isso se reflete em quase 70% dos leitos atendendo no serviço público. Entre janeiro e novembro de 2016, quase R\$ 18 bilhões foram destinados a procedimentos executados em hospitais. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, cerca de 9 milhões de pessoas foram internadas por pelo menos 24 horas no SUS. Cerca de 65% destas internações ocorreu no serviço público.

Maior política dentro do Sistema Único de

Saúde, a Estratégia de Saúde da Família está nos mais de 5.500 municípios brasileiros atendendo as populações mais vulneráveis. Só de Agentes Comunitários de Saúde são 263.756 trabalhadoras e trabalhadores em 98% dos municípios brasileiros, de acordo com artigo de Márcia Morosini e Angélica Fonseca. Levam informações de saúde, ajudam a monitorar a população que mais precisa dos grandes centros urbanos ao mais remoto interior do país. Estão distribuídos em 40.097 equipes de saúde da família, cobrindo 63% da população. Se contar o PACS, esta cobertura avança para 73%.

Uma coisa importante é a abrangência da atenção básica em saúde bucal. Antes do SUS, saúde bucal era item raro na vida do cidadão e cidadã brasileiros. Hoje, são mais de 24 mil equipes cobrindo 40% da população.



O real tamanho do SUS é dado pela quantidade de pessoas que dependem exclusivamente deles para tratamento. 74% das brasileiras e brasileiros são totalmente SUS dependentes. Este número tende a aumentar com a persistência da crise econômica e o alongamento da pandemia. Apenas 60 milhões de pessoas possuem algum tipo de plano de saúde.

Quando em 2011 foi anunciada a 14ª Conferência Nacional de Saúde com o tema «Todos usam o SUS», um dos primeiros exemplos para justificar a escolha estava na atuação da Vigilância Sanitária. Ricos, pobres, usuários de plano de saúde ou dependentes do SUS, absolutamente todo mundo tem contato com o serviço da Vigilância Sanitária. Fiscalizando, controlando a qualidade, emitindo licenças, a Sanitária garante a saúde de

absolutamente todas e todos os brasileiros e brasileiras em qualquer lugar do Brasil. Além disso, o trabalho da Vigilância Ambiental, no controle e prevenção de fatores de adoecimento por vetores, contaminação e até prevenção e acompanhamento de desastres, faz desse setor um dos mais importantes para a qualidade de vida das pessoas. E transversal a isso tudo, a Vigilância Epidemiológica observa o número das ocorrências de saúde e doença, contextualizam informações, desencadeiam ações e são suporte importante à gestão em saúde. Importante lembrar que é na Vigilância Epidemiológica onde se registra quem nasce e morre no Brasil. E conta com um dos melhores portais de informação em saúde do planeta: o DATASUS.

Além disso, o SUS é responsável pela formação de profissionais em diversas modalidades. Cursos técnicos, universitários, pós-graduação, atualizações. Tem o UNASUS, as escolas de saúde pública de estados e municípios, os institutos de pesquisa, dentre eles, a Fiocruz, que é a única instituição de segurança nacional que não é militar.

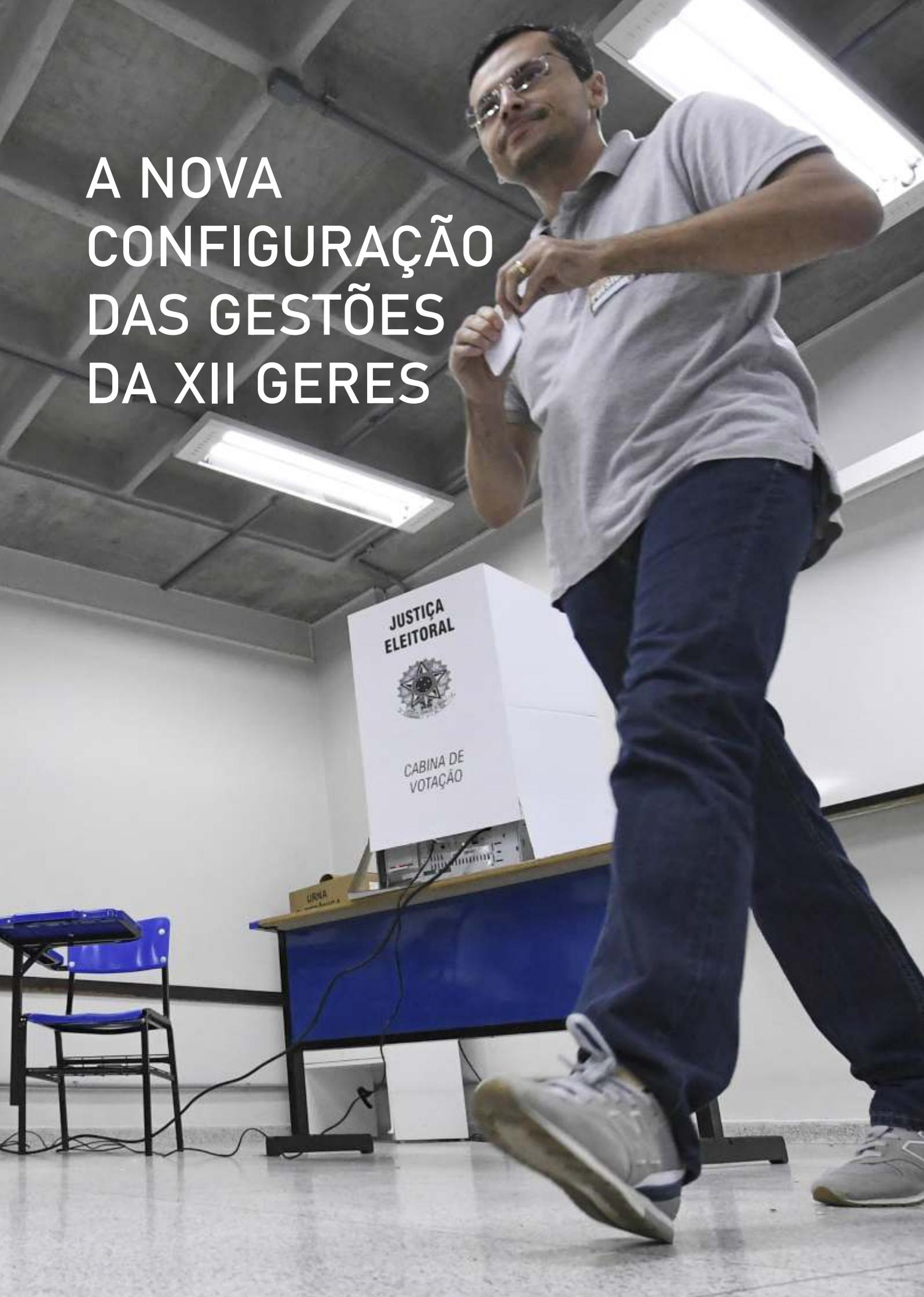
Enfim, nosso Sistema Único de Saúde é gigante e potente. Mostrou nessa pandemia que tem capacidade de resposta. Além de tudo, merece nossa luta para que tenha mais recursos e que estes recursos sejam bem aplicados. Como bem diz Domício Aurélio de Sá, «o SUS é do tamanho do Brasil com sua imensidão, diversidade e desigualdade. O projeto de seguridade social colocado na Constituição previa que o Sistema desse conta desse processo de um conceito de saúde ampliado, como direito e dever do Estado, e essa ideia foi descaracterizada logo de início com o desfinanciamento da seguridade social. A Constituição previa 30% e isso nunca aconteceu. De fato, o SUS ser um sistema único é uma luta cotidiana e traz diversos desafios pra que de fato cumpra o seu papel.»

Viva o SUS!

*Por Rafaela Lira e Eduardo Bezerra
XII GERES*



A NOVA CONFIGURAÇÃO DAS GESTÕES DA XII GERES



Quase todos os 5.700 municípios brasileiros passaram pelo primeiro turno da escolha de seus representantes do executivo e vereadores neste último dia 15 de novembro. A XII Regional de Saúde escolheu todos os prefeitos, prefeitas, vereadores e vereadoras, sem precisar de segundo turno devido ao número de votantes ser inferior a 200.000.

Entre os 10 municípios da Regional, 3 prefeitos foram reconduzidos ao segundo mandato: Xisto Freitas (Aliança), Cassiano (Condado) e Dona Graça (Itambé). Em Goiana, o prefeito Eduardo Honório, que completava o mandato como interino, sagrou-se prefeito titular. Os demais 6 prefeitos que iniciam primeiro mandato são Zé Roberto (Ferreiros), Pablo (Itaquitinga), Paquinha (Macaparana), Marcone (São Vicente Ferrer), Marinaldo Rosendo (Timbaúba) e Talita de Doda (Camutanga). Esta última sendo, inclusive, a prefeita mais jovem do Brasil, aos 23 anos de idade.

Nem todos os municípios possuem o mesmo número de vagas para as câmaras de vereadores. A quantidade de eleitos e eleitas varia de acordo com o porte populacional. De acordo com o disposto no artigo 29, IV, da Constituição Federal de 1988 e reformada pela Emenda Constitucional nº 58/2009. Este número vai de 9, para cidades de até 15.000 habitantes, até 55, para cidades com mais de 8 milhões. Camutanga, Ferreiros e São Vicente Ferrer, com menos de 15 mil habitantes, possuem 9 vagas. Aliança, Condado, Itambé, Itaquitinga e Macaparana, contam com 11 vagas. Timbaúba possui 13 vagas. Goiana, com maior porte populacional, conta com 15 vagas em sua Câmara.

Camutanga, com Talita de Doda, e Itambé, com Dona Graça, são as únicas cidades com mulheres na chefia do executivo. Condado, com Cassiano (66 anos); Itambé, com Dona Graça (81 anos); e Goiana, com Eduardo Honório (61 anos), são as cidades com prefeitos acima dos 60 anos. No quesito raça/cor, ficou dividida ao meio a declaração dos eleitos e eleitas como pardos ou brancos. Nenhum se declarou preto.

A região elegeu 114 vereadores e vereadoras. A idade média desse grupo é de 44,6 anos. A câmara mais velha é a de São Vicente Ferrer, com média de 50 anos de idade. A mais nova é a de Ferreiros, com 36,9 anos. A cidade ainda elegeu Bruno Japhet Filho o vereador mais novo da região com 23 anos de idade. O mais velho é de

Itaquitinga. José Farias da Silva tem 69 anos. 57% dos eleitos e eleitas se declara parda, 36% é branca e apenas 7% autodeclara preta. Metade dos municípios da região não tem nenhum vereador ou vereadora autodeclarado preto ou preta. Em Itambé, uma curiosidade, todos os vereadores autodeclararam pardos. As mulheres representam apenas 8,8% das representantes nas casas legislativas. Três municípios, Camutanga, Ferreiros e São Vicente Ferrer não possuem mulheres eleitas na proporcional.

Aliança

Com uma população estimada de 38.397 pessoas, Aliança reelegeu Xisto Freitas para mais quatro anos de gestão. O prefeito de 51 anos será acompanhado por uma Câmara de Vereadores composta por 11 vereadores. Apenas uma mulher está representada. A média de idade dos eleitos e eleitas da cidade é de 43,8 anos. Nenhum componente do legislativo se declara preto ou preta. Há apenas um representante com mais de 60 anos de idade.

Camutanga

Camutanga é o menor município da XII GERES com população estimada pelo IBGE em 8.672 pessoas. Também tem a prefeita mais jovem do Brasil. Talita Cardozo Fonseca, ou Talita de Doda, tem apenas 23 anos de idade. Curiosamente, uma das únicas três cidades que elegem uma mulher para o executivo, não tem nenhuma no legislativo. Serão 9 homens no total. Camutanga também não teve nenhum vereador autodeclarado negro. Também não possui nenhum representante com mais de 60 anos de idade. O vereador mais velho da cidade é Lenildo Pereira, com 58 anos de idade.

Condado

Condado possui população estimada de 26.590 pessoas e reelegeu Antônio Cassiano da Silva, 66 anos, para a prefeitura. Pelo porte populacional, Condado conta 11 representantes no legislativo. Apenas uma mulher foi eleita vereadora. A média de idade é de 44,3 anos e dois vereadores se declararam pretos. Com 4 autodeclarados pardos e 5 brancos, é a Câmara mais equitativa da região. Além disso, dos 11 representantes, 2 possuem mais de 60 anos de idade.

Ferreiros

Os 12.170 habitantes de Ferreiros elegeram Zé Roberto, de 48 anos, para prefeito. Com 9 cargos de vereadores a serem escolhidos, Ferreiros optou por uma Câmara masculina e mais jovem. Nenhuma mulher ou pessoa idosa foi eleita na cidade. O município possui a menor média de idade na Câmara, com 36,9 anos. O equilíbrio entre pardos e brancos tende por um vereador para os pardos e não há autodeclarados negros.

Itambé

Com 36.471 habitantes estimados pelo IBGE, Itambé elegeu a prefeita mais longeva da Região. Dona Graça, de 81 anos, foi reconduzida à cadeira de prefeita. Numa câmara com 13 representantes, apesar de terem reelegido uma mulher como prefeita, a câmara chega em 2021 com apenas uma mulher. Apenas dois representantes possuem mais de 60 anos e a média de idade do município é de 44,6 anos. Itambé tem uma curiosidade: todos os 13 representantes do município autodeclararam pardos.

Itaquitinga

Pablo José de Oliveira, de 37 anos, foi o escolhido para ser o prefeito da cidade que tem 17.006 habitantes. Dos 11 vereadores eleitos, Itaquitinga tem apenas uma mulher escolhida e uma pessoa com mais de 60 anos. Dois vereadores se declararam pretos e apenas um branco. Itaquitinga tem uma média de idade no legislativo municipal de 42,5 anos de idade.

Goiana

Com 80.055 habitantes estimados pelo IBGE, Goiana é a maior cidade da Regional e sede da mesma. Elegeu Eduardo Honório, de 61 anos. Eduardo exercia a prefeitura por interinidade mas, a partir de 1 de janeiro, será conduzido como prefeito eleito da cidade. É a única cidade com 15 vagas na Câmara. A média de idade dos vereadores e vereadoras é de 43,9 anos. Goiana elegeu dois

representantes do sexo feminino e dois com mais de 60 anos. No quesito raça/cor, foram 8 autodeclarados pardos, 5 brancos e 2 pretos. Um deles, Cid do Caranguejo, é natural da comunidade quilombola de São Lourenço.

Macaparana

Aos 50 anos, Paulo Barbosa da Silva, ou Paquinha, como é conhecido, foi escolhido para representar os 25.472 habitantes de Macaparana. Com 11 vereadores eleitos, a nova composição da Câmara possui apenas uma mulher e uma pessoa com mais de 60 anos. A média de idade da casa legislativa é de 42,7 anos. 5 vereadores se declararam pardos, outros 5 brancos e um negro.

São Vicente Ferrer

Marcone Vicente dos Santos vem para o seu primeiro mandato como prefeito da única cidade da XII GERES que faz parte do agreste. Com 18.085 pessoas, tem agora no prefeito de 37 anos seu representante. Entre os 11 vereadores eleitos não consta nenhuma mulher. Além disso, há dois representantes com mais de 60 anos de idade. São Vicente Ferrer possui a maior média de idade na Câmara com 50 anos. Assim como Macaparana, 5 vereadores se declararam pardos, outros 5 brancos e um negro.

Timbaúba

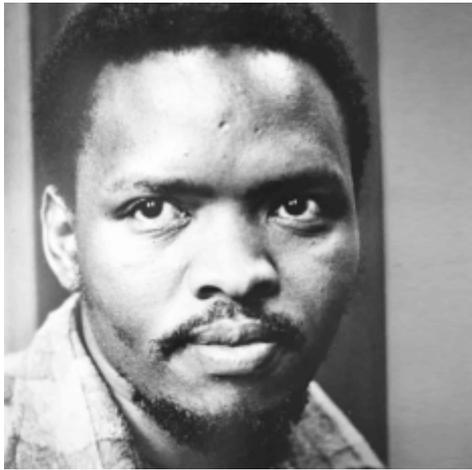
O prefeito em outras gestões, volta a governar Timbaúba. Marinaldo Rosendo, 55 anos foi eleito pela segunda maior cidade da Regional, com 52.802 habitantes. A Câmara chega com uma média de 47,7 anos de idade. É a casa legislativa com mais mulheres: 3 ao todo. Duas pessoas foram eleitas com 60 anos ou mais. Em Timbaúba, nenhum vereador se declarou preto.

*Por Eduardo Bezerra
XII GERES*



**CONSCIÊNCIA
E SAÚDE DA
POPULAÇÃO
NEGRA**





Quando Steve Biko, estudante de medicina e militante sul-africano, organizou um movimento e cunhou o termo Consciência Negra, a África do Sul estava em plena era do apartheid. Aos 30 anos, Biko foi torturado e morto pelo regime de segregação. O

apartheid foi um regime que durou 46 longos anos, entre 1948 e 1984. A África do Sul é um país muito rico em diamantes e ouro e por isso foi dominado já pelos holandeses no século XVII. Este domínio durou até o início do século XX, quando os britânicos tomaram o país.

O povo preto era 75% do país em 1913. O governo, composto por homens brancos, determinou que esta quantidade de pessoas viveria em uma área de apenas 7% do país. Foi o Native Land Act. Dez anos depois, em 1923, a medida mais conhecida pelo mundo foi tomada. O Native Urban Act proibiu a circulação do povo preto e de outras etnias em áreas comuns ao branco. Mais quatro anos pra frente, o apartheid chega à pauta de costumes e, por intermédio do Immorality Act, proibia relações sexuais fora do casamento entre brancos e não-brancos. Como o casamento entre eles também era proibido, qualquer tipo de relacionamento interracial foi considerado crime.

Quando Biko cunhou o termo Consciência Negra, ele tinha em mente a ideia de unidade do povo preto da África do Sul. Seu intuito foi o de tirar a ideia que o branco seria o “normal”, enquanto o negro seria o aberrante. A estrutura do preconceito atua desde a mais interna característica das pessoas, sua identidade, forma de pensar e forma de se perceber no mundo. Para isso seria importante que o negro e a negra quebrassem a ideia que o padrão do belo e perfeito seria o povo branco. Nestas construções, Biko cria o lema universalmente conhecido: “Black is beautiful!” O

negro é lindo! De tão forte, esta pequena construção de três palavras ganhou a cultura em forma de música, teatro, livros, peças, programas de TV.

Mas e a data? Como se chega ao dia 20 de novembro como Dia da Consciência Negra no Brasil?

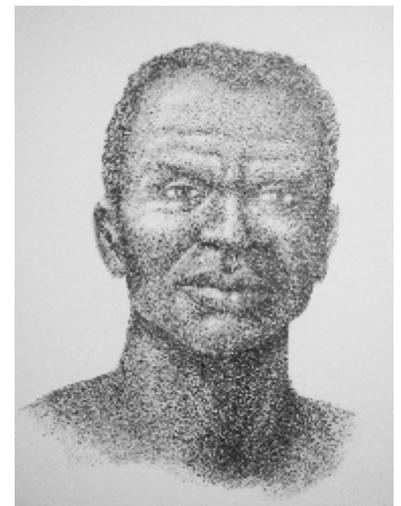
1695. Capturado após resistir por cerca de um ano e meio à destruição do Mocambo do Macaco pelo bandeirante Domingos Jorge Velho, Zumbi dos Palmares foi morto após ter sido entregue por Antônio Soares, seu companheiro de luta que o tinha delatado sob tortura. Era um dia 20 de novembro e a cabeça de Zumbi foi exposta na Praça do Carmo, centro do Recife.



O Quilombo dos Palmares era um conjunto de aldeias para onde negras e negros que escapavam da escravidão se dirigiam. Era um conjunto de aproximadamente 18 núcleos. O maior deles era o Mocambo do Macaco, com cerca de 6.000 pessoas. Estima-se que, ao todo, o Quilombo abrigava 20.000 egressos de África. Localiza-se em Alagoas, na atual região de União dos Palmares mas que, à época, fazia parte da Capitania de Pernambuco.

Sabe-se pouco de Zumbi. As imagens que associamos a ele não tem referência histórica. Quase toda bibliografia que o cita é europeia, o que ajudou durante muito tempo a construir mais a imagem de delinquente que de um herói. Por sorte, a transmissão da história oral nas comunidades quilombolas é muito forte e ajudou a construir o que temos hoje sobre ele.

Acredita-se que Zumbi nasceu em 1665 no próprio quilombo, que já existia desde o final do século anterior.



Palmares sofria vários ataques, primeiro de portugueses e, depois, dos holandeses. Uma parte da história que hoje é contestada, mas ainda fortemente difundida, é que, muito pequeno, Zumbi foi subtraído do quilombo e dado ao padre português Antônio de Melo. Foi batizado com o nome Francisco, aprendeu português e latim. Aos 15 anos, porém, fugiu e voltou a Palmares.

Um dos poucos registros concretos da existência de Zumbi é uma carta escrita pelo rei de Portugal à época, D. Pedro II (não confundir, porém, com o imperador do Brasil) onde o mesmo oferecia o perdão a ele, esposa e filhos, em troca dele se tornar súdito de Portugal. A palavra Zumbi vem de África, também podendo ser escrita como Zambi. Em quimbundo, é nzumbi ou nzambi. Significa “duende”. No Brasil ficou conhecido como “fantasma” ou aquele que vagueia em alta noite. Os holandeses da época relataram a presença de uma autoridade de Palmares chamada “Dambij”. Por aproximação vocal, pode ser também uma evidência forte que era o próprio Zumbi.

A história da ascendência de zumbi, misturada entre relatos orais e escritos, é nobre. Começa com Aqualtune, uma princesa do Congo que comandou 10 mil homens e mulheres na resistência aos invasores portugueses. Foi capturada e trazida para o Brasil, tendo chegado a Recife em 1597. Foi neste ano que um grupo de 40 escravos fugidos chega à Serra da Barriga no que seria em alguns anos o Quilombo dos Palmares. Foi vendida como reprodutora e, quando soube deste acampado de negros e negras fugidas, resolveu liderar uma fuga em busca do quilombo.

Aqualtune teve muitos filhos, mas três ficaram conhecidos: Ganga Zumba, primeiro líder do quilombo; Gana Zona e Sabina, mãe de Zumbi. Ele ainda foi casado com Dandara, uma guerreira e estrategista negra que preferiu encontrar a morte, jogando-se de um abismo, a ser capturada para ser levada escrava.

O DIA DA CONSCIÊNCIA NEGRA

Primeiro o dia foi incluído no calendário escolar a partir do ano de 2003, depois, em 2011,



virou data oficial instituída pela Lei nº 12.519. Estima-se que cerca de 15% das cidades brasileiras decretam feriado neste dia.

A discussão sobre a data, porém, volta mais um pouco no tempo e chega aos anos de 1970 com o Grupo Palmares, do Rio Grande do Sul. O Dia da Consciência Negra surge do questionamento do dia 13 de maio como o mais importante para a comunidade descendente de África no Brasil. Foi forte por um tempo, sobretudo pelo determinante apelo escolar. Mas a realidade não deixou que a “abolição da escravatura” seguisse como referência eternamente. Esta dita abolição não conferiu ao povo preto do Brasil cidadania e respeito. O dia da morte de Zumbi dos Palmares se identifica mais com a condição dos negros e negras e suas lutas diárias.

O IMPACTO DAS DESIGUALDADES RACIAIS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO PRETA

O racismo impacta na vida das pessoas, não apenas pelo lado da violência física ou economia. O racismo é um fenômeno que atinge absolutamente todos os aspectos da existência humana. E a saúde do povo preto não fica de fora. É um prejuízo amplo que vai da negligência com a saúde de uma população ao simples descaso com o simples, mas valioso, ato de registrar o quesito raça/cor num campo de formulário.

Na gestão pública, para uma coisa existir é preciso haver conhecimento dela. Por isso alguns instrumentos dão ciência a estes fatos. Na saúde

pública quem cumpre com este papel são os sistemas de informação em saúde. Em 2001, num encontro em Durban (África do Sul), foi apresentada a Declaração e Plano de Ação da Conferência da ONU Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata. Este foi o primeiro movimento global pela busca de dados estatísticos que permitissem construir a face do racismo nas relações coletivas. Foi um passo importante para superar a invisibilidade das desigualdades raciais nos países.



No Brasil, a primeira legislação a reforçar a importância do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde foi a Portaria GM/MS nº 992/2009, que estabelece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Entre seus objetivos está o de “aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados do SUS.” Depois, com o ano de 2010 chega a Lei nº 12.288, também conhecida como Estatuto da Igualdade Racial. Um dos trechos mais importantes afirma que população negra é “o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas, conforme quesito cor ou raça, usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)”. Em 2017, o Ministério da Saúde lança a portaria de número 344, que dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde, tornando-o obrigatório.

Além do mais, muitos profissionais de saúde resistem ao preenchimento dos instrumentos de informação e isso dificulta a construção de um perfil racial na saúde.

Ainda assim, é possível saber um pouco sobre como as questões raciais impactam na saúde das pessoas. A vulnerabilidade nas condições de saúde das crianças negras se torna particularmente perversa porque torna essa condenação à exclusão quase que congênita. De acordo com a UNICEF, em dados coletados de matéria da Geledés, uma criança negra tem 25% de chances a mais de morrer antes de completar o primeiro ano de vida que uma criança branca. Antes dos cinco anos, a criança negra tem 60% de chances a mais de morrer por doenças infectoparasitárias que a mesma criança branca. Quando o assunto é desnutrição, uma marca evidente de desigualdade social e econômica, o risco de uma criança negra vir a óbito quando comparada a uma branca é de 90%.

Um dos grandes entraves à operacionalização do quesito raça/cor está na questão da autodeclaração. Muitos e muitas profissionais de saúde não aceitam que quem diz se é preta, parda, branca ou outra, é a própria pessoa ou responsável legal. Obviamente que isso esbarra numa situação de incompreensão da população das questões raciais e de sua própria identidade.



À medida em que a população negra avança em faixa etária, os contornos do racismo e seus reflexos se tornam mais complexos. Enquanto a taxa de mortalidade pela violência de jovens brancos na faixa de 15 a 29 anos é de 34 para cada 100 mil habitantes, na população negra isso sobe para 98,5 por 100 mil habitantes. Quase três vezes mais. De acordo com o Mapa da Violência, para cada pessoa não negra assassinada em 2017, 2,7 negros e negras pereceram pela mesma condição.

A pesquisadora Maria do Carmo Leal, com larga produção no campo do nascer, produziu em 2017 um artigo chamado “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e parto no Brasil”. Neste, fica muito claro o perfil daquilo que se

chama de “violência obstétrica”, termo que em 2019 deixou de ser usado pelo Governo Federal por considera-lo “inadequado”. Mesmo com essa tentativa de invisibilidade, este tipo de violência é muito claro.

Em números, essa violência se torna muito mais chocante. De acordo com a pesquisa, para cada 100 mulheres brancas que tem um pré-natal inadequado, 162 negras tem a mesma chance. A falta de vinculação à maternidade opõe brancas e negras em 100 para 123. A ausência de acompanhante, quando comparada a 100 mulheres brancas tem chance de ocorrer para 162 mulheres negras. Para cada 100 mulheres brancas que peregrinam pelo parto, 133 negras sofriam a mesma situação. Mas um dado chama atenção pelo caráter extremo deste tipo de violência. Quando se observa a administração de anestesia local para realização da episiotomia, para cada 100 mulheres brancas que o recebem em caráter insuficiente, 149 negras sofrem dores desnecessárias por conta desta negligência.

A pandemia do novo coronavírus também explicitou que o envelhecer entre pretos e pardos não significa que esta exclusão arrefece. Pelo contrário. A condição de vitimar pessoas idosas pela pandemia já agravou aquilo que é encarado pela Organização Mundial de Saúde como ageism, ou uma forma excludente de se cuidar (ou não cuidar) da velhice. Cerca de 80% dos mortos no país pela COVID-19 são pessoa idosas. Isso, por si só, já alimentou uma ideia sem evidência científica chamada de “isolamento vertical”, isto é, libera-se os mais jovens para o trânsito normal e deixa os mais velhos em casa. O óbvio e principal problema é que o mais jovem trará a doença para casa, como ocorreu aos montes desde março. A taxa de letalidade entre brancos e negros internados mostrou bem como se dá essa disparidade. Enquanto 37,9% dos brancos internados vieram a óbito, 54,8% dos negros tiveram o mesmo desfecho. Quando observamos as faixas da velhice, o percentual de óbitos de internados de 60 a 69 anos foi de pouco mais de 40% entre brancos e

quase 70% entre negros. Dos 70 aos 79 anos, os brancos pereceram em cerca de 60% das internações, enquanto quase 80% dos negros vieram a óbito. A partir dos 80 anos essa diferença passa a ser bem menor mas nunca favorece ao povo preto. Dos 80 aos 89 anos os brancos são pouco mais de 70% de mortes entre os internados e os negros pouco mais de 80%. De 90 anos acima, ambos superam os 80% de óbitos entre os internados mas os negros chegam mais próximo dos 90% de letalidade.

A morte precoce, seja por doença ou violência, rouba anos de vida preciosos da população preta. Estudo realizado por pesquisadores do Núcleo de Estudos da População (NEPO), da Universidade Estadual de Campinas e do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp, mostram que a diferença na expectativa de vida entre homens e mulheres brancos e brancas frente aos negros e negras chega a cerca de 6 anos, com as mulheres vivendo mais que os homens.

O enfrentamento ao racismo, sobretudo o estrutural, é indispensável para que o Sistema Único de Saúde cumpra plenamente com seus princípios de universalidade, integralidade e equidade. E isso começa pela base, pelos municípios, pelas unidades básicas de saúde. Começa pela autoavaliação que profissionais de saúde precisam fazer. Começa pela reavaliação de como gestores e gestoras precisam atuar compreendendo que este fenômeno não é um detalhe, algo pequeno. É um importante determinante social nas condições de saúde da população brasileira. Afeta prioritariamente negros e negras mas também afeta todo o conjunto social. O racismo causa impactos sociais e econômicos importantes que nos levam ao atraso. É um trabalho de todos e todas fazer este enfrentamento com informação e atitude.

*Por Eduardo Bezerra
XII GERES*

A dramatic sunset scene with a man and a woman in silhouette. The sun is low on the horizon, creating a bright orange and yellow glow that filters through large, dark clouds. The couple is standing on a dark wooden pier or balcony, looking out over the ocean. The overall mood is romantic and contemplative.

**PATERNIDADE,
PATERNAGEM E
PRÉ-NATAL
DO PARCEIRO**

AVANÇOS NO RECONHECIMENTO DOS PAPÉIS E RESPONSABILIDADES

Em uma sociedade patriarcal e machista, o planejamento reprodutivo sempre foi um processo historicamente delegado às mulheres. Essa é uma conversa que deriva do melindroso e polêmico papel da ideologia de gênero e da influência dela na construção social do cuidado.

É impossível avançar nessa discussão sem passar pela realidade do afastamento do homem de tudo que é tido como “feminino”. O cuidado doméstico, educativo, formativo, dos familiares, dos filhos (ou qualquer outro tipo de cuidado, inclusive consigo mesmo) é “coisa de mulher”. Esse distanciamento fomenta o esvaziamento da presença do parceiro no planejamento reprodutivo e na preparação para a chegada da criança.

E, quando a criança chega, na grande maioria das vezes o papel desempenhado pelo homem é de paternidade, que trataremos nesse espaço como sendo o homem que se tornou biologicamente pai de uma criança, mas não necessariamente assume a responsabilidade que o compete, sendo uma gestação planejada ou não. A paternagem é um processo diferente da paternidade. A paternagem se realiza no campo do afeto e do cuidado ativo, onde há a compreensão de que a construção da relação pai-filho é um espaço que o pertence e que precisa ser ocupado.

É empírico que boa parte dos homens não se envolvem no processo de gestar e que a construção de vínculos com seus filhos é muito fragilizada, sendo uma realidade ainda mais frequente no caso da gestação não planejada e/ou em situações onde não há um relacionamento afetivo entre os pais. O próprio formato de cuidado do pré-natal, parto e puerpério focado no binômio mãe-bebê alicerça-se nesse contexto sociocultural.

E aqui aproveitamos a deixa para conversar sobre como a saúde enxerga esse processo. No âmbito das Políticas Públicas em Saúde ainda há lacunas, discussões e ações rasas frente a este cenário. Em 2009, o Ministério da Saúde publica a portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e a regulamenta em 2017. Apesar de citar o planejamento reprodutivo como um de seus objetivos, parte do texto regulamentado se volta para a assistência às disfunções sexuais e reprodutivas voltadas para a infertilidade.

O Instituto Papai (2009) faz uma consideração interessantíssima sobre a potencialidade dos serviços de saúde (seja em qualquer nível de complexidade) de desenvolver estratégias que promovam a aproximação e a participação dos homens no cuidado com seus filhos. Dito isto, trazemos aqui uma dessas estratégias, que inclusive já existe, mas que ainda não é implantada de forma massiva e consistente: O Pré Natal do Parceiro.

O Pré-Natal do Parceiro objetiva a promoção de uma paternidade participativa, responsável e cuidadora, e não apenas genitora. Esta estratégia procura sensibilizar e promover o envolvimento consciente e ativo de homens adolescentes, jovens adultos e idosos em todas as



etapas do planejamento reprodutivo e, ao mesmo tempo, contribuir para a ampliação e a melhoria do acesso e acolhimento desta população aos serviços de saúde, com enfoque na Atenção Básica. (BRASIL, 2016) Nesse sentido, o fomento ao Pré-Natal do Parceiro é uma estratégia interessante



que deve ser utilizada pela Atenção Primária em Saúde, sendo capaz de promover mudanças relacionadas aos papéis socialmente impostos.

No cerne do Pré-Natal do Parceiro estão ações de cunho educativo sobre a paternidade ativa. Talvez o aspecto mais diferenciador e interessante da estratégia seja a abordagem da representação do papel de pai para o homem, das suas experiências e

expectativas com a paternidade, dos aspectos afetivos e sociais que envolvem a mudança que traz a chegada de uma criança.

Além de estimular a participação do parceiro na gestação, parto e puerpério, esta estratégia visa também o alcance das ações preventivas ao público masculino, conhecido historicamente pela procura aos serviços e cuidados em saúde apenas na agudização de seus quadros. Devem ser ofertados testes rápidos de HIV, Sífilis, Hepatite B, dosagem de glicose, aferição de pressão arterial, vacinação e todo e qualquer cuidado que possa ser disponibilizado e a equipe julgue necessário.

Pode-se dizer que um outro ganho que o Pré-Natal do Parceiro pode proporcionar é a construção do vínculo do homem com o serviço de saúde, sendo esta uma das maiores dificuldades enfrentadas pela Atenção Primária com o público masculino principalmente no quesito prevenção e promoção de saúde.

Este é apenas um pequeno recorte de como o machismo afeta os processos de saúde. E não apenas do homem.

*Por Marília Matasha
XII GERES*





EXPERIÊNCIAS MUNICIPAIS:
**QUATRO ANOS DE
SAÚDE PÚBLICA
EM TIMBAÚBA**

Atenção Básica

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual dos municípios brasileiros.



O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país.

Superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema, expresso por uma "associação fina da técnica e da política", para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança.

O município de Timbaúba durante a gestão de 2017 a 2020 inovou no processo de organização do seu sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

Várias foram as experiências exitosas do município que demonstram que a organização da Rede de Atenção à Saúde tendo a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

O município teve uma gestão baseada na reestruturação e informatização de todas as 20 Unidades de Saúde da Família. Além da preocupação com a reforma e estrutura física, aquisição de equipamentos, materiais permanentes, medicamentos, etc, o município investiu na modernização do processo de trabalho das equipes intensificando a integralidade da assistência, o acesso dos usuários aos serviços de



saúde tendo a atenção primária como a coordenadora do cuidado, a valorização profissional dos trabalhadores de saúde, em educação permanente, o processo de planejamento estratégico com a participação ativa dos membros das Equipes de Saúde da Família e integração e inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção básica.

Nessa atual gestão, Timbaúba alcançou um desempenho excelente no Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e segue avançando em 2020 no Programa Previne Brasil do Ministério da Saúde, que possuem indicadores e um sistema de avaliação que avalia a organização e processo de trabalho da Atenção Primária em Saúde.



Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde do município de Timbaúba ao longo da gestão 2017-2020, priorizou a estruturação do serviço, a integração com a atenção primária e o monitoramento e avaliação como garantia da efetividade das ações. As avaliações realizadas pelo Programa da Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQAVS, evidenciam o ótimo desempenho da gerência de vigilância em saúde, garantindo sempre o valor máximo do recurso financeiro a ser recebido, mediante os resultados alcançados nos indicadores do programa.

A partir do incentivo financeiro, a vigilância foi estruturada com a compra de equipamentos e insumos necessários para a realização das ações, tais como: geladeiras, microscópio, estufa, ar condicionado, armários, estantes, gps, computadores, impressora, câmera fotográfica, dentre outros. Foi implantado o Laboratório de Controle de Qualidade da Água, importante serviço para garantia do monitoramento e avaliação da água para consumo

humano, e reestruturado o Laboratório de Esquistossomose.

Ademais, foram entregues fardamentos para os agentes de combate as endemias – ACE, além da garantia dos materiais necessários para as atividades de campo, no controle das arboviroses: Dengue, Zika e Chikungunya. Realização de ações intersetoriais no combate as arboviroses, em parceria com a Secretaria de Obras, como mutirões de limpeza nos bairros.

Durante a Pandemia da Covid-19, no corrente ano de 2020, tivemos reforço de pessoal, com a formação de uma Equipe de Resposta Rápida – ERR, formada por estudantes de graduação da área de saúde, para garantir celeridade nas ações de busca ativa, controle de contatos e investigações de óbito por Covid-19. Além disso, foram montadas 04 (quatro) Barreiras Sanitárias, para intensificar as ações educativas. Foram adquiridos 3.000 mil testes rápidos, para garantir o acesso ao diagnóstico, montadas equipes de rastreamento no território, equipes de educação em saúde, realizada sanitização nas principais rotas de aglomeração de indivíduos (feiras, rodoviária e centro comercial), bem como nas Unidades de Saúde da Família, Upa, Policlínica e Anexo-COVID. Realizamos parceria com o polo têxtil do município, onde foram confeccionadas e entregues a população 50.000 máscaras de tecido e 5.000 frascos de álcool a 70% nas populações com menor acesso a água.



PNI

A vacinação compreende a administração de uma vacina, cuja finalidade consiste em proteger o corpo de doenças infectocontagiosas ou ajudam

no tratamento contra essas doenças. Quando um grande quantitativo de pessoas é vacinado, desenvolve-se o que chamamos de imunidade de grupo. A vacinação implica no método mais eficaz na prevenção de doenças infecciosas, salvando milhões de vidas em cada ano. A sua eficácia e segurança encontra-se diretamente ligada ao armazenamento, transporte e manutenção de sua utilização. Ao decorrer dos últimos quatro anos o município de Timbaúba passou por 4 campanhas nacionais de influenza, sendo esta última a mais difícil devido a atual situação epidemiológica do COVID-19. Entre outras campanhas nacionais contra poliomielite e sarampo. O quantitativo de doses aplicadas de Dt atualmente, administradas no município conta mais de 5mil doses, resultando em um alto índice de proteção contra a doença.

Ressaltamos também inserção da vacina meningocócica ACWY, inserida em 2020 no calendário do adolescente, até o momento, mais de 1 mil adolescentes receberam o imunobiológico e encontram-se protegidos. Outra relevante inserção na vacinação de 2020, foi a febre amarela aberta para a população de 9 meses a 59 anos de idade, desde sua implantação em março do decorrente ano o município totaliza mais de 17 mil doses aplicadas.



Atualmente o município possui 21 salas de vacina equipadas para a realização da imunização e realizar a proteção comunitária das diversas patologias imunopreveníveis, em todos os ciclos de vida.

UPA 24H – MARIA JOSÉ DE ALBUQUERQUE ROSENDO

O principal objetivo do nosso trabalho é

acolher adequadamente a todos que nos procuram dando resolutividade ao caso, seja na própria unidade, transferindo para uma unidade de maior complexidade por meio da Central de Regulação de Leitos de Estado de Pernambuco, ou encaminhando para os serviços de Atenção Básica do Município.



Diante da Emergência em Saúde Pública declarada pela Organização Mundial da Saúde em 30 de janeiro para infecção Humana pelo novo CORONAVIRUS (COVID-19), Timbaúba deu mais um grande passo nessa luta diária contra Covid-19.

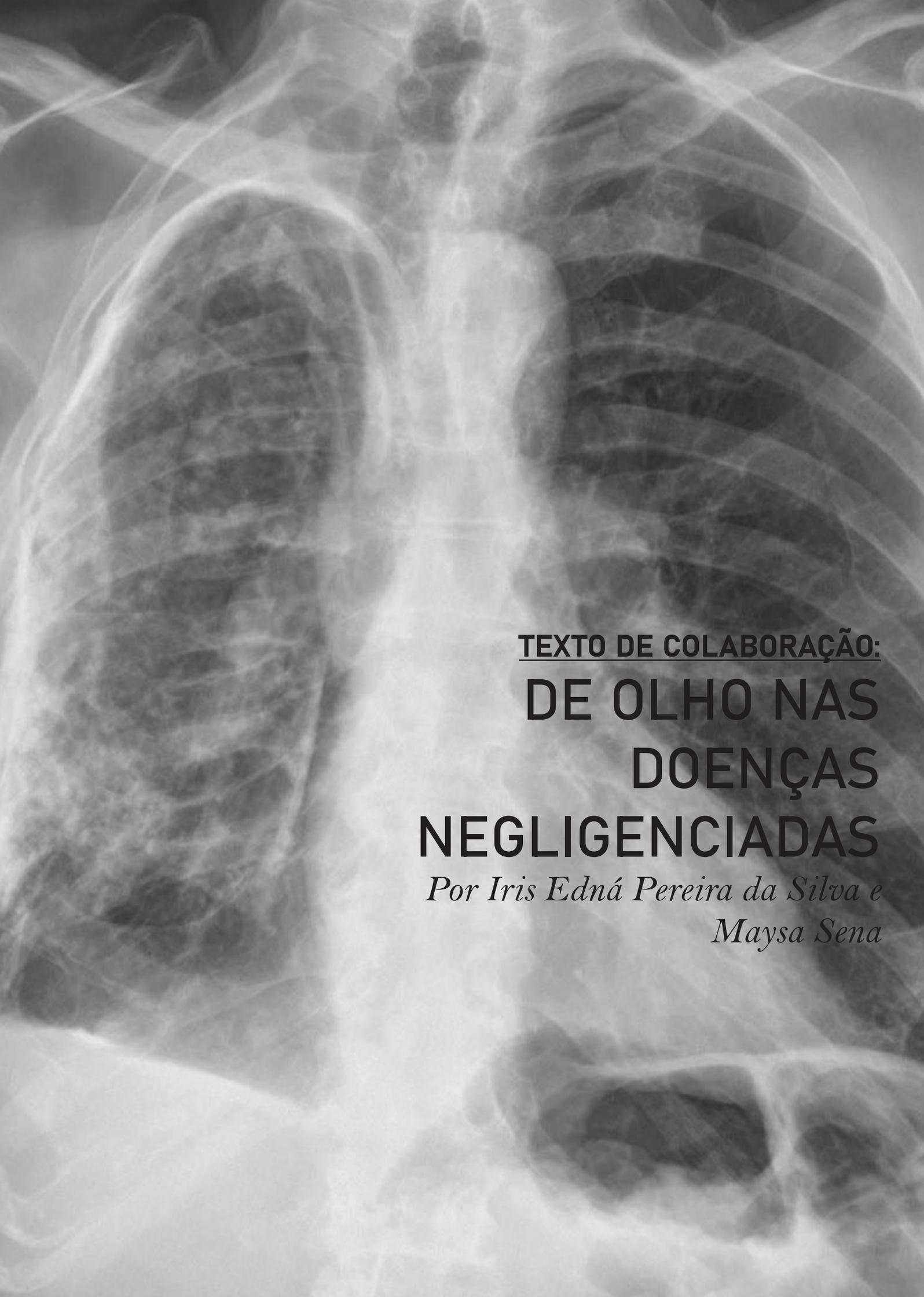
A Prefeitura, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, inaugurou no dia 16/06/2020 o Anexo Hospitalar da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Timbaúba. A ala é exclusiva para os pacientes já diagnosticados com Covid-19 e para o atendimento das pessoas que apresentarem os sintomas da doença.

A UPA Timbaúba, vem buscando a melhoria em seu serviço, tendo a Educação Continuada aliada a um processo de ensino e aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar a capacidade de nossa equipe.

Nas datas comemorativas realizamos atividades de educação em saúde com pacientes e colaboradores da nossa Unidade.

Pela Equipe da Secretaria de Saúde de Timbaúba

**Os textos enviados para a seção de Experiências Municipais são de responsabilidade da gestão. O espaço é cedido para divulgação das atividades desenvolvidas nas cidades.*



TEXTO DE COLABORAÇÃO:
**DE OLHO NAS
DOENÇAS
NEGLIGENCIADAS**

*Por Iris Edná Pereira da Silva e
Maysa Sena*

Em um cenário onde todas as atenções estão voltadas para a COVID-19, deixar passar despercebidas outras doenças pode ser extremamente perigoso. O momento catastrófico tido como o maior problema sanitário já visto por esta geração e provocado pelo novo coronavírus, teve início no Brasil no mês de março de 2020 e está apresentando efeitos devastadores nos sistemas de saúde, economia, educação e outros.

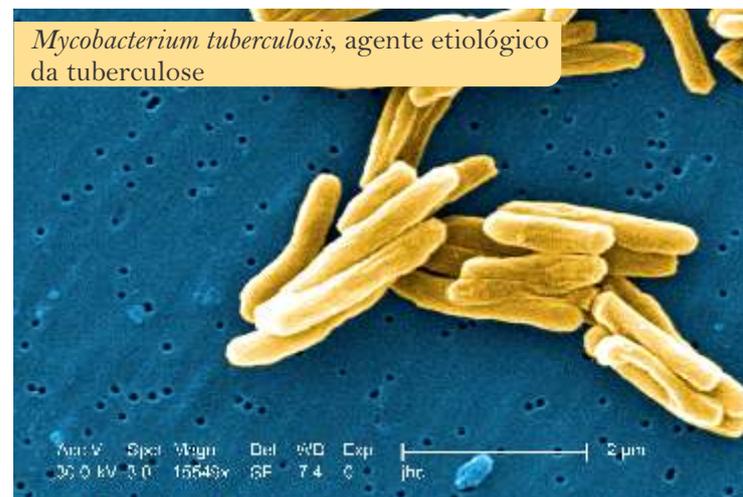
Em 30 de janeiro deste ano foi celebrado o primeiro dia Mundial das Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN), uma conquista que merece atenção dos órgãos da saúde ao lembrar esse problema sanitário de grande impacto. As doenças negligenciadas se referem a um grupo de enfermidades que afetam as populações mais pobres do mundo, sendo causadas por vírus, bactérias, protozoários e parasitas em geral. Dengue, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária e tuberculose são exemplos deste grupo de doenças. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DTN afetam 149 países, principalmente os países da África, Ásia e América Latina. Em 2015, a OMS lançou um plano global para erradicar as doenças negligenciadas até 2020, tendo como proposta integrar melhores serviços de água, saneamento básico, higiene e educação em saúde.

No Brasil, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), juntamente com institutos e centros de pesquisas e universidades tem contribuído ao longo dos anos em caráter fundamental para busca de novas drogas e luta nas políticas de saúde para o controle e combate dessas doenças negligenciadas. “É necessário pensar em populações negligenciadas, e não apenas em doenças negligenciadas”, apontou a presidenta da Fiocruz, Nísia Trindade Lima.

Pernambuco é o estado pioneiro na criação em um programa específico voltado para as doenças negligenciadas mais prevalentes. O Programa de Enfrentamento as Doenças Negligenciadas (SANAR) foi criado em 2011 com o objetivo de eliminar ou reduzir a transmissão de doenças como tuberculose, hanseníase, esquistossomose, doença de Chagas, leishmaniose, filariose, geo-helminthíases e tracoma. O programa criou suas estratégias baseadas no plano estratégico da Secretária Estadual de Saúde (SES), fortalecendo a capacidade de resposta das regionais e dos municípios, e também pactuando com as Estratégias de Saúde da Família no âmbito

da educação em saúde e tratamento.

Dentre as mais recorrentes, a tuberculose se destaca. Engajados na luta contra o novo coronavírus, os países mais afetados pela afecção pararam de diagnosticá-la, revela o relatório anual da OMS, que calcula que a doença pulmonar pode matar este ano entre 200 mil e 400 mil a mais que as 1,4 milhão vítimas fatais em 2019, apesar de haver cura. A TB (tuberculose) é uma infecção bacteriana transmitida pelo ar e que na maioria dos casos é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* sendo a tosse e a febre um dos seus principais sintomas. O estado de Pernambuco ocupa o 1º lugar em número de notificações o 3º lugar em incidência. Em relação a mortalidade fica com a 2º colocação e é o 6º em abandono de tratamento. No ano passado foram notificados 6.166 casos da doença, gerando um alerta para a prevenção, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos casos.



A hanseníase é uma doença de conhecimento muito antigo que durante muito tempo foi chamada de lepra. Causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium leprae*, atinge pessoas de todas as idades, em especial a faixa etária economicamente ativa e representa um agravo significativo para a saúde pública. A transmissão da hanseníase ocorre por meio de pessoas infectadas e sem tratamento. Pelas vias aéreas, elimina o bacilo para o meio exterior. O Brasil é o 2º país do mundo com maior prevalência e Pernambuco é o 3º estado com maior número de casos novos onde foram notificados 2.201 no ano de 2018.

Conhecida como barriga d'água, a esquistossomose é uma doença parasitária transmitida por contato com água parada

habitadas pelos caramujos infectados pelo *Schistosoma mansoni*. Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), para o estado de Pernambuco, foram notificados 193 casos em 2017. O contexto epidemiológico caracteriza a Zona da Mata como região endêmica, sendo assim, uma área de maior prevalência, tendo como destaque a presença em mais da metade dos municípios da XII GERES. Dentre os sintomas na fase aguda está uma coceira (prurido) que lesiona a pele e abre passagem para o parasita. Segue-se febre, diarreia e dor de cabeça, podendo também se apresentar em forma assintomática.



O caramujo é o hospedeiro do *Schistosoma mansoni*

O primeiro surto de doença de Chagas de Pernambuco ocorreu no fim do primeiro semestre de 2019, com cerca de 24 casos confirmados no interior do estado. A enfermidade é causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, cujo vetor é o triatomíneo (conhecido como barbeiro). Outra forma de transmissão é por meio de alimentos contaminados pelo *T. cruzi*. Entre os sintomas, estão: febre contínua, intermitente e prolongada por cerca de 7 dias; edema de face ou de membros, exantema (manchas vermelhas na pele), adenomegalia (inchaço de gânglios), hepatomegalia (inflamação do fígado), esplenomegalia (inflamação no baço), cardiopatia aguda, manifestações hemorrágicas, icterícia, náusea, astenia (perda ou diminuição de força física), mialgia (dor muscular) sinal de Romaña (edema inflamatório nas pálpebras) ou chagoma de inoculação (edema inflamatório na pele) e dor epigástrica (abdominal). No estado, funciona a Associação Pernambucana dos Pacientes com Doenças de Chagas, criada em 1987, pela equipe médica do Ambulatório de Doença de Chagas do Hospital Oswaldo Cruz (Huoc). Desde 2010, funciona no mesmo imóvel que abriga o

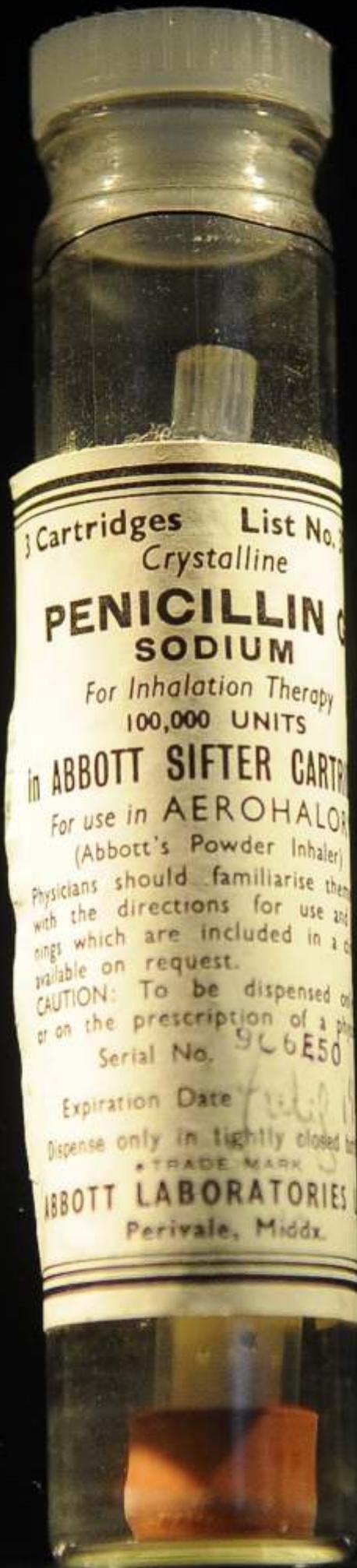
ambulatório anexo do Hospital Procape, promovendo campanhas e eventos com o intuito de melhorar a situação do enfermo de chagas.

A Leishmaniose Visceral (LV), também conhecida por calazar é uma doença parasitária transmitida pela picada de insetos flebotômíneos hematófagos. Possui como reservatórios principais o cão e a raposa, podendo acometer o homem quando este entra em contato com o ciclo de transmissão do parasito. Apresenta altas incidência e letalidade, principalmente em indivíduos não tratados e em crianças desnutridas. É também considerada emergente em indivíduos portadores da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). Em Pernambuco, a LV é considerada endêmica, inicialmente com caráter rural e recentemente em expansão para áreas urbanas. Apesar dos testes realizados em mais de 4 mil cães, da aquisição de 2 mil coleiras impregnadas com inseticida, da descentralização do teste rápido e capacitação de profissionais, 154 casos foram diagnosticados em 2019.

A filariose é uma verminose que atinge os vasos linfáticos, a maioria das pessoas infectadas não apresenta sintomas, mas pode ocasionar deformidades em pelo menos 1% das portadoras.

Os principais sinais desses casos mais graves são o edema de membros e/ou mamas, no caso das mulheres, erisipela e hidrocele nos homens, podendo ocorrer urina leitosa. Em 2011, ano de início das atividades do SANAR, foram 11 casos. No Brasil, a doença só tinha registro no Recife, Olinda, Paulista e Jaboatão dos Guararapes. Desde 2014, a prevalência da doença é





de 0%, ou seja, não há casos confirmados desde então. Em 2012, foram 5. Em 2013, houve 1 registro, o último. Sendo assim, desde 2013 Pernambuco está em processo de certificação da eliminação da filariose do estado junto ao Ministério da Saúde (MS) e à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS-OMS).

As geohelmintíases são um conjunto de verminoses causadas por parasitas que se instalam no interior do intestino. As verminoses podem causar dores abdominais, diarreias frequentes, anemia, palidez excessiva, perda de peso, barriga inchada e sangramentos intestinais. Em crianças, pode haver dificuldade de aprendizagem e retardo no crescimento. Um dos principais meios para o combate e controle são as campanhas que ocorrem em períodos escolares com tratamento em massa e ações educativas de promoção da saúde.

Doença infecciosa ocular, o tracoma, que acomete a conjuntiva e a córnea, em decorrência de repetidas infecções. No último inquérito realizado pelo SANAR em 2012 foram diagnosticados 2.354 casos. Ela pode provocar cicatrizes que levam à formação de entrópio (pálpebra com margem virada para dentro do olho) e triquíase (cílios em posição defeituosa nas bordas da pálpebra, tocando o globo ocular), e alterações na córnea que podem causar cegueira.

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*. A doença não tratada progride ao longo de muitos anos, sendo classificada em sífilis primária, secundária, latente recente, latente tardia e terciária. A transmissão pode ser sexual, vertical ou sanguínea. A via predominante é a sexual, entretanto, a mulher portadora da bactéria durante a gestação pode transmitir para o feto durante todo o período gestacional. O resultado da contaminação do feto pode ser o abortamento, óbito fetal e morte neonatal ou o nascimento de crianças com a doença. Não há imunização natural para a doença, isso significa que o indivíduo pode adquirir a sífilis sempre que se expuser ao *T. pallidum*. De acordo com o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), para tratar, a penicilina é o medicamento de escolha para todas as apresentações da sífilis e a avaliação clínica do caso indicará o melhor esquema terapêutico. Na gestação, a penicilina é a única terapia com eficácia comprovada com capacidade de tratar o feto. Além de ser eficaz e de baixo custo, até o momento não foram

documentados casos de resistência à droga no Brasil. Segundo boletim epidemiológico da Secretaria Estadual de Saúde, no estado de Pernambuco, de 2011 a 2018, foram notificados 31.137 casos de sífilis adquirida, destes, 50,22% são do sexo feminino (15.637 casos). Em 2019, cerca de 2.137 novos casos surgiram. Existe uma integração com o SANAR para o diagnóstico precoce e o tratamento das pessoas.

SUBNOTIFICAÇÃO EXIGE CUIDADO

O panorama atual de pandemia traz consigo algumas observações importantes para a visão e planejamento do gestor que tem as doenças negligenciadas meramente associadas a condição de vida precárias com pouco acesso aos serviços.

Neste sentido, a XII GERES visa contribuir para o fortalecimento dos serviços públicos de saúde com um indicador de 100% de cumprimento da informação geradas no SINAN (INFORME SINAN-PE, 2020). É a importância de colher informações e observar as estratégias que foram utilizadas no combate à essas doenças onde precisamos aproveitar esse legado de esforços e utilizar os mesmos ingredientes para combater doenças que são negligenciadas há décadas.

São muitos desafios pela frente e um longo caminho para percorrer antes que as doenças

negligenciadas se tornem doenças do passado. O progresso rumo ao controle e à eliminação está ameaçado por vários fatores, incluindo crises humanitárias, desastres naturais, mudanças climáticas e deslocamentos populacionais.

No entanto, é preciso manter o foco em diagnosticar essas pessoas e proporcionar uma boa qualidade de vida, sobretudo por meio da atenção primária, visto que ela é o primeiro contato do usuário no SUS e recebem as informações necessárias para a prevenção e os cuidados adequados, para não enfrentarmos epidemias pós-pandemia. Um exemplo muito claro está na capacidade das doenças negligenciadas tornarem a AIDS e a TB mais letais. Por isso, combater as doenças negligenciadas é contribuir fortemente para salvar muitas vidas.

Por

Iris Edná Pereira da Silva, Enfermeira, Residente em Saúde Coletiva-UPE

Maysa Sena, Assistente Social e estudante de Jornalismo.

**Os textos de colaboração são de pessoas externas à XII GERES e sua produção é de inteira responsabilidade dos autores e autoras*

Atenção, instituições de ensino!

Se você é estudante, professor, professora, gestor ou gestora de faculdades, escolas técnicas ou outra unidade educacional na XII Regional de Saúde e tiver experiências na saúde pública, escreva um texto, faz foto, manda pra nós. Queremos saber como o ensino, a pesquisa e o serviço estão se integrando! Pode ser projeto de extensão, experiência de estágios, parceria em ações com o poder público, atividades autônomas. Queremos conhecer vocês!

**Envia um email para o
revista | 2geres@gmail.com**

9.

Exercite a solidariedade! Muitas pessoas estão precisando de ajuda por conta da pandemia. Muito ou pouco, ajude! Só vamos conseguir sair bem disso tudo juntos!

1.

Não abandone as máscaras. Elas ainda são a maior proteção contra a COVID-19. Vai no mercado ou no comércio? Usa a máscara!!!

2.

É comum sair pra fazer compras no fim do ano. Mantimentos, presentes... Em todos estes lugares tem aglomeração. Por isso, manter o distanciamento social é vital. Se os locais estiverem muito cheios, volte em outra hora.

8.

Passe as festas com as pessoas que compartilham a mesma casa no dia a dia. Não receba parentes de fora ou pessoas que não estão na rotina da casa. Mas ligue pra todo mundo!!!

9 dicas para um final de ano mais seguro

3.

Água e sabão em primeiro lugar. Álcool 70° em segundo lugar. Deixar as mãos limpas é muito importante para evitar a COVID-19.

7.

Confraternizações no trabalho e entre amigos também não é recomendado. Sabemos que é triste, mas adoecer pode ser ainda mais triste.

6.

Não vá a festas, shows ou aglomerações. O governo de Pernambuco, inclusive, proibiu a realização destas atividades devido ao aumento nos casos da COVID-19.

5.

Se fez compras, procure limpar as embalagens antes de guardar e usar. A mesma coisa se pedir comida pelo telefone. Limpe tudo com álcool 70° antes de servir.

4.

Sentiu alguma coisa? Não saia de casa. Proteja-se e proteja os seus. Se estiver sintomático, use máscara e procure se isolar. Procure o serviço de saúde mais próximo de sua casa.



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
MAIS TRABALHO. MAIS FUTURO



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



Siga-nos no Instagram: [@gerencia12geres](https://www.instagram.com/gerencia12geres)