



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Jany Welma de Sá Albuquerque

Aperfeiçoamento do Monitoramento e Avaliação das Ações para
Redução dos Acidentes por Transportes Terrestres
nas 12 Regiões de Saúde de Pernambuco

Recife

2017



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Jany Welma de Sá Albuquerque

Aperfeiçoamento do Monitoramento e Avaliação das Ações para
Redução dos Acidentes por Transportes Terrestres
nas 12 Regiões de Saúde de Pernambuco

Projeto de Intervenção apresentado à Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco, para a formação e obtenção do título de especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Jeane Grande Arruda de Miranda Coelho

Coorientador: Bruno Costa de Macedo

Recife

2017

A345a Albuquerque, Jany Welma de Sá.

Aperfeiçoamento do monitoramento e avaliação das ações para redução dos acidentes de transportes terrestres nas 12 Regiões de Saúde de Pernambuco. Garanhuns-PE, 2017. 39f.:il.

Orientador (a): Jeane Grande Arruda de Miranda Coelho.
Coorientador: Bruno Costa de Macedo.
Monografia (Curso de Especialização em Saúde Pública) –
Escola de Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE.

1.Avaliação em Saúde 2. Planejamento Integrado em Saúde.
3. Planejamento regional I. Título.

RESUMO

Este Projeto de Intervenção visa aperfeiçoar o monitoramento e avaliação do Plano de Ação Regional para Redução da Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) executado pelas 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres), por meio da implantação de uma ferramenta de gestão on-line. O Projeto será implantado na Diretoria Geral de Gestão Regional (DGGR), que coordena as 12 Geres no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, nível central. Para a realização da intervenção, utiliza-se ferramenta on-line que possibilite a coleta ordenada e sistemática de informações estratégicas, acerca das ações realizadas nas 12 Regiões de Saúde de Pernambuco, com vista à redução da mortalidade por acidentes de transporte terrestre. Nesse sentido, optou-se pela utilização de software livre, sem custo para a unidade gestora, com potencial para análise de dados quantitativos e qualitativos. Destaque-se que a intervenção tem foco em um planejamento regional específico, porém, será diretriz para a regularidade e permanência do monitoramento e avaliação da gestão regional em saúde. Ao executar essa intervenção, espera-se aperfeiçoar o processo de trabalho desenvolvido pelas 12 Geres e DGGR, para a produção de informações estratégicas, em tempo oportuno, que subsidiem a tomada de decisão dos gestores públicos, controle social e sociedade civil organizada, acerca do indicador Variação da Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre. Espera-se estimular ações estratégicas, fazendo uso de ferramentas tecnológicas alternativas gratuitas, com potencial de resolutividade para a gestão pública.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Planejamento integrado em saúde. Planejamento regional.

LISTA DE SIGLAS

ATT	Acidentes de Transporte Terrestre
CEPAM	Comitê Estadual de Prevenção aos Acidentes de Moto
CID	Classificação Internacional de Doenças
CRPAM	Comitê Regional de Prevenção aos Acidentes de Moto
DENATRAN	Departamento Nacional de Trânsito
DETRAN	Departamento de Trânsito
DGGR	Diretoria Geral de Gestão Regional
GERES	Gerências Regionais de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OLS	Operação Lei Seca
PDR	Plano Diretor de Regionalização
SES/PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	JUSTIFICATIVA.....	8
3	OBJETIVOS.....	9
3.1	Objetivo geral.....	9
3.2	Objetivos específicos.....	9
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
5	METODOLOGIA.....	11
5.1	Tipo do estudo.....	11
5.2	Quadros de ações e metas.....	11
5.3	Monitoramento e avaliação da estratégia da intervenção.....	15
6	CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	16
6.1	Local da intervenção.....	16
7	RESULTADOS ESPERADOS.....	17
8	VIABILIDADE.....	18
	REFERÊNCIAS.....	19
	APÊNDICE A – DOCUMENTO ORIENTADOR PARA BASE DE DADOS DO SOFTWARE LIVRE.....	21
	ANEXO A – PLANO REGIONAL PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE NAS 12 REGIÕES DE SAÚDE.....	25
	ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA.....	34

1 INTRODUÇÃO

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria/GM n.º 737, de 16 de maio de 2001, tendo em vista a necessidade de o setor saúde planejar ações para a redução da morbimortalidade por acidentes e violências, em que preconizou seis diretrizes que orientassem a implantação da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências nos Estados e Municípios: 1. promoção de comportamentos e ambientes seguros; 2. monitoramento da ocorrência de acidentes e violências; 3. ampliação do atendimento pré-hospitalar; 4. assistência às vítimas; 5. apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas e 6. capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2001).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), em sua 10.^a revisão, acidentes e violências são denominados por causas externas, cujo conceito é:

Os acidentes e as violências representam modernas epidemias que assolam países do mundo inteiro, configurando um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas a trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais, como agressões e lesões autoprovocadas. (BRASIL, 2002, p. 114).

Nesse caso, entendendo como acidente de transporte aqueles que envolvem veículos utilizados para o transporte de pessoas ou de mercadorias de um lugar para outro (KOIZUMI; JORGE, 2009).

Por acidente, entende-se todo o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais, ocorridos no ambiente domiciliar ou social, como, por exemplo, o do trânsito, o da escola, o do trabalho, entre outros (BRASIL, 2001). Contudo alguns autores não consideram muitos desses acidentes como casuais, reconhecendo o sentido de intencionalidade, constituindo, assim, uma violência. Não concordam com o uso do termo ‘fatalidade’ para os acidentes de trânsito, considerando que geralmente são frutos de omissões estruturais em relação **às estradas e vias públicas, às condições dos veículos, à fiscalização, às imperícias, às imprudências e negligências dos usuários** (motoristas ou pedestres) [...].

A análise no período de oito anos (1998-2005) mostra que o Sistema de Informações do Departamento Nacional de Trânsito (Denatran) captou, sempre, um número crescente de acidentes: em números absolutos, passaram de 262.374 a 383.371, projetando um aumento

relativo de 46,1%, uma taxa de acidentes em relação à população de 208 acidentes para cada 100.000 habitantes – aumento de 28,3% (JORGE; KOIZUMI, 2008).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2010, ocorreram 42.844 óbitos em decorrência de acidentes por transporte terrestre no Brasil. No mesmo ano, Pernambuco foi classificado na 14.^a posição dentre os estados com maior taxa de acidentes por transporte terrestre (ATT) – 22,5 óbitos por 100.000 habitantes (PERNAMBUCO, 2013).

Nesse sentido, em 2011, o Governo do Estado de Pernambuco instituiu o Pacto pela Saúde, em que foram definidos 1 indicador síntese (Taxa de Mortes por Causas Evitáveis) e 12 indicadores intermediários para intervenção da Secretaria Estadual de Saúde. Desses, são direcionados 6 indicadores às 12 Geres, sendo o indicador Variação da Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre de bastante relevância, dada a elevada mortalidade registrada em 2010, cujo monitorado desses indicadores, ocorre mensalmente, coordenado pelo Núcleo de Gestão por Resultados da Secretaria Estadual de Planejamento (PERNAMBUCO, 2017).

Ainda em 2011, duas estratégias importantes foram implantadas: o Comitê Estadual de Prevenção aos Acidentes de Moto (Cepam) e a Operação Lei Seca (OLS). O Cepam tem o objetivo de propor estratégias para a redução da morbimortalidade por acidente de moto, por meio da promoção da intersetorialidade, considerando que é constituído por 19 instituições governamentais e não governamentais ligadas à temática. A OLS é coordenada pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e articula a atuação dos órgãos estaduais da Saúde, Departamento de Trânsito (Detran) e Polícia Militar (PERNAMBUCO, 2013).

Cabe registrar que em 2013, instituiu-se, na SES/PE, nível central, a Diretoria Geral de Gestão Regional (DGGR), com a finalidade de coordenar, monitorar, avaliar e apoiar as ações desenvolvidas pelas 12 Geres nos respectivos territórios. Ainda nesse ano, foram instituídos, no âmbito de cada Região de Saúde, o Comitê Regional de Prevenção aos Acidentes de Moto (CRPAM), que funciona sob a coordenação dos Gerentes de Geres. É importante ressaltar que, para a melhoria do indicador Variação da Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre, se fazem necessárias articulações interinstitucionais.

Considerando o Sistema Único de Saúde (SUS) prestar assistência visando à preservação da vida de vítimas por acidentes de transporte terrestre, bem como notificar nos sistemas de informação os casos que venham a tornar-se mortalidade, destinou-se ao SUS, no caso de Pernambuco, o papel de articulador dessas instituições. Dessa forma, cada Geres

aciona as respectivas instituições regionais, municipais e estaduais para o planejamento e execução de ações, com vista à diminuição da taxa desse indicador em seu território. Todavia, no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, em questão, a DGGR, o monitoramento e a avaliação das ações planejadas e desenvolvidas pelas Geres ocorrem sem regularidade estabelecida e com instrumentos diversos para a coleta das informações. Sendo assim, vale ressaltar que o papel da avaliação no processo de gestão é o de fornecer elementos de conhecimento que subsidiem a tomada de decisão, propiciando o aumento da eficiência, eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas pelo serviço ou pela organização (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Nesse contexto, a Secretaria Estadual de Saúde realizou, em novembro de 2016, um planejamento integrado, em que se envolveram os 12 gerentes de Geres, cujo produto foi o Plano de Ação Regional para Redução dos Acidentes de Transporte Terrestre, onde estão definidas ações a serem executadas no período de dezembro de 2016 a dezembro de 2018.

Após a instituição do Plano, ficou evidente a dificuldade que a DGGR, localizada na região metropolitana do Recife, encontrou para monitorar e avaliar, de forma sistemática, a execução das ações no âmbito das 12 Regiões de Saúde, bem como produzir informações estratégicas que subsidiem gestores, técnicos e controle social para a tomada de decisão ou redirecionamento das ações do Plano. Compreendendo que a gestão envolve a melhoria do funcionamento das organizações e para isso ela tem de encontrar a melhor combinação possível dos recursos disponíveis para atingir seus objetivos.

Encontrada essa combinação, ela é institucionalizada mediante a formalização de estruturas, processos, rotinas, fluxos e procedimentos (TANAKA; TAMAKI, 2012). Esse projeto de intervenção tem como pergunta norteadora: Como contribuir para o aperfeiçoamento do monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas nas 12 Regiões de Saúde de Pernambuco, tendo em vista a taxa de mortes por acidentes de transporte terrestre e o plano de ação regional para sua redução?

2 JUSTIFICATIVA

Na execução do plano regional, a Diretoria Geral de Gestão Regional (DGGR) identificou a necessidade de criar estratégias que facilitem o monitoramento e avaliação sistemáticos das ações definidas no referido plano, com foco na produção de informações em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão de gestores e técnicos, acerca do indicador Variação da Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre. O processo de trabalho atualmente instituído na DGGR apresenta fragilidades, considerando que: a coleta de informações, nas 12 Geres, ocorre por e-mail; o formato de envio da informação de cada Geres não obedece a um padrão, e o prazo para coleta fica atrelado ao monitoramento do Pacto pela Saúde no âmbito do Núcleo Gestor do Governo, com prazo mínimo para consolidação por parte da DGGR, ocasionando fragilidade na qualidade dessas informações.

Dessa forma, para a realização desse projeto de intervenção, foram feitas reuniões com especialista da área de Informática, bem como pesquisa bibliográfica da utilização de software livre por órgãos públicos (COSTA; SANTOS, 2010; DALANHOL; SILVEIRA, 2016). Nesse contexto:

A existência de *softwares* livres, de qualidade e disponíveis no mercado, pode vir a se tornar uma solução para as empresas, especialmente para os órgãos públicos – onde a verba disponibilizada para tais investimentos é comumente escassa. O uso desses *softwares* permitiria economizar com os gastos desprendidos com aquisição e licenciamento de *softwares* proprietários, e o montante economizado poderia ser revertido para outros fins. (OSÓRIO et al., 2005, p. 1041, grifos dos autores).

Nesse sentido, o aprimoramento do processo de trabalho na DGGR, por meio da utilização de software livre, objetiva dar agilidade na coleta e consolidação de dados, acompanhar indicadores e produzir relatórios gerenciais, com foco na produção de informações estratégicas, que propiciem o aperfeiçoamento do monitoramento e a avaliação das ações planejadas no Plano de Ação Regional para Redução de Acidentes por Transporte Terrestre e possíveis redirecionamentos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Aperfeiçoar o monitoramento e avaliação do Plano de Ação Regional para Redução de Acidentes por Transporte Terrestre das 12 Geres.

3.2 Objetivos específicos

- a) Adotar software livre para registro sistemático das ações executadas nas regiões de saúde.
- b) Implantar sala de situação.
- c) Produzir informações estratégicas que subsidiem gestores, técnicos e controle social, de forma sistemática e oportuna.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Oliveira e Reis (2016, p. 15):

No Brasil, a preocupação com a avaliação em saúde tem como marco a criação do SUS. Desde então, diversas iniciativas de institucionalização da avaliação vêm sendo implementadas. Institucionalizar refere-se ao efeito de tornar institucional, incluir a avaliação na rotina das instituições de modo que ela seja capaz de influenciar os comportamentos.

Para um processo de gestão eficiente, é imprescindível acompanhar e avaliar periodicamente os objetivos, as metas, ações, os programas, assim como os resultados alcançados até o momento. Contudo, isso não é o bastante na gestão voltada para a qualidade. Importa “saber como fazer, quanto fazer, quando fazer, com o que fazer” e esforçar-se para sua execução. Desse modo, trataremos dos aspectos metodológicos que se relacionam com o monitoramento de indicadores de saúde (OLIVEIRA; REIS, 2016, p. 25).

Nesse contexto, é importante a definição de instrumento que possibilite a coleta e acompanhamento de dados que subsidie o processo de monitoramento e avaliação, sobretudo, com potencial tecnológico, como ferramentas a partir de softwares livres. Um software dito “livre”, segundo a Free Software Foundation, é aquele que pode ser redistribuído, modificado e estudado, garantindo, ainda, que essas liberdades sejam proliferadas aos programas criados com base em um já existente – programas derivados (MIRANDA; VIEIRA; CARELI, 2008). Após pesquisa, optou-se em utilizar para o desenvolvimento da intervenção o software SPHINX Brasil – soluções para coleta e análise de dados; instrumento para coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos trazido ao Brasil em 1995 por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, um software robusto, integrado com a tecnologia web e mobile, bem como gratuito.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Este estudo é um Projeto de Intervenção, que comunga do conceito abordado em edição da UNA-SUS/UNIFESP, Metodologia Científica I - 2004, projeto assim definido: “um empreendimento temporário de atividade com início, meio e fim programados, que tem por objetivo fornecer um produto singular e dentro das restrições orçamentárias.” (MAXIMIANO, 2002, p. 26). Nessa perspectiva, este projeto de intervenção propõe-se a intervir em um problema identificado, mediante a priorização de ações, de forma planejada, monitorada e avaliada.

5.2 Quadros de ações e metas

Objetivo Específico I: Adotar software livre para registro sistemático das ações executadas nas regiões de saúde (Quadro 1).

Descrição: Para alcance desse objetivo específico, realizaram-se reuniões com especialista da área de Informática e levantamento de literatura que subsidiaram a elaboração de um documento orientador (APÊNDICE A), para orientar o trabalho do programador de informática, com vista à adequação de software livre para a necessidade deste projeto, cuja base é o Plano Regional para Redução da Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre nas 12 Regiões de Saúde (ANEXO A).

Quadro 1 – Ações e metas

Ações	Metas	Prazo	Parceiros	Responsável	Status
Realizar reuniões com especialista em tecnologia da informática	4 reuniões	Jun. a set./2017	Rafael Carvalho (Profissional de Informática)	Jany Albuquerque (Gestora DGGR)	Executado
Realizar reuniões com a equipe DGGR para discussão sobre a implantação do projeto	4 reuniões	Jun. a set./2017	Luciana Figueiroa (Diretora da DGGR/SES)	Jany Albuquerque (Gestora DGGR)	Executado
Fazer pesquisa bibliográfica sobre a utilização de software livre em órgãos públicos	1 pesquisa	Jul. a set./2017	-	Jany Albuquerque (Gestora DGGR/SES)	Executado
Elaborar documento norteador que oriente a construção da base de dados do software livre	1 documento	Set/2017	Inês Costa (Gestora DGIE/SES)	Jany Albuquerque (Gestora DGGR/SES)	Executado
Adequação de software livre para o projeto	1 software adequado	Set./2017	Rafael Carvalho (Profissional de Informática)	Rafael Carvalho (Profissional de Informática)	Em andamento
Capacitar equipe da DGGR e Gerentes de Geres para utilização do software	1 oficina realizada	Out./2017	Rafael Carvalho (Profissional de Informática)	Rafael Carvalho (Profissional de Informática)	Planejado
Utilização/Teste do software pelas 12 Geres	Preenchimento 12 Geres	Mensal Nov-dez./2017	12 Gerentes de Geres	12 Gerentes de Geres	Planejado

Fonte: Elaboração da autora.

Objetivo Específico II: Implantar sala de situação

Descrição: “A sala de situação, sob a liderança do gestor, se converte em um espaço de interação da equipe, em que se tomam decisões baseadas em dados analisados que geram informação e conhecimento, em contextos sociais, econômicos, históricos, particulares dos grupos de população.” (XIMENES NETO et al., 2013). Sendo assim, pretende-se inserir na programação do colegiado de Geres, que é realizado mensalmente na Secretaria Estadual de Saúde, entre as 12 Geres e DGGR, a sala de situação, com foco na análise dos dados inseridos no software livre, e consequente produção de informação estratégica que possibilite a tomada de decisão, tendo em vista o Plano de Ação Regional para Redução da Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre.

Quadro 2 – Ações e metas

Ações	Metas	Prazo	Parceiros	Responsável	Status
Pactuar a operacionalização da sala de situação nas 12 Geres	1 Pactuação	Nov./2017	12 Gerentes de Geres	Jany Albuquerque (Gestora DGGR)	Planejado
Elaborar boletim informativo	1 Boletim Quadrimestral	Fev./2107	-	Jany Albuquerque (Gestora DGGR)	Planejado

Fonte: Elaboração da autora.

Objetivo Específico III: Produzir informações estratégicas que subsidiem gestores, técnicos e controle social, de forma sistemática e oportuna.

Descrição: Por meio da coleta de dados via software livre e do funcionamento da sala de situação para análise acerca dos dados coletados, pretende-se realizar a produção de relatórios gerenciais que possam subsidiar a gestão na identificação dos possíveis ajustes nas ações e metas programadas inicialmente no Plano de Ação Regional para Redução da Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre, ou no mantimento daquelas que sejam identificadas como potenciais para o alcance do objetivo do Plano.

Quadro 3 – Ações e metas

Ações	Metas	Prazo	Parceiros	Responsável	Status
Produzir Relatório Gerencial	1 Relatório Mensal	Dez./2017	-	Jany Albuquerque (Gestora DGGR)	Planejado

Fonte: Elaboração da autora.

5.3 Monitoramento e avaliação da estratégia da intervenção

Serão realizadas reuniões mensais na DGGR para acompanhamento da execução das ações relacionadas na Matriz do Projeto de Intervenção, de forma a observar o andamento do Projeto e as possíveis revisões e reprogramações, sendo imprescindível, o alcance de indicadores para a efetivação do Projeto, quais sejam:

- funcionamento do software Sphinx Brasil até fevereiro/2018;
- realização de, pelo menos, uma sala de situação em dezembro/2017;
- elaboração de, no mínimo, de um relatório gerencial em dezembro/2017.

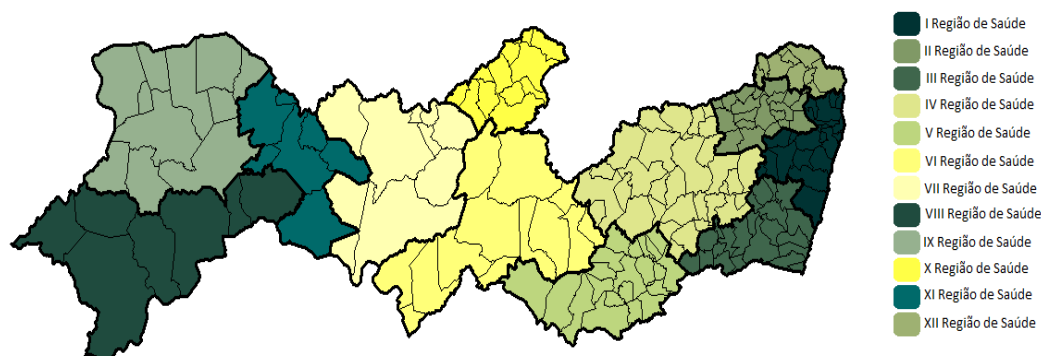
6 CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

6.1 Local de intervenção

A intervenção ocorrerá no âmbito da Diretoria Geral de Gestão Regional (DGGR), localizada na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), que tem como objetivo coordenar as 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres), com foco na implementação da regionalização do SUS, tendo em vista o Decreto Presidencial n.º 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011). A DGGR é composta por uma equipe formada por uma diretora, um superintendente e um coordenador Administrativo-Financeiro. Tem como missão coordenar, monitorar, avaliar e apoiar as ações desenvolvidas pelas 12 Geres nos respectivos territórios.

As Geres são organizações administrativas da SES/PE, que atuam nas Regiões de Saúde, que, no caso de Pernambuco, totalizam 12 Regiões, compostas por 184 municípios e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha, conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR). As sedes de Geres localizam-se nos municípios de Recife (I Geres), Limoeiro (II Geres), Palmares (III Geres), Caruaru (IV Geres), Garanhuns (V Geres), Arcoverde (VI Geres), Salgueiro (VII Geres), Petrolina (VIII Geres), Ouricuri (IX Geres), Afogados da Ingazeira (X Geres), Serra Talhada (XI Geres) e Goiana (XII Geres) respectivamente. Cada Região de Saúde organiza-se territorialmente conforme o mapa na Figura 1.

Figura 1 – Mapa das 12 Regiões de Saúde



7 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que a intervenção possa gerar aprimoramento institucional e profissional a partir do monitoramento das ações e metas relacionadas no Plano de Ação Regional para Redução de Acidentes de Transporte Terrestre, com alcance dos seguintes resultados:

1. implantação de software livre que apoie o processo de trabalho da DGGR e Geres sem ônus para a gestão pública;
2. coleta de dados ordenada, sistemática e tempestiva que possibilite a produção de informações estratégicas;
3. realização de análises sistemáticas das ações programadas e executadas pelas 12 Geres nos territórios;
4. revisão do Plano de Ação Regional para Redução de Acidentes de Transporte Terrestre;
5. geração de relatórios quantitativos e qualitativos.

8 VIABILIDADE

Trata-se de um Projeto de Intervenção com viabilidade financeira, pois sua execução não representará custo ao órgão público, Secretaria Estadual de Saúde/Diretoria Geral de Gestão Regional, uma vez que a ferramenta tecnológica a ser implantada é um software livre, de utilização gratuita. Tem viabilidade administrativa, pois representará otimização no processo de trabalho para os 12 gerentes de Geres e gestores da DGGR, considerando a capacidade para consolidação de dados, via Web, que o software proporcionará e viabilidade política, tendo em vista a aceitação e parceria da DGGR, que tem sido uma grande apoiadora do Projeto.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM n.º 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e estabelece mecanismos para incentivar as atividades assistenciais relacionadas à identificação das causas externas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 2001, n. 96, Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito. Mobilizando a sociedade, promovendo a saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 114-117, 2002.

_____. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

COELHO, Jeane Grande Arruda de Miranda. **Acidentes de trânsito atendidos pelo Samu/Olinda: perfil e distribuição espacial, 2009 a 2011**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

COSTA, Reinaldo Candido da; SANTOS, Rosaria Ferreira Otoni dos. **Conhecendo o software livre**. [2010]. Disponível em: <<http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/ueadsl/article/viewFile/2504/2456>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

DALANHOL, Jefferson; SILVEIRA, Sidnei Renato. **Utilização de software livre em órgãos públicos de Frederico Westphalen-RS: um estudo de caso**. [2016]. Disponível em: <<http://w3.ufsm.br/frederico/images/JeffersonDalanhhol.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2017.

JORGE, Maria Helena de Prado Mello; KOIZUMI, Maria Sumie. Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição. **Revista Abramet**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 52-58, 2008.

KOIZUMI, Maria Sumie; JORGE, Maria Helena de Prado Mello. Acidentes de trânsito: perfil das vítimas atendidas no pronto-socorro. **Revista Abramet**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 32-35, 2009.

LUCENA, Kerle Dayana Tavares de et al. Sala de situação em saúde como ferramenta de gestão: planejamento das ações no território. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 8, n. 3, p. 702-708, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5785/8689>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

MAXIMIANO, Antônio César Amaru. **Administração de projetos: como transformar idéias em resultados**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MIRANDA, Viviane Vieira de; VIEIRA, Carlos Eduardo Costa; CARELI, Flávio Campos. O uso de *software* livre no Serviço Federal de Processamento de Dados (Serpro). **Cadernos UniUFOA**, Volta Redonda, ano 3, n. 8, p. 11-20, dez. 2008. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/08/11.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2017.

OLIVEIRA, Ana Emilia Figueiredo de; REIS, Regimarina Soares (Org.). **Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS**. São Luís, MA: Universidade Federal do Maranhão, 2016. (Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade 13). Disponível em: <http://repocursos.unasus.ufma.br/gestao_saude_20161/curso_5/und1/media/pdf/livro_pdf.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

OSÓRIO, Tito Lívio Gomes et al. Utilização de *software* livre em órgãos públicos. In: SIMPÓSIO DE EXCELENCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA – SEGeT, 2., 2005, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2005. p. 1039-1058. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos05/360_Artigo_SL_Completo.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Acidentes de transporte terrestre: o cenário em Pernambuco**. Recife, 2013. (Série Acidentes e Violências, n. 3).

_____. Secretaria de Planejamento e Gestão. **Pacto pela saúde**. [2017]. Disponível em: <<http://www.seplag.pe.gov.br/web/pps/pacto-pela-saude>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a02.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães et al.. Análise da utilização da sala de situação por profissionais da estratégia saúde da família. In: Seminário de pesquisa em enfermagem, 17., 2013, Natal. **Anais...** Natal, RN, 2013. p. 02731-02733.

APÊNDICE A – DOCUMENTO ORIENTADOR PARA BASE DE DADOS DO SOFTWARE LIVRE

Documento Orientador para Base de Dados do Software Livre SPHINX Brasil

Autoria: Jany Welma de Sá Albuquerque (Discente e Gestora da Diretoria Geral de Gestão Regional da Secretaria Estadual de Saúde)

Colaboradora: Inês Eugênia Costa (Gestora de Informação Estratégica da Secretaria Estadual de Saúde)

Objetivo: orientar o profissional programador de informática, que trabalhará na adequação de software livre, instrumento parte do projeto de intervenção para conclusão do curso de especialização em saúde pública da ESPPE. A base principal para a utilização desse software é o Plano Regional para Redução da Mortalidade por Acidentes de Transportes Terrestres nas 12 Regiões de Saúde.

Descrição: Este documento orientador está dividido em quatro partes: 1 Diretriz e 3 Etapas, com vistas a definir a base de dados para o software livre:

Diretriz: Plano Regional para Redução da Mortalidade por Acidentes de Transportes Terrestres nas 12 Regiões de Saúde

1.ª Etapa: Ações e Metas, definidas pelo conjunto dos 12 gerentes de GERES, para o Plano Regional para Redução da Mortalidade por Acidentes de Transportes Terrestres.

- Para cumprimento dessa etapa, precisam estar inseridas no software livre as ações e metas, **por GERES**, para a redução dos acidentes por transportes terrestres, conforme priorizadas no plano regional. Dessa forma, cada gerente de GERES informará **mensalmente** o status da ação, utilizando as seguintes descrições: concluída, em andamento, atrasada.

2.ª Etapa: principais causas que contribuem para os acidentes por transportes terrestres, elencadas pelos gerentes das 12 GERES no Plano Regional para Redução da Mortalidade por Acidentes de Transportes Terrestres, totalizando 15 causas.

- Para essa etapa optou-se em instituir temas que representem as causas elencadas, sendo necessário inserir na base de dados do software livre, os temas. Optou-se em distribuir as 15 causas em 4 temas, cuja escolha se deu a partir do conceito utilizado pela pesquisadora Minayo, ressaltado na tese de mestrado da sanitarista Jeane Grande Arruda de Miranda Coelho (2013, p. 19, grifo nosso):

Por acidente, entende-se todo o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais, ocorridos no ambiente domiciliar ou social, como, por exemplo, o do trânsito, o da escola, o do trabalho, entre outros (BRASIL, 2001). Contudo alguns autores não consideram muitos desses acidentes como casuais, reconhecendo o sentido de intencionalidade, constituindo, assim, uma violência. Não concordam com o uso do termo ‘fatalidade’ para os acidentes de

trânsito, considerando que geralmente são frutos de omissões estruturais em relação às **estradas e vias públicas, às condições dos veículos, à fiscalização, às imperícias, às imprudências e negligências dos usuários** (motoristas ou pedestres) [...].

Nesse contexto, serão trabalhados na base do software, 04 temas, seguindo a numeração usada no Plano Regional para Redução da Mortalidade por Acidentes de Transportes Terrestres para as causas;

- Em seguida foi atribuído peso para cada causa, de acordo com a influência que esta tem para o alcance da meta do Governo que é - 6% no indicador “variação da taxa de mortalidade por acidente de transporte terrestre” e considerando acidente de trânsito constituir-se uma violência. Dessa forma, à medida que as ações e encaminhamentos elencados no plano forem executados e informado seus status na base do software, esse peso poderá atingir seu potencial máximo ou do contrário não evoluir. Os Gerentes devem **trimestralmente** atribuir para cada causa uma escala de resolatividade alcançada, a partir das ações e medidas tomadas no período. Com isso pretende-se visualizar em quais causas estamos com maior dificuldade de intervir.

A. INFRAESTRUTURA – Peso 70%

Causas/Escala de Resolutividade:

1. Fiscalização insuficiente nos Municípios – 0 a 70%
 2. Número de equipes da OLS insuficiente – 0 a 70%
 3. Deficiência na conservação e na sinalização das vias – 0 a 70%
 4. Falta de estrutura para receber a OLS nas GERES – 0 a 70%
 14. Falta de delegados e delegacias para autuar os condutores – 0 a 70%
 15. Não existem locais para armazenar os carros autuados – 0 a 70%
- ✓ Escolha abaixo duas questões relevantes que dificultaram a atuação da GERES em se tratando deste tema?
- Governabilidade
 - Custeio das ações (diárias, combustível, alimentação, hospedagem, material de expediente, material gráfico)
 - Recursos Humanos
 - Mobilização intersetorial

B. INTERSETORIALIDADE – Peso 15%

Causas/Escala de Resolutividade:

- 5. Não integralização do trânsito nos municípios – 0 a 15%
- 7. Baixa participação dos órgãos nas reuniões do CRPAM – 0 a 15%
- 11. Alta rotatividade dos representantes dos outros órgãos do CRPAM – 0 a 15%
- 12. Ausência de um CRPAM na I GERES – 0 a 15%
- 13. Inexistência de integração do CEPAM com os CRPAM – 0 a 15%
- 16. Ações Educativas (Esse atribui numeração, pois, no planejamento inicial ela não foi numerada) – 0 a 15%.

- ✓ Escolha abaixo duas questões relevantes que dificultaram a atuação da GERES em se tratando deste tema?
- Governabilidade
 - Custeio das ações (diárias, combustível, alimentação, hospedagem, material de expediente, material gráfico)
 - Recursos Humanos
 - Mobilização intersetorial.

C. VIGILÂNCIA EM SAÚDE – Peso 5%

Causas/Escala de Resolutividade:

- 6. Má qualidade no preenchimento das notificações – 0 a 5%
- 9. Número de digitadores insuficientes na vigilância epidemiológica hospitalar – 0 a 5%

- ✓ Escolha abaixo duas questões relevantes que dificultaram a atuação da GERES em se tratando deste tema?
- Governabilidade
 - Custeio das ações (diárias, combustível, alimentação, hospedagem, material de expediente, material gráfico)
 - Recursos Humanos
 - Mobilização intersetorial.

D. NORMAS LEGAIS – Peso 5%

Causas/Escala de Resolutividade:

8. Ausência de regulamentação para os mototáxi – 0 a 5%

10. Descumprimento da Lei de educação nas escolas – 0 a 5%

- ✓ Escolha abaixo duas questões relevantes que dificultaram a atuação da GERES em se tratando deste tema?
- Governabilidade
 - Custeio das ações (diárias, combustível, alimentação, hospedagem, material de expediente, material gráfico)
 - Recursos Humanos
 - Mobilização intersetorial.

3.ª Etapa: Finalizando a base do software, nesta etapa deve conter perguntas abertas, que devem ser respondidas **mensalmente** pelas Geres:

- Número de óbitos ocorridos
- Locais de ocorrência dos óbitos
- Quantas abordagens da OLS aconteceram nesses locais ou proximidades de ocorrência dos óbitos.

**ANEXO A – PLANO REGIONAL PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR
ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE NAS 12 REGIÕES DE SAÚDE**



**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DOS
ACIDENTES DE TRÂNSITO
NAS REGIONAIS DE SAÚDE**

FCA - ACIDENTES DE TRÂNSITOS NAS GERES

Fato	Alta taxa de Mortalidade por Acidentes de Trânsito
Causas Elencadas	1. Fiscalização insuficiente nos Municípios 2. Número de equipes da OLS insuficiente 3. Deficiência na conservação e de sinalização das vias 4. Falta de estrutura para receber a OLS na sede da GERES 5. Não Integralização do trânsito nos Municípios 6. Má qualidade no preenchimento das notificações 7. Baixa participação dos Órgãos nas reuniões do CRPAM 8. Ausência de regulamentação para os mototaxi 9. Número de digitadores insuficiente na Vigilância Epidemiológica Hospitalar 10. Descumprimento da Lei de educação nas escolas 11. Alta rotatividade dos representantes dos outros órgãos do CRPAM 12. Ausência de um CRPAM na I GERES 13. Inexistência de integração do CEPAM com os CRPAM 14. Falta de delegados e Delegacia para autuar os condutores 15. Não existem locais para armazenar os carros autuados

FCA

1. Fiscalização insuficiente nos Municípios

AÇÃO DE CONTRAMEDIDA	META	RESPONSÁVEL	PRAZO
Realizar um diagnóstico situacional das equipes de fiscalização do trânsito nos Municípios prioritários	* Cada regional terá sua meta de acordo com a realidade de ocorrências	Gerentes de GERES	20/12/16
Apresentar diagnóstico ao Secretário Estadual de Saúde	Diagnóstico situacional	Gerentes de GERES	16/01/17
Realizar georreferenciamento piloto dos ATT nos Municípios para identificar os principais locais de ocorrência	IV GERES	Djeir de Lima	31/10/16
Levantar periodicamente os pontos críticos dos ATT nas regiões	Levantamento semestral	CRPAM	30/06/17

FCA

2. Número de equipes da OLS insuficiente

ENCAMINHAMENTO

Definir ampliação de equipes de OLS para ações nas Regionais

3. Deficiência na conservação e de sinalização das vias

Esta ação é de responsabilidade do DNIT e/ou DER.

4. Falta de estrutura para receber a OLS nas GERES

ENCAMINHAMENTO

Definir estrutura de acolhimento para o efetivo da OLS nas regiões

FCA

5. Integralização do Trânsito nos Municípios

AÇÃO DE CONTRAMEDIDA	META	RESPONSÁVEL	PRAZO
Realizar levantamento dos critérios para integralização do trânsito nos Municípios	Levantamento realizado	Gerentes de GERES	13/09/16 CONCLUÍDO
Realizar levantamento dos principais municípios com necessidade de trânsito integralizado	Levantamento realizado	Gerentes de GERES	13/09/16 CONCLUÍDO
Realizar audiência Pública para apresentar aos novos gestores Municipais o benefício de integralizar o trânsito para diminuição dos AIT	12 Audiências Públicas Realizadas (01 em cada GERES)	Gerentes de GERES	30/04/17

ENCAMINHAMENTO

Atrair o recebimento do seguro DPVAT à notificação de AIT

FCA

6. Má qualidade no preenchimento das notificações

AÇÃO DE CONTRAMEDIDA	META	RESPONSÁVEL	PRAZO
Implantar, em parceria com as Geres, o projeto de qualificação do SINAT na Usiatt localizada na Região	2º Semestre 2016: 05 Hospitais* 1º Semestre 2017: 03 Hospitais* 2º Semestre 2017: 03 Hospitais* 1º Semestre 2018: 02 Hospitais*	DGPMAVS-SEVS e Geres	30/06/18
Monitorar semestralmente o projeto de qualificação do Sinatt, em parceria com as Geres	2º Semestre 2016: 02 Hospitais Para 1º semestre 2017: todos que implantaram em 2016	DGPMAVS-SEVS e Geres	30/06/17
Estimular o trabalho com o tema de prevenção dos ATT nos Núcleos de Promoção de Saúde dos municípios da Região	-	Geres	Ação contínua
Implantar GT piloto de vigilância do óbito por acidente de moto na VIII Geres e por ATT na II Geres	GT piloto implantado	DGPMAVS-SEVS e II e VIII Geres	30/12/16

Observação:

Para 2º semestre 2016: Hospital Regional do Agreste (IV Geres); Hospital da Restauração (I Geres); Hospital Regional José Fernandes Saba (I Geres); Hospital Universitário de Petrolina (VII Geres); Hospital Regional Dr. Silvio Magalhães (III Geres); Hospital Getúlio Vargas (I Geres).
Para 1º semestre 2017: Hospital Regional Inácio de Sá (VII Geres); Hospital Regional Amélia Gimara (X Geres); Hospital Otávio de Freitas (I Geres).
Para 2º semestre 2017: Hospital Regional Agamenon Magalhães (XI Geres); Hospital Regional Dom Moura (V Geres); Hospital Regional Fernando Siqueira (IX Geres).
Para 1º semestre 2018: Hospital João Muniz de Oliveira e Hospital Miguel Arraes (I Geres).

FCA

7. Baixa participação dos Órgãos nas reuniões do CRPAM

ENCAMINHAMENTOS

Definição do Secretário de Saúde com o Governador e efetiva participação dos demais Órgãos do Comitê

CONCLUÍDO

Discutir com a SEVS a contratação de um apoiador para planejamento e articulação das ações para redução dos ATT

FCA

8. Ausência de regulamentação para os mototaxi

AÇÃO DE CONTRAMEDIDA	META	RESPONSÁVEL	PRAZO
Realizar oficinas de sensibilização sobre uso de EPI e respeito as normas de trânsito para associação e sindicatos de moto taxis	02 oficinas	Gerentes de GERES	Até dezembro/2017

ENCAMINHAMENTO

Regulamentar profissional de mototaxi nos Municípios

FCA

9. Número de digitadores insuficiente na Vigilância Epidemiológica Hospitalar

ENCAMINHAMENTO

Padronizar o número de profissionais digitadores e carga horária para alimentação do sistema de notificação acidentes e óbitos nas VEH

FCA

10. Descumprimento da Lei de educação nas escolas (Art. 76 do código de trânsito)

AÇÃO DE CONTRAMEDIDA	META	RESPONSÁVEL	PRAZO
Articular através de reuniões com a GRE a elaboração de estratégias para inclusão do tema ATTM nas atividades pedagógicas da Escola	03 estratégias elaboradas para cada semestre	Gerentes de GERES	Até dezembro/2017

ENCAMINHAMENTO

A SES articular com a SEDUC o cumprimento do Art. 76 do código de trânsito

FCA

11. Alta rotatividade dos representantes dos outros órgãos do CRPAM

AÇÃO DE CONTRAMEDIDA	META	RESPONSÁVEL	PRAZO
Realizar levantamento dos principais municípios com necessidade de trânsito integralizado	Levantamento realizado	Gerentes de GERES	13/09/16 CONCLUÍDO
Enviar lista dos participantes dos CRPAMs das Regionais de Saúde	Lista enviada	Gerentes de GERES	13/09/16 CONCLUÍDO
Emitir carta circular notificando a presença obrigatória de todos os entes vinculados aos CRPAMs nas reuniões realizadas pelas GERES	Carta circular emitida	João Campos	23/09/16

FCA

12. Ausência de CRPAM na I GERES

Implantar CRPAM na I GERES

AÇÃO DE CONTRAMEDIDA	META	RESPONSÁVEL	PRAZO
Solicitar publicação de Portaria para instituir CRPAM I GERES	-	Ângela Lessa	30/09/16
Elaborar regimento interno de funcionamento do CRPAM	Regimento elaborado	Ângela Lessa	30/10/16
Publicar regimento interno de funcionamento do CRPAM	Regimento publicado	CEPAM	20/12/16

FCA

13. Inexistência de Integração do CEPAM com os CRPAM

ENCAMINHAMENTO

Solicitar ao CEPAM uma agenda periódica junto aos presidentes do CRPAM

14. Falta de delegados e Delegacia para atuar os condutores

ENCAMINHAMENTO

Articular junto a SDS priorização no registro das ocorrências durante as blitz do DETRAN e de OLS

15. Não existem locais para armazenar os carros autuados

ENCAMINHAMENTO

Definir junto ao DETRAN/Secretaria das Cidades locais para armazenar veículos autuados nas ações de fiscalização

FCA

Ações de Educação

AÇÃO DE CONTRAMEDIDA	META	RESPONSÁVEL	PRAZO
Propor parcerias de sensibilização nas empresas sobre ATT nas regiões	* Cada regional terá sua meta de acordo com o número de empresas na região	Gerentes de GERES	2017
Divulgar na mídia as ações do CRPAM e os dados referente a acidentes de transporte terrestre	01 inserção em mídias por mês	Gerentes de GERES	Set/2017
Elaborar boletim semestral sobre as ações do CRPAM e ATT	2016: 1 boletim 2017: 02 boletins	Gerentes de GERES	Dez/2016 e Dez/2017

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins autorizar a construção do projeto de intervenção intitulado **APERFEIÇOAR O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES PARA REDUÇÃO DOS ACIDENTES POR TRANSPORTES TERRESTRES, NAS 12 REGIÕES DE SAÚDE DE PERNAMBUCO** realizado por **JANY WELMA DE SÁ ALBUQUERQUE** sob orientação da Professora, Mestre em Saúde Pública, **REJANE GRANDE DE ARRUDA MIRANDA COELHO**, a ser apresentado como critério para conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública, da Escola de Governo em Saúde Pública (ESPPE). E afirmo que esta instituição tem condições e apoia a construção do referido trabalho.

Sendo assim, autorizo sua execução, desde os(as) envolvidos(as) comprometam-se a utilizar os dados coletados e as informações provenientes da intervenção exclusivamente para a construção do Projeto de Intervenção.



Luciana Figueiroa
Diretora Geral de Gestão Regional
Secretaria Estadual de Saúde

Recife, 29/09/2017