



RELATÓRIO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE

DO RIO GRANDE DO SUL



RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

RELATÓRIO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

Organizadores

Jéssica Camila de Sousa Rosa Paranhos
Péricles Stehmann Nunes

PORTO ALEGRE
2022

R585r Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde.

Relatório de construção da Política de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul [recurso eletrônico] / organizado por Jéssica Camila de Sousa Rosa Paranhos; Péricles Stehmann Nunes - Porto Alegre:ESP/SES/RS, 2022 .
70 p.

ISBN 978-65-89000-17-4

1. Relatório. 2. Equidade em saúde. 3. Política de Promoção da Equidade em Saúde I. Paranhos, Jéssica Camila de Sousa . II. Nunes, Péricles Stehmann.
III.Título.

NLM W 68

Catálogo na fonte – Centro de Informação e Documentação em Saúde/ESP/SES/RS.

RELATÓRIO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

2022

Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

Todos os direitos reservados à Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

Secretária de Estado da Saúde

Arita Gilda Hübner Bergmann

Secretária Adjunta de Estado da Saúde

Ana Lúcia Pires Afonso da Costa

Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS)

Péricles Stehmann Nunes

Fernanda Torres de Carvalho

Divisão de Políticas de Promoção da Equidade

Jéssica Camila de Sousa Rosa Paranhos

Organizadores

Jéssica Camila de Sousa Rosa Paranhos

Péricles Stehmann Nunes

Capa e diagramação

Sophie Nouveau Fonseca Guerreiro

Colaboração técnica

Bruna Saldanha Alves

Carla Carolina Santos da Silva

Carlos Roberto Goes

Guilherme de Souza Muller

Iuday Gonçalves Motta

Jaqueline Oliveira Soares

Nathaniel Pires Raymundo

Renata Maria Dotta

Sophie Nouveau Fonseca Guerreiro

Suélen Farias da Silva

Thales Avila Pedroso

APRESENTAÇÃO

No ano de 2020 a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, com feito inédito, publicou a primeira Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde do país, por meio da Portaria SES-RS 512, de 29 de julho de 2020. Um processo de reconhecimento das necessidades de saúde de distintos grupos populacionais específicos e da necessidade de avançar na promoção da equidade em saúde como estratégia para redução das iniquidades em saúde e das desigualdades de acesso.

Este relatório tem por objetivo documentar o processo de construção dessa política pública que devido ao seu caráter inovador exigiu instrumentos e métodos próprios desenhados e definidos pela equipe técnica única e exclusivamente para esse processo.

Apesar dos desafios empreendidos pela equipe técnica da Secretaria Estadual de Saúde, por meio do nível central e das Coordenadorias Regionais de Saúde, os resultados alcançados no texto da política alcançam mais de quinze populações específicas, possibilitou participação de distintos atores sociais, profissionais e gestores de distintos níveis de gestão do Sistema Único de Saúde. A política também contou com o respaldo do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, que aprovou o documento proposto pela SES-RS no dia 18 de junho de 2020.

Nesse relatório estão reunidos os seguintes documentos:

1. Proposta de trabalho apresentada para construção da política;
2. Documento orientador das oficinas de construção da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul;
3. Relato descritivo da organização das oficinas e cronogramas;
4. Resultado das oficinas;
5. ANEXOS
Relatorias das 7 oficinas realizadas;
Portaria SES-RS 512/2020 Política de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul.

Esperamos que a experiência compartilhada nesse relatório possa ser aperfeiçoada, revista e utilizada como base para a formulação de outras políticas públicas.

1. PROPOSTA DE TRABALHO APRESENTADA PARA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA

Este plano teve como objetivo subsidiar a elaboração da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul em atenção aos objetivos previstos no plano estadual de saúde vigente (2016-2019), sendo estes: (i) o fortalecimento da atenção primária em saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde (RAS), referente a diretriz de qualificação da rede de atenção à saúde, consolidando a regionalização da saúde por meio da ação de construir a política estadual da equidade em saúde e, (ii) o fortalecimento das instâncias de participação social e pactuação no SUS, referente a diretriz de consolidação da governança da rede de atenção à saúde na gestão do SUS por meio da ação de implementação de 4 comitês técnicos de saúde para populações específicas, incluída a LGBT. Além disso, está alinhada com o projeto de fortalecimento da prevenção e da promoção em saúde do planejamento estratégico 2019-2022 da secretaria da saúde.

Para isso foram propostas sete oficinas, nas macrorregiões de saúde do estado para que fosse oportunizada a participação de um maior número de atores sociais e também para que houvesse a apresentação das distintas demandas considerando as especificidades de cada macrorregião.

Para as oficinas foi formulado um documento orientador enviado antecipadamente aos participantes. O documento apresentava questões norteadoras com objetivo de estimular o debate no dia de oficina. Após a formulação do documento foi realizada uma oficina interna a fim de aprimorar o documento antes de iniciar as oficinas macrorregionais. Essa oficina interna foi realizada no dia 05 de setembro de 2019, no Departamento de Ações em Saúde/SES-RS contando com 24 participantes. O convite foi feito a todas as divisões e áreas técnicas do departamento. Após a oficina o material foi revisado, dando lugar ao documento orientador das oficinas.

2. DOCUMENTO ORIENTADOR DAS OFICINAS DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL



QUESTÕES PARA DEBATE

Estas questões têm como objetivo subsidiar a elaboração da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul em atenção ao seu papel quanto as seguintes populações específicas: (i) Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (LGBT); (ii) povos indígenas; (iii) população em situação de rua; (iv) população negra; (v) povos ciganos; (vi) população privada de liberdade e egressos do sistema prisional; (vii) população de migrantes, refugiados e apátridas; e (viii) população do campo, da floresta e das águas.

I- GARANTIA DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

A saúde é um direito humano e no Brasil está assegurada pela Constituição Federal a partir de um sistema de saúde público e gratuito - o Sistema Único de Saúde (SUS) - que tem como princípios o acesso universal, a integralidade do cuidado e a equidade. Entretanto, destaca-se a importância de que a atenção à saúde considere as demandas e particularidades dos vários contextos em que vivem a população LGBT, os povos indígenas, a população em situação de rua, a população negra, os povos ciganos, a população privada de liberdade e egressos do sistema prisional, a população de migrantes, refugiados e apátridas e a população do campo, da floresta e das águas. Por vezes essas populações se encontram em situações de vulnerabilidade advindas da negativa ou dificuldade de acesso a direitos básicos como acesso a moradia, trabalho, educação e saúde.

Questões para o debate:

- 1. A partir da experiência com o movimento social ou profissional, quais as principais dificuldades de acesso aos serviços de saúde destes grupos populacionais?*
- 2. Na opinião do grupo, quais as atribuições do estado para resolver as dificuldades de acesso mencionadas anteriormente?*

II - RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DE PESSOAL, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Identificam-se lacunas nos processos formativos que contemplem os contextos e realidade da população LGBT, dos povos indígenas, da população em situação de rua,

da população negra, do povo cigano, da população privada de liberdade e egressa do sistema prisional, da população de migrantes, refugiados e apátridas e da população do campo, da floresta e das águas. Assim, é necessário garantir condições de trabalho adequadas, estabelecer processos de seleção apropriados, preparação, qualificação e avaliação permanente da força de trabalho, considerando a particularidade e os desafios do contexto e atividades do cotidiano.

Questões para o debate:

1. *O que o desconhecimento sobre as questões étnicas, culturais e sociais impactam no atendimento a essas populações?*
2. *Que alterações são fundamentais com relação à formação/qualificação dos profissionais de saúde para atender essas pessoas?*

III - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DETERMINANTES SOCIAIS E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Devem ser pensados mecanismos que permitam a criação de modelos específicos de vigilância sanitária, monitoramento demográfico e epidemiológico através de ações interinstitucionais e qualificação dos serviços e equipes de saúde. Com isso será possível produzir informações em saúde que subsidie a formulação e planejamento de políticas públicas, a gestão de serviços, a formação de profissionais e uma atenção mais integral e equânime.

Questão para o debate:

1. *Que informações são primordiais para pensar a saúde dessas populações?*

IV - FINANCIAMENTO

A suficiência e a estabilidade dos recursos para o sistema público de saúde é fundamental para corresponder tanto às necessidades do sistema como aos legítimos anseios da população em torno da defesa do direito constitucional à saúde. O papel do Estado na eficiência da gestão dos recursos também é indispensável para o acesso universal e equânime às ações e serviços do SUS.

Questão para o debate:

1. *Em que áreas da saúde o Estado deve investir visando uma boa gestão dos recursos públicos para estes segmentos populacionais?*

V - INTEGRALIDADE DO CUIDADO E INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

A conjuntura atual do país e do SUS exige que estratégias de trabalho intersetoriais sejam cada vez mais utilizadas. No que se refere a populações específicas a ampla exposição a fatores vulnerabilizantes faz cada vez mais urgente que essas estratégias se tornem premissas para o alcance de um cuidado integral.

Questão para o debate:

1. *Que estratégias podem ser lançadas para alcançar a atuação intersetorial que*

contemple a diversidade dessas populações?

VI - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

O controle social e a gestão participativa visam a inclusão de atores sociais em processos decisórios com o objetivo de influenciarem a definição e a execução das políticas de saúde sendo um importante mecanismo de fortalecimento da cidadania que contribui para aproximar a sociedade do Estado, abrindo espaços de diálogo e acompanhamento das ações dos governos.

Questão para o debate:

1. *Como garantir que os segmentos populacionais sejam representados em conselhos, conferências, comitês, grupos de representação social no SUS?*

PROGRAMAÇÃO DAS OFICINAS

MACRORREGIONAIS

08:30 - credenciamento

09:00 - abertura: *Política de Promoção da Equidade em Saúde do RS*

10:00 - Grupos de trabalho

12:00 - Almoço

13:30 - Grupos de trabalho

16:00 - Encaminhamentos finais

Documento formulado/agosto de 2019 por:

Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde/DAS/SES-RS

Chefe de Divisão - **Péricles Stehmann Nunes**

Área Técnica de Saúde dos Povos Indígenas/POPES/DAS/SES-RS

Especialista em Saúde - **Jéssica Camila Sousa Rosa Paranhos**

Especialista em Saúde - **Guilherme de Souza Müller**

Área Técnica de Saúde LGBT/POPES/DAS/SES-RS

Especialista em Saúde - **Iuday Gonçalves Motta**

Área Técnica de Saúde da População Negra/POPES/DAS/SES-RS

Especialista em Saúde - **Carlos Roberto Goes**

Especialista em Saúde - **Jaqueline Oliveira Soares**

Área Técnica de Atenção Básica à Saúde Prisional/POPES/DAS/SES-RS

Especialista em Saúde - **Renata Maria Dotta**

3. RELATO DESCRITIVO DA ORGANIZAÇÃO DAS OFICINAS E CRONOGRAMAS

Em um segundo momento foi realizado o contato com as Coordenadorias Regionais de Saúde com intuito de que o processo se desse de forma ascendente respeitando o formato de descentralização da Secretaria de Estado da Saúde do RS. Entre as atividades sob responsabilidade das regionais de saúde estavam: identificar qual o local mais adequado, propondo qual município mais estratégico para ampliar o número de participantes, de mais fácil acesso/deslocamento e espaço físico com estrutura para comportar um momento de plenária geral (abertura da oficina) e minimamente dois grupos de trabalho; segundo momento acionar a rede de atores (sociedade civil, profissionais, gestores, trabalhadores, acadêmicos, entre outros) que vinham compondo as discussões sobre as populações específicas junto aos municípios da sua regional de saúde; acionar os atores sociais por meio telefônico explicando a proposta de trabalho e posteriormente realizar contato via e-mail com convite oficial, link para realização da inscrição e disponibilização de material orientador. Além do apoio regional para cada oficina foi autorizado o deslocamento de três técnicos do nível central da SES que atualmente compõem a Divisão de Políticas de Promoção da Equidade. No dia de oficina os profissionais da SES-RS presentes se dividiam entre as atividades de mediação e relatoria.

Após a oficina as relatorias eram enviadas a equipe da SES-RS composta por especialistas em saúde, administrativos, estagiários e residentes para compilação das relatorias e estruturação delas em formato de: “problemas listados” (eram separados todos os problemas apresentados durante as oficinas) e outro eixo de “soluções” em que as propostas apresentadas para resolução dos problemas apresentados eram colocadas.

O cronograma de atividades proposto e realizado foi o seguinte (Quadro 1):

Quadro 1 - Cronograma de oficinas

Cronograma	
Ações	Prazo
1.1 Construção de minuta da PEPES	até 04/12/2019
1.2 Realização de oficinas macrorregionais	até 22/11/2019
1.2.1 Oficina macrorregional Sul Município: Pelotas	12/09/2019
1.2.2 Oficina macrorregional Serra Município: Caxias do Sul	16/10/2019
1.2.3 Oficina macrorregional Missioneira Município: Santo Ângelo	23/10/2019
1.2.4 Oficina macrorregional Norte Município: Passo Fundo	24/10/2019
1.2.5 Oficina macrorregional Metropolitana Município: Porto Alegre	30/10/2019
1.2.6 Oficina macrorregional Vales Município: Santa Cruz do Sul	06/11/2019
1.2.7 Oficina macrorregional Centro-Oeste Município: Santa Maria	12/11/2019
1.3 Consulta pública	26/11 até 08/12
1.4 Encaminhamento da minuta para CES	05/12/2019

Fonte: Arquivos internos da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade/DAPPS/SES-RS.

4. RESULTADO DAS OFICINAS E CONSULTA PÚBLICA

No que diz respeito a participação alcançada houve variação no número de inscritos evidenciando que nas macrorregiões em que havia referência técnica estabelecida para as políticas de promoção da equidade na Coordenadoria Regional de Saúde (um técnico dentro da regional que responde por essas populações) a articulação foi maior alcançando um maior número de participantes. Porém, naquelas regionais com articulação mais fragilizada, com dificuldades de trabalho já presentes foram identificados um número de inscritos e de efetiva participação mais baixa. Nesses casos, de articulação mais fragilizada da regional, os profissionais do nível central (em Porto Alegre) acionaram suas redes de apoio para divulgação, mas não foi possível suprir na totalidade a ausência de referência regional. Desse modo, os números de participantes alcançados foram os seguintes (Quadro 2):

Quadro 2 - Controle de número de participantes alcançados nas oficinas.

Oficina	Número de participantes conforme lista de presença
1.2.1 Oficina macrorregional Sul Município: Pelotas	42
1.2.2 Oficina macrorregional Vales Município: Santa Cruz do Sul	57
1.2.3 Oficina macrorregional Serra Município: Caxias do Sul	10
1.2.4 Oficina macrorregional Missioneira Município: Santo Ângelo	34
1.2.5 Oficina macrorregional Norte Município: Passo Fundo	28
1.2.6 Oficina macrorregional Centro-Oeste Município: Santa Maria	28
1.2.7 Oficina macrorregional Metropolitana Município: Porto Alegre	61

Fonte: Arquivos internos da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade/DAPPS/SES-RS.

Após a realização das oficinas e tendo as relatorias de cada uma das oficinas compiladas foi formado um grupo de trabalho com profissionais da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade e Coordenação Estadual de Atenção Básica, ambas vinculadas ao Departamento de Ações em Saúde, para: 1) Compilação das relatorias das 7 oficinas macrorregionais em um único documento; 2) Tradução das relatorias em artigos, incisos e parágrafos; 3) Formulação da minuta da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde.

Posteriormente, a formulação da minuta foi apresentada e debatida junto a direção do departamento e apresentada à Secretaria de Estado da Saúde seguida da abertura da consulta pública. A consulta pública foi aberta em 26 de outubro de 2019 e encerrada em 08 de dezembro de 2019.

Nessa fase foi criado um instrumento em planilha para sistematizar os retornos recebidos via consulta pública (ver Quadro 1). O instrumento possuía o seguinte formato.

Quadro 3 - Instrumento utilizado para sistematizar os retornos da consulta pública realizada na construção da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul.

Sugestões	Avaliação técnica da possibilidade de inclusão ou não	Sugestão de escrita/ Local
[RETORNOS DA CONSULTA PÚBLICA]		

Fonte: Arquivos internos da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade/DAPPS/SES-RS.

O resultado da consulta pública foi: 32 acessos, 06 propostas de revisão. As propostas feitas em consulta pública foram analisadas e integradas na medida do possível ao texto final da minuta de política e enviada ao Conselho Estadual de Saúde para apreciação e contribuição. Após seguiu os trâmites formais de publicação dentro da SES-RS.

ANEXOS

RELATORIAS DAS 7 OFICINAS REALIZADAS

OFICINA MACRORREGIÃO VALES

RELATÓRIO

Data: 06/11/2019

Local: Santa Cruz/RS

I- GARANTIA DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

PROBLEMAS LISTADOS

1. Barreira linguística na perspectiva da população de migrantes. Dificuldade para chegar, para entender como funciona o sistema de saúde. Dificuldades de relatar a queixa principal para o profissional de saúde. No caso das consultas, deixar o acompanhante participar das consultas, que podem reduzir as dificuldades de comunicação com o profissional. Necessidade de ter um profissional para auxiliar na barreira linguística.
2. Questão indígena, muitas vezes tem barreiras linguísticas ou de compreensão. Às vezes falam o português, mas não tem a mesma compreensão, e o profissional não se dispõe a verificar se houve um entendimento por parte do usuário indígena
3. Barreira cultural. Falta de compreensão com relação ao motivo da migração. Exemplo do haitiano que foi interrogado sobre os motivos da sua vinda, e ficou com medo de ser deportado.
4. Na chegada da entrada de um imigrante, apátrida, eles devem ser orientados a procurar sua regularização. Não devem perguntar se estão regulares ou irregulares ou qualquer tipo de questão que cause constrangimento.
5. Estigma e preconceito como barreira de acesso. As pessoas que realizam o atendimento usam do seu julgamento de valor sobre os grupos populacionais para atender as pessoas.
6. Atendimento inadequado do profissional de saúde aos LGBTs. Como principal barreira o preconceito. O caso do homem trans que é tratado com um homem heterossexual e não lhe é ofertado as mesmas coisas que as outras mulheres, como a possibilidade de preventivo etc.
7. Desconhecimento das políticas específicas dos servidores. Fazer essas rodadas dentro das secretarias. O gestor não libera para espaços de educação permanente, que são espaços para aprofundamento das questões. O profissional que tem menos interesse, acaba desconhecendo e reproduzindo as iniquidades
8. Reconhecer que não sabe sobre determinados assuntos, sobre determinadas culturas e tentar entender.
9. Preconceito desde o gestor até os profissionais. Então a capacitação deve ser feita em todas as instâncias.
10. Questão do preconceito e discriminação são as principais barreiras para acesso ao sistema de saúde;

11. Espera em filas prejudicam muito o acesso;
12. Não há respeito no nome social e não há acolhimento e que essa é uma das questões mais importantes a serem atribuídas;
13. A questão de comunicação deve ser aprimorada nas UBS, inclusive com a os surdos e autistas, há uma barreira muito grande para com essas pessoas;
14. Sistema prisional, maior entrave é a questão de segurança, pois muitos presídios não têm UBS, e isso dificulta o acolhimento das pessoas, e como os guardas acompanham os atendimentos, os presos acabam não passando o que precisam e isso os prejudicam;
15. Os presídios menores (Arroio do Meio) aceitou que o médico atendesse dentro do presídio, e isso melhorou muito o acesso, porém, é uma exceção, pois depende da boa vontade dos profissionais;
16. O que falta no sistema penal é vontade política, para serem instituídos UBS;
17. Os municípios pequenos não tem profissionais suficientes para atender a atenção básica (especialmente médicos);
18. O conceito de equidade precisa ser debatido com a sociedade e não apenas com os profissionais, por essa razão e por outras, que os preconceitos ficam sendo cada vez mais potencializado;
19. Divulgação do conceito dentro das universidades é primordial na formação dos alunos;
20. Questão do deficiente deve ser debatido dentro da equidade;
21. Nas coordenadorias, a sobrecarga dos servidores que são mais voltados a regulação, pautas como equidade fica prejudicado;
22. Desconhecimento por parte do profissional das políticas, da existência de procedimentos que podem ser realizados na AB.
23. Encaminhamentos para especialistas, se perde na burocracia.
24. Financiamento da AB. Se ela resolve 80 % porque o financiamento não é proporcional.
25. Barreira de acesso é a gestão. Como fazer atendimento para uma população que não existe.
26. Unidades prisionais não conseguem acesso ao E-SUS.
27. Sem cadastro (quilombolas, indígenas , lgbs) não são atendidos, fala da secretária.
28. Cartão SUS Para ciganos (Existe)
29. Financiamento da atenção básica e acabar com as burocracias os processos de trabalho;
30. Dificuldade do acesso é a informação (os profissionais acham que sabem – porém, não é a realidade);
31. Acolhimento pelo profissional: deve ser potencializado as educações em saúde, levar orientações aos profissionais para melhor atenderem aos públicos específicos;
32. A muito rodízio dos terceirizados (atendentes, recepcionistas) nas UBS;
33. Financiamento é a principal demanda levantada;
34. O desconhecimento gera uma grande barreira de acesso;

SOLUÇÕES

1. Suporte às unidades para educação permanente;
2. Atendimento livre, sem cartão SUS
3. Informações entre presídios. Dar senha para o pessoal do município no infopen , criar uma aba de saúde, para facilitar o acesso dos presos. Fazer circular a informação daqueles presos..
4. O que compete a cada serviço para cada população deve constar na política.
5. Os gestores precisam serem sensibilizados pelo Estado, para que potencializam as equipes de saúde prisional;

6. A população prisional sofre principalmente com o preconceito. A educação permanente como solução/solução de baixo custo e de extrema relevância.
7. Cartazes instrutivos sobre as questões principais de acesso nas UBS;
8. Precisa ser trabalhada a questão dos preconceitos culturais;
9. Humanização e acolhimento no SUS precisa ser potencializado;
10. Qualificação dos profissionais de saúde;

II - RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DE PESSOAL, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Falta de disciplinas na universidade.
2. Formações devem ser voltadas para os indivíduos/grupos populacionais, não para as doenças.
3. Tudo passa pela formação moral das pessoas e desconstrução de seus preconceitos;
4. Como lidar com o profissional que não quer entender sobre as populações?
5. Como desfazer um processo e minimizar os retrocessos?
6. Identificar as populações que migraram no território e capacitar para o atendimento às especificidades culturais a essa população.
7. A dificuldade de falar em equipe sobre determinados assuntos. A gestão cobra atendimentos e procedimentos é isso que é discutido.
8. Sensibilizar os profissionais, fomentar as unidades que em seu layout já dizem que toleram racismo ou qualquer forma de discriminação.
9. As questões culturais devem ser debatidas em momentos específicos, jamais deve-se negar atendimento aos usuários por falta de conhecimento;
10. Sempre quando há contingenciamento de verbas, o primeiro corte é na educação permanente;
11. As questões burocráticas dos serviços deveriam ser alteradas para que os pacientes fossem atendidos de maneira humanizada, desde a recepção até o médico;
12. Regulamentos do MEC cobram que matérias sobre essas pautas sejam inseridas nas instituições de ensino, porém, ainda está num processo muito lento;
13. Questão de RH, nas seleções devem ser específicas o local de trabalho, ex.: para contratações nos presídios, deve-se ser selecionado profissionais que tenham perfil;
14. Os gestores não colocam em prioridade a capacitação de funcionários;
15. Falta representatividade dos profissionais de saúde: profissionais trans, negros;Fichas de notificação de violência – profissionais devem ser capacitados;

SOLUÇÕES

1. O acolhimento como uma capacitação relevante para o atendimento a essas populações. Já que antigamente na saúde pública não se falava no atendimento adequado a essas populações.
2. Importância de sensibilizar o gestor.
3. Empatia como conceito que resolveria quase todas as questões.
4. Seminários para aperfeiçoamento profissionais;
5. Se aproximar a lideranças indígenas para construção de políticas e serviços;

6. Incluir nos currículos de formação essa política;
7. O Estado deve fomentar capacitações técnicas aos profissionais de saúde;

III - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DETERMINANTES SOCIAIS E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Falta de comunicação entre os sistemas de informação.
2. Necessidade de unificar a partir do e-sus.
3. Orientação sexual e identidade de gênero nos sistemas já existentes.
4. Imigrantes - Nacionalidade/idioma/tempo no país. Informações sobre a trajetória dessas pessoas que são migrantes.
5. O Cartão SUS monitora a trajetória do indivíduo, cada vez que a pessoa se desloca ela atualiza o endereço.
6. Não há informação sobre a população prisional, mas talvez não seja vantajoso ficar o registro pois é uma população muito rotativa e talvez fique estigmatizada? Como pensar o registro de informações?
7. Falta de informação nos sistemas de notificação;
8. Não se conhece o perfil das populações pois não se conhecem as informações (SINAN – só tuberculose).
9. Demanda de coisas específicas (ex.: doença falciforme) devem ser melhores trabalhados com os profissionais de saúde;
10. Por questões de racismo, que não é investido na doença falciforme: devem ser articulados mecanismos para enfrentamento do racismo e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde;

SOLUÇÕES

1. Ter campos das populações como obrigatórios
2. Fazer diagnósticos das populações específicas, em números e afins;
3. Buscar banco e dados de informações;
4. Estratégia de um Escritório social – CNJ – trabalho com as famílias dos egressos para trabalhar com a saída da pessoa do sistema prisional;

IV FINANCIAMENTO

PROBLEMAS LISTADOS

1. Momento de redução do estado e diminuição dos investimentos;

SOLUÇÕES

1. Atenção básica. Investir em auditoria.

2. Os recursos devem se manter vinculados a essas populações e ser investidos.
3. Deve ser fiscalizado e vinculado.
4. Investir em educação permanente
5. Educação para os conselheiros municipais de saúde
6. Processo trans deve ser expandido, pois o tempo de espera prejudica todo o processo
7. Investimento na atenção básica;
8. Ampliação da atenção básica à saúde prisional;
9. Financiamento para investimentos especializados;
10. Educação permanente deve ter muito investimento;
11. Investimento em informação e divulgação das campanhas;
12. Criar alas específicas para a população Trans e jamais colocá-los junto a presos sexuais;
13. Melhorar as vistorias nas comunidades terapêuticas, visando a ampliação de vagas humanizadas e ecumênicas;
14. Questões hospitalares: estruturas adequadas às populações específicas;

V - INTEGRALIDADE DO CUIDADO E INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

PROBLEMAS LISTADOS

SOLUÇÕES

1. Estratégias de trabalho integrado entre assistência e saúde;
2. A integração de sistemas entre as áreas contribuiria para o trabalho conjunto
3. O nasf pode ajudar a integrar os pontos da rede de atenção à saúde e também outros setores;
4. Integrar saúde e educação, encontros de educação permanente;
5. Pensar planos terapêuticos intersetoriais.
6. Transferência fora do município.
7. Uso de tecnologias para auxiliar na integralidade.
8. Olhar externo do ministério público, de outros setores para discutir questões centrais como o preconceito.
9. Violência intrafamiliar, violência psicológica, trabalho análogo a escravidão nas áreas rurais. Pensar ações de prevenção contra a violência no campo, pois a maioria dos casos não chegam a ser notificados. Pensar junto com segurança, assistência social, saúde e outros entes.
10. Agendas conjuntas;
11. Identificar os principais pontos para serem trabalhadas de forma focada;
12. Imigrantes pensar na educação;
13. Saúde prisional deve trabalhar com a segurança pública;
14. Egressos do sistema prisional deve ser trabalho junto ao ministério público, promotoria, movimentos sociais;
15. Fórum e espaços para estratégias de trabalho;
16. Potencializar o PSE;
17. Articular o PIM com outras secretarias;

VI - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

PROBLEMAS LISTADOS

1. Falta qualificação para os conselheiros, muitos não leem os planos municipais.

SOLUÇÕES

1. Informar a população sobre a possibilidade de participação das populações – cotas nos conselhos em todas as instâncias.
 2. Fomentar comitês de promoção da equidade.
 3. Criação de um grupo estadual para equidade;
 4. Importante que todos os conselhos de saúde tenham vagas destinadas a essas populações específicas;
-

OFICINA MACRORREGIÃO SUL RELATÓRIO

Data: 12/09/2019

Local: Pelotas/RS

I- GARANTIA DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

PROBLEMAS LISTADOS

1. Tipo de serviço prestado: Utilização de unidades móveis terrestres não suprem toda a demanda de atendimento, ausência de unidades de saúde prisionais em todas as casas prisionais;
2. Transporte: Comunidades localizadas fora dos centros (quilombos, assentamentos, aldeias..) enfrentam dificuldades logísticas para acesso a rede;
3. Fragilidade dos profissionais: desconhecimento dos profissionais das particularidades em outros pontos da rede (que não os serviços específicos);
4. Racismo, LGBTfobia e violência: se colocam como barreiras de acesso;
5. Burocracia: ausência de documentos como cartão SUS, comprovante de endereços condicionam o acesso, dificuldade de comunicação entre os serviços (ausência do serviço em rede, ausência de referência e contrarreferência);
6. Assistência farmacêutica: como debater o tema? Uso incorreto de medicamentos, automedicação por falta de acesso adequado, medicamentos prescritos não disponíveis na rede, ausência de farmacêuticos para realizar dispensações a população prisional;
7. Tempo de resposta: atendimentos de urgência e emergência demoram a chegar às comunidades distantes;
8. Repensar a rede: como os diferentes níveis de atenção pensam o acesso dessas populações? Os pontos de acesso são reconhecidos?
9. Saúde mental: burocracia como barreira de acesso a serviços de saúde mental, judicialização, criminalização das doenças mentais, necessidade de articular os serviços de saúde mental a atenção prestada dentro das unidades prisionais, Internações em comunidades terapêuticas são violentas, não respeitam a religiosidade das pessoas, intolerância religiosa contra religiões de matriz africana, desrespeito à diversidade sexual e de gênero;
10. Linhas de cuidado: como as populações específicas se situam nas linhas de cuidado? Elas demandam serviços específicos que estão contidos nessas linhas?
11. Planejamento em saúde: Desconhecimento dos planos operativos por parte da gestão e de técnicos, necessidade de monitoramento e avaliação das políticas e planos previstos;
12. Dificuldade de provimento de médicos;
13. Ética: Falta de sigilo profissional do ACS/ falta de ética profissional;
14. Regulação: Falta de transparência na fila de atendimento especializado;
15. Territorialização: Desconhecimento das populações que compõem o território.

SOLUÇÕES

1. Capacitações/formações que prezam pela diversidade apresentada por essas populações e não reproduzam desigualdades, racismos, LGBTfobia e violências;
2. Atuação junto a escolas debatendo questões de gênero e respeito a diversidade dessas populações;
3. Reconhecimento dos itinerários terapêuticos;
4. Sensibilização: pensar espaços formativos que envolvam educação, cultura e outros setores;
5. Mecanismos para avaliar a prestação do serviço ofertado a populações específicas. Buscar feedback das pessoas atendidas como forma de monitorar e acompanhar o trabalho desenvolvido (PMAQ, entrevista de usuários e usuárias). Buscar um retorno sobre os atendimentos;
6. Viabilizar meios para que a população seja consultada sobre o atendimento recebido;
7. Fornecimento de mão de obra especializada com melhoria das condições de trabalho, incluindo infraestrutura;
8. Investimentos financeiros para ações em saúde mental por parte de municípios, estado e união;
9. Criar e melhorar os fluxos no sistema prisional: escolta, segurança, trabalho em rede;
10. Criação de Grupo condutor da RAS para as políticas de promoção da equidade. Grupos condutores da RAS integrados. Grupos condutores municipais, regionais e estaduais. Construção da RAS de modo intersetorial, incluindo as instituições formadoras.
11. Dialogar com os movimentos sociais;
12. Representatividade dos grupos populacionais nos espaços;
13. Fiscalização dos recursos destinados ao trabalho com as populações específicas;
14. Ampliação de horário (turno estendido)- falta de recurso para ter mais um turno.
15. Processo transexualizador, demanda maior que as vagas.

II - DESENHO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E COMPETÊNCIAS MUNICIPAIS, ESTADUAIS E FEDERAIS

PROBLEMAS LISTADOS

1. Desconhecimento: ausência causa perpetuação e acirramento de situações de iniquidade em saúde;
2. Terceirização: precarização dos serviços, amplia a dificuldade de fiscalização das ações, rotatividade e disparidades salariais;
3. Despreparo de formação frente à diversidade;
4. Violências motivadas por racismo, conflitos geracionais como fatores de adoecimento.
5. Dificuldade para acessar recursos destinados a políticas de promoção da equidade em saúde;
6. Papel do estado: qual o papel do estado quanto a essas populações? (exemplo da saúde prisional municipalizada, saúde indígena federalizada..).

SOLUÇÕES

1. Formação para profissionais da saúde e educação para as discussões de promoção da equidade se torne facultativo e/ou obrigatório nos percursos formativos;

2. Utilizar o recorte racial como determinante social da saúde;
3. Criação de serviços de referência para as populações específicas: como ambulatórios especializados para população LGBT e/ou equipes qualificadas para este atendimento; equipes matriciadoras, pensar o papel do NASF nesse processo;
4. Formular estratégias de formação continuada e de inserção da comunidade na discussão de equidade promovendo a autonomia dos sujeitos;
5. Repensar as formas de comunicação: Falar em linguagens acessíveis.

III - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DETERMINANTES SOCIAIS E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Sistemas de informação: inadequados à realidade das populações específicas, excluem a diversidade;
2. Negativa de acesso por falta de documentos, negativa de acesso a consultas, exames e medicamentos por falta de documentação;
3. Vigilância epidemiológica assume as informações sobre as populações;
4. Falta de prioridade no preenchimento dos dados pessoais e enfoque na doença;
5. Dificuldades na autodeclaração por parte da população negra e do entrevistador;
6. Integração da notificação dos casos de violência SUAS e SUS.

SOLUÇÕES

1. Revisão de fichas e sistemas: revisão das fichas de notificação para inclusão dos campos sobre orientação sexual e identidade de gênero, substituição do campo sexo por gênero. Incluir os campos masculino, feminino e intersexo.
2. Atualizar os sistemas para que campos que solicitem comprovante de residência e ou algum outro documento não impeça a inserção das informações, deixar de ser obrigatória nos casos dos povos indígenas, ciganos, pessoas em situação de rua, quilombolas e profissionais do sexo, imigrantes, refugiados e apátridas;
3. Tornar campo obrigatório as questões de raça/cor e etnia nos sistemas de informação (não avançar se não for preenchido);
4. Capacitar para uso dos sistemas de informação com o adequado preenchimento dos campos raça/cor e etnia, orientação sexual, identidade de gênero e outras.
5. Protocolos de atendimento específicos para populações nômades e/ou sem endereço fixo;
6. Criação de Redes de apoio intersetorial para populações específicas.

IV - RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DE PESSOAL, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Dificuldade de compreender a diversidade, ausência de informações e conhecimentos importantes para oferecer serviços em contextos e realidades diversas, necessidade de formação intersetorial;

2. Saúde do trabalhador: profissionais que atuam em unidades prisionais não tem apoio para desempenho do seu trabalho, carga de trabalho profissional e precariedade do trabalho;
3. Dificuldade de pessoal: ausência/insuficiência de profissionais para trabalhar com populações específicas.

SOLUÇÕES

1. Formação profissional e atuação em contextos interculturais.

V - INTEGRALIDADE DO CUIDADO E INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

PROBLEMAS LISTADOS

SOLUÇÕES

1. Criação de Grupos condutores intersetoriais, Formação de redes e linhas de cuidado.
2. Sistemas integrados de informação em saúde para que estado, município e união tenham acesso às mesmas informações e compartilhamento das informações nos sistemas de informação intersetorialmente.
3. Integração de Nutricionista e Educador(a) Físico(a) na equipe multiprofissional de serviços especializados no processo transexualizador;
4. Trabalho intersetorial em uma composição com o apoio da universidade: Cursos de extensão junto às universidades;
5. Fortalecimento da rede por meio da formação de trabalhadores e trabalhadoras;
6. Comitê intersetorial, grupos de trabalho. As social, meio ambiente, cultura, habitação, educação, esporte, turismo;
7. Trabalho por microáreas. Composição por todos as instituições presentes em determinadas áreas que discutem os problemas e as populações presentes nos locais;
8. A população prisional fica distante de qualquer discussão e estratégias de apoio para a família.

VI - FINANCIAMENTO

PROBLEMAS LISTADOS

1. Dificuldade por parte das áreas técnicas para a utilização dos recursos destinadas às políticas de promoção da equidade para ações destinadas a estas populações;
2. Recursos reforçando estigmas: LGBT atrelados à política de ist/hiv/aids;
3. Gestão tem dificuldade em gerenciar o uso dos recursos, áreas técnicas não têm acesso ao recurso;
4. Municípios não aderem a programas porque os valores são insuficientes. Os recursos necessitam atender às diferenças regionais e de contexto. Olhar de forma equânime diante das diversas vulnerabilidades.

SOLUÇÕES

1. Possibilitar que os recursos sejam aplicados para viabilizar o transporte sanitário, inclusive dentro do próprio município.
2. Fiscalização da utilização dos recursos destinados a populações específicas.
3. Investimento financeiro em serviço especializado no processo transexualizador, inclusive garantindo acesso a medicamentos para hormonização.
4. Atualização da tabela SUS.
5. Investimento financeiro na atenção básica.
6. Integração das áreas técnicas com gestores para viabilizar a utilização dos recursos.
7. Garantir que a utilização dos recursos deve ser construída de forma integrada com as áreas técnicas e representações da sociedade civil;
8. Criação de contas específica para utilização de recursos destinados a populações específicas;
9. Rever os recursos que atendam demandas específicas e recursos que atendam demandas gerais para a promoção da equidade em saúde.
10. Aumentar repasses as ações com a juventude negra, violência, exposição a ist/hiv/aids e comunidades tradicionais;
11. Previsão de financiamento destinado para a realização de formação continuada a profissionais para as discussões acerca da promoção da equidade e para doenças/agravos/necessidades em saúde específicas (doença falciforme);
12. Criação de centro de referência para a população em situação de rua.

VII - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

PROBLEMAS LISTADOS

SOLUÇÕES

1. Instrumentalizar usuários para que possa contornar a desmobilização;
2. Assegurar voz para as populações específicas nos espaços de gestão participativa e controle social garantindo cotas de participação;
3. Transparência e ampla divulgação das atividades dos conselhos de saúde.
4. Formalizar as solicitações de participação nos espaços de controle social.
5. Criar fóruns que abranjam as populações específicas como um todo de modo que não fique restrito a alguns segmentos;
6. Fortalecer e potencializar os grupos para garantir que a discussão e as ações de promoção da equidade estejam previstas;
7. Empoderar as pessoas para que possam defender as causas de outros grupos;
8. Criação de comitês de promoção da equidade;
9. Conselhos gestores locais como meio de levar as pautas das populações específicas para os conselhos de saúde;
10. Formar novas representações para os espaços de participação social.

OFICINA MACRORREGIÃO SERRA RELATÓRIO

Data: 16/10/2019

Local: Caxias do Sul/RS

I- GARANTIA DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

PROBLEMAS LISTADOS

1. Ausência de fluxos para atendimento a população em situação de rua;
2. Despreparo da gestão (ausência de fluxos);
3. Barreira linguística (imigrantes, indígenas) gera preconceitos, dificuldades e negação de acesso;
4. Ausência de médicos de família;
5. Negação de atestado de comparecimento (a consultas e exames) impedindo que usuários compareçam aos serviços;
6. Indígenas itinerantes que aparecem pelas cidades que não estão preparadas para atendimento;
7. Preconceito e discriminação no atendimento a população negra;
8. Desrespeito ao nome social do usuário;
9. Negação de atendimento ginecológico a população LGBT;
10. Ausência de cartão SUS entre a população vulnerável acarretando negativa de acesso;
11. Acesso a medicamentos: imigrantes não conseguem todas as medicações prescritas nas UBS de forma gratuita;
12. Ausência de UBS nos presídios da região e dificuldade de deslocar os presos as unidades de saúde fora do presídio (ausência de profissionais para realizar a escolta);
13. Ausência de prontuários de saúde dentro da SUSEPE para acompanhamento da situação de saúde dos presos;
14. Inúmeros casos de tuberculose nos presídios e ausência de acompanhamento dos egressos do sistema prisional nos casos de tuberculose;
15. Dificuldade de encontrar profissionais para trabalhar na área prisional;
16. Falta de infraestrutura dos presídios;
17. Município que nega a presença de ciganos na cidade (relato da cidade de Caxias do Sul que impediu que ciganos se estabelecesse na cidade);
18. Dificuldade de acesso às aldeias indígenas: Barreiras territoriais, restrições principalmente na MAC, em menor grau na APS, dificuldade na continuidade do cuidado.
19. Atenção secundária não está preparada para atenção a populações vulneráveis;
20. Tempo de espera longo para atendimento especializado;
21. Horário de funcionamento dos serviços se constitui como barreira de acesso;
22. Cultura como barreira de acesso (profissionais de saúde não estão preparados e não conhecem determinados traços e características culturais dessas populações e isso dificulta a aproximação e o contato);
23. Dificuldade de vinculação com os usuários e os serviços (deslocamento de indígenas e da população LGBT inclusive por conta do preconceito);
24. População vulnerável não se sente pertencente ao município;

25. Resistência dos profissionais de saúde em atender certos usuários na PPL e falta de conhecimento de alguns fluxos do sistema;
26. Cobertura baixa de ACS.

SOLUÇÕES

1. Atendimento imediato a população em situação de rua quando busca o serviço de saúde (realização de testes rápidos);
2. Processos de educação permanente que envolvam temas como preconceito e estigma, realização de eventos, seminários, cursos sobre as temáticas, mostras de experiências exitosas com populações vulneráveis e utilizar estratégias distintas de formação (ex: telessaúde);
3. Capacitar profissionais de municípios que não tem aldeia fixa, mas que lidam com indígenas em trânsito;
4. Preparar unidades de saúde para lidar com problemas que acometem a população do campo (exemplo câncer de boca, problemas de pele, exposição solar, agrotóxicos..);
5. Estabelecer parcerias das SMS com ONGs e afins para promoção de uma atenção integral aos imigrantes;
6. Fortalecer e criar políticas de saúde municipais para populações específicas;
7. Estimular parcerias ao ambulatório trans;
8. Qualificar os endócrinos para questão das harmonizações;
9. Intervenção do estado nos municípios para melhorar dos fluxos de atendimento no sistema prisional;
10. Estimular a qualificação de atendimentos nos municípios pequenos para que não sobrecarregue os maiores municípios (ex: é a questão da medicação para AIDS, criando mecanismos contra preconceitos para melhor atender às populações específicas);
11. Realizar parcerias com instituições de ensino;
12. Melhorar consultórios na rua;
13. Articulação da rede de serviços (consultório na rua e atenção básica) para melhorar a referência e contrarreferência;
14. Promover a atuação coordenada entre gestores municipais e profissionais de saúde em prol da equidade e respeito às especificidades;
15. Formular políticas públicas que rompam as barreiras intersetoriais do preconceito;
16. Qualificar as estruturas e o processo de deslocamento dos usuários para atendimento nos serviços de saúde;
17. Pensar em ambulatórios móveis que se adequem às realidades.

II - DESENHO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E COMPETÊNCIAS MUNICIPAIS, ESTADUAIS E FEDERAIS

PROBLEMAS LISTADOS

1. Atendimento rápido com escuta desqualificada;
2. Profissionais não detectam as causas dos problemas, apenas tratam os sintomas.

SOLUÇÕES

1. Promoção de educação permanente e de atividades de integração das equipes de saúde;
2. As políticas de saúde devem estar alinhadas e dialogar com outros setores, como a educação e a assistência social;
3. Sensibilizar a academia para aprimorar formação de profissionais de saúde, elencando estudos sobre populações mais vulneráveis e com demandas específicas aos currículos;
4. Promoção de cursos de português para os imigrantes.

III - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DETERMINANTES SOCIAIS E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS:

1. O quesito raça/cor não é questionado pelos profissionais de saúde e os prontuários são preenchidos sem questionar a autodeclaração ao usuário.
2. A orientação sexual e a identidade de gênero também não são questionadas pelos usuários.
3. Falta de instrução e capacitação para preenchimento dos prontuários, gerando dados inconsistentes e não fidedignos.

SOLUÇÕES:

1. Estratégias de educação permanente de profissionais de saúde para qualificar os atendimentos, acolhimento e coleta dos dados (dados sobre morbimortalidades, dados demográficos, morbidade, perfil sociodemográfico).
2. Obrigatoriedade de preenchimento de alguns campos tocantes as características das populações específicas.
3. Divulgação para a população em geral sobre os dados das políticas públicas;
4. Mapear as populações dos territórios e identificar os perfis sociodemográficos dos usuários para que as equipes possam criar mecanismos para atender melhor essas populações.

IV - RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DE PESSOAL, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Rotatividade dos profissionais de saúde nos estabelecimentos, dificultando a continuidade de atendimentos, a padronização dos serviços e o alinhamento da equipe;
2. Qualificações são concentradas na atenção básica e, quando o usuário é encaminhado para os outros níveis de atenção, não há o acolhimento adequado.

SOLUÇÕES

1. Promoção de educação permanente sobre equidade em saúde e populações com demandas específicas;
2. Atividades de integração das equipes de saúde;
3. Investir em educação permanente para os profissionais das regionais para que estes possam instruir os municípios de maneira qualificada;
4. Desburocratizar o acesso e a utilização dos recursos destinados ao aprimoramento profissional nessa área.

V - INTEGRALIDADE DO CUIDADO E INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

PROBLEMAS LISTADOS

Não foram listados problemas.

SOLUÇÕES

1. Priorização das populações específicas nos serviços de saúde.
2. Criação de estratégias para atendimento das populações específicas e para dar visibilidade às necessidades dessas populações.
3. Qualificar as instituições para proporcionar o atendimento e trabalho humanizado.
4. Fortalecer as redes de trabalho entre a União, Estados, Municípios, parcerias interinstitucionais e outros setores que atendam a população e entre outras
5. Fortalecer o conceito de “Accountability” nas instituições públicas quanto aos processos de trabalho e as questões relacionadas às populações específicas;
6. As políticas de saúde devem estar alinhadas e dialogadas com outros setores, como a educação e a assistência social.

VI - FINANCIAMENTO

PROBLEMAS LISTADOS

1. Os repasses estaduais não são repassados e acabam impactando os municípios, e isso desestimula a adesão de municípios.

SOLUÇÕES

1. Fortalecer mecanismos de transparência em relação à utilização dos recursos;
2. Manutenção dos incentivos já existentes e criação de novos incentivos para as populações que ainda não recebem;
3. Responsabilização dos financiamentos (definições mais claras as contrapartidas e afins – se a responsabilidade é da SUSEPE, município, União).

VII - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

PROBLEMAS LISTADOS

1. Há muitas dificuldades com os representantes dos conselhos municipais de saúde, muitos não estão envolvidos na gestão. Os conselhos locais deveriam ter representações de todas as populações específicas, atendendo os interesses da população.
2. As demandas que chegam às ouvidorias muitas vezes são respondidas por servidores e não chegam aos gestores para que possam elaborar as respostas.
3. Necessidade de superar a limitação e sair da zona de conforto, pois, às vezes não existe um interesse genuíno para mudar as representatividades e os segmentos nos conselhos
4. Importante atentar para que a cotização das representação em conselhos, por exemplo, não se torne um incentivo para o preconceito e à discriminação;

SOLUÇÕES

1. Fortalecimentos dos conselhos municipais e locais;
2. Fortalecer os conselhos e comitês técnicos já existentes e ampliar os que não contemplem as populações específicas;
3. Estipular que as comissões decisórias tenham representantes das populações específicas;
4. Estimular para que as conferências estaduais tenham espaços para as populações específicas (ex: dentro da conferência estadual da mulher, tenha inserido pautas de discussão sobre a mulher negra);
5. Qualificar as respostas e atendimento das ouvidorias. Criar mecanismos para que os gestores possam participar das respostas que a ouvidoria emite;
6. Inserir as temáticas das populações específicas nas conferências de saúde de forma mais evidente.

OFICINA MACRORREGIÃO NORTE

RELATÓRIO

Data: 24/10/2019

Local: Passo Fundo/RS

I- GARANTIA DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

PROBLEMAS LISTADOS

1. Preconceito e discriminação no atendimento às pessoas trans no sistema prisional. Desconhecimento das especificidades desta população pelas equipes e descaso no atendimento (ex.: hormonização);
2. Os municípios não se responsabilizam pela saúde dos povos indígenas. Profissionais dos municípios com visão preconceituosa em relação a esta população (Municípios não chamam indígenas do seu território para atividades);
3. Invisibilidade das questões específicas dos povos indígenas na atenção secundária e terciária;
4. Profissionais de saúde colocam juízo de valor à frente de suas práticas;
5. Profissionais não reconhecem a necessidade de equipes de saúde prisional e o acesso à saúde na atenção primária para a família de pessoas privadas de liberdade de forma intersetorial;
6. As formações na área da saúde são baseadas em padrões hegemônicos, de maneira excludente às populações com demandas específicas. Dificuldade em fazer o acolhimento de maneira adequada;
7. Falta de programas de ressocialização para pessoas privadas de liberdade;
8. Dificuldade de comunicação dos profissionais com indígenas em função da língua;
9. Dificuldade de acesso à atenção especializadas às pessoas privadas de liberdade;
10. A população trans não é vista enquanto "pessoas" são conduzidas para fora dos espaços de grande circulação nos serviços de saúde.
11. Desrespeito ao nome social;
12. População trans lida com o preconceito no entorno comunitário, invisibilidade, barreiras de acesso a insumos de prevenção (número limitado de preservativos a profissionais do sexo, exemplo utilizado), visão estereotipada da população trans, não há alcance das ações preventivas e de promoção da saúde, pois a população trans evita os serviços de saúde por saberem que não será acolhida.
13. Dificuldade de acesso à hormonização: atendimento na atenção básica fica restrito ao encaminhamento à atenção especializada, sem acompanhamento na rede com consequente automedicação, inclusive com medicamentos de uso veterinário por falta de acesso;
14. Contexto atual delicado para o trabalho com grupos populacionais específicos;
15. Violência contra a população LGBT e população Negra;
16. Necessidade de levar as discussões acerca dos grupos populacionais específicos para o maior número de pessoas possível;

17. Relação de tutela da SESAI com os povos indígenas;
18. Dificuldade de acesso dos povos indígenas à atenção primária: Povos indígenas encontram dificuldades de acesso nos serviços de atenção primária no próprio território, situação se agrava quando há necessidade de atendimento em serviços regionalizados.
19. Invisibilidade dos povos indígenas na atenção secundária e terciária;
20. Profissionais do presídio não conduzem para atendimentos em saúde por falta de efetivo ou profissionais que não querem conduzir por não entenderem enquanto prioridade.
21. Pessoas trans encarceradas na ala dos crimes sexuais por questões de “segurança”.
22. Distanciamento dos municípios e do estado na atenção à saúde indígena;
23. Entendimento por parte de gestores que indígenas não são municipais.
24. Povos indígenas são vistos apenas nas ações que envolvem metas, quando não envolvem não se consegue o comprometimento dos municípios.
25. Os municípios não chamam as equipes da SESAI para o trabalho em conjunto.
26. Muitos casos de suicídios entre indígenas: a pauta do suicídio tem mobilizado ações em conjunto;
27. Municípios não se aproximam das comunidades indígenas.
28. Profissionais da saúde não sabem fazer abordagem às pessoas: os indígenas não costumam ficar muito tempo em filas de atendimento na saúde.
29. Doenças espirituais afligem mais aos povos indígenas: todos os/as indígenas eram tratados/as por seus métodos próprios.
30. Municípios reclamam dos sistemas diferentes utilizados pelos municípios e SESAI, pois dificulta o acesso a informações de saúde;
31. As comunidades quilombolas são inviabilizadas e se deparam com obstáculos parecidos com o dos povos indígenas.

SOLUÇÕES

1. Promover o entendimento das especificidades das diferentes populações no sistema prisional;
2. Educação permanente para os profissionais da gestão e de ponta, visando o reconhecimento das comunidades tradicionais como pertencentes aos territórios dos municípios, o enfrentamento de estigmas e estereótipos, garantir cuidado diferenciado, integralidade e humanização para que haja acolhimento adequado de acordo com as especificidades dos usuários;
3. Promover a transversalidade com todas as áreas na construção de políticas de saúde;
4. Levar as discussões sobre populações vulneráveis para os espaços escolares. Sensibilização desde os primeiros anos escolares para estimular o conhecimento e reduzir o preconceito e discriminação.
5. Encontrar maneiras de fazer com que os profissionais de saúde cumpram as diretrizes e princípios do SUS;
6. Promover exercícios que promovam a empatia nas equipes;
7. Incluir as demandas específicas de saúde das populações vulneráveis nos planos municipais de saúde;
8. Promover grupos de trabalho para discussão da saúde indígena.
9. Implantação de galerias LGBT no sistema prisional descentralizadas no estado.
10. Conhecer a realidade e encontrar meios para que o serviço de saúde chegue.

11. A atenção básica tem a necessidade de conhecer o território e olhar o território e as pessoas que nele vivem, de modo não preconceituoso;
12. Políticas integradas. Segurança, Saúde, Justiça/Cidadania/Direitos Humanos, Educação.
13. Experiência com recurso indígena como experiência exitosa: política de estado e portaria de financiamento da saúde do estado auxilia na compreensão de onde a população indígena está, auxilia na aproximação da discussão saúde indígena.
14. Incluir ações afirmativas que valorizem a cultura dos povos indígenas e outros grupos populacionais.
15. SESAI tem se aproximado do estado a partir do recurso financeiro repassado;
16. Corresponsabilização do estado e dos municípios na atenção à saúde Indígena;
17. Não pessoalizar estes processos de aproximação na saúde indígena.
18. Não limitar a atenção aos indígenas ao encaminhamento para a SESAI.
19. Saúde indígena: A presença do estado fortalece o trabalho da SESAI junto aos municípios.
20. Necessidade de espaços para a população LGBT receberem cuidados em saúde mental.
21. Necessidade de serviço de referência em atenção especializada no processo transexualizador para a macrorregião norte.
22. Pautas integradas têm mais efetividade quando o Ministério Público está envolvido.
23. Criação de metas, números e indicadores que incluam as populações específicas a serem pactuados com os municípios.

II - DESENHO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E COMPETÊNCIAS MUNICIPAIS, ESTADUAIS E FEDERAIS

PROBLEMAS LISTADOS

1. Enfrentamento da violência, necessidade ações de promoção da vida e prevenção do suicídio;
2. Relato de casos de suicídio da população LGBT da região;
3. Invisibilidade das questões de saúde mental e do suicídio na população LGBT;
4. Desrespeito à identidade de gênero da população trans, inclusive no pós-morte.

SOLUÇÕES

1. Representatividade das populações específicas nos espaços de educação permanente para profissionais da saúde;
2. Discussões sobre populações específicas e de promoção da equidade em saúde devem ser contínuas.
3. Investir em ações de promoção da equidade e populações específicas voltadas à infância;
4. Reforçar a política da primeira infância junto aos povos indígenas;
5. Importância de abraçar a cultura indígena, de modo que os povos indígenas possam se colocar nos espaços de saúde;
6. Incluir as demandas dos povos indígenas nos planos municipais de saúde assim como assegurar a representatividade indígena nos conselhos de saúde;
7. Nos municípios em que há presídio e CAPS que o CAPS possa ser referência para atenção em saúde mental da população privada de liberdade. Que a equipe do CAPS possa matricular a equipe de saúde prisional;

8. O estado deve ter papel interlocutor nas questões referentes à promoção da equidade e atenção às demandas dos grupos populacionais específicos nos planos de saúde.

III - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DETERMINANTES SOCIAIS E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Os serviços não preenchem o quesito raça/cor e etnia indígena antes dos incentivos financeiros.

SOLUÇÕES

1. Estimular o trabalho com o recorte étnico-racial em todas as análises das informações em saúde;
2. Orientar os profissionais de saúde sobre a importância do preenchimento das informações sobre raça/cor, orientação sexual e identidade de gênero no e-SUS e demais sistemas onde as informações estão disponíveis;
3. Estimular o uso e preenchimento de todos os campos disponíveis nos formulários;
4. Tratar as especificidades das etnias indígenas do estado do rio grande do sul de forma distinta respeitando os aspectos culturais;
5. Estimular o preenchimento do quesito raça-cor na declaração de nascido-vivo;
6. Aproveitar os espaços de realização do teste do pezinho para abordar o quesito raça-cor e etnia junto a população geral;
7. Trabalhar o impacto do racismo na saúde mental das pessoas;
8. Reforçar as políticas de cotas e ações afirmativas na área da saúde. Incluindo os cursos de graduação e nos programas de pós-graduação e residência na área da saúde.

IV - RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DE PESSOAL, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Profissionais da saúde adoecidos, necessidade de cuidados à saúde, saúde mental, de profissionais da saúde;
2. Municípios silenciosos para a notificação de violência e profissionais têm resistência em fazer a notificação, além disso soma-se a violência institucional;
3. Subnotificação como consequência da confusão entre notificação epidemiológica com denúncia;
4. Equipes de saúde da família estão sobrecarregadas, principalmente profissionais enfermeiros/as;
5. Questionamento da carteira de serviços na atenção primária. Carteira de serviços para quem?
6. Os vínculos trabalhistas variam de região para região;

7. Alguns municípios possuem equipes multiprofissionais que encontram dificuldades de implementar os processos de trabalho;
8. Necessidade de retomada de cursos introdutórios e as imersões para formação, por parte do Estado. Exemplo: introdutório de saúde familiar.
9. Terceirização e precarização do trabalho;
10. Apenas 1 psicóloga na equipe da SESAI para atender a região;
11. Técnicas das equipes também são a voz dos povos indígenas nos espaços de gestão e secretarias de saúde.

SOLUÇÕES

1. Aumentar investimentos nos processos formativos de modo que as questões específicas dos grupos populacionais sejam contempladas e façam parte das grades curriculares dos cursos de graduação;
2. Investir em atividades de educação em saúde para jovens;
3. Qualificar os profissionais da rede para a atenção das especificidades das populações específicas, incluindo acolhimento e questões técnicas;
4. Assegurar espaços de troca de experiências entre usuários/as e profissionais de saúde assegurando a representatividade e lugar de fala para o enfrentamento de preconceitos e sensibilização;
5. Criar estratégias para enfrentar a visão patologizante das identidades trans;
6. Estimular a criação de diretrizes/protocolos de atenção à saúde com abordagens que contemplem as questões étnicas-raciais e da diversidade sexual e de gênero;
7. Necessidade de incentivar o preenchimento da notificação de violência;
8. Retomar os encontros regionais de agentes comunitários de saúde, auxiliar nos processos seletivos;
9. Auxiliar os municípios nos processos seletivos, incluir critérios de seleção nos processos de contratação por empresas terceirizadas;
10. Promover a inclusão nos projetos pedagógicos das universidades os temas da promoção da equidade e dos grupos populacionais específicos. Formar profissionais para o SUS;
11. Trabalhar com grupo condutores, no âmbito regional, que atuem de forma permanente pautando os temas relacionados à promoção da equidade em saúde;
12. Empoderar as pessoas a partir da educação popular em saúde para disseminação de informações sobre o direito à saúde para manutenção e implementação das políticas, incluindo as políticas de promoção da equidade em saúde;
13. Construir um roteiro de cuidado que assegure o acolhimento, como prestar um atendimento em saúde que respeite e assegure o cuidado a populações específicas;
14. Prever cotas nos processos seletivos das empresas terceirizadas que contratam profissionais de saúde para prover os serviços de saúde da rede pública. Bonificação às empresas que realizarem ações afirmativas nos processos seletivos;
15. Revisão das diretrizes clínicas para assegurar a inclusão da promoção da equidade em saúde de grupos populacionais específicos. Assegurar a inclusão de abordagens diferenciadas;
16. Garantir número de profissionais suficientes para realizar o trabalho e assegurar espaços de formação que contemplem questões éticas, sociais, culturais dos grupos populacionais específicos.

V - INTEGRALIDADE DO CUIDADO E INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

PROBLEMAS LISTADOS

1. Política de segurança pública criminalizante e racista;

SOLUÇÕES

1. Aproximar a rede de atenção à saúde com as redes de atenção da assistência social, educação, Primeira Infância Melhor e construir projetos em conjuntos contemplando a equidade e as populações específicas;
2. Promover discussões conjuntas sobre SUS e SUAS;
3. Elaborar estratégias para aproximação dos serviços de saúde com os dispositivos da assistência social;
4. Intensificar as ações integradas da saúde e educação a partir do PSE e da CIPAVE de modo a contemplar a equidade em saúde e a atenção a populações específicas;
5. Aproximação da saúde com a segurança pública, intensificando ações integradas e intersetoriais da saúde com a segurança pública de modo a contemplar a equidade em saúde e a atenção a populações específicas;
6. Garantir acesso ao saneamento básico e a qualidade da água principalmente para comunidades quilombola e indígenas por meio dos programas e ações existentes;
7. Envolver as instituições de ensino nessa construção: promover esses espaços de forma contínua, não podem ser atividades isoladas e/ou pontuais;
8. Realizar projeto com as universidades sobre o idioma com a população imigrantes, refugiada e apátrida.

VI - FINANCIAMENTO

PROBLEMAS LISTADOS

1. Os recursos de educação permanente foram pagos em parcela única e são utilizados de forma restrita para poder render por mais tempo;
2. Os planos de aplicação dos recursos indígena são barrados por conselhos de saúde sem representantes indígenas por falta de compreensão das demandas;

SOLUÇÕES

1. Estimular mais recursos para educação permanente.

VII - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

PROBLEMAS LISTADOS

1. Dificuldade de engajar as secretarias municipais no trabalho com a pauta LGBT;
2. Desresponsabilização das equipes de saúde e da assistência social no cuidado das populações específicas (jogo de empurra);

3. Relato de reuniões do controle social fechadas, datas e locais alterados que geram dificuldade de acesso a estes espaços para acompanhar as discussões;

SOLUÇÕES

1. Criar estratégias de comunicação acessíveis para a população, linguagem simples para fácil compreensão;
2. Assegurar a representatividade dos grupos populacionais nos espaços de controle social (conselhos municipais de saúde e no próprio conselho estadual);
3. Rever a composição do conselho estadual de saúde estadual, de modo a contemplar as populações específicas;
4. Retomar e estimular a participação nos espaços já instituídos de controle social e gestão participativa.
5. Estimular a ampla divulgação dos conselhos, conferências e outros espaços de gestão participativa e controle social;
6. Reivindicar/Garantir assento para as populações específicas nos espaços de gestão participativa e controle social;
7. Pontuar junto ao conselho estadual uma câmara técnica da política de promoção da equidade em saúde de modo a fomentar;
8. Intensificar o trabalho com as ouvidorias;
9. Participação nos espaços de controle social: assegurar assentos para os povos indígenas nos conselhos municipais de saúde das cidades que possuem população indígena. Garantir pelo menos 1 conselheiro indígena nos conselhos de saúde;
10. Assegurar a representação das populações específicas nos espaços dos conselhos de saúde;
11. Promover a quebra de interlocutores. Se há a população no território assegurar espaço para que ela seja escutada e esteja representada.

OFICINA MACRORREGIÃO MISSIONEIRA

RELATÓRIO

Data: 23/10/2019

Local: Santo Ângelo/RS

I- GARANTIA DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

PROBLEMAS LISTADOS

1. Faltam fluxos estabelecidos que facilitem a resolutividade que os usuário buscam;
2. Dificuldade das equipes em conhecerem as particularidades do território que atuam.
3. **Dificuldades e barreiras no acesso:**
 - deslocamento nas distâncias mais afastadas dos serviços de saúde por questões de logísticas, em especial aos indígenas e quilombolas, tanto por parte dos profissionais ou usuários dos serviços.
 - por existência de preconceitos nos espaços de saúde.
 - desrespeito ao nome social é uma barreira de acesso.
 - A falta de escuta qualificada se mostra como uma das barreiras de acesso.
 - a atendimentos especializados.
 - falta de transporte para deslocamento de pessoas com dificuldades de locomoção.
 - dificuldade de acesso e fragilidades a atenção especializada em saúde bucal para indígenas.
 - estigma e preconceitos no acesso à saúde.
4. Pouca resolutividade na atenção básica (necessário paciente passar por tantos encaminhamentos e profissionais diferentes que dificultam o vínculo?).
5. Precarização dos serviços.
6. Necessário conhecer a rede, pois, não se limita à porta de acesso à unidade básica de saúde. As dificuldades de acesso estão postas para todas as pessoas diferentes.
7. Imigrantes e refugiados: Dificuldade de comunicação nos serviços que prejudicam o acesso, interação, criação de vínculo pessoal e profissional.
8. Ambientes hostis, não acolhedores e não representativos;
9. As pessoas não querem fazer e/ou participar das discussões relacionadas à promoção da equidade. Os profissionais generalizam o cuidado, mesmo diante de realidades muito específicas.
10. Privados de liberdade:
 - há estrutura física inadequada, insegurança
 - dificuldade em realizar os tratamentos
 - dificuldade de ações de educação, prevenção e promoção em saúde
 - estigmas que dificultam o acesso/atendimentos
 - resistência profissional em aceitar a trabalhar nas unidades
11. Defasagem do quadro de servidores será agravado, violência contra servidores.
12. Acúmulo de trabalho.

13. Necessidade de pautar as políticas de promoção junto a coordenação estadual de saúde bucal para trabalhar a temática com as coordenações regionais de saúde bucal.
14. Dificuldade dos homens falarem sobre sua sexualidade a profissionais de saúde, profissionais atendem com posturas preconceituosas. Necessidade de formação para as equipes em geral.
15. Necessidade da população negra conhecer mais sobre as especificidades sobre sua saúde (por exemplo: doença falciforme).
16. Gestores com discursos descompromissados com a saúde indígena.
17. Processos de trabalho que dificultam o acesso às comunidades que vivem na zona rural e comunidades mais afastadas (horários rígidos para marcação de consultas).
18. Dúvidas sobre manter a gestão da saúde indígena pela SESAI (Nível federal) ou mais próximo das comunidades indígenas.
19. Falta de compreensão do processo de planificação por parte da SESAI, houve o impedimento da equipe de saúde em indígena em acompanhar as oficinas.
20. Crenças de viés político ideológico dificultam as discussões acerca de populações específicas.
21. Em outros momentos o estado promovia discussões e estudos antropológicos sobre a cultura e costumes dos povos que vivem no estado.
22. Há diferença entre os estigmas e preconceitos relacionados à saúde mental em relação à promoção da equidade.
23. Dificuldades em abordar as temáticas e diversidade das populações com as equipes (por exemplo, temática LGBT), as discussões ficam restritas a temas específicos e ainda há muitos tabus.
24. Resistência por parte dos profissionais quando se abordam estes temas.
25. Dificuldades de trabalhar as pautas de forma transversal, as vulnerabilidades perpassam a educação, ao acesso a direitos.
26. Atravessamento de questões culturais.
27. As equipes de saúde não compreendem a cultura indígena, os profissionais necessitam respeitar a cultura. Indígenas não são iguais. Cada povo e etnia tem uma cultura diferente.
28. Os modelos dos serviços de saúde: baseado em padrões, heteronormativo, branco, machista, patriarcal. Não reconhece a diversidade e a equidade;
29. Acampamentos/aldeias que não permitem a brancos chegarem a estes espaços.
30. Disputas políticas nas coordenações nos espaços dos DISEI e SESAI.
31. SESAI distanciada dos próprios indígenas e dificuldades de articulação com a SESAI, municípios e estados.
32. Vínculos de trabalho da SESAI fragilizados, necessidade de acompanhamento e fiscalização do trabalho da SESAI.
33. Necessidade de conhecer a realidade/individualidade das pessoas para prover atendimento equânime. Não dá para fazer atendimento igualitário diante de especificidades apresentadas (exemplo: comunidades rurais e afastadas).
34. As áreas responsáveis pela implementação das políticas não deveriam ocupar, no nível regional, dos agendamentos de consultas e internações (regulação).
35. Emendas Parlamentares com destinação pouco conhecida. Distribuir de forma justa. Manter o recurso nos municípios.
36. Necessidade de mais atividades para o quadro da SES frente às políticas de promoção da equidade em saúde.

37. A atenção a comunidades quilombolas passa pela organização dos processos de trabalho.
38. Políticas e algumas demandas (regulação, por exemplo) que solicitam muito mais em relação a outras, dificultando a implementação de outras políticas que os técnicos e técnicas acumulam.
39. Identificar fragilidades que vão requerer mais cuidados das equipes e construir planos terapêuticos singulares.

SOLUÇÕES

1. Empoderamento dos usuários quanto ao acesso à informação e efetivação dos seus direitos, para que compartilhem das decisões sobre sua saúde;
2. Incentivar que as equipes conheçam os seus territórios.
3. Incentivo a horários diferenciados das UBS e trabalho “extramuros”.
4. Ampliar a discussão desses temas.
5. Incentivar a cultura das comunidades, populações específicas.
6. Estimular as equipes a conhecerem o território.
7. Criar estratégias para atuação e trabalho junto a “pessoas mais fechadas”.
8. Assegurar que os atendimentos à saúde respeitem a diversidade.
9. Garantir que as equipes possam participar das oficinas de planificação (equipes da SESAI e ESFQ).
10. Incentivar e capacitar as equipes a realizarem atividades e atendimentos no território, além da estrutura da UBS/ESF.
11. Promover encontros entre os profissionais da atenção primária e das equipes dos serviços especializados.
12. Necessidade de financiamento para os serviços de média e alta complexidade de referência para atendimento dos grupos populacionais específicos.
13. Redistribuir os recursos existentes para garantir as ações de promoção da equidade em saúde, visto que não há provisão de recursos (Exemplos: Leitos de saúde mental e vagas em comunidades terapêuticas sobrando, por exemplo).
14. Ofertar espaços de escuta para técnicos e técnicas da SES para planejar a reorganização.
15. Viabilizar atividades de educação em saúde para as pessoas que vivem em comunidades rurais e mais afastadas.
16. Estimular a ações entre a coordenação estadual de saúde bucal a realizar ações/conversas com os CEO regionais para melhorar os fluxos de acesso.
17. Promover o acompanhamento dos contratos de serviços de média e alta complexidade no tange o atendimento a grupos populacionais específicos.
18. Promover atividades de educação permanente junto às equipes de saúde da atenção primária.
19. Incluir/ condicionar a manutenção dos contratos mediante ações de promoção da equidade em saúde a grupos populacionais específicos.
20. Estimular usuários e usuárias, gestores, a utilizarem a ouvidoria do SUS e realizar construções de como articulados com as ouvidorias (exemplo: sugere-se que antes da renovação dos contratos consultar as demandas da ouvidoria de determinado serviço e utilizar disso como critério para manutenção, renovação, redução ou cessação dos contratos).

21. Penalidades aos serviços contratados que não cumprirem os critérios qualitativos de avaliação (40% do contrato).
22. Estimular o exercício da escuta qualificada.

II - DESENHO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E COMPETÊNCIAS MUNICIPAIS, ESTADUAIS E FEDERAIS

PROBLEMAS LISTADOS

1. Lógica de trabalho da atenção básica não se adequa às necessidades prejudicando a oferta de serviços;

SOLUÇÕES

1. Envolver os conselhos municipais de saúde na implementação da política estadual de promoção da equidade em saúde;

III - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DETERMINANTES SOCIAIS E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Falta de compreensão dos profissionais de saúde às dificuldades de locomoção, acesso e condicionantes sociais como saneamento básico, moradia, trabalho, escola, creches, etc;
2. Dificuldade de acesso a informações da saúde indígena, pois as informações são centralizadas na SESAI, dificultando o trabalho do estado e municípios;
3. Limitações dos sistemas de informação que são desalinhados e que apresentam inconsistências.
4. Negligência na alimentação de fichas e sistemas de informação (profissionais relatam falta de tempo e muitas demandas para justificar a má utilização dos sistemas de informação);
5. Profissionais de saúde tem dificuldade de lidar com questões de gênero e sexualidade;
6. Preconceito e discriminação entre profissionais.
7. Carência de conteúdos relacionados a questões de equidade em saúde nas formações de profissionais da área da saúde;
8. Falta sensibilização dos profissionais em reconhecer os determinantes sociais e as dificuldades de acesso dos usuários.
9. Julgamento, desrespeito e discriminação de usuários pelos profissionais de saúde.

SOLUÇÕES

1. Promover educação permanente sobre gênero, sexualidade e racismo, focado no respeito no acolhimento e reforçando a importância das ações afirmativas;
2. Capacitar profissionais para melhorar o acolhimento no primeiro contato com usuário e não criar barreiras para poder coletar dados (ex.: horário marcado);
3. Atividades avaliativas para verificar a efetividade das capacitações;
4. Compartilhamento de dados entre as equipes para que se pense estratégias direcionadas;
5. Melhor utilização dos indicadores de saúde
6. Qualificar preenchimento dos instrumentos de notificação, como o preenchimento do campo de raça/cor;
7. Divulgação do BI;
8. Educação permanente sobre ações afirmativas.
9. Promover reuniões para alinhamento das equipes;
10. Desenvolver trabalho com genograma, análise do território, cultura e comunidades quilombola: resgate de vestimentas tradicionais, recuperação de hábitos alimentares tradicionais e de cultura;
11. Garantia de acesso a saneamento básico;
12. Estabelecer como função dos gerentes de saúde das equipes de atenção primária enquanto pessoa para trabalhar junto às equipes a notificação e construção de indicadores.

IV - RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DE PESSOAL, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Falta empenho do profissional em conhecer os determinantes sociais dos usuários;
2. Desconhecimento do contexto cultural das populações específicas que impede a compreensão sobre a “realidade da vida dos sujeitos”.
3. Faltam ações de educação em saúde sobre as políticas de equidade para a população;
4. Profissionais com pré-conceitos/conceitos “padrões”.
5. Julgamentos, estigma e discriminação.
6. “Naturalização” do racismo, LGBTfobia, etc (piadas, apelidos).
7. Sobrecarga de profissionais nos municípios menores que acumulam múltiplas atribuições.
8. Cursos ead são possibilidades de formação, mas tem baixa adesão.
9. Dificuldades na ampliação das equipes, pois, os municípios têm limitações nas contratações em razão da lei de responsabilidade fiscal.
10. Os processos de educação permanente não passam apenas por questões financeiras. Ora os recursos de educação permanentes não são repassados aos municípios ou ora os recursos não são destinados às ações de educação permanentes.
11. Qualidade da assistência ofertada, pois, a atenção básica induzida a trabalhar na lógica de produção.
12. Adoecimento dos(as) profissionais de saúde e das equipes. Os conflitos de interesses colocam os profissionais no meio das disputas.
13. Lacuna nos processos formativos. Alguns cursos de graduação já estão incluindo disciplinas relacionadas a direitos humanos, relações étnico-raciais e outros temas relacionados ao que a política estadual de promoção da equidade se propõe.
14. Adoecimento generalizado de profissionais e equipes por causa de sobrecarga de trabalho e disputas de interesse no ambiente de trabalho;

15. Dificuldade de contratação de profissionais para ampliar as equipes em função da lei de responsabilidade fiscal;
16. Baixa adesão em cursos (principalmente EAD);
17. Os políticos trabalham de forma fragmentada.
18. Problemas com provimento de médico da equipe.

SOLUÇÕES

1. Incentivo às ações de educação permanente:

- regionalizadas (considerando as grandes distâncias da capital);
 - ações de educação com monitoramento e avaliação;
 - ações de promoção da saúde e atividades desenvolvidas a partir dos Núcleos de Saúde Coletiva (NURESC/NUMESC);
 - estratégias de educação a partir das vivências dos profissionais com as populações específicas;
 - apoio e incentivo da gestão nessas formações.
 - ações sobre a temática da promoção da equidade às equipes antes delas atuarem com as comunidades.
 - necessidade de capacitação que visem as peculiaridades dos povos.
2. Definição de referências/articulador/promotor no âmbito municipal para as políticas de promoção da equidade articulado com as equipes de apoio (NASF e NAAB).
 3. Maior contato/proximidade com instituições formadoras de promoção da saúde coletiva/pública.
 4. Garantia de reuniões de equipes.
 5. Uso de ferramentas como cursos on-line (UNASUS, telesaúde ...) e articuladas com o apoio do NURESC e NUMESC.
 6. Estratégias de multiplicadores entre a população e inserção de temas nesta área desde a educação básica.
 7. Desenvolver sensibilidade e olhar mais empático a essas populações.
 8. Articulação dos conselhos municipais de saúde na implementação da política estadual de promoção da equidade em saúde.
 9. Inserir as políticas de promoção da equidade em saúde nas pautas das demais políticas.
 10. Estratégias de acolhimento e humanização no âmbito da política de promoção da equidade em saúde.
 11. Atividades de educação permanente a partir do NURESC, articular com NUMESC existentes;
 12. Referências municipais para as políticas de promoção da equidade, envolvendo as equipes de apoio como NASF e NAAB;
 13. Elencar às disciplinas dos cursos da área da saúde informações sobre equidade em saúde. Elaborar estratégias a partir das vivências dos(as) profissionais que atendem grupos populacionais específicos;
 14. Utilizar ferramentas e cursos online (ex.: UNASUS, telesaúde) para promoção de educação permanente;
 15. Desenvolver trabalho de maneira conjunto com as instituições formadoras;
 16. Formar multiplicadores, promotor(a), articuladora entre a população e inserção de temas junto aos municípios;
 17. Realizar atividades de educação permanente regionalizadas considerando as grandes distâncias da capital.

V - INTEGRALIDADE DO CUIDADO E INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

PROBLEMAS LISTADOS

1. Falta integração entre a saúde e educação no âmbito estadual nas ações do PSE. Os municípios são menos fragmentados que a gestão estadual.
2. As coordenadorias regionais não se sentiram convidadas a participar do congresso de saúde prisional. O Evento ficou concentrado nas equipes que fazem assistência. Regional se sente distante do processo e, por acumular muitas funções, acaba havendo distanciamento.
3. O PIM Prisional tem se mostrado um meio de aproximação com a pauta, assim como a participação das equipes de saúde prisional no processo de planificação.
4. Necessidade de a população conhecer os trabalhos ofertados pelas políticas de saúde para dar visibilidade.. Adolescentes, não têm acesso a informações.
5. Necessidade de trabalhar os preconceitos e psicoeducar usuários e usuárias para conhecerem os serviços ofertados e o fluxo da rede.
6. Municípios pequenos encontram dificuldades no trabalho intersetorial.

SOLUÇÕES

1. Garantia de desenvolvimento de ações intersetoriais (junto ao conselho tutelar e a secretarias de esporte, cultura e lazer);
2. Integração e fortalecimento das áreas de saúde, assistência social e educação.
3. Articulação de estratégias no combate a discriminação com líder religiosos e líderes comunitários.
4. Estratégias de comunicação e ações com os setores da segurança pública para garantia de tratamento digno (Por exemplo, uso do nome social).
5. Articulação com instituições formadoras para além da área da saúde, incentivo à residência multiprofissional e estágios com abordagem e inclusão da temática das populações específicas.
6. Permeiar as políticas de promoção da equidade em saúde nas pautas das demais políticas;

VI - FINANCIAMENTO

PROBLEMAS LISTADOS

1. Os investimentos são menores nas áreas de promoção e prevenção.
2. Investimento pesado na implementação das políticas. Mas, falta fiscalização, monitoramento e acompanhamento das ações.
3. O distanciamento do nível central com as coordenadorias repercute com os municípios.
4. Referências regionais necessitam de mais apoio das áreas técnicas.

5. Municípios não estão utilizando recursos repassados para a implementação de ações para a população negra e indígena.
6. Dificuldades financeiras das comunidades quilombolas que dificultam o acesso à saúde.
7. É inadequado destinar recursos com finalidade específica sem consultar as áreas técnicas que atuam diretamente com os territórios a serem beneficiados, por isso, é necessário incentivar a gestão participativa no processo de construção das emendas parlamentares.
8. Dificuldades financeiras/financiamento para a saúde indígena.
9. Enxugamento dos recursos humanos do estado enquanto uma preocupação para poder garantir a continuidade do trabalho desenvolvido.
10. Recursos da SESAI vão para a gestão dela, deveria haver mais recursos para o trabalho das equipes.
11. Necessidade de financiamento específico para os municípios desenvolverem ações de promoção da equidade em saúde.
12. Necessidade de recursos financeiros para induzir as discussões sobre as políticas de promoção da equidade em saúde.

SOLUÇÕES

1. Investimento na qualificação profissional.
2. Estratégia de captação e otimização de recursos para gestão e profissionais.
3. Criação de recursos específicos para trabalhar equidades (Por exemplo, criação de programa estruturado na área da equidade com diversas ações para receber recursos).
4. Criação de indicadores e metas no âmbito do financiamento.
5. Investimento para equipes matrificadoras capacitadas no temas das populações específicas e que apoiem a AB.
6. Manutenção dos recursos e aumento dos valores já existentes das populações indígena e negra.
7. Incentivo a criação de linha de financiamento para as políticas de promoção da equidade e sua implementação.
8. Divulgação e sensibilização dos municípios em relação a recursos disponíveis, como PCRI AB, ESF Quilombola, ESF Indígena, Articulador Jovem, etc.
9. Linha de financiamento com monitoramento e avaliação da utilização para implementação das políticas de promoção da equidade.
10. Inclusão na política de plano de elaboração e de aplicação em conjunto com as representações dos grupos populacionais específicos para definição da utilização de recursos. (exemplo: plano de aplicação saúde indígena e ESFQ quilombola).
11. O Estado necessita investir mais recursos financeiros na atenção primária.

VII - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

PROBLEMAS LISTADOS

1. O controle social como uma dificuldade observada.

2. Pouca ou nenhuma representatividade nos espaços do conselho de saúde.
3. Muitos profissionais não querem fazer parte desses espaços.

SOLUÇÕES

1. Garantia e estimular a representação das populações vulneráveis nos conselhos e conferências.
2. Maior divulgação desses espaços para estimular a participação das populações específicas.
3. Incentivar o empoderamento dos usuários para utilizarem os mecanismos (ex: Ouvidoria do SUS).
4. Estratégias de conselhos itinerantes que cheguem às comunidades.
5. Capacitação e sensibilização de conselheiros de saúde para as demandas das populações específicas.
6. Identificação de lideranças e indicação para compor os espaços de participação.
7. Incentivar os profissionais de saúde a compor os espaços de controle social.

OFICINA MACRORREGIÃO METROPOLITANA

RELATÓRIO

Data: 30/10/2019

Local: Porto Alegre/RS

I- GARANTIA DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

PROBLEMAS LISTADOS

1. Problema de identificação nos prontuários de pacientes. O Sistema terceirizado no município de Esteio possibilita ver cada população separadamente;
2. Problema do prontuário eletrônico. Nunca se sabe qual a porcentagem de indivíduos de cada população (ex. Negros, LGBTs); Não possuem quesito raça, identidade de gênero etc;
3. Os medicamentos para as mulheres privadas de liberdade são comprados com recursos recebidos pelo Estado, pois nunca se tem os medicamentos disponíveis na farmácia do estado;
4. Questões de solicitação do comprovante de residência para as pessoas em situação de rua. Bem como, para as pessoas em ocupações que não possuem comprovante de residência;
5. Dificuldades de atendimento ou internação para pessoas em situação de rua que necessitam de internação em função do uso de drogas, demora para conseguir as demandas;
6. Tratar pessoas em situação de rua com nojo;
7. Culpabilização dos usuários pelo difícil acesso ao serviço e falta de visão sobre os problemas do sistema (Ex.: pessoas em situação de rua e de ocupações);
8. Em Esteio não há profissionais preparados para atender os imigrantes. Problema de documentação e de comunicação por causa da diferença de idioma. Criação de material de apoio para auxiliar os profissionais.
9. Problemas de registro das populações que vivem em áreas verdes.
10. Dificuldade de fazer pré-natal nas mulheres imigrantes.
11. Problema de atendimento somente em horário comercial, sugere-se ampliar horário de trabalho das UBS.
12. População jovem é afastada dos serviços.
13. Dificuldade de acesso: competências de cada ente federado quanto a saúde indígena; indígenas não são considerados munícipes;
14. Fragilização dos serviços e alcance das discussões (como alcançar as pessoas que não estão afim de fazer diferente?)
15. As pessoas não se responsabilizam pelas pautas voltadas a populações específicas;
16. Protocolos prontos/rígidos não contemplam especificidades;
17. Mulheres em situação de rua vão ao hospital com o bebê, mas saem sem ele; Mulher em situação de rua não tem o direito de ser mãe.

18. Problema nos protocolos da saúde da mulher, as mulheres lésbicas e bissexuais são excluídas. Papanicolau não é feito em mulheres lésbicas. Os protocolos só contemplam mulheres heterossexuais.
19. Fazer com que as políticas trabalhem de forma integrada. Ex.: pessoas em situação de rua quando ficam deficientes normalmente é causada por questões de violência, mas a política das pessoas com deficiência não possuem este tipo de dado.
20. Falta de informação dos profissionais em relação às populações que com demandas específicas ou acolhimento inadequado e preconceituoso.
21. Estado enquanto “fiscalizador” deve cobrar dos municípios ações
22. Racismo institucional e estrutural – questões territoriais (lugares mais afastados e vulneráveis, ex restinga com vários locais sem cobertura mesmo com uma clínica de família enorme, o fim do Imesf e diminuição de ACS). Povo negro tem menos acesso ao pré natal, jovem negro que acessa menos o serviço de saúde (indicador pra isso). – restinga não tem pré natal de alto risco, essas mulheres tem que ir até o GHC para o pré-natal
23. Acesso tem vários vieses – informação, acolhimento, atendimento -> dificuldade dos profissionais de saúde de atender as pessoas
24. Capacitação dos profissionais – olhar que as especificidades são transversais – e contribui na qualificação dos dados – ex raça/cor – o profissional deve perguntar para o usuário, e não o profissional deduzir.
25. Ao invés de qualificar e estimular o profissional, ele é punido quando faz algo errado.
26. território indígena Cantagalo – metade Viamão e metade porto alegre – discussão de quem cuida, municípios transferem a responsabilidade um para o outro, passam para o estado que diz que os municípios têm que resolver e ninguém cuida daquele território. Ausência de território específico vira empurra empurra, assim como os profissionais trabalhando com uma pop adscrita maior que o preconizado
27. Falta de representatividade de indígenas, ciganos, etc; criamos especulações e não sabemos exatamente o que precisa. Ex os transexuais – o protig do clínicas que só atende quem vai fazer cirurgias. O ambulatório T que tem horários muito específicos. Pensar em como esses agentes ocupam esses espaços. Indígenas e ciganas deveriam ter a mesma portaria que o povo da rua que não demanda endereço fixo.
28. Trazer a comunidade para a universidade ou ir até a comunidade. Visitas técnicas e informais para visitar essas pop específicas. Imigrantes – dificuldade da língua + discriminação.
29. Ficamos à mercê dos secretários quererem ou não. A diferença de profissional se é CC ou concursado. Como levar essas reuniões para a comunidade. Depende da gestão ter boa vontade de implantar as coisas que as reuniões demandam. As informações ficam restritas a pessoas específicas e não são de conhecimento amplo (ex uma enfermeira que concentrava os resultados de hemoglobina da doença falciforme e a mulher morreu e se perderam as informações – iam para o email pessoal dela). Pressão para criar a portaria municipal das pop específicas
30. Traço da doença falciforme se a pessoa tem, e vai se relacionar com outra pessoa e pede para o médico para o outro fazer o exame o médico não escuta.
31. mulher Imigrante da Guiné Bissau – dificuldade de se criar uma política relacionada aos estrangeiros. Muitas demandas dos estrangeiros. Necessidade de capacitação para todos os setores do estado. US tem cartaz de conselho local que a comunidade pode participar, mas quando se pergunta a ninguém diz data, não tem informações. – ou as unidades de saúde deixam de fazer pq a comunidade não participa. Igreja Pompeia acolhe imigrantes e não dá conta de tantas demandas. Como o estado pode

acolher essas pessoas. O estado tem recursos, mas o valor está congelado até que alguém faça um projeto para usar esse valor. Como pode se fazer um projeto desse para trabalhar com essas pop. Falta na unidades de saúde espaços de escuta (psicólogo) para as pop específicas.... é por encaminhamento e esse encaminhamento demora. Escuta na AB.

32. Pop específicas tem uma peregrinação maior por falta de informações. Não sabem o que é AB, média e alta. São barradas na entrada da US. – pop rua só pro consultório na rua, e demais não atendem. Criação de fluxo padrão de informação. Protocolos/fluxos padrão de atendimento.
33. Como instituir algo que não seja de forma pessoal. Como fazer com que uma US seja uma efetivação da política e não por sensibilidade de um ou outro profissional, das relações pessoais. Como garantir que o secretário execute o que deve. A criação da política é o direcionamento para os municípios. O papel do estado é dar esse direcionamento, esse apoio. O apoio institucional pode fazer esse papel. Muitos protocolos mas muitos poucos são efetivados.
34. Condições que se realiza o trabalho ele influencia o acesso. Equipes reduzidas e muitos usuários. Espaços de educação permanente reduzidos sua carga horária. Espaços físicos, acessibilidades. Retiradas de direitos, iniquidades aumentam cada vez mais. Fortalecer os espaços de luta para além dos espaços institucionais, inclusive trabalhadores.

SOLUÇÕES

1. Pensar/Elaborar materiais para saúde dos imigrantes de maneira que o mesmo material possa ser disponibilizado para vários municípios de maneira virtual.
2. Produção/elaboração de material informativo de modo constante
3. Apoio aos municípios;
4. Fazer com que as equipes de saúde tomem ciência das necessidades/especificidades de saúde de cada população;
5. Fiscalizar e notificar equipes que fazem o acolhimento de forma inadequada.
6. Pensar formas/estratégias de acolher os jovens, sem afastá-los do serviço e sem culpá-los por sua ausência;
7. Melhorar classificação de risco e registro de populações;
8. Apoio do estado para cobrar dos municípios a fazer as notificações.
9. Metas do plano estadual de saúde devem visar as populações vulneráveis. (Ex.: reduzir a mortalidade materna, esse dado deve ter os recortes de raça\cor. Deve ser avaliado se o dado permanece o mesmo ao avaliar a população negra e indígena).
10. Atenção às diferentes nacionalidades e etnias dos imigrantes.
11. O Estado poderá/deve formatar protocolos para as diferentes populações e para os diferentes agravos, de maneira que os municípios possam aderir;
12. Trabalho das regionais em qualificar e capacitar junto aos municípios;
13. Possibilitar/criar estratégias para que a população de rua seja atendida nas UBS sem necessidade de apresentação de comprovante de residência, possivelmente com o uso dos ACS;
14. Publicizar as informações para os usuários – estar de “posse” das informações para reivindicar direitos – usar a ouvidoria.

15. O profissional de saúde sair de dentro dos serviços e ir para os territórios melhora o acesso, assim como o consultório na rua. Não faz sentido as populações saírem dos seus territórios. Valorização dos saberes tradicionais, ancestrais
16. Relação mais estreita entre a gestão e a atenção, para melhorar os atendimentos, uma forma de qualificar o acesso.
17. Trazer a universidade e instituições de ensino ou ir até a comunidade. Visitas técnicas e informais para visitar essas pop específicas.
18. Incentivo efetivo da população no controle social
19. Pensar a equidade em todos os processos seletivos do estado, em todos os tipos de contratação. As novas contratações mesmo que dos serviços privatizados devem estar de posse dessas políticas de equidades como cotas raciais. Assim como aumentar as porcentagens das cotas e pensar em representatividade por nível de hierarquia
20. Política da consulta compartilhada. A participação do usuário na sua anamnese e a participação dos DSS no contexto de saúde das populações.
21. Necessidade de capacitação para todos os setores do estado (imigrantes)
22. Publicizar o que dá certo.
23. Formar profissionais que tratem equidades e cuidado integral
24. Discutir o papel dos ACS dentro da unidade de saúde, reiterando sua importância
25. Olhar os contextos de vida das pessoas, principalmente das mulheres – contexto social, de raça/cor/etnia
26. Conceito ampliado de saúde. Frisar esse conceito que já está no SUS – saúde só como administrador da doença, esquecendo os determinantes como chave.
27. Saúde mental: importância das equipes de redução de contramão das comunidades terapêuticas, oficinas terapêuticas

II - RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DE PESSOAL, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. O que está na lei não está na vida.
2. Concorrência desleal nos processos seletivos (exemplo de moradores de rua que estudam, mas tem menos possibilidades de ter uma vaga de estágio);
3. Dificuldade de recursos humanos;
4. A diminuição das UBS e dos profissionais de saúde vai dificultar mais ainda o acesso, em Porto Alegre.
5. Redução das equipes e equipes desqualificadas.
6. Nova PNAB: Dificulta o trabalho nas UBS.
7. Dificuldades dos processos de formação dos profissionais.
8. Aposentadorias no estado.
9. Muitos serviços de saúde estão sendo terceirizados.
10. Precisa-se pensar em formas de como manter os profissionais nos serviços.
11. Ciência x realidade: como conformar essas percepções?
12. Chamando a ciência para discussão x papel na formação (formando os profissionais que temos hoje)
13. Descolonizar os saberes;
14. Representatividade: importante pensar que hoje não há o debate apenas da representatividade, deve-se pensar a proporcionalidade;

15. Formação não traz conhecimentos sobre essas populações;
16. A academia não dá retorno para o aprendizado para o SUS.
17. Educação permanente fragmentada, uma vez por ano.
18. O Bacharelado em saúde coletiva é formado pelo SUS e não tem oportunidade de emprego. Quando você forma e não tem mercado.
19. A UERGS é pouco utilizada.
20. Os cursos da saúde não são abertos às equidades (tirando saúde coletiva, as vezes enfermagem)
21. O conhecimento e o reconhecimento das culturas que não são nossas, a melhor forma é a escuta.
22. Representatividade: porque as pessoas não estão aqui. Os atores não estão aqui. A maior parte é trabalhador. O conselho social não tá aqui. Onde estão as pessoas que não os trabalhadores? Reprodução de lógica ocidentalizada hetero, branca, cis, etc. O local não é o melhor, o convite chegou em cima da hora.
23. Olhar o pessoal que esta construindo saúde muito antes do SUS – griôs, mães de santo, benzedeiras, parteiras (saberes tradicionais das populações específicas)
24. Equidade, portaria da pop rua – coloca a população em situação de rua em uma unidade específica, sendo que todos deveriam ser atendidos em qualquer lugar.
25. O que está no papel não é o que acontece na realidade. Exemplo: se a família acompanhada não tem atendimento do assistente social, não tem atendimento na saúde.
26. Modelo médico-centrado tomando consistência cada dia mais;
27. A equipe da Popes é pequena e não dá conta de atender a todos os municípios, portanto a parceria com a universidade pública é necessária. A política não vai alcançar todos os municípios sozinha.
28. Há contrapontos sobre o apoio das universidades; diferença das funções da academia e da gestão. Não se limitar/Sair do universo da universidade.
29. Não se usa mais o conceito de empatia e sim alteridade.
30. Ações afirmativas: processos lentos.

SOLUÇÕES

1. Se o estado não se responsabiliza pelas políticas de equidades, isso deve ser demanda do estado e não com quem se identifica com essas políticas, a pauta deve ser estatal, fixa do estado.
2. Atenção básica deve dar suporte para planejamento, atendimento, conhecimento dessas populações específicas; regularidade de cuidado e visita.
3. Propor cotas raciais, ampliando as vagas nos municípios. (Em Porto Alegre é de 12%). Deve haver o aumento da % de cotas dentro das agências do municípios do estado. Pra quando for uma representação da pop indígena seja indígena, se for da pop negra, uma pessoa negra. Os representantes tb são agentes da mudança (para contemplar a representatividade).
4. Garantir a permanência dos trabalhadores que ingressam pelas ações afirmativas;
5. Incluir comissões de avaliação/Aferição racial.
6. Formação dos profissionais de saúde tem que contemplar as equidades – aproximação dos cursos de saúde do estado, pensar em plataformas para construção das equidades dentro dos cursos/com os cursos.
7. Garantir essa formação em equidade dentro das graduações, não se limitando apenas à educação permanente.

8. Utilizar os espaços disponíveis da ESP, UERGS, Trazendo as comunidades das pop específicas. Cursos de extensão nesses espaços disponíveis. Trazer a comunidade externa
9. Propor/Pensar/Criar estratégias para a aproximação com as universidades.
10. Prever/Pensar possibilidades de parceria com universidades privadas, humanizaSUS com muitos cursos EaD, UFRGS – ingresso especial.
11. Criar estratégias de autonomia para trabalhar com essas populações;
12. Dever do estado em articular com as universidades em parceria com os municípios.
13. Investir/Incentivar a educação permanente para que os profissionais conheçam a população. Quanto mais os profissionais conhecerem a população, mais poderão promover saúde para todos os segmentos da sociedade.
14. Capacitação dos profissionais é dever do estado para que os profissionais sejam multiplicados dentro dos municípios.
15. Trazer/Inserir pessoas com vínculo comunitário para a essa discussão;
16. Intersecção entre as cotas e saúde: falar sobre cotas é falar sobre saúde;
17. Prever nos estagiários: cotas, proporcionalidade;
18. Curso de línguas para profissionais para melhor acolher;
19. Prever que a anamnese e no acolhimento deve conter aspectos clínicos, culturais, sociais, questões econômica, etnoculturais, etc. longitudinalidade faz parte da saúde; planejamento das equipes para conhecimento das populações em seus territórios e planejamento e regularidade para o cuidado dessas pop em específico; a gestão tem que ter responsabilidade sobre as equipes.
20. Preencher requisitos mínimos para formação profissional para lidar com essas populações.
21. Propor cursos de saúde sobre cultura indígena, por exemplo.

III - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DETERMINANTES SOCIAIS E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Sistemas diferentes utilizados cada município e informação descentralizada (uma só pessoa, ao passar por diferentes serviços e por vários sistemas que não se cruzam);
2. A universidade não tem acesso a dados dos sistemas de saúde;
3. Profissionais que são os protagonistas no cuidado junto com o usuário não têm acesso aos dados;
4. Dificuldade de georreferenciamento (proposta criação de painel);
5. Ausência de dados atualizados dessas populações;
6. O Racismo é um determinante das condições de saúde e a população negra é a que tem os piores dados de saúde. Ao implementar políticas e programas, normalmente, não se faz recorte de raça/cor e, posteriormente, ao avaliar os resultados, nota-se que índices da população branca melhoram enquanto os da população negra seguem piorando;
7. Opção “ignorado” em vários campos das fichas de notificações traz o problema da subnotificação (Ex.: raça/cor, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, etc.);

8. Racismo estrutural e racismo institucional tem que ter na política.
9. Profissionais não têm o esclarecimento necessário para fazerem os preenchimentos da maneira correta;
10. Pessoas em situação de rua não é contabilizado pelo censo do IBGE;
11. Altos índices de depressão e suicídio na população do campo (sofrimento no meio rural);
12. Falta de articulação da vigilância com os serviços e falta de retorno dos dados. Não faz sentido para os trabalhadores preencher informações se não vêem retorno destas informações.
13. Como solucionar algumas questões: remédio para a pressão alta que tem efeitos colaterais na população negra.
14. População em situação de rua não é contabilizada pelo censo – como reverter isso?/ população em ocupação urbana não são contabilizadas também.
15. Anemia falciforme: ausência de informação suficiente fez com que a mãe não iniciasse o tratamento;
16. Suicídio nas populações específicas.
17. População do campo – impacto na saúde (suicídio, saúde mental)

SOLUÇÕES

1. Adaptações de formulários para que haja coleta de informações sobre identidade de gênero, orientação sexual e nome social;
2. Melhorar dados do e-sus, para que tenha registro de raça\cor, identidade de gênero, orientação sexual, nome social, etc;
3. ver dados de maneira desagregada (Ex.: população negra é dividida entre pardos e pretos, imigrantes possuem diferentes nacionalidades e etnias);
4. Centralizar informações em um só sistema, criar observatório;
5. Melhorar classificação de risco e registro de populações;
6. Ausência é um dado que precisa ser olhado e deve ser questionado o porquê dessas pessoas não estarem acessando o sistema;
7. Ao pensar políticas e programas de promoção da equidade em saúde deve-se sempre pensar no racismo enquanto um determinante da condições de saúde;
8. Pensar formas de contabilizar comunidades tradicionais, ocupações, pop de rua, etc.;
9. Obrigatoriedade de disciplinas sobre quesito raça/cor e etnia nos cursos de formação de profissionais da saúde;
10. Sensibilizar os trabalhadores para o preenchimento adequado das fichas de notificação;
11. Diagnóstico de anemia falciforme em todos os serviços de maternidade.
12. Articulação da vigilância em saúde com os serviços.

IV FINANCIAMENTO

PROBLEMAS LISTADOS

1. Falta incentivos para os municípios para lidarem com populações vulneráveis;
2. Burocratização do acesso à recursos;
3. Falta de conhecimento dos trabalhadores do municípios sobre os incentivos existentes;
4. Profissionais se sentem enfraquecidos para pautar;
5. Falta de profissionais nas equipes de matriciamento;

SOLUÇÕES

1. Agenciar recursos. Repasse de financiamentos visando as populações mais vulneráveis a partir da interseccionalidade;
2. Priorização de recursos por determinantes sociais;
3. Educação permanente como prioridade de investimento;
4. Priorizar investimento na Atenção Básica;
5. Criar incentivo para a política de equidade;
6. Promover curso de capacitação de promotores de equidade em saúde;
7. Aumentar número de agentes de saúde e promover atendimentos de pessoas que vivem em áreas não domiciliadas e em territórios informais;
8. Ampliação de locais de atendimento de saúde mental;
9. Investimento em qualificar o acolhimento, aprimorando a escuta, e a resolução de demandas específicas;
10. Prisional x LGBT: promoção de espaços adequados dentro das prisões;
11. Prisional x Negros: promotores de saúde da população negra dentro das prisões e que compreendam a realidade da população negra nas prisões;
12. A política de saúde como indutora de questões de raciais/étnicas, lgbt e saúde mental dentro das prisões;
13. Formação sobre redução de danos dentro das prisões;
14. Promover formação de profissionais das prisões vão além da questão das doenças e conseguissem começar a debater questões mais amplas na perspectiva de equidade;
15. Ampliação do CAPS
16. Ampliação da rede cuidados em saúde mental (pronto-atendimento)
17. Investimento dos agentes comunitários de saúde.
18. Investimento na promoção de saúde, equipes de matriciamento, em curso de promotores de saúde da população específicas.
19. Financiamento específico para formação em sentido mais amplo;
20. Implantação de transporte social, benefícios como VT para as pessoas irem para os serviços especializados – ampliação da assistência à saúde. (assistência hj recebe valor da saúde para esse transporte – importante ampliar – vem pela assistência).

V - INTEGRALIDADE DO CUIDADO E INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

PROBLEMAS LISTADOS

1. Fragmentação das políticas públicas.
2. Ausência de campanhas e utilização das mídias para divulgação da importância de respeito ao nome social;

3. Planos diretores – nenhuma cidade faz apontamentos para pop específicas. A saúde está mais à frente do que o planejamento urbano. Direito de estar e permanecer na cidade. Direito à cidade

SOLUÇÕES

1. Estratégias de trabalho intersetorial para lidar com a questão linguística.
2. Buscar parcerias com outras secretarias e com o controle social;
3. Cultura e educação são áreas estratégicas;
4. Formas diferentes de traduzir/produzir a informação (exemplo teatros, danças..)
5. Utilizar serviços de publicidade, campanhas;
6. PIM: demonstra o desafio da intersetorialidade, repensar a formação;
7. Agente de endemias: formação ser mais ampliada e mais integral (pensar além do vetor transmissor..)
8. Pensar estratégias de integração educação, saúde, assistência social.
9. Pensar estratégias de desfragmentação das políticas públicas - fazer esse encontro.
10. Fortalecer as REDES, pensar estratégias de saída em conjunto pra rua com a assistência social com a saúde como exemplo – como política.
11. Utilização do Programa Saúde na Escola como um bom (exemplo: redinha)
12. Retomar projetos sociais – op's / interação estado-município.
13. Políticas urbanas trazendo as populações específicas;

VII - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

PROBLEMAS LISTADOS

1. Incentivo efetivo da população no controle social – ex os conselhos locais que as as comunidades nem sabem que existem. É o estado pensando em como não incluir as pessoas para não ter essas reivindicações, não saberem como funciona o SUS
2. Racismo institucional: como garantir a presença dessas populações nos conselhos municipais de saúde;

SOLUÇÕES

1. Publicidade dentro dos movimentos sociais;
2. Levar conhecimento ao controle social;
3. Empoderar controle social;
4. Fortalecer conselhos locais
5. Diálogo direto com os usuários
6. Estabelecer participações para segmentos pop.
7. Importância dos conselhos estaduais e municipais tenham representatividades - escalonamento; representação de populações específicas.
8. Comitê técnico das equidades

OFICINA MACRORREGIÃO CENTRO-OESTE

RELATÓRIO

Data: 12/11/2019

Local: Santa Maria/RS

I- GARANTIA DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

PROBLEMAS LISTADOS

- Inclusão de catadores na política;
- Santa Maria: ausência de consultório na rua e seria bom que tivesse algum local específico para debates e discussão da temática ligadas a população em situação de rua;
- A população em situação de rua têm muita dificuldade de acessar as fichas para atendimento;
- SM não centros para população de rua, e muitos moradores de rua não tem documentação e isso dificulta o acesso;
- A falta de capacitação da rede para receberem a população de rua (ex.: negam acesso aos dentistas);
- População do campo: a população do campo é de maioria idosa, e não há políticas pensadas para essa questão, e não há unidades básicas em unidades rurais ou assentamento;
- Os moradores rurais tem dificuldades de acesso aos medicamentos e acesso a UBS;
- Questão dos agrotóxicos – pensar em estratégias para melhorar a vida da população rural;
- Inclusão das populações específicas nos espaços de debates de prevenção e liberdade de voz;
- Intersetorialidade – as minorias têm dificuldades de acesso a amplos setores (educação, saúde, emprego);
- Falta muita sensibilização dos profissionais de saúde para ouvir e conversar melhor os pacientes;
- Grupo de catadores e em situação de rua devem entrar no rol de prioritários na campanha da vacinação, pois estão extremamente expostos;
- Em Santa Maria há um projeto em parceria com a Universidade Federal, “sorrir Santa Maria” – projeto da saúde bucal para atender a população em situação de rua;
- Potencializar parcerias entre universidades, Estado e agentes de saúde;
- Potencializar a escuta adequada para os atendimentos;
- Não só as cotas devem ser potencializadas, outras questões afirmativas devem ser trabalhadas, como pensar em ferramentas para que os cotistas consigam se manter e consigam terminar os cursos;
- Estratégias de saúde de família precisam ser melhoradas, como atender com a questão do território, os moradores em situação de rua acabam não tendo acesso;
- LGBT: na casa de passagem, a Roberta (mulher trans) é obrigada a se vestir de homem para conseguir ficar na casa, e acaba tendo que ficar em situação de rua;
- Muitas casa de passagem não aceitam pessoas trans e travestis;

SOLUÇÕES

- Política de incentivo aos jovens campestres;
- Incentivo a criação de UBS nas áreas rurais;
- Formar profissionais mais humanos e sensibilizados para com essas populações;
- Capacitação dos profissionais de saúde para melhor atender as populações;
- Potencializar o sistema de cotas, pois é uma forma de acesso a saúde (para dar mais representatividade: ex.: médicos negros);
- Profissionais indígenas são fundamentais para atender as comunidades indígenas;
- Necessário a capacitação de profissionais para melhor atender os indígenas, para respeitarem a cultura e hábitos;
- Fortalecimento da atenção primária;
- Potencializar que as universidades trabalhem com essas temáticas;
- Fazer conferências para trazer as realidades das populações específicas – para gestores, servidores da saúde, estudantes e afins;
- Atenção primária deve ser conjugada a educação;
- Respeito à orientação sexual e identidade de gênero, e respeito ao uso do nome social nos atendimentos de saúde;
- Trabalhar mais com a questão da ouvidoria, fazendo denúncias relacionadas a acesso;
- Usuário do SUS possa exercer o seu papel social, monitorando políticas por meio de participação em conselhos e utilizando as ouvidorias;
- Implementação de chuveiros e banheiros públicos para a população em situação de rua (acesso a kit higiene);

II - RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DE PESSOAL, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Perigo da terceirização e dos contratos de curto prazo, pois os profissionais da saúde ficam pouco tempo e não conseguem se aperfeiçoar para com essas especificidades;
2. Desconhecimento dos profissionais afetam diretamente as populações específicas;
3. População de rua – comitês de saúde – Santa Maria, a gestão não adere o comitê da população em situação de rua;
4. Nos cursos de graduação não há cadeiras que trabalhem com eixos específicos na saúde dessas populações;
5. Profissionais da rede não tem conhecimento sobre políticas públicas – em Santa Maria o movimento social da população negra estão trabalhando para que a gestão trabalhe com a política nacional e estadual a saúde da população negra;

SOLUÇÕES

1. Conhecer o território para elaborar estratégias em saúde;
2. Conhecer os aspectos religiosos de povos indígenas para respeitar o cuidado em saúde;
3. Aprimorar os espaços de educação permanente;
4. Espaço de educação permanente com agentes de saúde;
5. Empoderar a população com informações sobre saúde e território;
6. Trabalho de conscientização dentro do ensino básico;

7. Fazer que os bancos de informação da saúde e acadêmicos tenham o dado raça/cor/etnia;
8. Potencializar a empatia dentro do SUS;

III - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DETERMINANTES SOCIAIS E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

SOLUÇÕES

1. Pela planificação deve ser cobrado o levantamento o aspecto epidemiológico da área;
2. Incluir o requisito raça/cor nos materiais e mapas que envolvam a saúde;

IV FINANCIAMENTO

PROBLEMAS LISTADOS

SOLUÇÕES

1. Transparência do uso dos recursos financeiros;
2. Abertura de restaurantes populares para atender a população em situação de rua;
3. Aumento nos repasses da união para a saúde;
4. Criar recursos para a política de promoção da equidade em saúde;
5. Transparência e prestação de contas da saúde devem ser potencializados;

V - INTEGRALIDADE DO CUIDADO E INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

PROBLEMAS LISTADOS

1. Despreparo dos profissionais aos conceitos como da equidade;
2. Relação de residentes e estagiários curriculares aos municípios pequenos;

SOLUÇÕES

1. Potencializar profissionais para atenderem às populações específicas;
2. Estratégias intersetoriais;
3. Mediar e fortalecer a parceria das universidades façam projetos com municípios pequenos;
4. Potencializar as Coordenadorias Regionais de Saúde para trabalhar com processos de sensibilização: junto a: conselho da escola, Rede de apoio à escola agentes

- comunitários de saúde, legislativo, clubes de serviço, PSE, conselho de saúde, universidades;
5. Melhorar a rede de saúde bucal;

VI - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

PROBLEMAS LISTADOS

1. Muito burocracia para entrada nos conselhos, por isso que os movimentos sociais não conseguem participar das reuniões;
2. Santa Maria fez 34 pré conferências de saúde com todas as populações específicas, o Estado deve potencializar essas ações;

SOLUÇÕES

1. Abrir vagas para as equidades para cadeiras de plenárias dos conselhos e não só em comissões;
2. Alteração das leis para inclusão de representações das populações específicas nos conselhos;
3. Articular os conselhos da comunidade;
4. Qualificação dos conselhos de saúde;

Portaria SES-RS 512/2020 - Política de Promoção da Equidade em Saúde do RS

*Documento oficial disponível em:

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202007/31153736-512.pdf>

PORTARIA SES Nº 512/2020.

Aprova a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde.

A SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO

GRANDE DO SUL, no uso de suas atribuições e considerando:

a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

a Portaria de consolidação nº 2/GMMS, de 28 de setembro de 2017, em seus anexos:

Anexo I Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);

Anexo VII Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência;

Anexo XIV Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

Anexo XVI Regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009;

Anexo XVIII Regulamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS-MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014;

Anexo XIX Aprova a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;

Anexo XX Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA);

Anexo XXI Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais;

Anexo XXI A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani;
Anexo XXII Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);

a Resolução 678/2014 - CIB/RS, que aprova a Política Estadual de Atenção Básica;

a Resolução 055/2010 - CIB/RS que institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra;

a Resolução 343/2014 - CIB/RS que institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT.

RESOLVE:

Art. 1º - Instituir a POLÍTICA ESTADUAL DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE (POPES), com vistas a promover a equidade no acesso e na atenção à saúde de populações específicas estabelecendo os princípios e diretrizes para a organização dos serviços de saúde no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, e para a organização e orientação na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

§ 1º - Para fins desta política serão considerados como populações específicas, entre outras: população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (LGBT), povos indígenas, população em situação de rua, população negra, povos ciganos, população privada de liberdade, egressos do sistema prisional, população de migrantes, refugiados e apátridas e população do campo, da floresta e das águas.

§ 2º - Acesso e/ou atenção diferenciada para fins desta política são entendidos como premissa para a promoção da equidade a medida que compreende que determinadas populações apresentam características relacionais que as distinguem de outros segmentos sociais já incluídos na agenda dos serviços de saúde e, para isso, necessitam de diferentes formas de acesso/atenção que contemple suas especificidades.

§ 3º - As determinações desta portaria dizem respeito às responsabilidades e ações da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, além de indicar e promover atuação similar nos demais entes federativos, união e municípios, resguardadas assim a autonomia de cada um.

Art. 2º - A promoção da equidade é a promoção do direito à igualdade como princípio da justiça social e implica reconhecer necessidades específicas e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo.

Art. 3º - São princípios dessa política:

- I. A equidade como base na redução das desigualdades em saúde reconhecendo as diferenças e singularidades dos sujeitos, os direitos humanos e a justiça social;
- II. A ambiência humanizada nos serviços de saúde e atendimento adequado às necessidades em saúde que diferem em quantidade e qualidade com vistas a proteção dos direitos das populações específicas;
- III. O reconhecimento dos processos sociais, políticos e históricos que perpetuam situações de desigualdades para determinados grupos sociais;
- IV. A integralidade na atenção à saúde com vistas à promoção da saúde, proteção, prevenção de agravos, assistência, recuperação e vigilância em saúde nos diferentes níveis de atenção, de forma a compreender aspectos sociais de produção de vida do indivíduo e das coletividades;
- V. A transversalidade enquanto estratégia de articulação, convergência e reforço recíproco entre políticas de saúde;
- VI. A intersetorialidade para a gestão integrada e garantia do direito à saúde;
- VII. A participação social e gestão participativa de populações específicas nos processos de formulação das políticas públicas de saúde.

Art. 4º - São diretrizes dessa política:

- I. Promoção da cidadania e inclusão com vistas à garantia da proteção dos direitos de populações específicas nos diferentes níveis de atenção;
- II. Garantia do acesso e atenção integral, resolutiva e diferenciada às populações específicas no sistema de saúde, com ênfase em atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, sem prejuízo aos serviços assistenciais;
- III. Controle e/ou redução dos agravos que acometem à saúde das populações, considerando as suas especificidades e vulnerabilidades;
- IV. Respeito à diversidade étnico-racial, às especificidades territoriais, às práticas e concepções culturais e religiosas, às atividades laborais, às condições socioeconômicas, à diversidade sexual e de gênero e às condições específicas das pessoas privadas de liberdade, entre outras.

Art. 5º - São objetivos dessa política:

- I. Desenvolver mecanismos de acesso diferenciados, visando o cuidado integral para populações específicas;
- II. Combater o racismo, o racismo institucional, a discriminação e todas as formas de preconceito nos serviços de saúde;
- III. Qualificar e humanizar a atenção à saúde por meio de ações conjuntas e

- intersetoriais que considerem os determinantes sociais em saúde;
- IV. Promover a produção e disseminação de indicadores, conhecimentos científicos e tecnológicos;
 - V. Reconhecer e incorporar conhecimentos da educação popular em saúde na atenção à saúde de populações específicas;
 - VI. Contribuir para a formação de recursos humanos utilizando-se de estratégias de educação permanente;
 - VII. Enfrentamento à violência contra as populações específicas nos distintos ciclos de vida.

CAPÍTULO I DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6º - São competências comuns às três esferas de governo:

- I. Promover a equidade como base na redução das desigualdades em saúde reconhecendo as diferenças e singularidades dos sujeitos e coletividades, os direitos humanos e a justiça social;
- II. Combater o racismo e o racismo institucional, a discriminação e todas as formas de preconceito nos serviços de saúde;
- III. Garantir a integralidade da atenção à saúde com vistas à promoção da saúde, proteção, prevenção de agravos, assistência, recuperação e vigilância em saúde nos diferentes níveis de atenção observando as especificidades de populações específicas.

Art. 7º - Compete à Secretaria de Estado da Saúde:

- I. Implementar a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde;
- II. Estimular recursos financeiros para implementação da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde;
- III. Monitorar e avaliar a implementação da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde;
- IV. Capacitar e qualificar o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e trabalhadores vinculados a sua administração;
- V. Induzir e articular a implementação desta política no âmbito dos municípios;
- VI. Promover a articulação intersetorial e intrasetorial à efetivação da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde;
- VII. Atuar de forma articulada junto ao Conselho Estadual de Saúde.

Art. 8º - Compete às Secretarias Municipais de Saúde:

- I. Gerir, coordenar e executar os serviços e ações em saúde no âmbito de seus limites territoriais, conforme princípios e diretrizes da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde;
- II. Implementar a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde no âmbito do seu território, por meio da execução de programas, planos, projetos e ações considerando o perfil epidemiológico e as necessidades das populações específicas;
- III. Destinar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde no seu território;
- IV. Reconhecer e estimular as ações comunitárias nos territórios, promovendo e incentivando a participação, o controle social e a troca de experiências e conhecimentos.

CAPÍTULO II

DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Art. 9º - Garantir acesso à atenção primária, secundária e terciária às populações específicas respeitando suas singularidades com vistas à promoção da equidade e a redução das barreiras de acesso.

Art. 10 - Estimular e criar protocolos para acolhimento e classificação de risco de populações específicas na atenção primária, secundária e terciária do SUS e incluí-las nos já existentes de forma a contemplar:

- I. A diversidade étnico-racial;
- II. As especificidades territoriais;
- III. As práticas e concepções culturais e religiosas;
- IV. As condições socioeconômicas;
- V. A diversidade sexual e de gênero;
- VI. As condições específicas das pessoas privadas de liberdade;
- VII. As atividades laborais.

Art. 11 - Formular estratégias para diminuição das barreiras de acesso, sejam elas de linguagem, de deslocamento territorial, laboral, cultural, por preconceito, estigma, racismo, racismo institucional e outras.

Art. 12 - Assegurar que especificidades etnoculturais, raciais e territoriais não sejam justificativa para a negativa ou ausência de atenção à saúde no âmbito do SUS, em especial a ausência de documentação ou comprovação de local de moradia.

Art. 13 - Assegurar, em todos os níveis de atenção, o respeito à identidade de gênero de travestis e transexuais.

§ 1º - Assegurar, em todos os níveis de atenção, o direito ao uso do nome social no tratamento nominal, registros de prontuário e sistemas de informação.

§ 2º - Nos casos de internação hospitalar, a disponibilização de leitos respeitará a identidade de gênero autodeclarada independente do que conste no registro civil. Nos casos em que a pessoa atendida não puder se manifestar, acompanhante e/ou responsável poderá fornecer esta informação.

§ 3º - Incentivar o uso de banheiros, vestiários e demais espaços segregados por gênero, quando houver, de acordo com a identidade de gênero de cada pessoa.

Art. 14 - Publicizar amplamente para a população as portas de entrada das Redes de Atenção à Saúde e os fluxos de atendimentos nos serviços de saúde.

Art. 15 - Estimular a criação de serviços adequados à atenção à saúde de populações específicas.

Art. 16 - Incentivar a criação de unidades ambulatoriais e hospitalares para a realização do processo transexualizador.

Art. 17 - Assegurar a travestis e transexuais o acesso a medicamentos para hormonização na rede de atenção à saúde do Rio Grande do Sul.

Art. 18 - Fomentar a ampliação de equipes de saúde para atendimento de populações específicas.

Art. 19 - Formular estratégias de atenção à saúde de populações itinerantes como de indígenas e povos ciganos, que apresentem essa especificidade.

Art. 20 - Estimular que as equipes de saúde que atendem populações específicas atuem de forma integrada aos demais serviços e ações de saúde municipais.

Art. 21 - Promover o cuidado integral, respeitando as interseccionalidades e especificidades das pessoas privadas de liberdade que integram as populações específicas.

Art. 22 - Promover o acesso às populações do campo, da floresta e das águas aos serviços de saúde.

Art. 23 - Criar estratégias de ações afirmativas que valorizem a cultura e a inserção de grupos historicamente vulnerabilizados.

Art. 24 - Proporcionar formações e informações que garantam a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral e equânime à essas populações.

Art. 25 - Estimular e promover a territorialização a fim de reconhecer as particularidades do território, serviços disponíveis, necessidades, dificuldades e potencialidades.

Art. 26 - Fomentar o atendimento em horários ampliados com vistas à garantia do acesso.

Art. 27 - Incentivar a implementação das Práticas Integrativas e Complementares na perspectiva da prevenção de agravos, da promoção e da recuperação da saúde reconhecendo e valorizando os saberes e as práticas tradicionais.

CAPÍTULO III

DOS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DETERMINANTES SOCIAIS E INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Art. 28 - Tornar obrigatório a presença e preenchimento, conforme autodeclaração, dos campos raça/cor, etnia, nome social, orientação sexual, identidade de gênero, ocupação e território no sistema de informação e registro de gestão estadual:

- I. Na declaração de nascidos vivos, a declaração da raça/cor é feita pela mãe;
- II. No caso de crianças intersexo orientar que o campo sexo seja preenchido na opção ignorado na declaração de nascido vivo.

Art. 29 - Induzir a inclusão e preenchimento, conforme autodeclaração, dos campos raça/cor, etnia, nome social, orientação sexual, identidade de gênero e território no sistema de informação e registro dos municípios.

Art. 30 - Elaboração de metas e indicadores para as populações específicas nos planos de saúde em todos os níveis de gestão do SUS e em todos os níveis de atenção.

Art. 31 - Disponibilizar dados de acessos abertos atualizados sobre populações específicas.

Art. 32 - Garantir que as informações em saúde produzidas a partir dos indicadores em saúde sejam apresentadas de forma estratificada com recorte de raça/cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero e território.

Art. 33 - Promover a integração e padronização dos sistemas de informação.

Parágrafo único. Com atenção especial a sistemas de Tuberculose, IST/HIV/AIDS, Saúde Mental, Vigilância epidemiológica/Agravos Notificações.

Art. 34 - Incentivar e orientar o preenchimento obrigatório da Ficha de Notificação Individual, Interpessoal e Autoprovocada de Violência, em casos suspeitos ou confirmados de violência contra populações específicas, nos diferentes ciclos de vida.

CAPÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Art. 35 - Promover estratégias de educação permanente e humanização em todos os níveis de atenção, com profissionais da assistência, da gestão e do controle social visando o reconhecimento das populações específicas, reforçando a importância das ações afirmativas e a compreensão dos determinantes sociais no processo saúde-doença.

Art. 36 - Estimular e promover campanhas e atividades intersetoriais contra o racismo institucional, a discriminação e o preconceito.

Art. 37 - Promover ações regionalizadas de educação permanente direcionadas à promoção da equidade em saúde.

Art. 38 - Incentivar o uso de tecnologias digitais para os processos de educação permanente voltados à promoção da equidade em saúde.

Art. 39 - Estabelecer parcerias com instituições de ensino para o desenvolvimento de pesquisas, projetos e integração ensino-serviço- comunidade.

Art. 40 - Incluir nos currículos da Escola de Saúde Pública competências para a atenção a grupos populacionais específicos e promoção da equidade em saúde.

Art. 41 - Estabelecer ações afirmativas, com ênfase na instituição de cotas raciais, étnicas e para travestis e transexuais em todos os processos seletivos da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, podendo se estender a outros grupos populacionais específicos.

Art. 42 - Qualificar as respostas das ouvidorias, para que sejam resolutivas e que respeitem a diversidade das populações específicas.

Art. 43 - Incluir nos programas de residência e estágios da SES/RS a inclusão da temática de equidade em saúde e populações específicas.

CAPÍTULO V

DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO E INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Art. 44 - Garantir a integralidade do cuidado em saúde respeitando a diversidade etnocultural, racial, especificidade territorial, atividade laboral, às condições socioeconômicas, à diversidade sexual e de gênero.

Art. 45 - Ampliar a utilização de novas tecnologias, de telemedicina e uso de ferramentas de comunicação à distância como estratégias para o alcance da integralidade.

Art. 46 - Fomentar a atuação dos serviços de saúde de apoio matricial para articular os pontos da rede de atenção à saúde.

Art. 47 - Fortalecer a articulação entre os pontos da rede de atenção à saúde para o cuidado integral das populações específicas.

Art. 48 - Promover articulação intersetorial entre a saúde e as áreas de:

- I. Educação;
- II. Assistência social;
- III. Cultura;
- IV. Agricultura;
- V. Obras e habitação;
- VI. Meio ambiente e infraestrutura;
- VII. Justiça, cidadania e direitos humanos;
- VIII. Administração penitenciária;
- IX. Segurança;
- X. Esporte e lazer;
- XI. Entre outras.

Art. 49 - Construir estratégias de interlocução entre os dispositivos da assistência social e populações específicas, em especial a população em situação de rua, migrantes e apátridas.

Art. 50 - Articular estratégias para garantia do acesso ao saneamento básico e a qualidade da água, a populações específicas, em especial a comunidades quilombolas e indígenas.

Art. 51 - Promover ações de articulação entre serviços e as universidades para formulação de estratégias para ampliação do ensino de idiomas que contemplem as especificidades linguísticas de populações específicas.

Art. 52 - Utilizar as ferramentas à distância como suporte à garantia da integralidade do cuidado através das discussões de caso e do apoio diagnóstico às populações específicas.

CAPÍTULO VI DO FINANCIAMENTO

Art. 53 - Garantir que fontes de recursos federais, estaduais e municipais existentes componham o financiamento das ações de atenção à saúde e rede de serviços que atendam as necessidades das populações específicas em todos os níveis de atenção.

Art. 54 - Capacitar os profissionais, trabalhadores e trabalhadoras e controle social da área da saúde sob as formas de execução, gestão e monitoramento dos recursos financeiros oferecidos aos municípios que podem ser utilizados com populações específicas.

Art. 55 - Manter e ampliar recursos financeiros aos municípios para qualificação da atenção prestada às populações específicas.

Art. 56 - Estabelecer novas fontes de cofinanciamento aos municípios para qualificação da atenção ofertada às populações específicas.

Art. 57 - Garantir que os planos de aplicação dos incentivos financeiros destinados às populações específicas e promoção da equidade em saúde sejam construídos conjuntamente aos profissionais da atenção, da gestão e da sociedade civil.

Art. 58 - Assegurar que os recursos financeiros no estado tenham parcela estabelecida para ações que atendam as especificidades destas populações, em especial destinadas a:

- I. Atenção primária;
- II. Atenção especializada de média e alta complexidade;
- III. Educação permanente;
- IV. Vigilância em saúde.

Art. 59 - Estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação dos recursos

financeiros destinados à populações específicas.

CAPÍTULO VII

DA GESTÃO PARTICIPATIVA E DO CONTROLE SOCIAL

Art. 60 - Promover a diversidade com garantia de acesso e efetiva representatividade nos mecanismos de participação social de populações específicas.

Parágrafo único. Garantir a representatividade de populações específicas presentes no território através da instituição de cotas na composição dos conselhos de saúde nas esferas locais, municipais e estadual.

Art. 61 - Fomentar a democratização de informações e a transparência nos espaços de controle social.

Art. 62 - Inserir a temática da promoção de equidades a populações específicas na programação das conferências de saúde.

Art. 63 - Criação e manutenção em nível estadual de comitê técnico de promoção da equidade em saúde.

Art. 64 - Criação e manutenção em nível estadual de comitês técnicos das populações específicas.

Art. 65 - Garantir qualificação para os conselheiros e lideranças comunitárias em promoção da equidade em saúde.

Art. 66 - Fomentar a criação de comitê ou comissão técnica de promoção da equidade nos Conselhos Municipais e Estadual da Saúde.

Art. 67 - Fomentar a criação de comitês técnicos municipais de promoção da equidade e para populações específicas.

Art. 68 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 29 de julho de 2020.

ARITA BERGMANN,
Secretária da Saúde

Divisão de Políticas de Promoção da Equidade

Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

Contato: equidades@saude.rs.gov.br