

# Vida Saudável | Políticas de promoção da equidade em saúde

18 de Abril de 2024 , 14:05

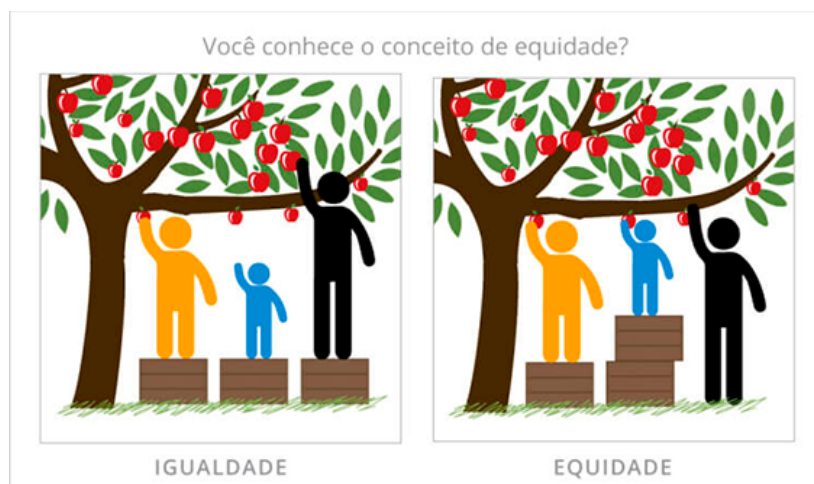
Atualizado em 19 de Abril de 2024 , 12:24

|                      |                          |                                            |           |                     |
|----------------------|--------------------------|--------------------------------------------|-----------|---------------------|
| ALIMENTAÇÃO          | ATIVIDADE FÍSICA         | PICS                                       | TABAGISMO | EDUCAÇÃO PERMANENTE |
| AÇÕES INTERSETORIAIS | CONHECIMENTOS E PRÁTICAS | POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE |           |                     |



Equidade é um dos princípios regentes do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. No SUS, a equidade se evidencia no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenças sociais e deve atender a diversidade.

As Políticas de Promoção da Equidade em Saúde são um conjunto de políticas construídas a partir da compreensão das diferentes formas de discriminação como determinantes sociais da saúde (DSS), que influenciam nas formas de adoecimento e no acesso e qualidade da assistência oferecida. Entender a equidade e a garantia de acesso à saúde pelo viés dos determinantes sociais pressupõe a compreensão de que diferentes características, como orientação sexual e identidade de gênero, raça/etnia, formas de vida, trabalho e produção e especificidades territoriais/regionais, e a consequente construção histórica de valores culturais e sociais a elas atribuídas, possibilitam diferentes formas de inserção social e influenciam no acesso aos direitos e políticas públicas diversas, gerando vulnerabilidades diferentes.



Dessa forma, algumas populações têm sido historicamente excluídas do sistema de saúde por não terem suas demandas atendidas e suas singularidades respeitadas. As Políticas de Promoção da

Equidade em Saúde vem, sobretudo, para tentar garantir o acesso à saúde livre de toda forma de discriminação e com processos de trabalhos tão plurais quanto os usuários para quem as ações se dirigem. A saúde é um direito de todos. Assim, a execução dessas políticas pressupõe o rompimento de barreiras institucionais que dificultam o acesso à saúde, além de se ampararem nos princípios do SUS de universalidade e integralidade.

Assim sendo, as ações de Equidade envolvem ações de educação permanente para profissionais dos serviços de saúde e educação popular para a comunidade, o respeito ao nome social de travestis e transexuais, o enfrentamento ao racismo institucional, a divulgação das políticas de promoção da equidade no SUS, o atendimento a demandas específicas de cada grupo, a construção e o fortalecimento de ações intersetoriais que tenham interface com os direitos humanos e sociais, a participação dos movimentos sociais e fortalecimento do controle social. O Ministério da Saúde inclui no rol de Políticas de Promoção da Equidade a Política Nacional de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, Política Nacional para a População em Situação de Rua, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, a Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em conflito com a Lei (PNAISARI) e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

Em Minas Gerais, as políticas de promoção da equidade em saúde são fortalecidas pela articulação com a Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS), que através da [Resolução SES/MG Nº 7.610, de 21 de julho de 2021](#), atualiza as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento e avaliação do incentivo financeiro de cofinanciamento da Política Estadual de Promoção da Saúde nos termos da [Resolução SES/MG nº 5.250, de 19 de abril de 2016](#).

Nesse íterim, tem-se o indicador 6, qual seja: número de ações para implantação das políticas de promoção da equidade em saúde, o qual objetiva estimular a implantação das políticas de promoção da equidade em saúde nos municípios, ampliando e qualificando o acesso na Atenção Primária à Saúde.

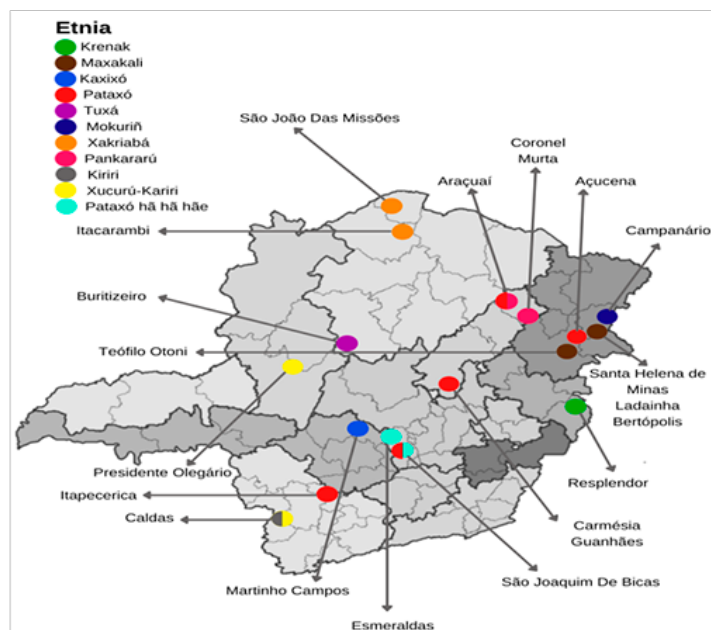


Dessa forma, as ações permitem acompanhar e analisar a realização de ações pelos municípios direcionados às populações específicas em situação de maior vulnerabilidade social e em saúde incluídas no escopo das políticas de promoção da equidade em saúde, a saber: população do campo, florestas e águas, população em situação de rua, população cigana, população LGBT, população negra, população de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, população migrante, refugiada e apátrida.

## População indígena

Em Minas Gerais há 11 etnias indígenas (Pataxó, Pankararú, Xukuru Kariri, Maxakali, Mokuriñ, Kaxixó, Krenak, Tuxá, Xakriabá, Kiriri, Pataxó Hã Hãe Hãe), localizadas em 20 municípios mineiros (Açucena, Araçuaí, Bertópolis, Buritizeiro, Caldas, Campanário, Carmésia, Coronel Murta,

Esmeraldas, Guanhães, Itacarambi, Itapecerica, Ladainha, Martinho Campos, Presidente Olegário, Resplendor, Santa Helena de Minas, São Joaquim de Bicas, São João das Missões e Teófilo Otoni), referenciados em 11 unidades regionais de saúde (Belo Horizonte, Coronel Fabriciano, Diamantina, Divinópolis, Governador Valadares, Itabira, Januária, Patos de Minas, Pirapora, Pouso Alegre e Teófilo Otoni).



Fonte: Elaborado pela Coordenação de Saúde Indígena e Políticas de Promoção da Equidade em Saúde.

A Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas é conduzida pelo Grupo Condutor da Política Estadual da Saúde Indígena do Estado de Minas Gerais, instituído pela [RESOLUÇÃO SES/MG Nº 5.264, DE 13 DE ABRIL DE 2016](#) e redefinido pela [RESOLUÇÃO SES/MG Nº 8.499, DE 07 DE DEZEMBRO DE 2022](#).

Os recursos do incentivo financeiro estadual, definido na [RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.719, DE 22 DE SETEMBRO DE 2021](#), são destinados a complementar a atenção à saúde indígena no âmbito da Atenção Primária na infraestrutura, saúde bucal, vigilância epidemiológica, promoção, prevenção e educação sanitária, transporte sanitário indígena (sistema viário), manutenção da medicina tradicional indígena, além de visitas técnicas, espaços de formação da equipe e das lideranças e, assessoria contínua às instâncias regionais, municipais e locais.



Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidades. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento, etc.) vêm ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e também os seus saberes, modos de vida, sistemas econômicos e organização social.

Em relação à morbidade, verifica-se uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais

agudas, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas.

Em algumas regiões, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e, especialmente, na alimentação: a hipertensão arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo, a depressão e o suicídio são problemas cada vez mais frequentes em diversas comunidades.



## População privada de liberdade

O Sistema prisional é todo o itinerário carcerário, desde o momento da detenção do cidadão e sua condução para um estabelecimento policial até a finalização do cumprimento da pena. Entendem-se ainda por pessoa privada de liberdade no sistema prisional os indivíduos maiores de 18 anos custodiados em unidades prisionais. Na população do sistema prisional é possível encontrar grande pluralidade: homens jovens, em sua maioria; estrangeiros; idosos; mulheres; crianças (filhos dessas mulheres privadas de liberdade) e populações vulneráveis, como indígenas, Lésbicas Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT), pessoas com transtornos mentais e com deficiências.

Todos os tipos de agravos em saúde que acometem a população geral também são encontrados no sistema prisional, mas podem ser potencializados devido às condições precárias de confinamento de grande parte das unidades prisionais e também à superlotação. Portanto, nesse cenário, é obrigatório que as políticas públicas sejam transversais, de forma a atender a todos em todas em suas especificidades.

De acordo com dados, referentes à competência de dezembro de 2022, encaminhados pela Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública - SEJUSP, o estado de Minas Gerais tem atualmente uma população prisional de 60457 indivíduos.

Tendo em vista essas dificuldades e considerando o princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas privadas de liberdade, o Ministério da Saúde lançou a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**, instituída pela [Portaria Interministerial nº 1, de 02 de janeiro de 2014](#) visando o melhor acesso dessa população aos

serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).



Em agosto de 2014, o estado de Minas Gerais aderiu à PNAISP, seguido pela habilitação das equipes de saúde prisionais de alguns municípios mineiros a essa política. O estado, então, segue a publicação da [Resolução SES-MG Nº 5.884 DE 21 DE SETEMBRO DE 2017](#), de modo a garantir o repasse de incentivo estadual adicional para essas equipes habilitadas na PNAISP. Atualmente temos 47 equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), em 38 municípios mineiros, habilitadas na PNAISP.

Atualmente, a [Resolução SES/MG nº 7.913/2021](#), alterada pela [Resolução SES/MG nº 8.430/2022](#), define as regras quanto ao repasse estadual para cofinanciamento das equipes PNAISP e ações de saúde no âmbito da APS para essa população.

## População Negra

Embora 53,9% da população brasileira seja formada por pessoas negras (pretos e pardos, conforme dados de 2016 do IBGE), ainda vivemos em uma sociedade marcada pelo racismo e este preconceito pode ser percebido em diversas áreas, inclusive na saúde pública. De acordo com o Ministério da Saúde, 67% do público atendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por pessoas negras.

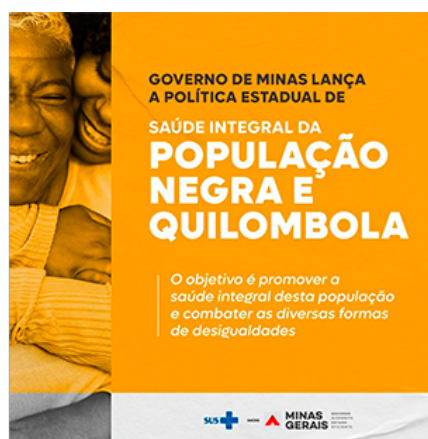
Para minimizar os impactos do racismo na assistência à saúde prestada à população negra, o **Ministério da Saúde** instituiu, em fevereiro de 2007, a **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**, por meio da [Portaria nº 992](#). Ela é baseada nos princípios de cidadania e dignidade humana, reconhecendo o racismo enquanto determinante social da saúde. O impacto do racismo como determinante social da saúde (os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha) se evidencia através de alguns dados epidemiológicos, como a maior mortalidade materna-infantil em mulheres negras, menor cobertura de pré-natal, maior violência obstétrica em mulheres negras, maior índice e tentativas de autoextermínio (de 2012 a 2016, aumentou o número de negros vítimas do suicídio, passando de 53,3% para 55,4%, na comparação com a população em geral. Ministério da Saúde: Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016), maior impacto da violência, sobretudo na juventude negra (BRASIL: 2016).



Em relação às doenças predominantes na população negra, existe um consenso científico que entende essas prevalências devido ao condicionamento de fatores genéticos que atuam conjuntamente com fatores sociais e ambientais e que teriam efeito direto ou indireto na morbidade e na mortalidade. Entre estas doenças, podemos destacar: Anemia falciforme, Diabetes mellitus (tipo II), Hipertensão arterial e Deficiência de glicose 6 fosfato desidrogenase.

Em Minas Gerais, ressaltamos a formulação da [Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.488, de 17 de maio de 2017](#), que aprova a instituição do Comitê Técnico de Saúde Integral da População Negra, que constitui em uma instância colegiada, com a finalidade de formular e promover diretrizes, voltadas para o combater à discriminação, para a promoção da saúde integral e defesa dos direitos das populações negra e quilombola. Além disso, destacamos que no âmbito estadual de Minas Gerais, está em formulação a Política Estadual de Saúde Integral da População Negra. fonte: cartilha "O SUS está de braços abertos para a saúde da população negra."

E, como materialização de um processo coletivo de construção do SUS, Minas instituiu a Política Estadual de Saúde Integral da População Negra e Quilombola, através da [DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.991, DE 09 DE NOVEMBRO DE 2022](#), que aprova a Política Estadual de Saúde Integral da População Negra e Quilombola no âmbito do SUS em Minas Gerais e dá outras providências.



## População LGBT

A sigla aqui adotada, LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros), segue deliberação da I Conferência Nacional LGBT, realizada em 2008. Sabemos, no entanto, que ela não é suficiente para abarcar todas múltiplas formas de expressão e identificação sexuais e de gênero. A sigla LGBT é aqui utilizada, portanto, em um sentido abrangente, abarcando diferentes identificações de gênero (pessoas travestis, transexuais, transgêneras, homens trans, não-binárias, agender, queer) e sexualidade (pessoas homossexuais, bissexuais, pansexuais, assexuais) existentes e em construção.

**L = Lésbicas:** São mulheres que sentem atração afetiva/sexual pelo mesmo gênero, ou seja,

outras mulheres.

**G = Gays:** São homens que sentem atração afetiva/sexual pelo mesmo gênero, ou seja, outros homens.

**B = Bissexuais:** Diz respeito aos homens e mulheres que sentem atração afetivo/sexual pelos gêneros masculino e feminino.

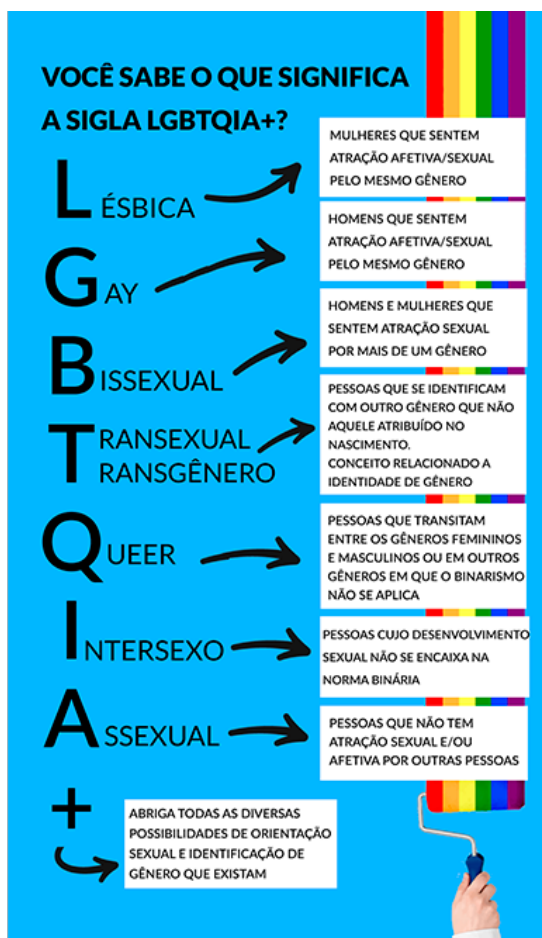
**T = Transgênero:** Diferentemente das letras anteriores, o T não se refere a uma orientação sexual, mas a identidades de gênero. Também chamadas de “pessoas trans”, elas podem ser transgênero (homem ou mulher), travesti (identidade feminina) ou pessoa não-binária, que se compreende além da divisão “homem e mulher”.

**Q = Queer:** Pessoas com o gênero ‘Queer’ são aquelas que transitam entre as noções de gênero, como é o caso das drag queens. A teoria queer defende que a orientação sexual e identidade de gênero não são resultado da funcionalidade biológica, mas de uma construção social.

**I = Intersexo:** A pessoa intersexo está entre o feminino e o masculino. As suas combinações biológicas e desenvolvimento corporal – cromossomos, genitais, hormônios, etc. – não se enquadram na norma binária (masculino ou feminino).

**A = Assexual:** Assexuais não sentem atração sexual por outras pessoas, independente do gênero. Existem diferentes níveis de assexualidade e é comum essas pessoas não verem as relações sexuais humanas como prioridade.

**+:** O símbolo de “ mais ” no final da sigla aparece para incluir outras identidades de gênero e orientações sexuais que não se encaixam no padrão cis-heteronormativo, mas que não aparecem em destaque antes do símbolo.



A orientação sexual diz respeito à conexão emocional, afetiva ou sexual que cada pessoa sente por indivíduos, sendo eles do mesmo gênero ou não, independente da presença de relações íntimas e sexuais. Dentro da sigla, as letras “LGB” representam, respectivamente, Lésbicas, Gays e Bissexuais, e todos são exemplos de orientação sexual.

A identidade de gênero está relacionada com a experiência pessoal e interna do indivíduo, levando em consideração a percepção do próprio corpo. Ela pode corresponder ao sexo biológico atribuído no nascimento, como é o caso das pessoas cisgênero, ou não corresponder, o que acontece com as pessoas transgênero. Na sigla, a letra “T” representa as mulheres transexuais, os homens transexuais e as travestis. Dentro desse conceito ainda temos o gênero não binário, no qual as pessoas não se identificam com o feminino, nem com o masculino.



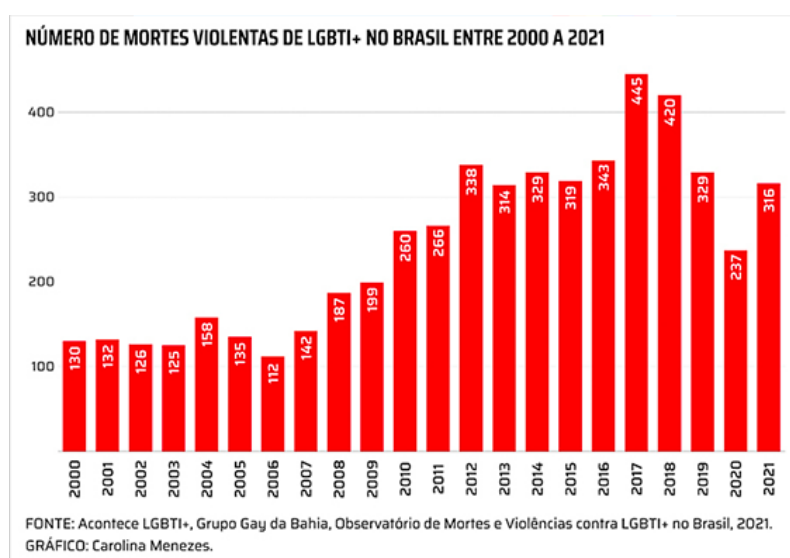
Já a expressão de gênero se refere a forma como a pessoa se manifesta para a sociedade, isso inclui o modo de se vestir, cortes de cabelo, voz, características corporais, além de interação interpessoais. Essa manifestação pode acontecer de forma mais feminina, mais masculina ou andrógina.

O sexo biológico é definido por características biológicas que a pessoa tem no momento do nascimento, como cromossomos, genitália e concentração de hormônios. O sexo designado ao nascer se divide em feminino, masculino e intersexo.

A letra “Q” representa a palavra Queer, que nesse contexto visa caracterizar uma pessoa fora das normas de gênero. Assim como o símbolo “+” busca incluir todas as demais pessoas que não se identificam com os padrões de orientação sexual e gênero estabelecidos pela sociedade heteronormativa.

O Ministério da Saúde criou, em 2011, a [Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT](#), um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade, e documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades.

Dessa forma, a Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para o reconhecimento da orientação sexual e identidade de gênero como determinantes sociais da saúde, o que se evidencia ao observar alguns dados epidemiológicos como a menor cobertura de exame preventivo em mulheres lésbicas e bissexuais, alto índice de pessoas trans que iniciam seu processo transexualizador fora do SUS devido à escassez destes serviços especializados, altas taxas de violência contra população LGBT.



Em Minas Gerais, destacamos a [RESOLUÇÃO CONJUNTA SES-MG/SEDPAC-MG/SEE-MG Nº 207, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2016](#), que institui o Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral LGBT, um espaço consultivo de gestão que tem como objetivo construir de forma dialogada ações e diretrizes para a garantia do cuidado integral dessa população. Este espaço conta com a representação da sociedade civil, serviços, universidades, diferentes áreas técnicas da SES e Secretarias de Estado parceiras. Um dos produtos de trabalho deste grupo foi a publicação da [DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.202, DE 14 DE AGOSTO DE 2020](#), que aprova no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, a Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT, trazendo diretrizes para a saúde que atendam as especificidades do estado.

Também em Minas Gerais há a [RESOLUÇÃO SES/MG Nº 8.375, DE 19 DE OUTUBRO DE 2022](#), que define as normas de monitoramento do incremento para as equipes de saúde da família visando a qualificação do acesso à saúde da população LGBT, no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais; a Nota Técnica nº 10/SES/SUBPAS-SAPS-DPS/2023, que estabelece critérios para a elaboração do Plano Operativo Municipal no âmbito da Resolução SES/MG Nº 8.375; e Nota Técnica nº 4/SES/SUBPAS-SAPS-DPS/2023, que orienta quanto ao registro do nome social\*, assim como o preenchimento dos campos de "Orientação Sexual" e "Identidade de Gênero" no sistema e-SUS Atenção Primária e ao respeito ao nome social, em todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do estado de Minas Gerais.

\*Nome social é o modo como a pessoa se autoidentifica e é reconhecida, identificada, chamada e denominada na sua comunidade e no meio social, uma vez que o seu nome civil, isto é, seu nome

de registro não reflete a sua identidade de gênero.



## População Cigana

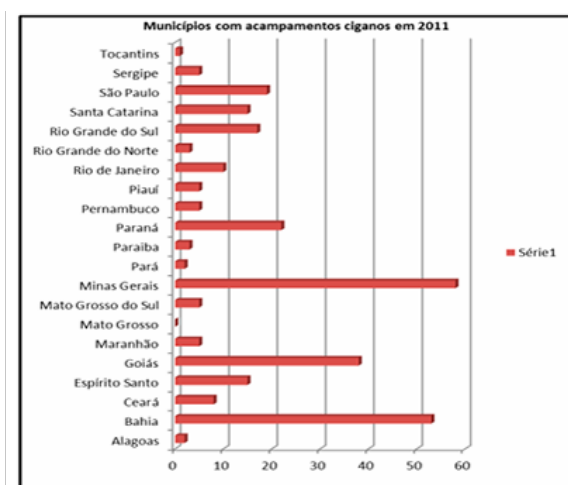
O desconhecimento sobre os ciganos é certamente uma das causas da invisibilidade desta população. Os estudos e relatos não conseguem confirmar as variadas estimativas sobre o número deles no Brasil, nem sobre sua distribuição geográfica. Dados do IBGE de 2009 confirmam que pelo menos 290 municípios brasileiros possuem acampamentos ciganos. Os resultados deste estudo poderão servir para desenvolver futuras estratégias de atuação em saúde para as populações ciganas. Reconhecendo a especificidade da cultura cigana, o Ministério da Saúde fez constar na Portaria que regulamenta o cadastramento dos usuários do SUS - o Cartão Nacional de Saúde, uma cláusula que dispensa a população cigana de comprovação de endereço:

*"Art. 19 - Durante o processo de cadastramento deverá ser solicitado o endereço do domicílio permanente do usuário, independentemente do município no qual esteja no momento do cadastramento ou do atendimento.*

*§ 1º - Não estão incluídos nessa exigência os ciganos nômades e os moradores de rua."*

Portaria 940, de 28 de abril de 2011

Em âmbito nacional, destacamos [Portaria Nº 4.384, De 28 de dezembro de 2018](#), que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, que tem como objetivo geral promover a saúde integral do Povo Cigano/Romani, respeitando suas práticas, saberes e medicinas tradicionais, priorizando a redução e o combate à ciganofobia ou romafofia.



**População do Campo, Florestas e Águas (população rural, atingidos por barragens,**

**assentamentos e acampamentos da reforma agrária, indígenas, quilombolas, camponeses, os agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados, acampados, assalariados e temporários, que residam ou não no campo, populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas e outras comunidades tradicionais)**

A população do campo e da floresta é formada por povos e comunidades que têm seus modos de vida relacionados predominantemente com o campo, a floresta e os ambientes aquáticos. Destacam-se os camponeses, os agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados, acampados, assalariados e temporários, que residam ou não no campo; comunidades remanescentes de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; e outras comunidades tradicionais. Somadas, estas populações representam aproximadamente 30 milhões de pessoas que estão na área rural, ou seja, 15,65% da população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (2010).

As Políticas para essas populações têm como objetivo a melhoria do nível de saúde das populações do campo e da floresta por meio do acesso aos serviços de saúde; da redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas; e da melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. Para tanto, é necessário considerar, na gestão do SUS, a diversidade e as dinâmicas próprias dos espaços não-urbanos, a mobilidade populacional, os diferentes sujeitos sociais, seus modos de produção, suas formas de organização comunitária, suas necessidades de recursos naturais – incluindo o acesso à terra – e toda uma gama de aspectos culturais e ambientais que impactam a saúde, a qualidade de vida e o desenvolvimento sustentável no campo e na floresta.

### **População em situação de rua**

A população em situação de rua (PSR) é um grupo heterogêneo que se concentra nas grandes cidades brasileiras e suas regiões metropolitanas; que tem na rua sua principal fonte de sustento; e que possui em comum a pobreza, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular. Esta população faz dos logradouros públicos, espaço de moradia e sustento, podendo utilizar-se de unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. Para a redução das iniquidades em saúde da população em situação de rua, vale-se destacar as barreiras de acesso desta população, como por exemplo, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a necessidade de ampliação do Consultório na Rua e de Centros de Atenção Psicossocial. Além disso, é preciso, ainda, trabalhar os preconceitos e estereótipos associados a PSR entre os profissionais de saúde e, consequentemente, qualificar e garantir o atendimento a esse público.

Dados disponíveis pelo CadÚnico acerca da localização das famílias em situação de rua no Estado de Minas Gerais atualizada em 12/2022, de acordo com dados do CadÚnico (Fonte: SAGI/VIS DATA), temos que:

- Dos 853 municípios mineiros, 336, ou seja 39,39% possuem pelo menos uma família cadastrada em situação de rua, totalizando 20.885 famílias.
- Os demais 517, que correspondem a 60,61% não possuem cadastro de famílias em situação de rua.
- Destaca-se que 46 municípios possuem 50 ou mais famílias em situação de rua, totalizando 18.765.
- Nota-se que 89,85% da população em situação de rua do estado de Minas Gerais está concentrada em 5,39% dos municípios mineiros.
- Observa-se que somente a Capital mineira (Belo Horizonte) possui 10.619 famílias, o que corresponde a 50,85% da população em situação de rua Estadual.
- Portanto, observa-se que a 89,85% concentra-se em 5,39% dos municípios mineiros e mais da metade na Capital do Estado.

(material encaminhado pela SEDESE/2023)



## Os problemas clínicos mais comuns junto a população em situação de rua

- Problemas nos pés: causar calos e abrasões, além de infecções fúngicas, que são muito comuns;
- Infestações: piolhos de corpo, de cabeça e escabiose sejam agravos frequentes no que se refere à saúde da população em situação de rua;
- Tuberculose: estima-se que se trate de um grave problema de saúde, sempre com elevada taxa de incidência e de abandono do tratamento;
- DST, HIV e AIDS: a incidência de DST é elevada nesse grupo. Oferecer exames de HIV, hepatites virais e sífilis como parte dos exames laboratoriais periódicos para a população de rua;
- Gravidez de alto risco: gravidez na adolescência; ausência de pré-natal adequado; HIV positiva e com abandono de tratamento; uso prévio de drogas; relações sexuais desprotegidas com parceiro soropositivo;
- Doenças crônicas: Hipertensão, Diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica, entre outras, são agravos comuns de ocorrerem na população de rua;
- Álcool e drogas;
- Saúde bucal. [Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua](#)

## Adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa

Entende-se por Adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa aqueles que cometeram algum ato infracional e que cumprem medida socioeducativa em meio aberto ou em situação de privação ou restrição de liberdade, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente. As medidas socioeducativas podem ser:

**Liberdade Assistida (Prevista nos artigos 118 e 119 do ECA)** - A liberdade assistida consiste no acompanhamento, auxílio e orientação por parte de um assistente social para o adolescente, sem privá-lo de sua liberdade nem de seu convívio rotineiro com a escola, a comunidade e sua família. Para tanto, o assistente faz uso dos serviços que tem à sua disposição nas áreas de saúde, cultura, esporte, lazer e profissionalização, atuando em conjunto com os sujeitos que fazem parte do convívio do jovem. É primordial que seja traçado o perfil do adolescente e se entenda a razão da infração, seu histórico social e contexto familiar, a fim de que as orientações possam contemplá-lo integralmente – é o chamado Plano de Atendimento Individual do Adolescente. A medida deve ser cumprida no mínimo por seis meses e pode ser estendida por tempo indeterminado.

**Semiliberdade (Artigo 120 do ECA)** - A semiliberdade é considerada uma medida intermediária, porque apesar de não privar inteiramente o adolescente da liberdade, altera sua relação com o meio. Ela consiste em colocar o adolescente em uma casa de internação durante os dias da semana para cumprimento de atividades pedagógicas e formativas. A medida funda-se

principalmente no princípio de responsabilização do adolescente. Assim como no caso da liberdade assistida, é prevista por lei a criação de um Plano de Atendimento Individual do Adolescente, em que é traçado um perfil para poder propiciar o atendimento ideal caso a caso.

**Internação (Artigos 121 a 125 do ECA)** - A medida de internação é considerada a mais gravosa, por privar o adolescente de liberdade por um prazo que varia de seis meses a até três anos. A medida pode ser aplicada de duas maneiras: em caráter provisório, quando o adolescente pode ficar até 45 dias em internação aguardando decisão judicial definitiva; e em caráter estrito, quando já é determinado que ele irá cumprir a internação.



Segundo Nota Técnica elaborada pela área técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, do Ministério da Saúde, dados de diferentes estudos e pesquisas (Brasil, 2001; Silva; Guerres, 2003; Brasil, 2007) mostram que a atenção à saúde dos adolescentes privados de liberdade apresenta diversos problemas, entre eles: tímida atuação das secretarias estaduais/municipais de saúde no aporte às necessidades de atendimento e manutenção dos serviços existentes; dificuldade no agendamento de consultas e exames no SUS, ausência de diálogo entre os gestores do sistema socioeducativo e da saúde, desconhecimento por parte dos profissionais da saúde das especificidades no atendimento ao público adolescente privado de liberdade, atendimento deficitário em saúde mental, álcool e outras drogas, alto índice de medicalização, ocorrência de violência institucional, entre outros.

Diante dessa realidade, em 2014, o Ministério da Saúde, publicou a Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), na qual se encontram as diretrizes para a implantação e a implementação da atenção à saúde prestada a adolescentes privados de liberdade, em unidades masculinas e femininas.

A PNAISARI tem como objetivo geral garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade.

A política estabelece também alguns objetivos específicos, tais como: ampliar as ações de e serviços de saúde e estimular as ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas no atendimento a esses adolescentes; incentivar a articulação dos projetos terapêuticos previstos no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) de modo a atender as necessidades desse público; garantir o acesso dessa população, sem qualquer tipo de constrangimento, aos cuidados de saúde; garantir ações de atenção psicossocial e priorizar ações de promoção à saúde além de promover a reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Atualmente o estado de Minas Gerais tem 37 unidades socioeducativas e 10 municípios habilitados

na PNAISARI, sendo estes Belo Horizonte, Divinópolis, Montes Claros, Patos de Minas, Pirapora, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Patrocínio, Uberlândia e Unaí.

## **Migrantes, Refugiados e Apátridas**

O migrante é, pois, toda a pessoa que se transfere de seu lugar habitual, de sua residência comum, ou de seu local de nascimento, para outro lugar, região ou país.

De acordo com a Convenção de Genebra, refugiado é toda a pessoa que “temendo ser perseguida por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas, se encontra fora do país de sua nacionalidade e que não pode, ou em virtude desse temor, não quer valer-se da proteção desse país, ou que, se não tem nacionalidade e se encontra fora do país no qual tinha sua residência habitual, em consequência de tais acontecimentos não pode ou, devido ao referido temor, não quer voltar a ele”.

Apátridas são todos os homens e mulheres (incluindo idosos, jovens e crianças) que não possuem vínculo de nacionalidade com qualquer Estado, seja porque a legislação interna não os reconhece como nacional, seja porque não há um consenso sobre qual Estado deve reconhecer a cidadania dessas pessoas.

Muitos migrantes acreditam não possuir direito à saúde pública no Brasil (especialmente quando indocumentadas/os e/ou irregulares) ou acreditam que esse acesso estaria condicionado a algum tipo de pagamento. Ademais, representações e práticas em saúde predominantes do sistema brasileiro, quando baseadas exclusivamente na perspectiva biomédica, muitas vezes podem não considerar de forma efetiva outros modos de compreender e vivenciar o processo de saúde/doença das diferentes populações migrantes

Some-se a isso os obstáculos de ordem linguística. As dificuldades em se fazer entender, em seus sintomas e apreensões, bem como em compreender o vocabulário médico elaborado em outro idioma (às vezes ainda pouco familiar) podem resultar em fortes desmobilizadores da busca de apoio institucional.

Por entender saúde como direito básico, a Constituição Brasileira assegura acesso para qualquer pessoa que necessite de assistência de saúde no país, independente de nacionalidades ou condição migratória. Duas importantes questões se apresentam na discussão do acesso de PESSOAS MIGRANTES, REFUGIADAS, SOLICITANTES DE REFÚGIO E APÁTRIDAS migrantes ao SUS:

1) as diferenças entre o sistema brasileiro e as referências em saúde da/o migrante em seu país de origem; 2) a situação migratória e o acesso à saúde.

- [Lei nº13.445 de 24 de maio de 2017](#): Lei de imigração, regula a entrada e está no país e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para os emigrantes.

A fonte de dados utilizadas: Observatório das Migrações (OBMIGRA) que disponibiliza o [Sismigra](#).

Outra importante fonte, especificamente sobre migrantes venezuelanos, é a plataforma R4V, alimentada por agências da Organização das Nações Unidas e por Organizações da Sociedade Civil.

Parceiras: <https://www.r4v.info/>.

[Enviar para impressão](#)