

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A FACE DA (IN)VISIBILIDADE

O PERFIL ÉTNICO-RACIAL DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DA GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO GHC

Organizadores:
Gerusa Bittencourt
Rhuan Alexander da Silva Dornelles



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens é da área técnica da Gerência de Atenção Primária à Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Publicação impressa e eletrônica com periodicidade mensal.

ISBN 978-65-87505-31-2 (impresso e online).

Presidente

Luiz Inácio Lula da Silva

Ministra da Saúde

Nísia Verônica Trindade Lima

Conselho de Administração

Felipe Proença de Oliveira

Gilberto Barichello

Helvécio Miranda Magalhães Júnior

Humberto Scheuermann

José Ovídio Oliveira dos Santos

Conselho Fiscal

André de Araújo Melo

Arionaldo Bomfim Rosendo

Jorge Luiz Rocha Ramos

Neyde Glória Moreira Garrido

Diretoria do Grupo Hospitalar Conceição

Diretor-Presidente: Gilberto Barichello

Diretor Administrativo e Financeiro: João

Constantino Pavani Motta

Diretor de Atenção à Saúde: Luís Antônio

Benvegnú

Diretora de Inovação, Gestão do Trabalho

e Educação: Quelen Tanize Alves da Silva

Gerência de Atenção Primária à Saúde

Gerente: Gerusa Bittencourt

Coordenadora Técnica: Shaiene Sehnem Pereira

Arte da capa e ilustrações

Nathália Beatriz Xavier Gonçalves

Autores

André dos Santos Poll

Camila Gazzola Chavarria

Carla Maria Pinto da Silva

Carolina Britto Miranda

Caroline Martins Brasil

Eduarda Maria Campelo Ximendes

Estella Maris da Silveira Dutra

Fernanda de Borba Rochinski

Georges Peres de Oliveira

Gerusa Bittencourt

Giane Seixas Biondani

Graziela Zagonel Picolli

João Batista Ramos

Lívia Stefani Lopes

Maria Helena Zanella

Mariana Schuh

Rhuan Alexander da Silva Dornelles

Rodrigo Godoy da Silva

Shaienne Sehnem Pereira

Vinícius Vicari

Equipe Editorial

Revisão técnica: Gerusa Bittencourt e

Rhuan Alexander da Silva Dornelles

Revisão da língua portuguesa: Pedro Henrique

Mattos de Oliveira

Projeto gráfico e diagramação: Luiz Sparremberge

e Mariana Müller

Supervisão editorial: Gerusa Bittencourt e Rhuan

Alexander da Silva Dornelles

Elaboração, distribuição e informações

Grupo Hospitalar Conceição
Hospital Nossa Senhora da Conceição
Gerência de Atenção Primária à Saúde
Av. Francisco Trein, 596, Centro Administrativo,
2.º andar
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS
Telefone: (51) 3255-1731
Site: www.ghc.com.br
E-mail: gsc@ghc.com.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G892f	<p>Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Atenção Primária à Saúde. A face da (in)visibilidade: o perfil étnico-racial dos usuários e profissionais de gerência de atenção primária à saúde do GHC / organização de Gerusa Bittencourt e Rhuan Alexander da Silva Dornelles. – Porto Alegre: Hospital Nossa da Conceição, 2024. 52 p.: 30 cm.</p> <p>ISBN 978-65-87505-31-2</p> <p>1. Saúde Pública. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Racismo. 4. Desigualdade Racial em Saúde. 5. Preconceito. I. Bittencourt, Gerusa (Org.). II. Dornelles, Rhuan Alexander da Silva (Org.). III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614(81):316.347.82-054(=2/=8)</p>
-------	---

Catalogação elaborada por Luciane Berto Benedetti, CRB 10/1458.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÔNIMOS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMIG	Ambulatório de Identidade de Gênero
APS	Atenção Primária à Saúde
ASC	Agente de Saúde Comunitária
CMDSS	Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais em Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde
CNAR	Consultório na Rua
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CP	Exame Citopatológico Preventivo do Câncer de Colo Uterino
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
ECR	Equipes dos Consultórios na Rua
EPS	Educação Permanente em Saúde
GAPS	Gerência de Atenção Primária à Saúde
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GGP	Gerência de Gestão de Pessoas
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILTB	Infecção Latente da Tuberculose
MDHC	Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania
MS	Ministério da Saúde
NAF	Núcleo de Abordagem Familiar
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNI	Política Nacional de Imunizações
PNPSR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PSR	Pessoas em Situação de Rua
RAPS	Rede de Atenção Primária à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SIS	Sistema de Informações em Saúde
SSC	Serviço de Saúde Comunitária
SUS	Sistema Único de Saúde
US	Unidade de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

IMAGENS

Imagem 1 – Modelo de registro do usuário no SIS – GHC.

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual de usuários cadastrados nos serviços da GAPS, até novembro de 2023, de acordo com o sexo.

Gráfico 2 – Percentual de usuários cadastrados nos serviços da GAPS, até novembro de 2023, de acordo com o perfil étnico-racial.

Gráfico 3 – Percentual de profissionais registrados nos serviços da GAPS, de acordo com o perfil étnico-racial.

TABELAS

Tabela 1 – Distribuição do número de usuários cadastrados nos serviços da GAPS, até novembro de 2023, de acordo com o sexo e o perfil étnico-racial.

Tabela 2 – Distribuição do número de profissionais da GAPS, até novembro de 2023, de acordo com o cargo contratualizado e o perfil étnico-racial de registro.

Tabela 3 – Distribuição da população feminina da GAPS, na faixa etária de 25-64 anos de idade, no período de janeiro a novembro de 2023, de acordo com a US de referência e o perfil étnico-racial de registro.

Tabela 4 – Distribuição da população feminina da GAPS, na faixa-etária de 25-64 anos de idade, que realizaram coleta de CP no período de janeiro a novembro de 2023, de acordo com a US de referência e o perfil étnico-racial.

Tabela 5 – Distribuição da população feminina da GAPS, na faixa-etária de 25-64 anos de idade, com alteração do CP, de acordo com a US de referência e o perfil étnico-racial.

Tabela 6 – Distribuição das gestantes que realizaram consulta com profissional de saúde bucal da GAPS durante o pré-natal, no período de janeiro a novembro de 2023, de acordo com o perfil étnico-racial.

Tabela 7 – Distribuição das crianças com menos de um ano de vida entre 01/01/2023 e 30/11/2023 que realizaram a terceira dose das vacinas VIP e PENTA, de acordo com o perfil étnico-racial.

Tabela 8 – Distribuição das crianças com menos de um ano de vida entre 01/01/2023 e 30/11/2023 que consultaram com profissional de saúde bucal da GAPS, de acordo com o perfil étnico-racial.

Tabela 9 - Distribuição do número de usuários sintomáticos respiratórios que realizaram coleta de escarro para tuberculose entre janeiro e novembro de 2023, conforme a US de referência e o perfil étnico-racial.

Tabela 10 - Distribuição do número de usuários com tratamento ativo para tuberculose, que abandonaram o tratamento ou tiveram diagnóstico de ILTB, de acordo com a US de referência.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 11 - Distribuição do número de usuários que ingressaram no CAPS AD III, entre setembro e novembro de 2023, de acordo com o sexo biológico de registro e o perfil étnico-racial.

Tabela 12 - Distribuição do número de usuários que ingressaram no CAPS AD III, entre setembro e novembro de 2023, de acordo com a faixa etária.

Tabela 13 - Distribuição do número de usuários cadastrados no AMIG até novembro de 2023, de acordo com o perfil étnico-racial.

Tabela 14 - Distribuição do número de usuários cadastrados no AMIG até novembro de 2023, de acordo com a sua região de moradia.

Tabela 15 - Distribuição do número de usuários cadastrados no AMIG até novembro de 2023, de acordo com a sua faixa etária.

Tabela 16 - Distribuição do número de usuários cadastrados no CNAR, até 2023, conforme o perfil étnico-racial e o sexo biológico de registro.

Tabela 17 - Distribuição do número de usuários cadastrados no CNAR, até 2023, conforme a faixa etária e o perfil étnico-racial.

Tabela 18 - Distribuição do número de usuários reagentes para HIV no CNAR, até 2023, conforme o perfil étnico-racial.

Tabela 19 - Distribuição do número de beneficiários da GAPS a serem acompanhados e em acompanhamento pelo PBF, de acordo com a sua US de referência.

Tabela 20 - Distribuição do número de usuários da GAPS beneficiados pelo PBF em 2023, de acordo com o perfil étnico-racial.

Tabela 21 - Fluxo de extração dos dados direto do SIS – GHC.

APRESENTAÇÃO

HOMENAGEM AO DR. CARLOS GROSSMAN

1. INTRODUÇÃO

2. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

2.1 O SUS e o Princípio da Equidade

2.2 Determinantes Sociais em Saúde

2.3 Políticas de Promoção à Equidade em Saúde

3. USUÁRIOS E PROFISSIONAIS CADASTRADOS NA GAPS

4. ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

5. ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

6. ATENÇÃO À SAÚDE DO USUÁRIO COM TUBERCULOSE

7. SAÚDE MENTAL – CAPS AD III

8. AMBULATÓRIO DE IDENTIDADE DE GÊNERO

9. CONSULTÓRIO NA RUA

10. PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

11. EXTRAÇÃO DE DADOS - SIS

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS FUTURAS

13. ESPAÇO CULTURAL

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APRESENTAÇÃO

A Gerência de Atenção Primária à Saúde (GAPS), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), apresenta esta edição especial do novo boletim epidemiológico, alusiva ao mês da consciência negra. O trabalho apresenta análises estratégicas, com ênfase na gestão, acerca do perfil étnico-racial dos usuários e profissionais (de diferentes vínculos empregatícios), adscritos no serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) do GHC.

Pela primeira vez na história, desde a fundação desse serviço, será feita a abordagem dos quesitos raça e cor em um boletim epidemiológico.

Trata-se de um estudo descritivo analítico, cujo intuito é desnudar as desigualdades sociorraciais e colocar o racismo no centro do debate como um importante Determinante Social em Saúde (DSS) no contexto saúde-doença da população que se atende. Na sequência, será feita a discussão dos dados encontrados, bem como apresentadas as estratégias necessárias para reduzir iniquidades e desigualdades, para ampliar o acesso aos atendimentos e humanizá-los.

O boletim epidemiológico da GAPS, do GHC, de caráter técnico-científico, servirá de ferramenta analítica para previsão, rastreamento e acompanhamento dos problemas de saúde pública, além de seus condicionantes e determinantes.

Esperamos que apreciem a leitura!



HOMENAGEM AO DR. CARLOS GROSSMANN (in memorian)

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC), hoje sob a nomenclatura GAPS Gerência de Atenção Primária à Saúde), teve sua criação vinculada às práticas de ensino e pesquisa, uma vez que sua fundação deu-se em decorrência da criação do programa de Residência Médica em Medicina Geral do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), em 1980. Seu idealizador e fundador foi o Dr. Carlos Grossman, que se embasou nos seguintes princípios: a) O paciente tem sempre razão; b) O Paciente sempre diz a verdade; c) A doença sempre é orgânica; d) Sempre duvide de si mesmo (RAMOS, 2013).

O médico revolucionário:

“Carlos Grossman, há 40 anos no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), tem semelhança com Mahatma Gandhi, principal líder no processo de independência da Índia, em 1947: o mesmo olhar capaz de transmitir tranquilidade e a vontade férrea para atingir seus objetivos. Quando ingressou na Faculdade de Medicina, em 1946, aos 18 anos de idade, ocupando o primeiro lugar no vestibular, Grossman nem imaginava que se transformaria em um médico predestinado a aprimorar o ensino da profissão e implantar o modelo para Saúde Comunitária no Brasil” (BRASIL, 2015a).

O SSC foi oficialmente criado em junho de 1982, após a publicação da norma de criação da residência em Medicina Geral Comunitária, quando um grupo de trabalho apresentou o projeto de implantação da Unidade de Medicina de Família do HNSC à direção do GHC - fortalecendo a proposta de integração entre ensino e serviço (RAMOS, 2013).

Ao longo destes anos, o SSC vem atuando efetivamente na área de ensino em serviço, seja por meio do programa de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde - Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental, seja pela participação em outros processos de formação em serviço, como os cursos de formação de nível médio (técnico de enfermagem) e o campo de estágio dos cursos de enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, terapia ocupacional e serviço social de diversas universidades, além do campo de capacitação e formação em serviço na APS para diversos municípios. Todas essas iniciativas têm sido desenvolvidas sob a ótica da interdisciplinaridade e da humanização da atenção, o que contribuirá para a melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a melhoria da qualidade da assistência prestada a seus usuários.

Portanto, pode-se dizer que a história desse serviço vem sendo construída sob três grandes perspectivas interconectadas, sendo elas:

- a) Atenção à saúde;
- b) Formação e desenvolvimento de recursos humanos;
- c) Produção de conhecimentos e tecnologias em APS - as quais lhe conferem um papel de referência na construção do SUS (RAMOS, 2013).

A organização do SSC orienta-se sobre os princípios do SUS e sobre a Política Institucional do GHC, enquanto o modo de trabalho (modelo de atenção à saúde) orienta-se nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Dos princípios da PNAB, fala-se da universalidade de acesso, da integralidade e da equidade da assistência. Já suas diretrizes retomam os seguintes termos: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017a).

A missão do SSC ficou expressa como:

“ (...) um serviço público de excelência, orientado nos princípios do SUS e da APS, trabalhando com três finalidades:

- a) Atenção integral à saúde da população sob nossa responsabilidade;
- b) Formação interdisciplinar de profissionais para o SUS;
- c) Produção de conhecimento / tecnologias em APS; para, desse modo, exercermos nosso papel no SUS” (GHC, s. d.).

Esse breve histórico, em homenagem à memória do saudoso amigo, Dr. Carlos Grossman, que “sonhou” com um serviço de qualidade para o atendimento das comunidades, é concretizado hoje por todas as pessoas que compõem a GAPS/GHC.



INTRODUÇÃO

A partir dos dados subsequentemente apresentados, a GAPS/GHC apresenta este material, que foi organizado a fim de chamar a atenção para a temática racial, em virtude do mês da consciência negra, bem como para dar às equipes a oportunidade de o debaterem.

A necessidade da construção deste material dá-se pelo fato de sermos um serviço 100% SUS, cujo princípio da equidade nos dita o combate às iniquidades. Sob esse viés, a Vigilância Epidemiológica é um dos eixos da Vigilância em Saúde e Ambiente priorizados pelo Ministério da Saúde (MS), dizendo respeito a:

“um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos” (BRASIL, 1990).

O objetivo principal dessa vigilância é fornecer subsídios e orientação técnica aos profissionais de saúde, cuja responsabilidade é de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, por meio de informações atualizadas sobre a ocorrência destas, bem como dos fatores que as condicionam, em uma área geográfica ou população definida.

Pelo fato do racismo ser um determinante social bem conhecido, optamos em organizar os dados relativos aos indicadores, doenças e agravos que estão sendo trabalhados junto às equipes da GAPS/GHC, a fim de analisar as questões de raça e cor.

Dessa forma, será apresentado o panorama de como estão cadastrados os usuários vinculados aos serviços do arcabouço da GAPS, bem como da atual força de trabalho, com base nos dados cadastrais da Gerência de Gestão de Pessoas (GGP), do GHC.

Em relação à saúde da mulher, apresentaremos os dados raça/cor referentes ao exame citopatológico preventivo do câncer de colo uterino (CP), com foco nas mulheres entre 25 e 64 anos que realizaram a coleta de CP e tiveram laudos alterados e desfecho na APS. Por fim, ainda na temática de saúde da mulher, traremos o recorte sobre o pré-natal em relação ao acesso às consultas odontológicas.

Em relação à saúde da criança, serão identificados os dados referentes à consulta odontológica no primeiro ano de vida, bem como à adesão ao programa de vacinação, com o recorte étnico-racial deste público-alvo.

Já pautando a população em situação de rua, será apresentada a caracterização da atual população cadastrada no Consultório na Rua (CNAR), do GHC, bem como uma das patologias mais prevalentes dentre público: HIV.

Ademais, dentre os perfis já monitorados pela GAPS, salienta-se a busca ativa dos sintomáticos respiratórios. Por consequência, serão abordados os casos de usuários com tuberculose em tratamento na área de abrangência das Unidades de Saúde (US) da GAPS, bem como os sintomáticos investigados, com recorte étnico-racial.

Por fim, em relação ao Ambulatório de Identidade de Gênero (AMIG), do GHC, serão apresentados os dados de perfil étnico-racial e distribuição conforme faixa etária e local de moradia dos usuários cadastrados no serviço desde a sua constituição - em 2020.

Dessa forma, ampliaremos o conhecimento a respeito da população atendida pelos serviços de APS do GHC, de modo a potencializar as ações de equidade e acesso humanizado em nosso território, bem como promover a igualdade racial.

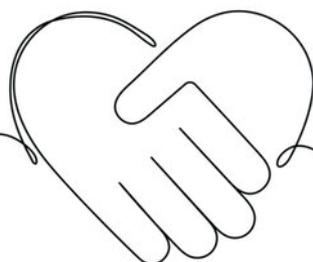
Nesse sentido, o objetivo geral deste material é apresentar alguns dados epidemiológicos referentes aos serviços da GAPS/GHC baseado no quesito étnico-racial. Além disso, promover a visibilidade ao determinante social raça/cor, discutir os impactos do racismo na saúde da população atendida, investigar as políticas institucionais de promoção à igualdade racial e estimular o debate sobre raça e cor na GAPS/GHC também são objetivos desta produção. Para tanto, esse Boletim Epidemiológico constitui-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, descritiva-analítica e de abordagem retrospectiva, que proporciona uma análise dos dados e das ações já executadas.

“ A pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características das organizações e da população, enquanto a pesquisa exploratória complementa a descritiva, proporcionando uma maior familiaridade do pesquisador com o seu problema de pesquisa e com a construção dos seus objetivos. Já as pesquisas analíticas envolvem o estudo e avaliação aprofundados de informações disponíveis na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno. Elas podem ser categorizadas em histórica, filosófica, revisão e meta-análise” (LAKATOS; MARCONI, 2017).

Ressalta-se que utilizamos essas diferentes formas de pesquisas para atingir os objetivos propostos e dar conta da magnitude do assunto tratado neste boletim.

A coleta de dados, embasada nos objetivos apresentados, deu-se nos diferentes sistemas de informações disponíveis. Entre eles, utilizamos o Sistema de Informações em Saúde (SIS), plataforma e-SUS, documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre - com listagens de crianças, e gestantes, por exemplo - e boletim de acompanhamento mensal da tuberculose.

A discussão desses dados ocorreu nos conformes da Política Nacional de Atenção Básica, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, do Estatuto da Igualdade Racial, da Política Nacional de Vigilância em Saúde e de nossa política interna de enfrentamento ao racismo.



VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A GAPS tem por tradição a produção científica e a vigilância epidemiológica. Resgata-se, nesse sentido, a questão conceitual.

Em 1975, por meio da Lei nº 6.259/1975, foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, a qual explicita a organização das ações de Vigilância Epidemiológica no país. Ela foi atualizada pela criação da portaria de número 4, de 28 de setembro de 2017, que institui a Vigilância em Saúde no Brasil. Essa portaria trouxe, para o debate em saúde elementos estruturantes nos modos de gestão, avaliação em saúde e planejamento estratégico (BRASIL, 1975).

Segundo a Resolução nº 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS):

“Vigilância Epidemiológica: é o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não transmissíveis, e agravos à saúde (BRASIL, 2018a).

Tendo como base esses conceitos e pressupostos, iniciamos a discussão da equidade que buscamos nos serviços que ofertamos.

2.1 O SUS e o Princípio da Equidade

Segundo o Art. nº 196, da Constituição Federal de 1988, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde”. É sobre esse conceito ampliado em saúde é que se funda um sistema de saúde baseado no princípio da equidade, influenciando diretamente frente aos conceitos de igualdade e justiça social (BRASIL, 1998).

Além disso, o princípio da equidade está pautado no reconhecimento dos determinantes sociais que impactam diretamente na saúde da população brasileira, estando sob este espectro a população negra, a população em situação de rua, a população de campo, floresta e água, bem como os povos e comunidades tradicionais, povos ciganos e romani, comunidade LGBTQIA+, pessoas com albinismo e adolescentes em conflito com a lei.

2.2 Determinantes Sociais em Saúde

Os autores Buss e Pellegrini Filho, em seu estudo de 2007, intitulado “a saúde e seus determinantes sociais”, destringem o tema dos DSS com base em quatro conceitos-chave. Primeiro, de acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS), os DSS seriam compostos pelos fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que geram influência, direta ou indiretamente, à ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco à sociedade. Analogamente, para a Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais em Saúde (CMDSS), de modo sucinto, os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Adicionado a esses ideais, os autores retomam a ideia de Nancy Krieger (2001), a qual introduz a potencialidade de alteração destes fatores através de ações baseadas em informação. Por fim, complementam com a ideia de Tarlov (1996), o qual sintetiza os DSS como características sociais dentro das quais a vida transcorre (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; KRIEGER, 2001; TARLOV, 1996).

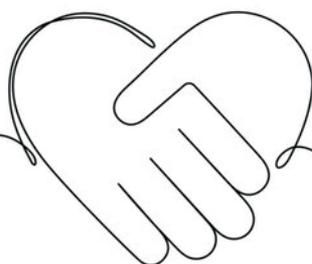
2.3 Políticas de Promoção à Equidade em Saúde

Sob o viés da saúde pública e coletiva, as vulnerabilidades sociais, embora passíveis de mudança, como supracitado por Buss e Pellegrini Filho em alusão à Nancy Krieger são caracterizadas como iniquidades e estão presentes desde ações racistas e homofóbicas até dificuldades de acesso a condições adequadas de habitação, escolaridade, saneamento e (BRASIL, 2013).

Uma das principais políticas de promoção de equidade em saúde é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que tem como objetivo a redução das iniquidades em saúde, promoção de saúde da população negra e, conseqüentemente, redução da morbimortalidade da população negra no país (BRASIL, 2017b).

A PNSIPN aborda o critério raça/cor como item essencial do cadastro do cidadão, foi instituído a partir da portaria de número 344, de 2017, em que o usuário define qual a sua raça/cor por vias de autodeclaração. O preenchimento correto do quesito raça/cor é o que irá proporcionar uma visão ampla acerca das iniquidades em saúde e auxiliar no planejamento de políticas públicas com um recorte racial (BRASIL, 2017b). Dessa forma, a PNSIPN coloca o racismo no centro do debate e como determinante social da saúde ou doença dos usuários do SUS.

Outra legislação que, num conceito ampliado de saúde, serve a essa discussão é o Estatuto da Igualdade Racial, que aborda o conjunto de políticas e mecanismos necessários à inclusão social e ascensão da população negra. Além disso, em março de 2023 foi promulgada a Lei nº 13.406, que institui a Política Municipal de Saúde Integral da População Negra no Município de Porto Alegre, cujas diretrizes reiteram o que é estabelecido pela PNSIPN e apontam para urgência da identificação das necessidades de saúde da população negra, a fim de utilizá-las como critério de planejamento e de definição de prioridades (BRASIL, 2023a).



USUÁRIOS E PROFISSIONAIS CADASTRADOS NA GAPS

3

Conforme último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2022, o município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul (RS), tem uma população residente de 1.332.845 pessoas (IBGE, 2022).

Nesse contexto, o GHC - referência no atendimento do SUS - é responsável por 4 milhões de exames, 1 milhão de consultas, 46 mil internações, 27 mil cirurgias e 6 mil partos, ao ano, segundos dados aproximados da própria instituição (GHC, 2023).

Para tal, o GHC conta com uma equipe de 9.874 profissionais, dispostos nos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, além da UPA Moacyr Scliar, doze Unidades de Saúde, três Centros de Atenção Psicossocial, um Consultório na Rua, um Ambulatório de Identidade de Gênero, um Núcleo de Abordagem Familiar e a Escola técnico-superior.

Tendo como base os dados preliminares do censo do IBGE de 2022, constata-se que 42,8% dos brasileiros declaram-se como brancos, enquanto 55,9% declaram-se negros (pardos e pretos). Quando focalizado no município de Porto Alegre – RS, estes percentuais alteram-se para 80,8% e 18,9%, respectivamente. Em comparação aos percentuais de usuários, com vínculo, cadastrados no sistema da GAPS/GHC – conforme gráficos 1 e 2 dispostos a seguir – os dados são análogos e não apresentam importante discrepância estatística no nosso serviço.

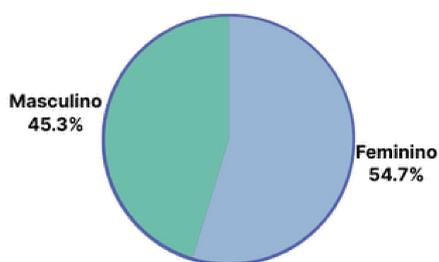
Atualmente, a GAPS/GHC conta com cerca de 93 mil usuários cadastrados, conforme a Tabela 1, abaixo, dos 18 serviços que compõem a GAPS/GHC.

Tabela 1 - Distribuição do número de usuários cadastrados nos serviços da GAPS, até novembro de 2023, de acordo com o sexo e perfil étnico-racial.

USUÁRIOS CADASTRADOS	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
RAÇA/COR	N	N	N
AMARELA	25	29	54
BRANCA	43.012	35.321	78.333
INDÍGENA	16	10	26
PARDA	2.246	1.667	3.913
PRETA	6.013	5.427	11.440
TOTAL	51.312	42.454	93.766

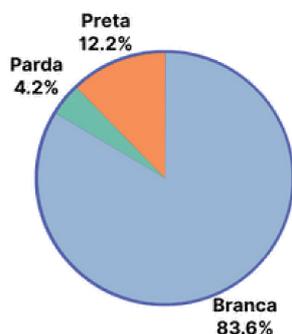
Fonte: SIS – GHC.

Gráfico 1 - Percentual de usuários cadastrados nos serviços da GAPS, até novembro de 2023, de acordo com o sexo.



Fonte: SIS – GHC.

Gráfico 2 - Percentual de usuários cadastrados nos serviços da GAPS, até novembro de 2023, de acordo com o perfil étnico-racial.



Fonte: SIS – GHC.

Enfatiza-se que os dados étnico-raciais descritos acima condizem com o registro do primeiro ingresso do usuário ao GHC. Para tal, aliada à implementação da interface e-SUS à APS do GHC, em 2023, a GAPS tem suscitado, junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a renovação cadastral dos usuários conforme alinhamento ao novo sistema. Assim, a GAPS há de prover uma melhor assistência em saúde à sua comunidade, por meio da vigilância apurada e real do mapa sociorracial da sua população atendida.

Tabela 2 - Distribuição do número de profissionais da GAPS, até novembro de 2023, de acordo com o cargo contratualizado e perfil étnico-racial de registro.

PROFISSIONAIS GAPS	BRANCA	NEGRA	TOTAL
CARGO CONTRATUALIZADO	N	N	N
ADMINISTRATIVO	41	8	49
AGENTE DE SAÚDE COMUNITÁRIA	3	0	3
ASSISTENTE SOCIAL	14	5	19
AUXILIAR GERAL	0	1	1
AUXILIAR DE FARMÁCIA	8	6	14
ENFERMEIRO	50	9	59
FARMACÊUTICO	6	0	6
MÉDICO	90	3	93
NUTRICIONISTA	4	2	6
ODONTOLOGISTA	25	1	26
PSICÓLOGO	18	2	20
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	78	24	102
TÉCNICO EM EDUCAÇÃO	5	0	5
TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL	19	4	23
TERAPEUTA OCUPACIONAL	7	2	9
TOTAL	368	67	435

Fonte: GGP – GHC.

(*) Estão sendo contabilizados apenas os profissionais contratados/registrados na GGP/GHC..

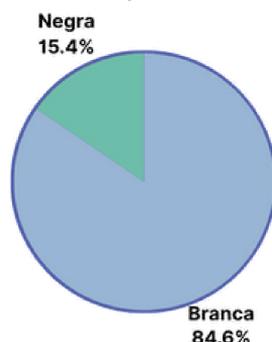
(**) Profissionais terceirizados, estagiários, jovens-aprendizes e residentes não estão sendo contabilizados pela ausência de cadastro direto à GGP/GHC.

(***) No cargo “Agente de Saúde Comunitária” salienta-se que são apenas as contratações diretas do GHC – previamente a parcerização dos ACS junto ao município de Porto Alegre (RS).

(****) No cargo “administrativo”, contabilizam-se os profissionais de nível superior (bacharelado em administração) e profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, auxiliar técnico administrativo e técnico administrativo).

(*****) No cargo “técnico de enfermagem”, contabilizam-se os auxiliares de enfermagem e técnico de enfermagem.

Gráfico 3 - Percentual de profissionais registrados nos serviços da GAPS, de acordo com o perfil étnico-racial.



Fonte: SIS – GHC.

Sob o prisma das contratações do GHC, percebe-se grande ausência dos profissionais negros sob o âmbito da GAPS/GHC, uma vez que somam apenas 15,5% do percentual total - conforme gráfico 3. Em segunda análise, sobrepondo às profissões de ensino superior, é que encontramos o abismo entre a inserção de profissionais brancos e negros, seja no mercado de trabalho, seja no ingresso à graduação. A exemplo disso, na medicina e na odontologia - profissões de branquitude histórica - a presença de profissionais negros é de apenas 3,2% e 3,8%, respectivamente. Seguindo este viés, aproximadamente 64% dos profissionais negros(as) da GAPS estão ocupando cargos de nível médio, como auxiliar administrativo, geral, de enfermagem e farmácia, bem como técnico de saúde bucal.

Ademais, podemos enfatizar que a inserção ou sua ausência da população negra ao ensino superior é histórica. Na década de 1960, por exemplo, 95% das pessoas que haviam concluído o ensino superior eram brancas. Contudo, o mesmo percentual ainda está aquém do desejado, pois percebemos uma crescente evolução neste panorama: em 2001, a população negra representava menos de 22% dos estudantes de nível superior. Em 2015, esse número subiu para, aproximadamente, 44% - mudança importante no perfil do corpo discente, contudo, ainda longe do desejado (SILVA, 2020).

Conforme a descrição desses dados, fica evidenciada o processo histórico violento que aniquilou a subjetividade dos corpos das pessoas negras, a escravização dos povos originários da África. Esses dados carregam um histórico de 354 anos de escravidão, que ainda é reproduzido dentro da nossa sociedade dificultando a mobilidade dessa população nos espaços de poder. Entre eles o acesso à universidade, local onde se produz e reproduz conhecimento, ou seja, poder.

ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) visa a ser uma referência conceitual e técnica e não uma diretriz uniforme, a ser aplicada sem análise crítica e sem adaptação à realidade local. A PNAISM traz ainda, em sua concepção e sua formulação, o princípio da integralidade da atenção como um dos requisitos para atender às necessidades de saúde de forma abrangente, humanizada e hierarquizada.

A proposta de modelo de atenção integral elaborada pela PNAISM aponta para uma ampla gama de necessidades da população feminina, além das questões reprodutivas, e problematiza as desigualdades sociais como determinantes no processo de produção das patologias, queixas e mal-estares das mulheres. A proposta de atenção integral constitui uma crítica ao modelo de assistência predominante no sistema de saúde, que reproduz os mecanismos de dominação às mulheres e contribui para a sua subordinação e falta de autonomia.

Essa proposta pressupõe também a articulação entre os diferentes níveis de complexidade da assistência e entre os vários setores, um conhecido desafio para a concretização da proposta de integralidade no SUS. O que se observa é uma fragmentação das ações e da assistência, uma separação entre a técnica e a humanização, fazendo dos serviços de saúde um lócus de tensão entre usuárias e profissionais, e não um espaço de transformação social e política, como determinam os princípios do SUS (BRASIL, 2015b).

Pensando nisso, elencamos a seguir o perfil étnico-racial das mulheres, entre 25 e 64 anos, que é o público-alvo da coleta de CP, nos atuais indicadores da GAPS.

Tabela 3 - Distribuição da população feminina da GAPS, na faixa etária de 25-64 anos de idade, no período de janeiro a novembro de 2023, de acordo com a US de referência e o perfil étnico-racial de registro.

MULHERES CADASTRADAS DE 25 A 64 ANOS						TOTAL
	AMARELA	BRANCA	INDÍGENA	PARDA	PRETA	
UNIDADE DE SAÚDE	N	N	N	N	N	N
CONCEIÇÃO	2	4.977	2	158	229	5.368
VILA FLORESTA	1	2.523	0	77	221	2.822
DIVINA PROVIDÊNCIA	3	945	0	93	289	1.330
SESC	0	1.158	0	87	359	1.604
BARÃO DE BAGÉ	2	958	1	65	189	1.215
SANTÍSSIMA TRINDADE	0	806	1	136	233	1.176
PARQUE DOS MAIAS	2	2.165	0	155	454	2.776
JARDIM ITU	1	2.453	1	85	122	2.662
JARDIM LEOPOLDINA	1	3.570	5	195	716	4.487
NOSSA SENHORA APARECIDA	0	1.380	1	123	279	1.783
COINMA	0	1.331	0	48	144	1.523
COSTA E SILVA	0	941	0	69	273	1.283
TOTAL	12	23.337	11	1.322	13.573	28.255

Fonte: SIS – GHC.

Em relação à distribuição da população feminina da GAPS, na faixa-etária entre 25-64 anos, determinada pelo MS para coleta do CP, constata-se o predomínio da população branca no território da GAPS em relação à população negra, sendo o com maior população branca a US Conceição (4.977), e o território com maior população negra a US Jardim Leopoldina (911).

Mas por que avaliar o montante de mulheres entre 25 e 64 anos de idade? **No Brasil, o SUS prevê a garantia de acesso ao CP às mulheres entre 25 e 64 anos de idade.** Essa recomendação de coleta de CP às mulheres de 25 a 64 anos de idade, uma vez ao ano e, após dois exames anuais consecutivos com resposta negativa, a cada três anos, origina-se da Reunião de Consenso, realizada em 1988 pelo MS, junto a diversas representações de especialistas nacionais, internacionais e de sociedades científicas. Nesse ato, tal recomendação fora pactuada em decorrência de um estudo da International Agency for Research on Cancer, de 1987, na qual se demonstrou que, em mulheres entre 35 e 64 anos de idade, depois de uma coleta de CP com resultado negativo, o exame subsequente poderia vir a ser realizado a cada três anos - vez que teria a mesma eficácia quando comparado à coleta anual (DALMOLIN; DEXHEIMER; DELVING, 2016; INCA, 2016).

Tabela 4 - Distribuição da população feminina da GAPS, na faixa-etária de 25-64 anos de idade, que realizaram coleta de CP no período de janeiro a novembro de 2023, de acordo com a US de referência e perfil étnico-racial

UNIDADE DE SAÚDE	COLETA DE CP 2023					TOTAL
	AMARELA	BRANCA	INDÍGENA	PARDA	PRETA	
CONCEIÇÃO	0	323	0	16	22	361
VILA FLORESTA	0	228	0	14	32	274
DIVINA PROVIDÊNCIA	0	81	0	13	43	137
SESC	0	131	0	16	41	188
BARÃO DE BAGÉ	1	124	0	12	37	174
SANTÍSSIMA TRINDADE	0	113	0	35	46	194
PARQUE DOS MAIAS	0	228	0	17	41	286
JARDIM ITU	0	197	0	13	9	219
JARDIM LEOPOLDINA	1	340	0	26	78	445
NOSSA SENHORA APARECIDA	0	197	0	24	38	259
COINMA	0	173	0	7	25	205
COSTA E SILVA	0	119	0	14	38	171
TOTAL	2	2.254	0	207	450	2.913

Fonte: SIS – GHC.

Quando posto frente ao montante total de mulheres entre 25 a 64 anos de idade, percebemos uma baixa cobertura de coletas durante o ano de 2023 nos serviços da GAPS, principalmente em relação à população feminina negra. Em percentual, realizamos a coleta de apenas 9,6% das mulheres brancas do serviço, enquanto que entre as mulheres negras, o percentual foi de 4,4%.

Como então melhorar o processo de coleta de CP? A partir do boletim informativo da Secretaria Estadual de Saúde do RS, em 2020, para melhorar esse indicador é necessário não só ter os dados populacionais do público-alvo, como também ter controle individualizado dessa população - evitando realizar a coleta de CP sempre entre as mesmas mulheres. Além destas indicações, é recomendável, também, a oferta desse exame a todas as mulheres, segundo a idade preconizada, que vão à US por outros motivos - o chamado rastreamento oportunístico (BRASIL, 2020; INCA 2016).

Tabela 5 - Distribuição da população feminina da GAPS, na faixa-etária de 25-64 anos de idade, com alteração do CP, de acordo com a US de referência e perfil étnico-racial.

CP ALTERADO 2023	AMARELA	BRANCA	INDÍGENA	PARDA	PRETA	TOTAL
UNIDADE DE SAÚDE	N	N	N	N	N	N
CONCEIÇÃO	0	9	0	2	1	12
VILA FLORESTA	0	7	0	1	3	11
DIVINA PROVIDÊNCIA	0	4	0	1	3	8
SESC	0	4	0	0	4	8
BARÃO DE BAGÉ	0	7	0	2	2	11
SANTÍSSIMA TRINDADE	0	14	0	0	5	19
PARQUE DOS MAIAS	0	3	0	1	1	5
JARDIM ITU	0	8	0	0	0	8
JARDIM LEOPOLDINA	1	13	0	1	8	23
NOSSA SENHORA APARECIDA	0	6	0	0	0	6
COINMA	0	5	0	0	0	5
COSTA E SILVA	0	8	0	1	1	10
TOTAL	1	88	0	9	28	126

Fonte: SIS – GHC.

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

A Política Nacional de Saúde Integral à Criança (PNAISC) está embasada nos princípios do SUS e em um arcabouço de leis internacionais, incluindo os objetivos de desenvolvimento do milênio (BRASIL, 2018b). Na atual gestão, tem-se reforçado os cuidados de pré-natal, parto e puerpério, com vistas a proteger as crianças. Nesse sentido, serão apresentados os dados referentes ao atingimento das metas do Previnir Brasil, para vacinação (pentavalente, tríplice viral e VIP) e consulta na odontologia até primeiro ano de vida.

Será realizada análise da realização da terceira dose de imunização contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b (PENTA) e poliomielite inativada (VIP) em crianças que completaram 1 ano de vida entre janeiro de 2023 a outubro de 2023.

Para obtenção dos dados foram consultados o sistema de informações do GHC onde foi possível caracterização do perfil da população desejada, bem como a interface e-SUS, que trouxe as informações referente à situação vacinal da terceira dose de VIP e PENTA.

Para o cruzamento de dados levou-se em consideração duas informações: CPF e/ou cartão SUS de cada criança que continham em ambos os bancos de dados. O produto final desta análise resultou em uma amostra de 366 crianças com informação de vacinas e caracterização do perfil.

Foram identificadas 366 crianças com caracterização do perfil e situação vacinal, dentre as quais 277 (75,68%) são brancas, 47 (12,84%) são pretas e 42 (11,48%) são pardas.

Tabela 7 - Distribuição das crianças com menos de um ano de vida entre 01/01/2023 e 30/11/2023 que realizaram a terceira dose das vacinas VIP e PENTA, de acordo com o perfil étnico-racial.

3ª DOSE VIP E PENTA	IMUNIZADA		NÃO IMUNIZADA		TOTAL
	RAÇA/COR	N	N	N	N
	AMARELA	0	0	0	0
	BRANCA	237	41	278	
	INDÍGENA	0	0	0	
	PARDA	37	7	44	
	PRETA	34	10	44	
	TOTAL	308	58	366	

Fonte: SIS – GHC.

O quantitativo de crianças com registro de aplicação de terceira dose de VIP e PENTA foi de 308 crianças, representando 84% das crianças com registro de vacina. Nessa análise, observa-se que 237 (76,95%) das crianças brancas, 34 (12,01%) pretas e 37 (11,07%) pardas foram imunizadas com os imunobiológicos selecionados.

A cobertura vacinal preconizada para PENTA e VIP é de 95%, conforme Meta 5 do Previne Brasil (*). Entre as crianças brancas atingiu-se 85,55% de cobertura vacinal e entre as pretas e pardas (negras), a cobertura vacinal foi de 82,55%.

Sem registro de imunização de terceira dose em ambos imunobiológicos, possuímos 58 crianças, sendo 41 (70,69%) brancas, 10 (17,24%) pretas e 7 (12,07%) pardas, com base em 16% da amostragem que possui registro de situação vacinal.

Do total das crianças brancas, 14% não foram vacinadas. Já da totalidade das negras, 19% não receberam a terceira dose de PENTA ou VIP.

Ademais, ressalta-se que a política de imunização é uma estratégia imprescindível na saúde pública, uma vez que, ao prevenir a disseminação de doenças, evita também possíveis epidemias. Contudo, as dificuldades encontradas para análise dos dados de vacinação nos últimos anos devem-se à implementação de sistemas de informações diversos e consequente suscetibilidade de erros de digitação, incompletude ou pendências de inserções nos sistemas de informações.

Em relação ao número de CP alterados, constatou-se maior prevalência na população branca, por maior acesso às US para coleta de CP, sendo o território com maior prevalência, a US Santíssima Trindade (14). Já o território com maior incidência de resultados de CP alterados na população negra, foi constatada na US Jardim Leopoldina (9).

Destarte, é de notório conhecimento que a coleta, o rastreamento e o acompanhamento de CP alterado estão entre as mais fundamentais práticas da APS no Brasil, uma vez que a realização do exame, de forma preventiva, reverbera no tratamento precoce de lesões precursoras, bem como na redução da morbimortalidade dessa população. Por conseguinte, a garantia de organização, integridade e qualidade desse programa de rastreamento, além do o acompanhamento das pacientes é de suma relevância para a garantia de uma APS de qualidde (DALMOLIN; DEXHEIMER; DELVING, 2016).

Tabela 6 - Distribuição das gestantes que realizaram consulta com profissional de saúde bucal da GAPS durante o pré-natal, no período de janeiro a novembro de 2023, de acordo com o perfil étnico-racial.

ATENDIMENTO SAÚDE BUCAL	CONSULTARAM		NÃO CONSULTARAM		TOTAL
	RAÇA/COR	N	N	N	N
	AMARELA	0	0	0	0
	BRANCA	318	27	345	
	INDÍGENA	0	0	0	
	PARDA	68	4	72	
	PRETA	97	4	101	
	TOTAL	483	35	518	

Fonte: SIS – GHC.

Em relação ao montante de gestantes cadastradas nos serviços da GAPS, 92,1% de pessoas brancas tiveram ao menos uma consulta com profissional de saúde bucal (Odontologista e/ou Técnico de Saúde Bucal). Já o percentual para as gestantes negras é de 95,3%. Em número absolutos, observa-se que a maior parte de pessoas que acessam os serviços da GAPS para os cuidados odontológicos no pré-natal é de pessoas brancas, enquanto que, a partir de uma análise étnico-racial desse montante, a porcentagem de pessoas negras sugere maior dependência dessa população ao serviço odontológico para as gestantes.

O SUS, por meio do Programa Nacional de Imunização (PNI) (**), vem avançando ao longo dos últimos 50 anos, proporcionando acesso universal à imunização de crianças, adultos, gestantes, idosos, indígenas, trabalhadores, etc. e promoção de qualidade de vida com prevenção e erradicação de doenças transmissíveis. Essa universalidade no acesso torna o PNI o maior programa de imunizações em todo mundo, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e demais órgãos internacionais.



(*) O Previner Brasil, instituído em 2019, é o atual modelo de financiamento em saúde aos municípios brasileiros. Dentre o critério de pagamento por desempenho em 7 metas, a 5ª meta diz respeito à proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na APS contra coqueluche, difteria, tétano, hepatite B, poliomielite inativa e infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo B.

(**) Deixamos nosso singelo agradecimento e parabenização ao PNI, que completou 50 anos de sua formulação, em 2023, e que é um dos principais marcos da história da saúde pública brasileira. O PNI é responsável pela política de operacionalização da vacinação a nível nacional desde a aquisição até a incorporação de novos imunobiológicos.

Tabela 8 - Distribuição das crianças com menos de um ano de vida entre 01/01/2023 e 30/11/2023 que consultaram com profissional de saúde bucal da GAPS, de acordo com o perfil étnico-racial.

ATENDIMENTO SAÚDE BUCAL	CONSULTARAM	NÃO CONSULTARAM	TOTAL
RAÇA/COR	N	N	N
AMARELA	0	0	0
BRANCA	293	49	342
INDÍGENA	0	0	0
PARDA	38	4	42
PRETA	66	6	72
TOTAL	397	59	456

Fonte: SIS – GHC.

Em relação ao montante de crianças nascidas no território das US da GAPS, 85,6% de crianças brancas tiveram pelo menos uma consulta com o serviço de saúde bucal (Odontologista e/ou Técnico de Saúde Bucal) no primeiro ano de vida e 91,2% de crianças negras. Em números absolutos, observa-se que a maior parte de crianças que acessam os serviços da GAPS para os cuidados odontológicos no primeiro ano de vida são crianças brancas, enquanto que, a partir de uma análise étnico-racial desse montante, a porcentagem de pessoas negras sugere maior dependência dessa população ao serviço odontológico.

ATENÇÃO À SAÚDE DO USUÁRIO COM TUBERCULOSE

A tuberculose é, hoje, uma doença curável em praticamente todos os casos, desde que seu tratamento seja realizado com uma adequada associação medicamentosa, doses corretas e uso por tempo suficiente. Ressalta-se ainda que o tratamento para tuberculose, no Brasil, dura seis meses e é **totalmente gratuito e oferecido somente pelo SUS** (BRASIL, 2011a).

Nesse boletim apresentaremos a raça e a cor dos pacientes considerados como sintomáticos respiratórios, pacientes com diagnóstico de tuberculose e em tratamento de Infecção Latente da Tuberculose (ILTb). Contudo, salienta-se que nas próximas edições o objetivo será aprofundar o debate das coinfeções, do abandono de tratamento e do diagnóstico entre pessoas em situação de rua e com outras vulnerabilidades sociais.

Ademais, ressalta-se que, o início da pandemia de COVID-19 repercutiu em grande interrupção dos atendimentos em toda a rede de atenção à saúde. Por consequência, nos meses subsequentes à declaração de emergência nacional, em 2020, houve grande queda na realização do Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB), cultura de escarro e baciloscopia, bem como no diagnóstico de tuberculose. Contudo, a partir de 2021 e 2022, foi possível observar gradual recuperação na realização de TRM-TB e consequente aumento no registro de casos de tuberculose (BRASIL, 2023b).

Frente a este panorama e tendo em vista que a importância da coleta de escarro e o custo benefício são de notório saber, uma das metas da GAPS é realizar a coleta de escarro de 1% da população cadastrada o que representa cerca de 930 coletas ao ano. Atualmente, nossa meta segue em aberto, porém, atingimos somente 555 coletas entre janeiro e novembro de 2023, conforme tabela abaixo.

Tabela 9 - Distribuição do número de usuários sintomáticos respiratórios que realizaram coleta de escarro para tuberculose entre janeiro e novembro de 2023, conforme a US de referência e o perfil étnico-racial.

SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO	AMARELA	BRANCA	INDÍGENA	PARDA	PRETA	TOTAL
UNIDADE DE SAÚDE	N	N	N	N	N	N
CONCEIÇÃO	0	54	0	4	2	60
VILA FLORESTA	0	43	0	3	7	53
DIVINA PROVIDÊNCIA	0	36	0	1	16	53
SESC	0	41	0	3	10	54
BARÃO DE BAGÉ	0	12	0	1	1	14
SANTÍSSIMA TRINDADE	0	4	0	0	2	6
PARQUE DOS MAIAS	0	40	0	5	12	57
JARDIM ITU	0	36	0	0	1	37
JARDIM LEOPOLDINA	0	39	0	1	1	41
NOSSA SENHORA APARECIDA	0	25	0	3	6	34
COINMA	0	56	0	1	5	62
COSTA E SILVA	1	57	0	5	21	84
TOTAL	1	443	0	27	84	555

Fonte: SIS – GHC.

Outrossim, enfatiza-se que a capital gaúcha apresenta uma incidência de casos de tuberculose superior à média do país. Quando realizada a avaliação de incidência (por 100 mil habitantes) de tuberculose, o Brasil registrou uma incidência de 36,3. O Rio Grande do Sul, por sua vez, evidenciou um índice de 45,4, e Porto Alegre (RS) representou uma incidência pouco maior de 70 segundo dados do Informe Epidemiológico do estado em julho de 2023 (BRASIL, 2023c).

Tabela 10 - - Distribuição do número de usuários com tratamento ativo para tuberculose, que abandonaram o tratamento ou tiveram diagnóstico de ILTB, de acordo com a US de referência.

TUBERCULOSE	EM TRATAMENTO	AB	ILTB	TOTAL
UNIDADE DE SAÚDE	N	N	N	N
CONCEIÇÃO	3	0	0	0
VILA FLORESTA	2	0	0	0
DIVINA PROVIDÊNCIA	4	2	0	2
SESC	1	0	0	0
BARÃO DE BAGÉ	1	0	1	1
SANTÍSSIMA TRINDADE	2	0	0	0
PARQUE DOS MAIAS	2	0	0	0
JARDIM ITU	0	0	0	0
JARDIM LEOPOLDINA	3	0	4	4
NOSSA SENHORA APARECIDA	0	0	0	0
COINMA	9	0	0	0
COSTA E SILVA	1	0	0	0
TOTAL	28	2	5	35

Fonte: SIS – GHC.

Na GAPS, do GHC, entre janeiro e novembro de 2023, foram notificados 30 casos de tuberculose, sendo 23 (76,6%) de pessoas autodeclaradas brancas e 7 (23,33%) de pessoas autodeclaradas negras (pardas e pretas). Não houve registros de casos de tuberculose em amarelos ou indígenas. Comparado à busca ativa e de coleta baseado nos sintomáticos respiratórios, o dado é compatível com os casos encontrados. Já em relação aos casos em tratamento por ILTB contabilizam-se 5, sendo 4 casos (80%) de pessoas brancas e 1 caso (20%) de uma pessoa preta.

SAÚDE MENTAL

CAPS AD III

A

GAPS é composta de 18 serviços de saúde, sendo que três destes são especializados: CAPS Infantil, CAPS II, CAPS AD III, sendo que este último atende usuários com morbidades relativas à saúde mental - seja adulta, infantil ou relacionado a álcool e outras drogas. Salienta-se que nesse primeiro boletim, com classificação de raça e cor, entre os CAPS do GHC, foi possível apenas apresentar os dados do CAPS AD III, mas que a caracterização do perfil dos usuários do CAPS AD III é base na organização do serviço e na implementação das ações de prevenção e tratamento da dependência química.

Tabela 11 - Distribuição do número de usuários que ingressaram no CAPS AD III, entre setembro e novembro de 2023, de acordo com o sexo biológico de registro e perfil étnico-racial.

USUÁRIOS CADASTRADOS CAPS AD III			
SEXO/GÊNERO	N	RAÇA/COR	N
MASCULINO	502	BRANCA	512
FEMININO	210	NEGRA	200
TOTAL	712	TOTAL	712

Fonte: SIS – GHC.

Segundo a Tabela 11, a população negra que utiliza o serviço é de 28,09%, o que remete a uma incidência proporcionalmente maior de usuários negros com dependência química. A população feminina corresponde a 29,49% das usuárias do CAPS AD III do GHC. Frente a isso, Santos e Romanini (2019) enfatizam que os preconceitos e os estigmas são representações sociais atribuídas às mulheres usuárias de álcool e outras drogas e que, conseqüentemente, isso corrobora para a desaprovação da população feminina e para a sua invisibilidade nos espaços públicos (SANTOS; ROMANINI, 2019). É pertinente enxergar esse público nesse cenário tendo em vista o cuidado em saúde e a PNAISM, uma vez que o CAPS AD III é ponto de proteção para essas mulheres, por conta da constituição de redes de apoio e seus contextos familiares.

Tabela 12 - - Distribuição do número de usuários que ingressaram no CAPS AD III, entre setembro a novembro de 2023, de acordo com a faixa etária..

USUÁRIOS CAPS AD III	USUÁRIOS
FAIXA ETÁRIA	N
15 - 25	71
26 - 35	185
36 - 45	221
46 - 55	125
56 - 65	98
66 - 75	12
TOTAL	712

Fonte: SIS – GHC.

Em relação à faixa etária, percebe-se que há um número expressivo de dependentes químicos na fase adulta produtiva entre 25 e 45 anos, em atendimento no CAPS AD III, bem como que 9,97% são jovens entre 15 e 25 anos de idade. Portanto, segundo Rodrigues e colaboradores (2013) é necessário discutir ações em CAPS AD que busquem a prevenção e a promoção de saúde na captação dos adolescentes, porquanto sua tendência é guiar-se pelo prazer (RODRIGUES *et al*, 2013). Nesse sentido, enfatiza-se a necessidade de uma política acolhedora, protetora e preventiva a essa parcela populacional.

AMBULATÓRIO DE IDENTIDADE DE GÊNERO

O Ambulatório de Identidade de Gênero (AMIG) do GHC iniciou suas atividades em outubro de 2020, por meio da articulação das residências médica e multiprofissional, da GAPS, em conjunto às reivindicações dos movimentos sociais de Porto Alegre (RS). O objetivo desse serviço é garantir o acesso integral à saúde de pessoas trans, travestis e não-binárias que, historicamente, enfrentam barreiras de acesso aos dispositivos tradicionais.

Como serviço complementar à APS, o AMIG é porta de entrada ao sistema e conta com equipe multidisciplinar. Além disso, em consonância com as políticas e os movimentos pela despatologização das identidades trans, busca-se assegurar a autonomia no processo de transição de gênero e garantir o direito à saúde e a não violação de direitos humanos, na perspectiva de desconstrução dos estereótipos e estigmas marcados pela transfobia.

O serviço funciona, atualmente, nas terças e quintas à noite no CAPS AD III do GHC. A principal meta é ampliar a oferta do serviço, considerando o aumento da demanda e a necessidade de reduzir iniquidades em saúde das pessoas trans, travestis e não-binárias de modo a assegurar a efetivação e a consolidação da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT+ na instituição.

Tabela 13 - Distribuição do número de usuários cadastrados no AMIG até novembro de 2023, de acordo com o perfil étnico-racial..

CADASTRO AMIG	BRANCA	NEGRA	TOTAL
	N	N	N
TOTAL	284	63	347

Fonte: Dados internos do AMIG – GHC.

Atualmente, o serviço atende 347 pessoas, conforme a Tabela 13, das quais 81,84% autodeclararam-se brancas e 18,15%, negras. O cadastro do sistema GHC não contempla o campo relacionado à identidade de gênero, o que dificulta a adequada avaliação deste marcador social. Além disso, o campo "sexo" do cadastro deve ser alterado se a pessoa retificou no documento, ou seja, um homem trans que retificou o campo "sexo" dos seus documentos terá o campo preenchido como "masculino". Evidencia-se, com isso, a necessidade de atualização das informações cadastrais do prontuário para garantia de segurança dos pacientes e para confiabilidade das informações de saúde.

Tabela 14 - Distribuição do número de usuários cadastrados no AMIG até novembro de 2023, de acordo com a sua região de moradia

CADASTRO AMIG	PORTO ALEGRE	REGIÃO METROPOLITANA	INTERIOR	TOTAL
	N	N	N	N
TOTAL	242	81	24	347

Fonte: Dados internos do AMIG – GHC.

A rede de atendimento a pessoas trans, travestis e não binárias no Rio Grande do Sul ainda conta com poucos serviços habilitados pelo Ministério da Saúde. Conforme mapeamento do próprio AMIG, além de Porto Alegre, na região Metropolitana, Canoas, Esteio, São Leopoldo e Novo Hamburgo contam com serviços específicos vinculados à rede de atenção à saúde. À exceção do serviço do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, os demais ambulatórios não são habilitados pela Portaria do Processo Transexualizador.

Considerando o cenário de distribuição dos serviços, na tabela 11, verifica-se que 69,74% dos atendimentos são de pessoas que moram na capital, 23,34% são de municípios da região metropolitana e 6,92% do interior do estado. Em relação à faixa etária, conforme tabela 12, o AMIG atende todas as fases do ciclo vital, com pessoas cadastradas desde 5 anos até 59 anos, com maioria dos atendimentos de adultos jovens.

Tabela 15 - Distribuição do número de usuários cadastrados no AMIG até novembro de 2023, de acordo com a sua faixa etária.

CADASTRO AMIG	USUÁRIOS
FAIXA ETÁRIA	N
0-10	4
11-20	94
21-30	172
31-40	46
41-50	24
51-60	7
61-70	0
TOTAL	347

Fonte: Dados internos do AMIG – GHC.

Como apresentado no artigo de Saadeh e colaboradores (2018), a faixa etária de maior prevalência dos atendimentos de um serviço de AMIG é dos 21 a 30 anos de idade. Conforme tabela apresentada, nosso serviço segue a regra, contando com, aproximadamente, 50% dos usuários nessa mesma faixa etária, pois além de ser a idade de maior compreensão psicocorporal, é o momento posterior à modificação corporal advinda da puberdade, bem como pelo momento de maior exclusão social e *bullying* – o que retoma a necessidade de intervenções psicossociais a esses usuários (SAADEH *et al*, 2018).

CONSULTÓRIO NA RUA

O MS, em 2009, pelo Decreto nº 7.053, instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), e o GHC foi pioneiro em aderir a essa política - com a constituição do primeiro Consultório na Rua (CNAR) do RS em 2010 (BRASIL, 2009; GZH, 2010). Salienta-se que o CNAR nasceu vinculado à Rede de Atenção Primária à Saúde (RAPS), porém, em 2011, a determinação política foi atualizada, vinculando-o à PNAB (BRASIL, 2011b).

Em 2011, conforme a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2011b):

“ficam definidas, nos termos desta Portaria, as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (ECR), previstas pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. As ECR integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica. As ECR são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua.”

Segundo o relatório da população em situação de rua (PSR), publicado em agosto de 2023, pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC), tendo como base os registros na interface CadÚnico (***), em 2022, havia 236.400 PSR no Brasil. Destas, 62% estão na região sudeste do país e, mais especificamente, 3.189 estão localizadas em Porto Alegre (RS). Quando avaliado o perfil dessa parcela da população, vê-se que majoritariamente falamos de uma população do sexo masculino (87%), negra (68%) e na faixa etária dos 30 aos 49 anos de idade (55%) - em nível nacional (BRASIL, 2023d).

(***) O CadÚnico (Cadastro Único) é uma interface, criado pelo Governo Federal e operacionalizado pelos municípios brasileiros, de cadastro de famílias de baixa renda que vivem com uma renda mensal de meio salário-mínimo por pessoa para a obtenção de programas de auxílio social como, por exemplo, o PBF.

Tabela 16 - Distribuição do número de usuários cadastrados no CNAR, até 2023, conforme o perfil étnico-racial e sexo biológico de registro.

CONSULTÓRIO NA RUA	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
RAÇA/COR	N	N	N
AMARELA	0	1	1
BRANCA	89	314	403
INDÍGENA	0	0	0
PARDA	27	64	91
PRETA	59	155	214
TOTAL	175	534	709

Fonte: SIS – GHC.

Em relação ao CNAR do GHC, o perfil da PSR apresenta relativa diferença com a realidade brasileira - com um importante desvio percentual para baixo - em relação ao sexo biológico e o perfil étnico-racial. Nosso CNAR conta com uma PSR de 75,3% do sexo masculino e 43% negra. Frente ao perfil brasileiro, nossa região adscrita apresenta uma diferença, para menos, de 12% e 25% em relação aos dados anteriores, respectivamente - o que constata uma maior proporção de mulheres e pessoas brancas em situação de rua na nossa região em comparação ao perfil nacional.

Tabela 17 - Distribuição do número de usuários cadastrados no CNAR, até 2023, conforme a faixa etária e o perfil étnico-racial.

CONSULTÓRIO NA RUA	AMARELA	BRANCA	INDÍGENA	PARDA	PRETA	TOTAL
FAIXA ETÁRIA	N	N	N	N	N	N
20-30	0	60	0	9	33	102
31-40	0	92	0	31	72	195
41-50	0	112	0	22	55	189
51-60	1	78	0	19	34	132
61-70	0	46	0	9	19	74
71-80	0	10	0	1	1	12
81-90	0	5	0	0	0	5
TOTAL	1	403	0	91	214	709

No que tange à faixa etária de PSR, o CNAR do GHC apresenta dados análogos ao cenário brasileiro, uma vez que, em nível nacional, como descrito anteriormente, 55% da população em situação de rua está na faixa dos 30 aos 49 anos de idade e no GHC, 54% dessa população encontra-se na faixa etária dos 31 a 50 anos de idade.

Tabela 18 - Distribuição do número de usuários reagentes para HIV no CNAR, até 2023, conforme o perfil étnico-racial.

CONSULTÓRIO NA RUA	HIV REAGENTE	HIV NÃO REAGENTE	TOTAL
RAÇA/COR	N	N	N
AMARELA	0	0	0
BRANCA	13	84	97
INDÍGENA	0	0	0
PARDA	9	16	25
PRETA	12	54	66
TOTAL	34	154	188

Fonte: SIS – GHC.

Sob o prisma da infecção por HIV na PSR, nossa amostra apresentou importante divergência em relação ao estudo de Patrício e colaboradores (2022), que constataram um percentual de 5% de PSR com HIV reagente de um total de 100 voluntários da pesquisa. Nosso percentual, por sua vez, chegou aos 18% de PSR com HIV reagente. Tal dado, no entanto, condiz com as palavras de Patrício e colaboradores (2022) quando enfatizam que os principais determinantes para infecção por HIV em PSR, são as crenças e atitudes erradas em relação à prevenção do HIV, a dificuldade de acesso às redes de apoio, a rejeição, a discriminação e, principalmente, a baixa frequência do uso de preservativos (PATRÍCIO *et al*, 2022).

P ROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de nível federal que conta com a transferência direta de renda com condicionalidades destinadas às famílias em situação de maior risco e vulnerabilidade social. O PBF foi criado pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, foi regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de dezembro de 2004 e tem como objetivos promover acesso à rede de serviços públicos, em especial de saúde, educação e assistência social; combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; combater a pobreza e promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do poder público (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2008).

Ademais, ressalta-se que a manutenção da família, como beneficiária no PBF, dependerá do cumprimento, pelos seus integrantes, das condicionalidades relativas: à realização do pré-natal; ao cumprimento do calendário nacional de vacinação; ao acompanhamento do estado nutricional, para os beneficiários que tenham até sete anos de idade incompletos; e à frequência escolar mínima de: a) 60%, para os beneficiários de seis anos a dezoito anos de idade incompletos; e b) 75%, para os beneficiários de seis anos a dezoito anos de idade incompletos que não tenham concluído a educação básica. Há acompanhamento obrigatório de mulheres de 14 a 44 anos e de crianças entre 0 e 7 anos de idade incompletos (BRASIL, 2023e).

Os dados consolidados em julho de 2023 da Tabela 19 representam o número de beneficiários do PBF em vulnerabilidade social e em insegurança alimentar nos territórios de abrangência das US do GHC.

Tabela 19 - Distribuição do número de beneficiários da GAPS a serem acompanhados e em acompanhamento pelo PBF, de acordo com a sua US de referência.

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	BENEFICIÁRIOS A SEREM ACOMPANHADOS		
	UNIDADE DE SAÚDE	N	N
	CONCEIÇÃO	51	45
	VILA FLORESTA	108	87
	DIVINA PROVIDÊNCIA	170	116
	SESC	189	134
	BARÃO DE BAGÉ	76	65
	SANTÍSSIMA TRINDADE	562	480
	PARQUE DOS MAIAS	212	184
	JARDIM ITU	51	47
	JARDIM LEOPOLDINA	160	135
	NOSSA SENHORA APARECIDA	295	225
	COINMA	38	26
	COSTA E SILVA	138	124
	TOTAL	2.050	1.668

Fonte: SIS – GHC.

Na Tabela 19, é apresentado a quantidade de usuários beneficiários do PBF acompanhados pela sua US de referência do total a serem acompanhados. Percebe-se, portanto, que a variância percentual dos usuários acompanhados vai de 68,24% (US Divina Providência) a 92,16% (US Jardim Itu).

Tabela 20 - Distribuição do número de usuários da GAPS beneficiados pelo PBF em 2023, de acordo com o perfil étnico-racial.

BENEFÍCIO PBF	AMARELA	BRANCA	INDÍGENA	PARDA	PRETA	TOTAL
	N	N	N	N	N	N
TOTAL	1	702	1	105	197	1006

Fonte: SIS – GHC.

(*) Por ausência do perfil étnico-racial dos beneficiários cadastrados nas US da zona leste de Porto Alegre (RS), a tabela conta somente com o perfil dos usuários cadastrados nas US da zona norte do município.

Como se vê, a população negra atinge 30% dos beneficiários. Logo, percebe-se que o perfil étnico-racial tem influência na necessidade social de complementação de renda, sendo esta uma população economicamente vivendo em iniquidades, uma vez que, comparada à população atendida pelas US do GHC, há proporcionalmente mais negros do que brancos em uso dessa política de inclusão social.

EXTRAÇÃO DE DADOS – SIS

Escopo: Pacientes cadastrados em “Saúde Comunitária”

Identificação: Todos os pacientes uma vez vinculados a uma das unidades da saúde comunitária tem o seu registro alterado no nível de cadastramento com a variável contendo o número da unidade e, caso se aplique, o prontuário:

Imagem 1 – Modelo de registro do usuário no SIS – GHC.

Saúde Comunitária	
Unidade	Prontuário
165	3116
REG: 12373745 Incl.: 15/10/96 - Usuário: Ult Alt.: 08/12/23 - Usuário: HCO30283	

Fonte: SIS – GHC.

Extração de dados: os dados dos registros do banco de dados do GHC que contém a variável unidade/prontuário não nulos, pertencentes à GAPS, são exportados do sistema de cadastros do hospital todos os dias pela gerência de informática. A esse conjunto de dados chamaremos de tabela GAPS

Considerando um conjunto de cerca de 200 mil cadastros - tabela GAPS + outros registros do banco geral do GHC - é feita a verificação, registro a registro, no sentido de verificar a pertinência ao conjunto de valores fornecidos pelos analistas. Esse conjunto de dados será utilizado como base no estudo do perfil, pois a informação de raça/cor e outras particularidades do usuário em estudo são extraídos desse conjunto de informações. Esse *dataset* será chamado de tabela geral.

Tabela 21 - Fluxo de extração dos dados direto do SIS – GHC.

DADO	PROCESSO DE EXTRAÇÃO
GAPS	VERIFICA SE O REGISTRO PERTENCE À EXTRAÇÃO FEITA PELA GERÊNCIA DE INFORMÁTICA NA TABELA GAPS. RETORNO: SIM OU NÃO.
VÍNCULO	VERIFICA SE O REGISTRO PERTENCE À EXTRAÇÃO FEITA PELA GERÊNCIA DE INFORMÁTICA NA TABELA GAPS E SE EXISTE VÍNCULO ATIVO DO REGISTRO EM QUESTÃO A GAPS - O PACIENTE PODE TER SE MUDADO, POR EXEMPLO, E NESTE CASO NÃO TERÁ MAIS VÍNCULO. A GERÊNCIA DE INFORMÁTICA TAMBÉM DISPONIBILIZA DIARIAMENTE UM ARQUIVO COM AS INFORMAÇÕES SOBRE MUDANÇA DO ESTADO DE VINCULAÇÃO DO USUÁRIO. RETORNO: SIM OU NÃO.
UNIDADE	VERIFICA SE EXISTE VÍNCULO ATIVO DO REGISTRO EM QUESTÃO A GAPS. A VERIFICAÇÃO DE PERTINÊNCIA REGISTRO A REGISTRO DA TABELA GERAL EM RELAÇÃO AO CONJUNTO DE DADOS DA TABELA DE GAPS LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO O CÓDIGO DA UNIDADE ATRELADO ÀQUELE REGISTRO. RETORNO: NÚMERO DA UNIDADE OU 'NENHUM'.
CP_2023	VERIFICA SE O REGISTRO PERTENCE A TABELA SISCOLO, DO SISTEMA 'SIS' E LISTA DE LAUDOS. SÃO CONSIDERADAS ENTRADAS FEITOS EM 2023. RETORNO: SIM OU NÃO.
GESTANTES	SIMILAR À FUNÇÃO 'VINCULO'. VERIFICA SE O REGISTRO PERTENCE A TABELA DE PACIENTES LISTADOS NA AÇÃO PROGRAMÁTICA 'GESTANTES' DO SISTEMA 'SIS' CUJA DUM É POSTERIOR A 01/01/2023 E A ALTA É ANTERIOR A 30/11/2023. RETORNO: SIM OU NÃO.
CRIANÇAS	VERIFICA SE O REGISTRO PERTENCE À TABELA GAPS E SE O USUÁRIO EM QUESTÃO NÃO COMPLETOU UM ANO DEPOIS DE 30/11/2023. RETORNO: SIM OU NÃO.
VACINA	VERIFICA SE O CPF OU CARTÃO SUS PERTENCE AO CONJUNTO DE PACIENTES EM LISTA RELATIVA À VACINAÇÃO. RETORNO: SIM OU NÃO.
VACINA VIP	VERIFICA SE O CPF OU CARTÃO SUS PERTENCE AO CONJUNTO DE PACIENTES EM LISTA RELATIVA À VACINAÇÃO COM VACINA VIP. RETORNO: SIM OU NÃO.
VACINA PENTA	VERIFICA SE O CPF OU CARTÃO SUS PERTENCE AO CONJUNTO DE PACIENTES EM LISTA RELATIVA À VACINAÇÃO COM VACINA PENTA. RETORNO: SIM OU NÃO.
SAÚDE BUCAL	VERIFICA SE O REGISTRO PERTENCE À TABELA DE BOLETINS, DO SISTEMA 'SIS', EM QUE O PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PROCEDIMENTO SIASUS ESTÁ NA LISTA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL E A CONSULTA FOI REALIZADA ENTRE 1/1/2023 E 30/11/2023. RETORNO: SIM OU NÃO.
TUBERCULOSE	VERIFICA SE O REGISTRO PERTENCE A TABELA DE BOLETINS POR CID, DO SISTEMA 'SIS', EM QUE QUALQUER CID REGISTRADO ESTÁ NA LISTA ('A15', 'A150', 'A151', 'A152', 'A153', 'A154', 'A155', 'A157', 'A158', 'A159', 'A16', 'A160', 'A161', 'A162', 'A163', 'A164', 'A168', 'A169', 'A17', 'A178', 'A179', 'A18', 'A180', 'A181', 'A183', 'A184', 'A185', 'A186', 'A187', 'A188', 'A19', 'A190', 'A191', 'A192', 'A198', 'A199'). RETORNO: SIM OU NÃO.
CAPS AD III	SIMILAR À FUNÇÃO 'UNIDADE'. VERIFICA SE O REGISTRO PERTENCE A TABELA GAPS COM O NÚMERO DE UNIDADE 162. RETORNO: SIM OU NÃO.
PERTINÊNCIA AO CONJUNTO DE REGISTROS DO CAPS AD III - RECORTE	VERIFICA SE O REGISTRO PERTENCE AO CONJUNTO DE PACIENTES DO CAPS AD III FORNECIDO PELO PRÓPRIO SERVIÇO. RETORNO: SIM OU NÃO.
CNAR	SIMILAR À FUNÇÃO 'UNIDADE'. VERIFICA SE O REGISTRO PERTENCE A TABELA GAPS COM O NÚMERO DE UNIDADE 100. RETORNO: SIM OU NÃO.
PBF	VERIFICA SE O CPF OU CARTÃO SUS PERTENCE AO CONJUNTO DE PACIENTES EM LISTA RELATIVA AO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA. RETORNO: SIM OU NÃO.

Fonte: SIS – GHC.

As informações das análises anteriormente descritas, são colocadas em planilha Excel que também contém os dados de sexo biológico, idade (atual), cartão SUS, CP e data de nascimento. Os campos com informação de pertinência facilitam o trabalho de análise pois permitem a construção de planilhas dinâmicas para construir informações e visualizações gráficas do perfil em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS FUTURAS

Esperamos que este seja o primeiro de muitos estudos que tenha a visão humanística, científica e qualificadora do que entendemos por atenção à saúde, ensino e inovação. A GAPS coloca-se no compromisso de ampliar as análises e os indicadores apresentados, bem como vislumbra que todas as suas US estejam contempladas em nossos materiais, como o CAPS Infantil, o CAPS II e o Núcleo de Abordagem Familiar (NAF), além do trabalho realizado pelos matriciadores do serviço. Porém, reiteramos que esse é o princípio de um novo tempo.

Em 2023, foi assinado pelo Presidente da República o decreto nº 11.443 que dispõe sobre o preenchimento por pessoas negras de percentual mínimo de cargos em comissão e funções de confiança no âmbito da administração pública federal.

Atualmente, a gerente da GAPS, do GHC, é uma pessoa que se autodeclara preta pela primeira vez na história da gerência. Temos grandes desafios pela frente, visto os dados gerais da gerência. Porém, o arcabouço legal, as políticas de reparação e o movimento negro brasileiro reforçam a luta e as conquistas no combate ao racismo e na construção da igualdade racial.



Sinfonia Inacabada

Maria Helena Zanella

Para ser lido com o coração totalmente provido de sentimentos, quanto mais, melhores sereis, seremos, serão.

É necessário contar
O que de fato ocorreu
Neste período da história:
Expandir era o desejo
Das civilizações de outrora
Territórios anexados
Povos escravizados
Perdem sua trajetória
Impérios a aumentar
Culturas desrespeitadas
Costumes vilipendiados
Etnias que sempre
Tiveram como lutar.
Ainda há nos quintais
E nos troncos espalhados
Muito sangue derramado
E uma guerra declarada
Para ser legítimo matar;
Perde todos os direitos
Deixa de ser cidadão
Tiram sua liberdade;

Gerenciar seu próprio corpo
E ter o seu documento
Passa a ser um tormento
De quem sonhava em voar.
E assim muitos povos
Perderam sua identidade
Mas não a eterna vontade
De serem livres e amar.
Vieram então os guerreiros,
Aqueles que não tiveram
Nenhum medo de falar:
Lutaram a luta injusta
E a resistência aguerrida
Desvendaram o que encobria
Histórias tão desconexas
Desenterraram seus mortos
Refizeram a trajetória
Resgataram da memória
Na ruína das senzalas
Nas festas com seus tambores
O quilombo colorido
Agora aqui todos reunidos
Novos tempos que florescem
Para nosso povo sofrido.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília, DF: 1975.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: 1990.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, DF: 2004a.

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. Brasília, DF: 2004b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Financiamento da Assistência Social no Brasil. Caderno SUAS: Evolução dos Recursos dos Programas de Transferência de Renda, ano 3, n. 3, 30 pg., 2008.

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento Diretamente Observado (TODO) da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 168 pg., 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 11, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF: 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. 1ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 14 pg., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Retratos da Vida, 9ª ed., Porto Alegre: HNSC, 2015a. Acesso em: 18 de dezembro de 2023. Disponível em: https://www.ghc.com.br/files/Carlos_Grossman.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 50 pg., 2015b.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44 pg., 2017b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Brasília, DF: 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: Orientações para Implementação. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 180 pg., 2018b.

BRASIL. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual da Atenção Básica. Boletim Informativo nº 3 de 2020: Programa Previne Brasil – monitoramento do indicador de desempenho 4 – cobertura de exame citopatológico. Porto Alegre, 19 pg., 2020.

BRASIL. Câmara Municipal de Porto Alegre. Lei nº 13.406, de 24 de março de 2023. Institui a Política Municipal de Saúde Integral da População Negra no Município de Porto Alegre. Porto Alegre, RS: 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico: Tuberculose - Número Especial. Brasília: Editora do Ministério, 64 pg., 2023b.

BRASIL. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Informe Epidemiológico do Estado do Rio Grande do Sul: Tuberculose 2023. Porto Alegre, 49 pg., 2023c.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Secretaria-Executiva. Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. População em Situação de Rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Brasília: Editora do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 39 pg., 2023d.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.164, de 2 de março de 2023. Institui o Programa Bolsa Família e altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, e a Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003, que dispõe sobre a autorização para o desconto em folha de pagamento. Brasília, DF: 2023e.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, pg. 77-93, 2007.

DALMOLIN, S. P.; DEXHEIMER, G. M.; DELVING, L. K. O. B. Mulheres com exames citopatológicos alterados: avaliação do seguimento de acordo com as condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, v. 48, n. 3, pg. 235-239, 2016.

GHC. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária: Regimento Interno. Porto Alegre: HNSC, [s. d.].

GHC. Grupo Hospitalar Conceição. Grupo Hospitalar Conceição: Quem Somos. 2023. Acesso em: 18 de dezembro de 2023. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1>

GZH. Site da GZH, 2010. GHC irá montar consultório de rua em Porto Alegre. Acesso em: 18 de dezembro de 2023. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2010/05/ghc-ira-montar-consultorio-de-rua-em-porto-alegre-2907586.html>
IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Preliminar Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2ª ed., 114 pg., 2016.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. *J. Epidemiology Community Health*, v. 55, n. 10, pg. 693-700, 2001.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Metodologia do trabalho científico: projetos de pesquisa, pesquisa bibliográfica, teses de doutorado, dissertações de mestrado, trabalhos de conclusão de curso. 8ª ed. – São Paulo: Editora Atlas, 2017.

PATRÍCIO, A. C. F. A. et al. Validação de instrumento: HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis em pessoas em situação de rua. Rev. Bras. Enferm., v. 75, n. 6, pg. 1-8, 2022.

RAMOS, J. B. Pedagogia hospitalar e política pública de apoio: representação de médicos de família e comunidade. Dissertação (Mestrado em Educação em Administração e Políticas Públicas) – Universidad Nacional de Tres de Febrero. Buenos Aires, 143 pg., 2013.

RODRIGUES, L. S. A. et al. Perfil dos usuários atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas. Revista de Enfermagem UFPE Online, v. 7, n. 8, pg. 5191-5197, 2013.

SAADEH, A. et al. AMTIGOS – Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual, do IPq-HCFM/USP: proposta de trabalho com crianças, adolescentes e adultos. BIS – Boletim do Instituto de Saúde, v. 19, n. 2, pg. 86-97, 2018.

SANTOS, C. F.; ROMANINI, M. A (in)visibilidade de mulheres usuárias de álcool e outras drogas em uma CAPS AD III. Dossiê Temático: Parentalidades, Gênero, e Diversidade Sexual, v. 3, n. 1, pg. 84-100, 2019.

SILVA, T. D. Ação afirmativa e população negra na educação superior: acesso e perfil discente. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 59 pg., Rio de Janeiro: 2020.

TARLOV, A. Social Determinantes of Health: the sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. Health and Social Organization. London: Routledge, pg. 71-93, 1996.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

