

REVISTA DA XII REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

ANO IV
NUM 8
MAR
2021



A SAÚDE DA MULHER E A LUTA POR UM SUS INTEGRAL

E MAIS: SAÚDE PÚBLICA E INOVAÇÃO | PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA COVID NA XII | PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES | REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E AS FAMÍLIAS DA SÍNDROME CONGÊNITA RELACIONADA AO ZIKA VIRUS | ENTREVISTA: FRANCISCO SANTOS | PANDEMIA E SAÚDE MENTAL



@gerencia12geres



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
MAIS TRABALHO. MAIS FUTURO.



Nossa equipe é majoritariamente feminina. Inclusive nos cargos de chefia e coordenação. Sabemos que somos consequência de todas as mulheres que viveram, lutaram e morreram por uma causa antes de nós. Também somos produtos de milhões de mulheres que, anonimamente, travaram suas lutas no ambiente de casa, na rua, no trabalho. Ao mesmo tempo preparamos o mundo para aquelas que virão depois de nós. Este é o sentido da clássica frase de Simone de Beauvoir: «Não se nasce mulher, Tornase!» Existe aquilo que a sociedade pensa e espera que sejam as mulheres e existe o que elas são e gostariam de ser. O mês de março é de reforçar estas lutas, conquistas e desejos para que opressões e violências não mais se repitam. E que todo e qualquer espaço tenham suas portas abertas para o feminino.

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 | Silvana Monteiro, Eduardo Bezerra, Thuanni Andrade, Laura Patriota, Maria Eduarda Trindade, José Lancart, Ingrid Rayanne

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

5
desafios
da pids
em 2020

7
sus e
inovação

11
entrevista
francisco
santos

14
oportunidade
e famílias
do zika virus

16
saúde da
mulher
e sus

24
pandemia
e saúde
mental

27
dalvinha
força e
acolhimento

29
perfil da
covid na
xii geres

29
painel da
vacinação
na xii geres



Construa a Revista da XII Regional de Saúde de Pernambuco conosco!

Se seu município é da XII GERES, mande as experiências exitosas. Se você não é da Regional, também pode sugerir pautas e escrever conosco. Entre em contato pelo email revista12geres@gmail.com e pelo nosso instagram [@gerencia12geres](https://www.instagram.com/gerencia12geres)



Março de todas as mulheres

Como não foi possível homenagear pessoalmente cada mulher dos municípios da XII GERES, é por intermédio da nossa equipe majoritariamente feminina que queremos dizer que estamos aqui para lutar juntas e juntos por uma sociedade mais justa e equânime para todas.

DESAFIOS ENFRENTADOS
PELA PICS EM PERNAMBUCO
NO CONTEXTO DE 2020.



As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Essas práticas foram se estabelecendo na rede pública muito antes da constituição da Política em 2006 (Portaria nº 971/2006), de forma a garantir também a integralidade da atenção à saúde.

Hoje são 29 práticas consideradas PICS e esse rol pode ser consultado através da Portaria de nº 702/2018. Por ser uma prática transversal, ela pode ser apresentada em diversos pontos da Rede, porém com mais intensidade da Atenção Primária à Saúde (APS) devido às suas diretrizes se assemelharem com a ideia desse nível de atenção.

O estado de Pernambuco, dos 185 municípios, 173 (93,5%) oferecem algum tipo de prática. São 1.073 estabelecimentos de saúde na APS onde acontecem esses atendimentos. Devido ao momento circunstancial gerado pela pandemia do SARS-COV-2, muitas atividades em grupo foram suspensas, entretanto algumas outras práticas continuaram num ritmo reduzido.

Para a manutenção dessas práticas no território, as equipes e gestão se viram numa situação singular, despertando soluções estratégicas em benefício dos usuários e para o fortalecimento da APS. Resultado disso, foram as respostas terapêuticas que repercutiram não só nas queixas principais da doença, como também, nas questões psíquicas, emocionais, sociais e físicas trazidas pelo contexto de 2020.

Outros grandes desafios enfrentados pela *Coordenação Estadual das Práticas Integrativas e Complementares da Saúde do Estado de Pernambuco* em 2020, foram a construção do *II Encontro das Práticas Integrativas Complementares e a Política*

Estadual das Práticas Integrativas e Complementares.

Levando em consideração o cenário pandêmico, os meios de divulgação de conteúdos educacionais e compartilhamento da ciência tiveram que ser revistas. O meio digital ganhou espaço para diversas atividades do cotidiano e também nesses aspectos. Sendo assim, levando em consideração as várias experiências de congressos, encontros, simpósios e aulas remotas, a coordenação das PICS em Pernambuco trouxe essa ferramenta digital para a realização do *II Encontro Estadual das Práticas Integrativas e Complementares*. Foi um momento muito rico de trocas de experiências que trouxe muito fortemente a riqueza e a força das PICS no Brasil e Estado.

Como estratégia de registro, foi criado um produto em formato de caderno onde foram reunidas as experiências exitosas com as PICS, em Pernambuco e em outros estados, submetidas no encontro em formato de relato de experiência.

Por fim, mas não menos importante, a Portaria nº 519 de 21 de março de 2020 aprova a Política Estadual das Práticas Integrativas e Complementares de Pernambuco (PEPIC-PE), que através do qual reflete mais um ganho da luta dessa Política no Estado. Ele tem como objetivo nortear os municípios na implantação e implementação das práticas na rede de assistência do SUS no estado.

Dessa forma, nós pernambucanos, gestores e profissionais da saúde tivemos muitos ganhos com essa política. O que nos resta agora é encantar novas unidades, municípios e equipes com as garantias e benefícios que a implementação da PEPIC-PE pode trazer no território.

VIVA O SUS!

Silvana Monteiro
Coordenadora Estadual
da Política de Práticas
Integrativas e Complementares
SES/PE





O SUS COMO TERRENO
FÉRTIL PARA INOVAÇÕES

INOVAR PARA UM SUS MAIS POTENTE

Inovar talvez seja o verbo mais fácil de ser ouvido ultimamente. Na gestão pública, no marketing, nas relações humanas, inovar se tornou uma necessidade urgente em função das rápidas transformações da sociedade. Mas... o que é inovação? É só inventar um novo objeto? É adotar um método nunca usado? É acelerar um determinado processo? Muita gente quer inovar mas pouca gente sabe o que é e como fazer. E no Sistema Único de Saúde? Para onde a inovação nos leva?

Inovar exige mudança e mudança não é fácil e, muito menos, simples. A mudança que favorece o processo inovador cai no campo da quebra dos paradigmas. Thomas Khun, na *Estrutura das Revoluções Científicas*, define os paradigmas como “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência”. Parece complicado, não é? Mas não é difícil de compreender. Durante muito tempo se pensava que o universo girava ao redor da Terra porque é aí que o ser humano vive. Toda ciência partia desse princípio para explicar o mundo e seus fenômenos. Isso é um paradigma. Hoje sabemos que não é assim. Mas para que este conceito inovador fosse possível, muita polêmica e até mortes aconteceram. Quebrar paradigmas não é uma tarefa suave.

Uma das principais referências em termo de inovação é Joseph Alois Schumpeter, nascido em 1883 onde hoje é a República Checa e, na época, era o império austro-húngaro. Schumpeter morreu nos Estados Unidos em 1950. Deixou obras no campo da economia, política e tantos outros temas. Mas foi como o “teórico da destruição criadora” que o acadêmico se tornou popular. É certo que sua teoria se aplica ao meio empresarial, mas ela se mostrou tão universal que foi descoberta e continua sendo utilizada pela gestão pública.

Schumpeter traz a ideia que a inovação tecnológica traz uma ruptura no sistema da economia. Esta inovação afeta o estado de equilíbrio produzindo novas formas de fazer a produção, os produtos, os processos. Outros teóricos e pesquisadores vieram após, utilizando seus conhecimentos para compreender melhor a forma como a economia se movimenta. Assim, a gestão pública não tardou a olhar para estas ideias.

INOVAÇÃO E GESTÃO PÚBLICA

A gestão pública não tem a mesma velocidade para mudar de rumos e adotar processos inovadores que o meio empresarial. A quantidade de sócios da gestão pública é muito maior e o conjunto legal que a rege ainda não conseguiu dar celeridade para que a inovação neste campo fosse melhor utilizada. Mas isso não quer dizer que a área governamental é insensível a este tema.

A sociedade também passa por mudanças. Algumas são drásticas, como estamos vivendo com a pandemia do novo coronavírus, outras são mais lentas. Umas avançam lentamente para em determinado momento explodir, como estamos no curso do envelhecimento populacional, enquanto outras são constantes em volumes mais suaves. A gestão pública não trabalha com um portfólio de produtos manejáveis conforme a vontade de públicos selecionados. Ela trabalha com todos os públicos ao mesmo tempo, gerencia todo um

Joseph Schumpeter: uma referência da inovação



espectro de necessidades e expectativas. Uma empresa de automóveis extratifica seu público conforme a capacidade de adquirir seus produtos. A gestão pública trabalha com quem anda a pé, e não pode pagar uma passagem de ônibus, e com o grande empresário que se movimenta de jatinho para onde precisa ir. E deve satisfação a todos eles.

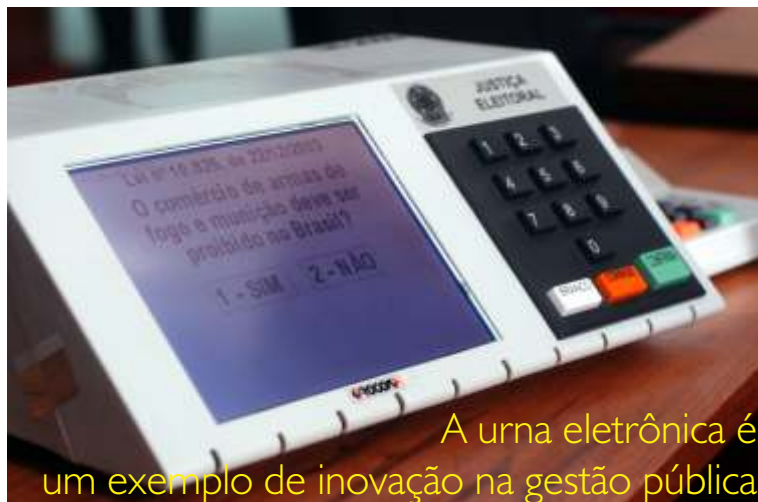
Por isso, voltemos à força geradora do processo inovador: a quebra de paradigmas. Um exemplo que volta e meia torna aos noticiários foi uma das grandes inovações na forma de fazer decisão coletiva e democrática. A adoção da urna eletrônica. Com essa nova tecnologia foi possível enterrar uma tradição de séculos, do voto impresso. Não importa todo histórico de vulnerabilidades que o voto em papel tenha, muitas pessoas ainda acham que é a melhor forma de fazer. Adotá-la não foi pacífico. Mesmo que todos os processos de atualização tecnológica sejam adotados, até o bombardeio das fake news faz com que se questione sua implementação, mesmo com os resultados de quase duas décadas de utilização plena. A realidade é que a experiência brasileira é tão inovadora no processo eleitoral que já é adotada em muitos países do mundo.

Fazer essa quebra de paradigma é um dos grandes entraves na gestão pública porque envolve o risco político, coisa que muito pouca gente quer arriscar. Nem sempre os resultados são rápidos como o público consumidor do produto gostaria que fosse e isso afasta essas “ousadias”. Muitas vezes o tempo pra perceber o resultado é longo e o fruto deverá ser colhido por outros que, obviamente, ficarão com o mérito para si. Inovar na gestão pública ainda continua sendo um tabu.

O SUS COMO CAMPO DE INOVAÇÃO

O Sistema Único de Saúde, como parte da gestão pública, sofre dos mesmos entraves que fazem com que a inovação seja alvo de pouco investimento. Lentamente isso vai se

transformando. Boa parte dos processos de inovação no SUS estão na área da informação. Assim como afirmava o já falado Schumpeter, a inovação muitas vezes é produto do avanço tecnológico. A disponibilidade de tecnologia a serviço da saúde pública cresceu muito nas últimas duas décadas, sobretudo quando se fala em informática e aproveitamento da comunicação em distância.



A urna eletrônica é um exemplo de inovação na gestão pública

Um exemplo de inovação neste campo é a implantação do e-SUS AB, uma modernização do sistema de informações da Atenção Primária o qual, entre outras coisas, visa a modernização deste nível de atenção, superando a lógica manual de registro de informações e procedimentos

realizados nesse estrato do SUS. O processo começou ainda no ano de 2013 com a migração de dados do antigo Siab pra o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (Sisab). A partir de então, com a integração com os dados do Cartão SUS, gradativamente novas atualizações e transições foram se consolidando até que chega o momento atual onde a informatização do sistema, com a operacionalização de duas ferramentas, como a Coleta de Dados Simplificado (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) começam a virar realidade. Ainda assim, é possível perceber que a velocidade para um processo de inovação pode ser bastante longo.

Por outro lado, a área do georreferenciamento oferece um episódio bastante curioso quando o assunto é inovação. Na própria história da saúde pública, lá no seu princípio, quando John Snow, não o do Game of Thrones, pelos idos de 1854, chegou à conclusão que era a água de abastecimento da cidade de Londres que,



contaminada, produzia um grande surto de cólera na capital inglesa. E ele fez isso distribuindo os casos por imóveis, ruas e quarteirões. Era também o nascimento do georreferenciamento. E, apesar do conceito clássico de epidemiologia envolver, de acordo com Associação Internacional de Epidemiologia, o “estudo da frequência e distribuição das doenças nas coletividades humanas”, a incorporação da localização espacial dos fenômenos sanitários ainda engatinham em pleno século XXI, quando temos potentes computadores ligados em internet wifi e 4G, GPS em qualquer aparelho de smartphone e softwares gratuitos e cada vez mais intuitivos para construir esse suporte importante. Apesar de natural, observar os aspectos da saúde e da doença no espaço ainda não é a inovação amplamente utilizada no sistema de saúde brasileiro. E isso se torna ainda mais impressionante e incompreensível num momento de pandemia, com uma doença que seria muito melhor compreendida se o aspecto geográfico tivesse sido considerado de forma mais prioritária.

Enfim, o campo da saúde pública se mostra bastante dicotômico em relação à inovação. Mesmo

estando em contato direto com avanços tecnológicos constantes, o processo inovador sofre com relativa resistência. Um exemplo disso está na forma como se encara o processo de envelhecimento no Sistema Único de Saúde. Com o perfil materno-infantil sofrendo quedas sistemáticas desde a década de 40 do século passado e o crescimento da população idosa na mesma proporção, o Sistema de Saúde mal conseguiu fazer o debate qualificado acerca da saúde da pessoa idosa. O tema do envelhecimento ainda permanece intocado, apesar de se mostrar de grande poder de influência não apenas no campo da saúde, mas em todos os aspectos da coletividade humana.

O mundo e as pessoas têm mudado cada vez mais rápido! Inovar é preciso!

Eduardo Bezerra
XII GERES



ENTREVISTA

FRANCISCO SANTOS

INOVAÇÃO PARA
PROBLEMAS E
SOLUÇÕES SE
ENCONTRAREM



Francisco de Assis da Silva Santos, ou Chico Santos, como é conhecido na saúde pública, é fisioterapeuta de formação com especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado em saúde pública. É docente dos cursos de medicina do campus da Universidade Federal de Pernambuco em Caruaru, além de professor da Asces-Unita. Depois de enfrentar o primeiro ano da pandemia da COVID-19 como secretário de saúde da Capital do Agreste Pernambucano, agora é Gerente de Inovação e Sustentabilidade da SEPLAG do município. Chico é uma referência no campo da inovação em saúde e concedeu uma entrevista à Revista da XII Regional de Saúde de Pernambuco para falar do assunto.

1. O que é inovação?

É tentar fazer diferente. Acredito que os problemas e as soluções existem, mas às vezes não se encontraram. Por isso, pensar e fazer diferente exige estar atento e preparado para buscar parcerias e experiências distintas do cotidiano.

2. Gestão pública é lugar pra inovação?

Não existe gestão pública sem inovação atualmente, temos muito pouco recurso na maioria das áreas, existe uma fiscalização muito forte e uma população cada vez mais informada e exigente. Sempre fazemos mais com menos, atualmente nos utilizamos desde as redes sociais até as ferramentas de compartilhamento gratuitas de informação, que vem do google por exemplo, para tomarmos

decisões.

3. Por que a saúde pública, ao mesmo tempo que está tão próxima dos avanços tecnológicos e científicos, é tão aversa à linguagem da inovação?

Na saúde muitas vezes a decisão da escolha de um ou de outro tratamento depende da experiência individual de cada profissional, responsável pelo cuidado. Com isso, existe uma responsabilidade e uma autonomia muito grande, levando a uma resistência forte para qualquer intervenção que busque mudança de cultura. Acredito que a pandemia veio demonstrar que precisamos incorporar novas atitudes ao nosso cotidiano e que sem isso não conseguiremos atender as necessidades da população.

Recebendo prêmio nacional de inovação em saúde





4. Quais experiências inovadoras o SUS tem hoje para municípios de pequeno e médio porte?

Acredito que a incorporação de aplicativos para marcação de consultas, ou mesmo de agendamento de vacinas, a telemedicina utilizando ferramentas gratuitas, a incorporação de modelos de gestão, ainda que temporariamente, mais ágeis para ampliar o corpo de profissionais e a ampliação de canais de comunicação com a população via redes sociais, são iniciativas ao alcance de municípios de pequeno porte e que podem trazer resultados rápidos e de amplo alcance.



5. Quais os desafios que a COVID-19 trouxe que necessitou de uma mentalidade inovadora para se estabelecer? O SUS respondeu isso a contento?

A Covid-19 trouxe imensos desafios ao SUS, normalmente os serviços de saúde dependem de aglomerações para realização de algumas atividades ou mesmo para que haja organização dos fluxos assistenciais. Dependemos do contato direto com a população, entretanto esse poderia ser um motivo para que houvesse uma rápida disseminação da pandemia, principalmente na primeira onda, onde sabíamos muito pouco. Com o passar do tempo começamos a nos reinventar, desde a maneira de nos comunicarmos, abrir mais espaços para que a população pudesse se aproximar via telefone e internet. Lançamos mão de acompanhamento de atividades coletivas ou individuais por zoom, meet... as redes sociais que tanto espalham desinformação, puderam ser nossas pontes com pessoas que nem conheciam o SUS. Chegamos longe e rapidamente salvamos muitos. Contudo, ainda há muito para ser feito precisamos perseverar na incorporação de algumas novas atitudes e também no crescimento da infraestrutura que tivemos durante os picos da pandemia e que devem permanecer mesmo quando toda a população estiver imunizada.

6. Falta coragem, conhecimento ou retaguarda técnica ao gestor e à gestora pública para inovar?

Acredito que todo gestor do SUS é uma pessoa corajosa, até porque os desafios cotidianos enfrentados fazem com que sejam pessoas resilientes e inovadoras por natureza. Contudo ainda falta um apoio técnico que garanta que se persevere no caminho permanente da inovação, até porque não se acerta de primeira, leva muitas vezes tempo, fator pouco disponível ao gestor, especialmente na atual conjuntura.

Entrevistador:
Eduardo Bezerra
XII GERES



MUDANDO PERSPECTIVAS



*Parceria do Núcleo de Apoio às Famílias de Crianças com a
Síndrome da Zika e a Secretaria do Trabalho, Emprego
e Qualificação - SETEQ começa a trazer os primeiros resultados.*

Em outubro de 2015, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) foi comunicada sobre a ocorrência de 29 casos de microcefalia em crianças nascidas desde agosto do mesmo ano. O evento foi classificado pela Organização Mundial de Saúde, como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Posteriormente foi confirmada a relação da microcefalia com a infecção pelo vírus Zika na gestação. Atualmente é reconhecido que o sinal de microcefalia, por si só, é insuficiente para identificar as consequências da infecção pelo vírus Zika em recém-nascidos e crianças, fato que levou à caracterização da Síndrome Congênita do Vírus Zika - SCZ.

O Governo de Pernambuco, através da Secretaria Estadual de Saúde inseriu a Política Estadual da SCZ como agenda prioritária e instituiu em 2016 o *Núcleo de Apoio às Famílias de Crianças com a Síndrome da Zika Congênita*, com objetivo de monitorar e acompanhar as crianças de perto, através de 12 coordenações regionais e uma coordenação no nível central da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE). Passados os 5 anos dos primeiros casos, as prioridades foram vieram se moldando de acordo com as necessidades das crianças e de suas famílias, abrindo um leque de intervenções através das políticas públicas, para além da saúde.

Com a pandemia do COVID 19, a insegurança e o medo deram lugar a necessidade da gestão e da rede assistencial se reinventarem. O deslocamento das crianças gera exposição e preocupação, considerando a gravidade e velocidade de propagação do novo vírus. O processo de trabalho precisou ser ajustado a fim de garantir a continuidade do acompanhamento e minimizar as chances das crianças se infectarem pelo COVID 19.

Foi implantado nos serviços de saúde o sistema de Teleconsulta, telemonitoramento pelas coordenações regionais da SZC para sintomas gripais, ofertado às famílias videoaulas de orientações para os cuidados no ambiente domiciliar, videoaulas para os profissionais de saúde acerca do acompanhamento terapêutico em período de pandemia e etc.

O Núcleo tem como propósito atuar de forma intersetorial e multidisciplinar, articulando com outras áreas, ações que possam beneficiar as crianças e familiares. Muitas famílias têm a mãe

como a única cuidadora e responsável pelo sustento dos filhos, sem auxílio de seus respectivos companheiros e pais das crianças. O Benefício de Prestação Continuada (BPC) e a Pensão Vitalícia é muitas vezes a única fonte de renda da família.

Acreditando que o potencial de desenvolvimento biopsicossocial destas famílias está intimamente relacionado a condição social vivida, a coordenação central do Núcleo articulou com a SETEQ, um movimento único para que os familiares tivessem acesso ao cadastro de forma simples nas Agências do Trabalho, com fins de inserção no mercado de emprego. O coordenador regional faz a ponte com os familiares e, junto a coordenação central e a SETEQ, o processo para inserção no mercado de trabalho será monitorado.

Para Laura Patriota, Coordenadora Estadual do Núcleo de Apoio às Famílias de Crianças com a Síndrome da Zika Congênita, a parceria com a SETEQ é mais uma ação que beneficia e demonstra o cuidado que Pernambuco tem com as famílias destas crianças.

A parceria tem como intuito apoiar as famílias para se reestruturarem e se reerguerem possibilitando a chance de alargamento na renda familiar e melhoria na qualidade de vida, não só para a criança com deficiência, mas também para seus irmãos.

Thuanni Andrade

Coordenadora Regional do
Núcleo de Apoio às Famílias de
Crianças com a Síndrome
da Zika Congênita - XII GERES



Laura Patriota

Coordenadora Estadual do
Núcleo de Apoio às Famílias de
Crianças com a Síndrome
da Zika Congênita



MATÉRIA DE CAPA

POR QUE A LUTA PELA SAÚDE DA MULHER FOI TÃO FUNDAMENTAL AO SUS?



FEMININO INTEGRAL

Rosie the Riveter (Rosie, a rebidadeira, em português) é uma obra do designer norte-americano J. Howard Miller, inspirado na operária Naomi Parker. Naomi era uma trabalhadora na Base Aeronaval de Alameda, na Califórnia, em 1942. Nesta época, muitos homens dos Estados Unidos estavam no campo de batalha na II Guerra Mundial e as mulheres assumiram seus lugares nas fábricas, incluindo a indústria bélica. Agora, durante a pandemia, tem ganho versões como esta, de máscara.

Rosie se transformou num símbolo de emancipação feminina e ilustrou o trajeto da luta

das mulheres por direitos ao longo do século XX. Ela adentrou o século XXI com ainda mais força em virtude da amplitude das redes sociais, uma vez que a luta por estes direitos continua sendo feita, apesar das tantas conquistas obtidas.

A luta das mulheres por igualdade de direitos não é nova, não começou no século XX. Ela começou quando as mulheres começaram a se levantar contra o domínio de seus corpos. E este domínio começa na esfera privada ao ser controlada pelo chefe da família. Por isso existe o termo *patriarcado*. Durante muito tempo o termo foi usado de forma nuclear, localizada. Era para



Família patriarcal do início
do século passado

definir a família, o espaço. O avanço das discussões passou a reconhecer esta entidade como algo mais subjetivo, enraizado, transversal. O patriarcado é um sistema, está por dentro de tudo. Intui na economia, no mercado de trabalho, no interior das casas, na forma como “meninos vestem azul e meninas vestem rosa”. Determina papéis sociais, econômicos, sexuais.

As responsáveis por estas leituras avançarem e terem a importância que hoje possuem foram as teóricas feministas. Obviamente que a estrutura desta (ou destas) teoria(s) não iniciaram sabendo o que eram. Versavam sobre sofrimentos, refletiam sobre o que os provocavam, pensavam outros caminhos. Com o tempo foram se reunindo, agregando, reconhecendo-se entre elas, até formar movimentos.

Agora imagine falar sobre estes assuntos no final do século XVIII justo no reinado que perdeu as colônias da América? Era um período de instabilidades políticas com a Revolução Francesa ameaçando o poder tradicional da época. Era o Iluminismo com seus ideais de separação do governo da religião, questionando os privilégios da nobreza e a distância entre os direitos de súditos e palácio. Essa ideia não incluiu na produção dos filósofos da época a defesa da igualdade de gêneros. Mas isso não impediu o surgimento de mulheres questionando sua situação. Uma delas se destacou nessa produção: Mary Wollstonecraft. Em 1787 publicou *Pensamentos sobre a educação das filhas* e, em 1792, *Reinvidicação dos direitos da mulher*. Escreveu novelas e estudos, como *Uma visão*

histórica e moral da Revolução Francesa. Esta influência foi herdada por sua filha Mary Shelley, famosa pelo livro *Frankeinstein*.



Renata Moreno, em ensaio de Maria Lucia da Silveira, coloca que o feminismo existe para “formular noções e teorias que tomam a experiência dos homens como universais, ao ocultar ou desconsiderar a experiência das mulheres.” E foram estas teorias que abriram espaço para que o feminismo se colocasse ao mesmo tempo enquanto ciência e movimento de uma forma que nenhum outro movimento da ciência conseguiu. Tornaram-se intrínsecas. O termo *feminismo* foi usado a primeira vez por volta de 1911 e teve um ponto de cisão com o momento anterior da luta das mulheres. Elas queriam mais que o direito ao voto, mais que mudanças no ambiente doméstico. O movimento feminista surge quando as mulheres começam a lutar por igualdade de gênero. A partir de então a política passa a ser uma meta, assim como a economia e o espaço social. A busca por respeito e direitos amplos, assim como os homens os tem.

Obviamente que o feminismo é muito mais que isso. Tem vertentes diversas, produz reflexões profundas e ajudou outros movimentos. O feminismo negro é um exemplo de como a luta de gênero pôde contribuir para a evolução da luta contra a discriminação. O feminismo produziu e produz um inesgotável conjunto de pensadoras. Sempre haverá injustiça em citar nomes mas ainda assim é possível listar feministas que valem muito a pena conhecer. Simone de Beauvoir estará em todas as referências pela qualidade e consistência de sua produção, assim como Judith Butler. A feminista e militante do movimento de negras e

Mary Wollstonecraft: uma pioneira do feminismo



negros dos Estados Unidos, Angela Davis tem vasta e acessível obra. Bell Hooks, autora do livro *O feminismo é para todo mundo*. Betty Fredam e Virgínia Woolf também entram facilmente nesta lista. O Brasil produziu mulheres como a escritora potiguar Nisia Floresta, Patrícia Galvão (a Pagu). Rose Marie Muraro, que escreveu *A sexualidade da mulher brasileira*. Celina Guimarães Viana, Mietta Santiago e Carlota Pereira de Queirós, primeira mulher a votar, primeira a ser votada e primeira mulher a ser eleita. Laudelina de Campos Melo, fundadora do primeiro Sindicato de Trabalhadoras Domésticas do Brasil. Atualmente o feminismo vem se diversificando e trazendo novas matizes com Djamila Ribeiro, Chimamanda Ngozi Adichie, a jovem Malala e toda uma geração de jovens feministas.

APENAS SEXO E REPRODUÇÃO?

Ao longo da história, hábitos, costumes, cultura e todo tipo de característica foram contados, interpretados e guardados de alguma maneira. Obviamente com o olhar do observador. Mais recente estamos resgatando os olhares diversos, transformando protagonismos e garantindo a voz, sobretudo, de pessoas e grupos que são tidas como a parte da história que foi alijada do direito de contá-la.

A saúde da mulher, seus cuidados, conhecimentos e cura, têm uma forte concentração na área sexual e reprodutiva. Muitas vezes tudo parece se resumir a estes campos. Uma coisa é fato:

o corpo da mulher sempre foi um espaço valioso de domínio. Um domínio manifesto em regras fortes de como a mulher deve ser e parecer. O controle das roupas, da saúde, dos gestos, do tom de voz. O controle dos desejos. O orgasmo feminino ainda é um dos maiores tabus em pleno século XXI.

Talvez o primeiro fenômeno feminino a despertar curiosidade tenha sido a menstruação. Como no princípio das coletividades humanas a frequência dos partos não deixava que ela fosse tão comum como ocorre hoje, o acontecer da menstruação era dado ao divino. Passou então a ter função ritual ou entendida como maldição. A menarca, ou primeira menstruação, passou a ser um evento de passagem em muitas culturas. Ela foi de um evento benéfico, para Hipócrates, até um veneno fatal para Plínio. A imaginação levou a situações absurdas, como a relação com práticas malignas ou fenômenos naturais destrutivos, passando pelo destino trágico de homens que mantivessem relação sexual com mulheres menstruadas. Com um maior controle da natalidade, passou a ser algo comum ainda que repleta de tabus e crendices, tal qual no princípio da civilização.

A saúde sexual também sempre foi um alvo fácil de visões equivocadas. É preciso saber que o ato sexual é uma necessidade básica do organismo e que, diferente das demais (comer, beber, excretar, respirar) não necessariamente leva à morte se não for suprida. Isso levou a sociedade, sobretudo por influência religiosa, a fazer o controle dos corpos carregando o sexo de culpa. Mas o peso dessa visão



Simone de
Beauvoir



Laudelina
de Campos



Angela
Davis



Djamila
Ribeiro



O planejamento familiar trouxe para a saúde da mulher um perfil que a separava do papel quase que único de mãe.

distorcida acerca do ato sexual e a culpa agregada era patrimônio das mulheres. Ao homem é dado o privilégio de sua natureza. A ele é permitido, não apenas realizar o ato sexual, mas em tê-lo sem maiores consequências em situações que para mulheres seria considerado motivo até para sua morte. Nem a masturbação, que sempre foi mito para ambos, teve equiparação de culpa entre eles. A descoberta do próprio corpo e dos próprios itinerários de prazer pelas mulheres ainda é algo quase que clandestino.

AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES NO BRASIL

A saúde da mulher só foi considerada política pública no Brasil em 1984 com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Até aquele momento, o tema estava “por dentro” das demais políticas de saúde executadas no período pré-SUS. Já como reflexo do Movimento da Reforma Sanitária, o programa funcionou com características que seriam vivenciadas a partir de 1990, com o início efetivo do funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Como até aquele momento toda visão do corpo da mulher era materno-infantil, o PAISM trouxe uma nova forma de abordar o feminino na gestão da saúde pública. O programa teve um impacto grande na forma de observar, sobretudo, a saúde sexual e reprodutiva por fora do paradigma mulher-mãe. Foi a primeira vez que o tema do planejamento familiar foi abordado enquanto política de Estado. Dentro desta influência da Reforma Sanitária estava a participação dos movimentos de mulheres à época.

Era a reta final da ditadura e as políticas públicas de saúde começavam um trajeto de convergência para o que viria a ser o próprio SUS. O público materno-infantil continuava como uma das prioridades e é assim até hoje, mas não era mais o único. Reconhecia-se também que, mesmo para este público pretensamente privilegiado, havia muitas deficiências do que era oferecido até então. A questão da integralidade começava a introduzir a ideia de múltiplas especialidades e abordagens. Mas foi o planejamento familiar que chamou mais atenção do que a nova política trazia.

Esta presença era fruto da multiplicação das discussões sobre o tema nas maiores esferas da

saúde pública. As três últimas décadas do século passado foram pródigas em conferências internacionais de temáticas diversas. Duas delas se destacaram: as conferências sobre população de Bucareste, em 1974 e a do México, em 1984. A conferência do Cairo, em 1994, foi mais determinante para a criação do programa que viria a substituir o PAISM já com o SUS constituído.

Antes dele não havia programa de planejamento familiar, haviam estratégias de controle de natalidade administradas em grande parte pela Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). A distribuição de contraceptivos e realização de esterilizações ocorria sem nenhum componente educativo ou empoderamento para que as pessoas pudessem tomar suas decisões acerca do futuro de sua família com acesso a informações adequadas.

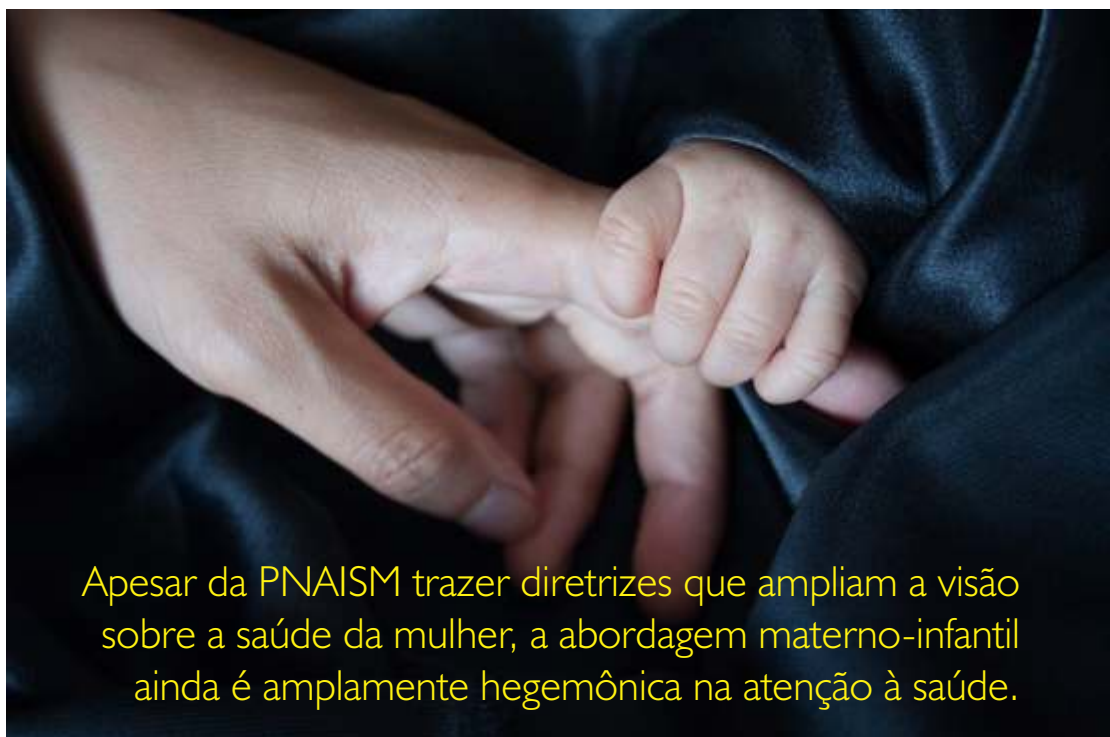
Mas foi em 2004, quatorze anos após a Lei Orgânica da Saúde, a qual instrumentaliza o SUS, que o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. A PNAISM tem um foco muito forte na questão da humanização. De acordo com o texto do Ministério da Saúde que apresenta a Política, humanização é “um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação.”

A Política possui três objetivos gerais:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Desta forma, a visão da mulher, pelo menos na teoria, considera que a abordagem da temática está bem além da saúde sexual e reprodutiva. Prevê que os esforços nos campos da saúde mental, do envelhecimento, das mulheres negras, das trabalhadoras do campo e da cidade, da saúde indígena, das que estão no sistema prisional e a inclusão no controle social, devem ser investidos.



Apesar da PNAISM trazer diretrizes que ampliam a visão sobre a saúde da mulher, a abordagem materno-infantil ainda é amplamente hegemônica na atenção à saúde.

Na prática, porém, há muito caminho a percorrer para consolidar este pedaço da política. Em uma revisão bibliográfica do ano de 2019 para a Revista de Atenção à Saúde, um grupo de pesquisadoras e pesquisadores chefiado por Tâmil Santana, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, mostra que as experiências ainda são restritas. O grupo localizou um trabalho feito nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo, que mulheres na faixa dos 50 anos acima estão em situação de vulnerabilidade programática pela quase que exclusividade das ações voltadas para a temática materno-infantil. Um estudo desse preocupa porque a Atenção Primária deveria ser o ponto do SUS onde o processo de integralidade deveria estar mais avançado.

Ao longo do material, os estudos consultados pelo grupo mostram que os públicos vulneráveis continuam vulneráveis, fragilizado

mesmo nas políticas de atenção materno-infantil, como no caso da atenção ao pré-natal, a participação social nas políticas de saúde, além de críticas a um programa que na prática ainda se mostra fortemente “biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde”.

Infelizmente as mulheres ainda estão enfrentando desafios antigos, como afirmou Suzanne Serruya, Diretora do Centro Latino-Americano de Perinatol (CLAP) da OPAS/OMS, em um número especial da revista da entidade dedicada à saúde das mulheres nas Américas. Os dados acerca do tema não deixam dúvidas disso.

A violência obstétrica, por exemplo, é um flagelo antiquíssimo. Da concepção ao puerpério, passando pela gestação e o parto, os relatos são incrivelmente volumosos e assustadores. Até o final do século XIX e começo do século XX, o parto era domínio das parteiras, os práticos da medicina tinham pouco domínio sobre ela. Quando isso aconteceu, os índices de óbitos maternos subiram substancialmente. O processo, por exemplo, da redução das mortes por infecções foi tão traumático que o médico que descobriu que o ato de higienizar as mãos antes de examinar as mulheres e realizarem a intervenção, Ignaz Semmelweis, morreu num sanatório, dado como louco por conta da defesa de suas ideias.

ela não deveria estar grávida. A mulher ouve muito que não deveria chorar porque não chorou fazendo ou que deveria abrir mais as pernas já que abriu

Ignaz Semmelweis morreu num sanatório tentando provar como o ato de higienizar as mãos e outros cuidados podia salvar a vida de mulheres no pós-parto.

para fazer a criança. A própria perda do domínio do parto também promove uma violência física. Engana-se quem pensa que o parto vaginal é sinônimo de parto humanizado. A imensa maioria desse tipo de parto não respeita a vontade e o tempo da mulher. A famosa posição ginecológica é adotada por grande parte dos médicos e é justamente aí que reside a violência das episiotomia e o traumático “ponto do marido”, quando a costura é feita para apertar o canal vaginal e o ato sexual passa a ser extremamente doloroso.

Este tipo de violência tem um forte caráter racial. São pesquisas diversas mostrando que as mulheres negras mais frequentemente recebem menos anestesia que as brancas ou que tiveram acesso a menos consultas de pré-natal. Fora das questões obstétricas, a exposição da mulher também tem contornos dramáticos quando se considera o quesito raça cor. A violência, de uma maneira geral, é mais forte contra mulheres negras. Três em cada quatro mulheres que são assassinadas são

negras. Três de cada cinco vítimas de feminicídio são negras. Estes dados, produto do Monitor da Violência, construído pelo G1 com a USP e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, evidenciam estas diferenças.

A violência obstétrica ainda é um grande problema vivenciado pelas mulheres, apesar dos esforços pela humanização do parto.

A violência obstétrica ocorre de diversas formas. A psicológica trabalha a culpa da mulher pela gestação, sobretudo se ela for pobre e o profissional que conduza o processo interprete que

A carência de uma política mais ampla e integral da saúde da mulher se mostra até no desperdício de oportunidades de um público que cuida mais de sua saúde. De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE para o ano de 2019, 22,1% das mulheres buscaram atendimento de saúde no último ano comparado a 14,8% dos homens. Na procura ao dentista, 52,6% das mulheres o fizeram contra 45,9% dos homens. 37,1% dos homens disseram ter consumido bebida alcoólica pelo menos uma vez por semana contra 17% das mulheres. O uso da bebida alcoólica antes de dirigir foi relatado por 20,5% dos homens contra 7,8% das mulheres.



Aos poucos, mulheres de vários públicos começam a ser reconhecidas em suas especificidades.

Aos poucos, porém, algumas conquistas vão se sobressaindo, inclusive no reflexo em outros movimentos. A ampliação dos consultórios para a população LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais e outros grupos) promove a individualidade e especificidade de cada caso com o acolhimento que normalmente fica prejudicado por uma série de preconceitos em unidades tradicionais. Um ambulatório LGBTQIA+, por exemplo, faz o acompanhamento de pessoas em processo ou que já passaram por intervenção para redesignação sexual. Trabalham com a lógica de um acompanhamento psicológico que considere tudo aquilo que é próprio desta vivência. Envolve na exclusão. As experiências ainda são poucas mas já começam a ser mais facilmente visibilizadas.

A atenção às comunidades tradicionais, como indígenas e quilombolas, já fazem uma atenção especial por natureza. As experiências ficam mais escondidas pela própria necessidade de

preservação de sua cultura e território.

Obviamente que o peso de uma cultura de preconceitos faz com que mulheres em situação de cárcere e profissionais do sexo, apesar de necessidades específicas de saúde, precisem de atenção de maior qualidade. Mas é justo o campo do feminismo e direitos humanos que continua fazendo essa luta. A limitação da atuação faz com que essa atenção fique muito presa à saúde sexual e reprodutiva mas algumas iniciativas começam a intervir no campo da saúde mental, tão necessária a estes dois públicos.

Segue-se ainda a necessidade de promover uma atenção às mulheres que envelhecem. Além de ser um público em crescimento exponencial, uma vez que o Brasil tem um dos ritmos mais acelerados de envelhecimento no mundo, há todo um conjunto de vulnerabilidades. O fato da lógica materno-infantil ainda ser muito forte com o foco na saúde sexual e reprodutiva faz com que estas mulheres sejam invisibilizadas ou infantilizadas.

A busca por uma atenção integral passa por uma série de quebras de paradigmas, palavra tão comum nesta edição da *Revista da XII Regional de Saúde de Pernambuco*. O paradigma do domínio do corpo da mulher no serviço de saúde. O paradigma do perfil quase que exclusivamente materno-infantil, inclusive para enfrentar o rápido processo de envelhecimento. O paradigma de ser menos medicalizante e mais interdisciplinar. As mulheres continuam organizadas na busca por estes direitos e, um a um, ainda que demore, em algum momento são conquistados.

PS: Esta matéria de capa seria escrita por uma mulher, no sentido de respeitar o lugar de fala de quem pode abordar com mais propriedade da luta, das conquistas e da história das mulheres. Infelizmente a COVID atravessou de forma muito triste a família de nossa companheira neste período e, por respeito aos prazos, o conteúdo acabou sendo escrito por um homem. Aproveitamos o espaço para homenagear nossa amiga Marília Matasha e sua família, além das famílias, amigos e amigas das milhares de pessoas que pereceram para esta doença.

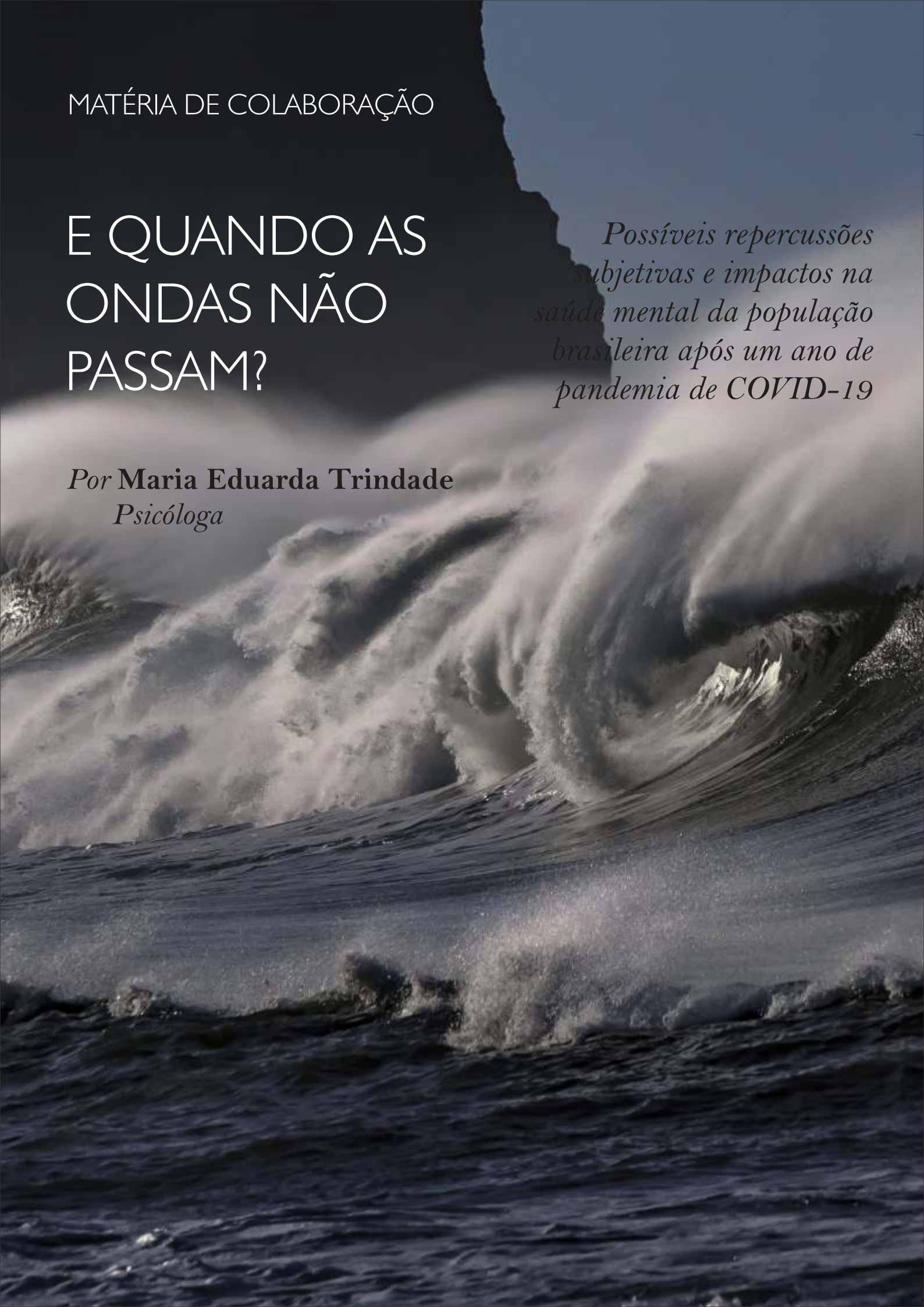
TEXTO: Eduardo Bezerra / XII GERES

MATÉRIA DE COLABORAÇÃO

E QUANDO AS ONDAS NÃO PASSAM?

*Possíveis repercussões
subjetivas e impactos na
saúde mental da população
brasileira após um ano de
pandemia de COVID-19*

*Por Maria Eduarda Trindade
Psicóloga*



Em 26 de fevereiro de 2020, o Brasil anunciava o seu primeiro caso de contaminação pelo novo coronavírus em solo brasileiro. A partir da inserção desse cenário de calamidade pública se tornou crucial que se pensasse em estratégias possíveis para criar outros modos de se relacionar consigo e com o mundo.

Tendo em mente que o contato com o coronavírus é também o contato com o desconhecido, diante da angústia das incertezas impostas, foi necessária a reelaboração da existência e do mundo que antes habitávamos.



Dessa forma, foi preciso que se pensasse em novas maneiras de trabalhar, de estudar, de cuidar de si, se divertir e de se conectar com as pessoas. E para simbolizar esse novo modo, criou-se popularmente o termo “novo normal”, com o intuito de ilustrar essas estratégias de lidar com o cenário pandêmico atual.

Um ano após a inserção da crise de saúde mundial, será que ainda é possível conceber esses novos modos de lidar com a realidade enquanto uma novidade? Há algum senso de normalidade em meio à violência do número de mortos que aumentam conforme os dias?

As inquietações colocadas acima são tensionamentos de pensamentos necessários para se debater sobre a forma como o ensejo pandêmico se apresenta socialmente e também individualmente de modo específico para cada um. Ao longo desses meses de isolamento surgiram vacinas e também aparece o medo de se contaminar com as novas variantes que estão em circulação.

Com tudo isso, percebemos o que não

gostaríamos de assumir: o coronavírus é uma realidade e não vamos nos livrar tão rápido dessa questão. Há quem não consiga lidar com esse fato e sobre isso chegamos ao primeiro tópico do texto.

UMA REFLEXÃO ACERCA DO NEGACIONISMO

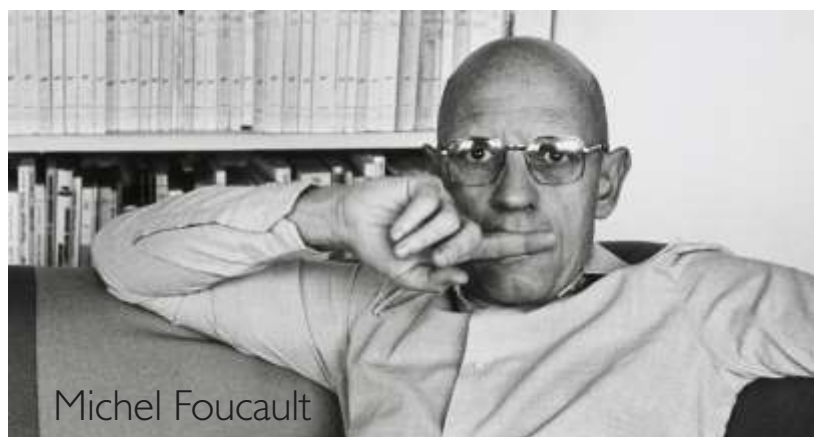
Na literatura psicanalítica, um dos mecanismos de defesa colocado por Sigmund Freud se chama negação. Tal conceito consiste em uma estratégia inconsciente que surge com a finalidade de negar algo muito agressivo subjetivamente que acontece no campo da realidade objetiva.

Ou seja, a negação opera para proteger o sujeito subjetivamente e recusar a encarar acontecimentos factuais dolorosos com o objetivo de deturpar a realidade concreta para que esta pareça mais acolhedora do que de fato é. Através desse mecanismo, o sujeito se mantém em uma posição confortável e não precisa realizar o esforço de lidar com os conflitos impostos pelo real.

Pensando nisso, podemos perceber a negação como uma postura comum a alguns sujeitos frente ao cenário pandêmico diante do próprio desequilíbrio psíquico na presença das angústias e de tamanha perplexidade provenientes dessa crise de saúde mundial.

A negação, apesar de ser um aparelho intrapsíquico e individual, ganha moldura quando pensamos no fenômeno do negacionismo. Este último revela a face da negação em uma perspectiva coletiva. Seriam então sujeitos que se negam a encarar seu próprio desamparo.

Se levarmos em conta que tudo que ocorre no seio da sociedade diz também de uma questão



Michel Foucault

política, uma vez que somos seres políticos e nosso posicionamento individual diz também de uma postura coletiva, a instrumentalização da negação se revela como um modo possível de governamentalidade, termo explorado por Michel Foucault como o exercício da política mais focado na estratégia que no embate.

Dito isso, o negacionismo ganha moldura enquanto uma estratégia política com a finalidade de manipular a realidade cruel no qual estamos inseridos atualmente, de modo a proteger e fundamentar estratégias governamentais.

AS REFLEXÕES DO ISOLAMENTO SOCIAL

Se de um lado há quem negue a realidade, de outro existe quem se depara com a avassaladora angústia cujo ambiente pandêmico nos submete. O isolamento social, segue sendo o único meio de nos proteger, uma vez que a vacina ainda não é uma realidade comum a todas as esferas da sociedade.

Após um ano de isolamento social, a discrepância da desigualdade social brasileira se mostra mais uma vez voraz: o isolamento social, que deveria ser um direito e um dever de todos os cidadãos se revela um privilégio decorrente do poder aquisitivo.

Isso nos evidencia que a pandemia nos escancara também uma crise social, no qual algumas vidas se mostram mais relevantes socialmente do que outras. Esse recorte é feito através das vulnerabilidades sociais, quanto mais vulnerável socialmente o sujeito é, menos sua vida se mostra passível de cuidados.

se tornam cada vez mais atuais, como: Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), Transtorno de Pânico (TP), Fobia Social, Depressão, entre outros.

O QUE A CRISE TEM A NOS OFERECER QUANDO NADA SERÁ COMO ANTES?

Todo desconforto proveniente da crise nos obriga a exercer uma revisão em relação ao modo como nos colocamos no mundo e como lidamos com os outros. É sabido que nem o mundo voltará a ser o que um dia já foi, nem os seres que aqui habitam voltaram ao estado que estiveram outrora.

A crise nos convida a reelaborar nossa relação com nós mesmos, com o trabalho, com o espaço público, com os amigos, os familiares, enfim. Para tal, torna-se crucial que a saúde mental seja tida enquanto uma prioridade, pois a saúde física nos aponta também questões de ordens psíquicas.

Sabendo disso, diante do trauma coletivo no qual estamos imersos, é preciso que se entenda a necessidade de acolhimento de dores individuais e compreende-las também enquanto um sintoma do contexto as quais estão inseridas. Para que enfim, possamos então chorar quem perdemos, ou o que perdemos, durante esse período, aceitar e vislumbrar alternativas potentes para pensar no amanhã com mais esperança, humanidade e respeito.



Diante ao ambiente violento e mortífero, no qual estamos inseridos, adoecimentos psíquicos

Maria Eduarda Trindade
Psicóloga



DALVINHA: NOSSA HOMENAGEADA
PELO MÊS DA MULHER

ELA

É

NOSSO

PONTO DE
ENCONTRO

ELA É O SORRISO E A FORÇA

Todo final de ano a Regional organiza um ANJO. Pra quem não sabe que brincadeira é essa, cada pessoa recebe alguém para cuidar, ser seu anjo da guarda. Deixa mensagens de carinho e cuidado, um chocolate, uma lembrança. Por motivos diversos nem todos acabam por participar e sempre alguns ficam sem os mimos de seus protetores. Esse anjo será, ao final da brincadeira, o amigo ou amiga secreta do outro ou outra.



O ano passado, ninguém ficou sem mensagem ou cuidados porque ela foi o anjo de todo mundo. Em intervalos de dois ou três dias, sempre tinha um bilhete, um chocolate ou um agrado. Essa pessoa, nossa *homenageada pelo mês da mulher da XII Gerência Regional de Saúde*, é **Dalvinha**.

Maria Dalvanete não é pernambucana de nascença. Veio ao mundo em Pau dos Ferros, no Rio Grande do Norte. Aos seis anos se mudou para Goiana/PE e já são quatro décadas na cidade. Desde de 2017 está na nossa Regional de Saúde. É ela quem cuida para que tudo esteja limpo. Mas tem outras qualidades ainda mais valiosas. É Dalvinha

quem reúne todas as pessoas da GERES. Vez por outra, passa de sala em sala pegando dinheiro de todo mundo pra fazer um almoço que junte todos ao redor da mesa. E ela gosta de ver todo mundo mesmo. Outras vezes, no final da tarde, surpreende com uma leva de salgadinhos ou bolo, pelo prazer de ver todo mundo feliz.

Dalvinha é mais que isso. Ela é a gargalhada que rasga os corredores da Regional e o sorriso que acolhe os visitantes. E é o acolhimento. É o abraço e o cuidado de perguntar como cada um está. Ela é a força de superar os problemas. É a pessoa a qual todos e todas também cuidam.

Por ser a mulher forte que chora e ri, a pessoa que é a energia que atrai outras para onde está, que Dalvinha foi escolhida para homenagear todas as mulheres de nossa Regional e de todos os municípios que são nosso motivo de existir. Que este seja um mês que favoreça reflexões e atitudes que tragam respeito, oportunidade e realizações a todas as mulheres do mundo.

Nosso grande abraço em todas vocês!!!



PERFIL DA COVID-19 NA XII REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Data-base: 28 de março de 2021



Na XII Regional de Saúde de Pernambuco, composta pelos municípios de Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Goiana, Itambé, Itaquitinga, Macaparana, São Vicente Ferrer e Timbaúba, já são mais de 11,6 mil casos contabilizados, equivalendo a uma incidência de 369 casos, para cada grupo de 10 mil habitantes. Deste total, foram identificados 10.820 casos leves e 827 casos graves, que demandaram hospitalização. Dentre estes casos graves, 342 evoluíram para óbito (Quadro 01)

MUNICÍPIOS	CASOS LEVES	CASOS GRAVES	ÓBITOS
ALIANÇA	387	76	32
CAMUTANGA	380	26	13
CONDADO	1043	66	30
FERREIROS	366	18	10
GOIANA	3645	288	99
ITAMBÉ	849	84	38
ITAQUITINGA	276	32	20
MACAPARANA	745	47	12
SÃO VICENTE FÉRRER	851	44	19
TIMBAÚBA	2278	146	69
TOTAL	10820	827	342

Quadro 01: Distribuição dos casos de COVID-19 por município de residência, quadro clínico e evolução para óbito. XII GERES/PE, 2020-2021*.

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

*Acumulado até 28/03/2021. Sujeito a alterações

O perfil etário dos casos graves aponta para uma incidência maior entre as populações mais idosas, com quase 57% de todos os casos em pessoas com mais de 60 anos, demonstrando o risco etário desta pandemia (Gráfico 1).

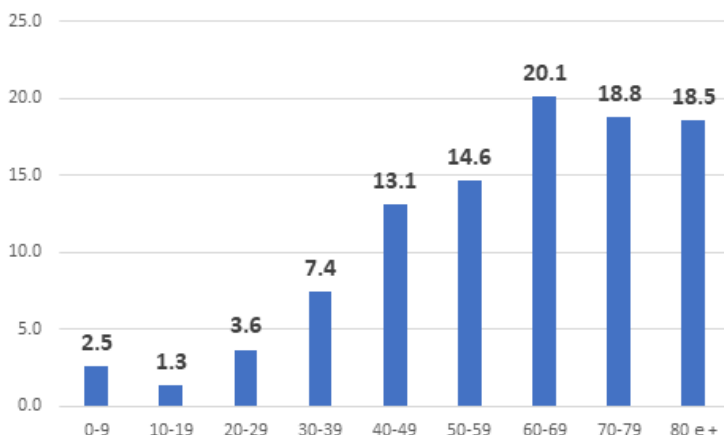


Gráfico 1: Proporção de casos graves de COVID-19, segundo faixa etária, XII GERES/PE, 2020-2021*.

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

*Acumulado até 28/03/2021. 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 56% dos registros confirmados (Gráfico 2).

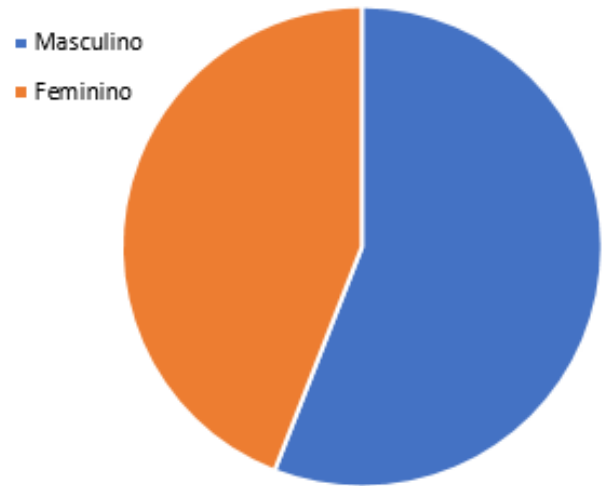


Gráfico 2: Proporção de casos graves de COVID-19, segundo sexo, XII GERES/PE, 2020-2021*.

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

*Acumulado até 28/03/2021. Sujeito a alterações

Ao se descrever os óbitos, a letalidade na XII Região fica em torno de 3% e a Taxa de Mortalidade fica em torno de 10,8/10.000 habitantes. Semelhante as formas graves, a mortalidade também é mais observada com mais frequência entre as populações mais idosas, totalizando mais de 75% dos óbitos em pessoas com mais de 60 anos de idade (Gráfico 3).

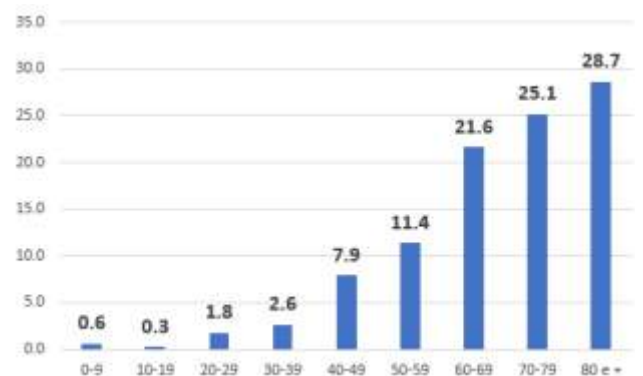


Gráfico 3: Proporção de óbitos por COVID-19, segundo faixa etária, XII GERES/PE, 2020-2021*.

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

*Acumulado até 28/03/2021. Sujeito a alterações

Ainda em relação aos óbitos por COVID-19 se observa, ao longo da pandemia, uma distribuição de mortalidade elevada entre as semanas 18 e 14 no ano de 2020 e voltando a crescer, de forma considerável, a partir da semana 10 em 2021 (Gráfico 4).

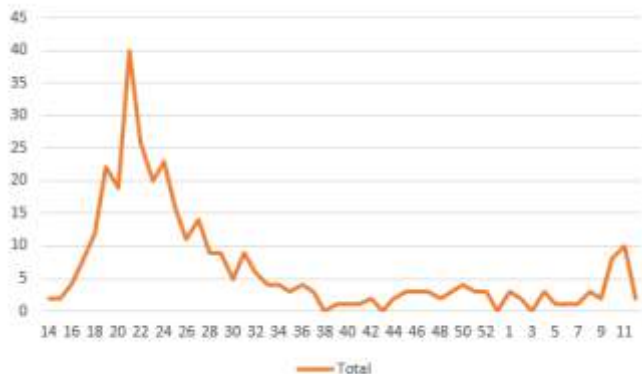


Gráfico 4: Distribuição de óbitos por COVID-19, segundo semana epidemiológica de ocorrência, XII GERES/PE, 2020-2021*.

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

*Acumulado até 28/03/2021. Sujeito a alterações

Em relação a forma leve da COVID-19 já foram contabilizados mais de 10,8 mil casos 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 69% dos registros foram em pessoas com menos de 50 anos de idade (Gráfico 5). Em relação ao sexo, existe uma inversão, com quase 56% dos casos confirmados na população feminina (Gráfico 6).

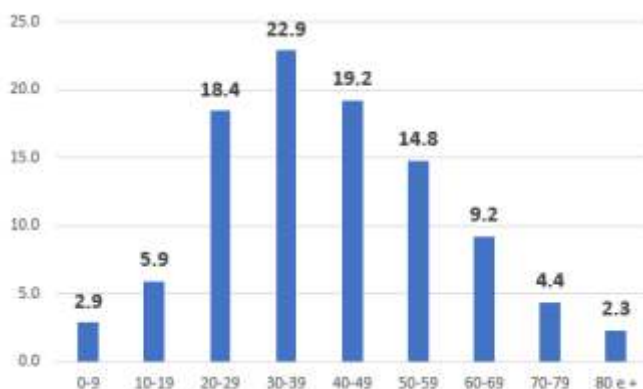


Gráfico 5: Proporção de casos leves de COVID-19, segundo faixa etária, XII GERES/PE, 2020-2021*.

Fonte: XII GERES/e-SUS/SEVS/SES-PE.

*Acumulado até 28/03/2021. Sujeito a alterações

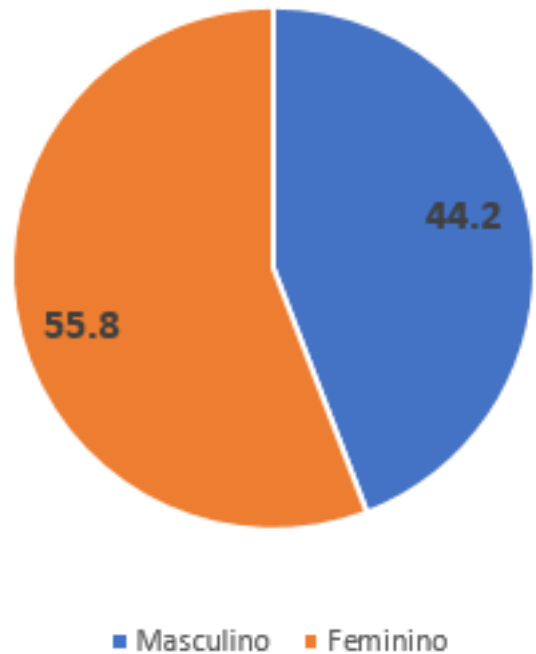


Gráfico 6: Proporção de casos leves de COVID-19, segundo sexo, XII GERES/PE, 2020-2021*.

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

*Acumulado até 28/03/2021. Sujeito a alterações

O pico da pandemia na XII Regional de Saúde foi registrado no mês de maio, no ano de 2020, na Semana Epidemiológica 23. Atualmente se observa uma tendência gradual de incremento na incidência e que se reflete, principalmente, no aumento das hospitalizações e na letalidade. Se faz necessário que toda a população compreenda que 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% e o uso da máscara, a fim de se evitar a propagação dos casos de COVID-19, além de aguardar a imunização de acordo com o Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19.

José Lancart de Lima
Vigilância em Saúde
XII GERES



PAINEL DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 NA XII REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Data-base: 3 de abril de 2021





PAINEL DA VACINAÇÃO DA XII GERES

Trabalhadores dose 1: 4.643
 Trabalhadores dose 2: 3.543
 Idosos ILPI dose 1: 139
 Idosos ILPI dose 2: 96
 Quilombolas dose 1: 655
 65-69 a dose 1: 3.049
 70-74a doses 1: 5.616
 70-74a doses 2: 10
 75-79a doses 1: 4.329
 75-79a doses 2: 270
 80-84a: doses 1: 3.387
 80-84a: doses 2: 107
 85 anos e mais dose 1: 2.516
 85 anos e mais dose 2: 9
 PCD ILPD dose 1: 16
 PCD ILPD dose 2: 15

DOSES RECEBIDAS - XII GERES



Total: 40.057 doses
 Remessa D1+D2: 12.107
 Apenas D1: 17.800
 Apenas D2: 10.150



Total: 5.290 doses
 Remessa D1+D2: 12.107
 Apenas D1: 2.870
 Apenas D2: 1.070

As doses aplicadas aqui apresentadas não são passíveis de cálculo quanto a atualidade de primeira e segunda doses uma vez que estão sendo distribuídos dois tipos de vacina com intervalos de aplicação diferentes.

Outra informação importante diz respeito à continuidade dos cuidados após a imunização. As pessoas não estão imunes à doença necessariamente. A primeira dose ainda não levou o corpo à proteção efetiva, no caso da Sinovac. A AstraZeneca promove uma proteção satisfatória na primeira dose que precisa de reforço para se manter entre 3 e 6 meses da primeira aplicação. A Sinovac precisa de aproximadamente 21 dias após a primeira dose para oferecer proteção adequada.

A vacina não funciona com proteção completa e garantia de não ter a doença. Ela trabalha reduzindo em níveis muito satisfatórios a chance de pessoas imunizadas desenvolverem a COVID de forma grave e chegarem ao óbito. Por isso, lembramos que a necessidade de usar máscara, evitar aglomerações e manter as recomendações de higiene continuam para todas as pessoas, imunizadas ou não.



Dados alimentados pelos municípios e consolidados pelo Programa Nacional de Imunização da XII GERES



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)



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
MAIS TRABALHO, MAIS FUTURO