Luciana Jonusan Finkler Lofiego

A EXPERIÊNCIA DE ACOLHIMENTO DA POPULAÇÃO INDÍGENA COM FOCO NAS ETNIAS IMIGRADAS PARA BELO HORIZONTE ENTRE 2020 E 2022

Belo Horizonte

2022

Luciana Jonusan Finkler Lofiego

A EXPERIÊNCIA DE ACOLHIMENTO DA POPULAÇÃO INDÍGENA COM FOCO NAS ETNIAS IMIGRADAS PARA BELO HORIZONTE ENTRE 2020 E 2022

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Gislene Aparecida Lacerda

Belo Horizonte, 2022

L828e Lofiego, Luciana Jonusan Finkler.
A experiência de acolhimento da população indígena com foco nas etnias imigradas para Belo Horizonte entre 2020 e 2022. / Luciana Jonusan Finkler Lofiego. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2022.

42 f.

Orientador(a): Gislene Aparecida Lacerda.

Relato de Experiência (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Povos Indígenas. 2. Imigração. 3. Acolhimento. I. Lacerda, Gislene Aparecida. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 300

Luciana Jonusan Finkler Lofiego

A EXPERIÊNCIA DE ACOLHIMENTO DA POPULAÇÃO INDÍGENA COM FOCO NAS ETNIAS IMIGRADAS PARA BELO HORIZONTE ENTRE 2020 E 2022

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em _____

Banca Examinadora

_____

Me. Gislene Aparecida Lacerda (Orientadora)

_____

Dra. Márcia Rocha Parizzi (Banca Examinadora)

_____

Dra. Thaís Lacerda e Silva (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus por sempre estar comigo na minha caminhada, assim como à minha família, em especial meu pai e meu avô (ambos in memoriam) por acreditarem no meu potencial e me incentivarem a realizar meus sonhos.

À Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), a todos os funcionários, professores, que sempre me acolheram tornando a aprendizagem motivadora!

Aos queridos amigos da turma de pós-graduação em Saúde Pública (2022) por tornarem o ambiente da sala de aula divertido e enriquecedor! Amo cada um e levarei todos comigo, como amigos do lado esquerdo do peito! Foram muitos atos de companheirismo e de confraternizações gostosas que transformaram momentos difíceis em momentos prazerosos.

À minha querida e inspiradora orientadora, agradeço imensamente pela parceria, escuta, acolhimento, paciência e apoio! Obrigada por me auxiliar e encorajar nessa e em outras trajetórias!

À minha estimada amiga Vanessa Betariz Vida Schuch pelo carinho, envolvimento e dedicação, contribuindo imensamente na elaboração deste projeto. E por sempre acreditar no meu potencial e profissionalismo!

Ao Ewerton Lamounier (Diretor da Regional Leste), Denise Lemos Dias (Gerente da Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação Leste – GAERE Leste) e Ana Cecília Racciopi (Gerente interina GAERE Leste) pelo incentivo e pela compreensão do meu afastamento para realizar a pós-graduação, cientes da importância para o meu crescimento profissional e contribuição para o serviço!

E principalmente, aos povos indígenas pelo aprendizado enriquecedor que demonstraram que olhar diferenciado à população vulnerável faz diferença!!

Não sei... se avida é curta
ou longa demais para nós,
Mas sei que nada do que vivemos
tem sentido, se não tocamos o coração
das pessoas.
Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo,
É o que dá sentido à vida,.
É o que faz com ela
não seja nem curta nem longa demais,
Mas que seja intensa,
verdadeira, pura.....enquanto durar.
Cora Coralina

RESUMO

A Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) do município de Belo Horizonte (BH) no seu processo de qualificação da atenção primária, tem desenvolvido ações sistematizadas buscando um alinhamento entre os diversos setores e serviços no intuito de facilitar o acesso e a excelência destes serviços a população belo horizontina, em especial às populações mais vulneráveis, com destaque para as populações indígenas. O atendimento às populações indígenas que residem em espaço urbano trazem desafios para as unidades de saúde em função suas características culturais e o seu jeito peculiar de cuidar da saúde, questionando assim, o modo comum e tradicional destas unidades de prestar seus serviços. É nesse contexto que se insere este trabalho, cujo objetivo é relatar a experiência de acolhimento da população indígena imigrada para BH entre 2020 e 2022. Buscamos apresentar as estratégias de acolhimento e de monitoramento da população indígena em espaço urbano na rede SUS-BH, durante a pandemia de COVID-19 e também as ações articuladas que potencializaram o cuidado e a assistência à saúde dessa população. Como resultado observamos os vários desafios que o atendimento à população indígena nos colocam como: as questões culturais e as questões de comunicação. O que exige ações articuladas e intersetoriais com diferentes setores para um eficaz atendimento à essa população.

Palavras-chave: Povos indígenas. Imigração. Acolhimento.

ABSTRACT

The Municipal Health Department (SMSA) of the city of Belo Horizonte (BH) in its process of qualification of primary care has developed systematized actions seeking an alignment between the various sectors and services in order to facilitate access and the excellence of these services to Belo Horizonte population, especially the most vulnerable populations, with emphasis on indigenous populations. The care for indigenous populations residing in urban areas brings challenges to health units due to their cultural characteristics and their peculiar way of caring for health, thus questioning the common and traditional way these units provide their services. It is in this context that this work is inserted, whose objective is to report the reception experience of the indigenous population immigrated to BH between 2020 and 2022. We seek to present the reception and monitoring strategies of the indigenous population in urban space in the SUS-BH network, during the COVID-19 pandemic and also the articulated actions that enhanced the care and assistance to the health of this population. As a result, we observed the various challenges that the service to the indigenous population poses to us, such as: cultural issues and communication issues. This requires articulated and intersectoral actions with different sectors for an effective service to this population.

Keywords: Indigenous peoples. Immigration. Reception.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Dados demográficos da População Indígena no Brasil 17
Figura 2 – Distribuição da População indigena rural e urbana 18
Figura 3 - População indígena no Brasil 18
Figura 4 - Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil 20

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

BH – BELO HORIZONTE

CIEVS – CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

CS – CENTRO DE SAÚDE

DIAS - DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

DRES-P – DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE PAMPULHA

DRES-N – DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE

DSEI – DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA

CASAI – CASA DE SAÚDE INDÍGENA

ESP-MG – ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS

eSF – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

FCM -FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

FUNAI – FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO

FUNASA – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

GEAPS – GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

GAERE-L – GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA, EPIDEMIOLOGIA E REGULAÇÃO LESTE

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

MG – MINAS GERAIS

NASF-AB – NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

OMI – OBSERVATÓRIO DAS MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS

PBH – PREFEITURA DE BELO HORIZONTE

PNAB – PROGRAMA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PNASPI - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

PNI – PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

PSE – PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

RT – REFERÊNCIA TÉCNICA

SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SES – SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

SIASI – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

SISREDE - SISTEMA DE INFORMAÇÃO PBH

SMSA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUASS/SMASAC – SUBSECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UFMG – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

URS - UNIDADE DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 13
2. OBJETIVOS 16
2.1. Objetivo Geral 16
2.2. Objetivos Específicos 16
3. CONCEITOS IMPORTANTES 17
3.1. Povos indígenas no Brasil 17
3.2. Principais costumes indígenas 19
3.3. Organização do serviço de saúde indígena 19
3.4.Organização do serviço de saúde de BH 22
3.5. Imigração no Brasil 25
3.6. Imigração, emigração e refúgio 25
3.7. Imigração venezuelana para o Brasil 26
3.8. Acolhimento 27
4. RELATO DA EXPERIÊNCIA 28
4.1. A Etnia Pataxó e Pataxó Hã Hã Hãe 28
4.2. O cuidado à saúde dos indígenas da Etnia Pataxó e Pataxó Hã Hã Hãe 29
4.3. A Etnia Warao 30
4.4. O cuidado à saúde dos indígenas da Etnia Warao 30
4.5. Organização e estratégias utilizadas 33
5. REFLEXÕES E DESAFIOS ENCONTRADOS 36
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 39
7. REFERÊNCIAS 41
ANEXO 1 43

1. INTRODUÇÃO

Minha trajetória como trabalhadora no Sistema Único de Saúde (SUS) teve início no dia 01/05/2001, como enfermeira na equipe de Saúde da Família (eSF) da cidade de Abaeté (MG) onde permaneci até 26/03/2003. Lá comecei também a minha especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Faculdade de Ciências Médicas (FCM). Retornei para Belo Horizonte (BH) e fui contratada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) do município para atuar na Atenção Primária à Saúde (APS) como enfermeira de eSF do Centro de Saúde Novo Horizonte localizado no Bairro Taquaril, na Regional Leste. Em Fevereiro de 2005 me tornei servidora efetiva, depois da aprovação no Concurso Público da Prefeitura de BH, permanecendo no mesmo local. Após atuar por quase 15 anos na APS de BH, optei em dezembro de 2017 por investir em uma nova função, assumindo o trabalho na gestão em saúde pública no nível central da SMSA/BH. Na SMSA atuei no setor de Imunização por um período de 3 meses quando então optei por seguir na gestão em nível regional na Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação na Região Leste (GAERE-L). Dessa forma em fevereiro de 2018 trabalhei como Referência Técnica (RT) sendo responsável pela Gestão do Cuidado em Sífilis acompanhando o Projeto Estratégico de Sífilis; Estratégia de Gestão do Cuidado no Território como apoiadora das Unidades Básicas de Saúde (Novo Horizonte/Taquaril/Horto e São José Operário) e pela Política do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Permaneci na GAERE-L por quase 2 anos e retornei novamente para o nível central em dezembro de 2019 para atuar como RT na Gerência de Atenção Primária à Saúde (GEAPS). Nesta gerência trabalhei em dois Núcleos. No Núcleo de Monitoramento, fui responsável pelos relatórios de gestão, pelo monitoramento de indicadores e dos repasses financeiros e no Núcleo de Macroprocessos assumi a responsabilidade de acompanhar os processos de trabalho dos agentes comunitários de saúde e da enfermagem, acompanhar a Política de Atenção à população privada de liberdade bem como a Estratégia de Gestão do Cuidado no Território como apoiadora das Diretorias de Saúde Barreiro e Venda Nova.

Iniciei em outubro de 2021 minha segunda especialização, a de Saúde Pública na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG). Em Janeiro de 2022 devido ao meu desejo de trabalhar perto de minha casa e por questões pessoais participei do processo

seletivo para ingressar na GAERE-L, sendo aprovada. Nesta gerência, encontro-me como Coordenadora do Núcleo de Cuidado dos Ciclos de Vida, responsável pela Gestão do Cuidado em Sífilis acompanhando o Projeto Estratégico de Sífilis; Estratégia de Gestão do Cuidado no Território como apoiadora de Unidades Básicas de Saúde (CS Granja de Freitas e CS Mariano de Abreu); Linha de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Gestante e Puérpera; Mulheres em Situação de Vulnerabilidade e Programa Saúde na Escola (PSE).

Na GEAPS pude vivenciar a experiência da chegada de grupos indígenas na capital mineira. Essa população já me interessava desde a minha ida à Porto Seguro, onde pude conhecer um pouco de sua história e sua cultura. Aquilo me fascinou. E quando houve um impacto na assistência dessa população em BH ao longo da pandemia de COVID-19, imediatamente me prontifiquei a me apropriar e colaborar no desafio da atenção integral à saúde desta população.

Em Belo Horizonte, por movimento migratório existem algumas etnias, com predominância da etnia Pataxó e Pataxó Hã Hã Hãe que se concentram em três grandes troncos familiares localizados nos territórios do Bairro Taquaril (Regional Leste), área de abrangência do Centro Saúde Taquaril, no Bairro Jardim Vitória (Regional Nordeste), área de abrangência do Centro de Saúde Vila Maria e no Bairro Minascaixa (Regional Venda Nova) nas áreas de abrangência dos Centros de Saúde Minas Caixa e Santo Antônio. O aumento da concentração desta etnia decorreu do rompimento da barragem da Vale na cidade de Brumadinho em janeiro de 2019, que afetou o Rio Paraopeba e, consequentemente, seu modo de vida, provocando uma imigração para Belo Horizonte, onde passaram a vender seus produtos artesanais.

No entanto a imigração de indígenas para BH, não ocorreu apenas de etnias brasileiras, mas também recentemente do êxodo venuzuelano, em decorrência da situação econômica do país e da expulsão das terras pela exploração de petróleo no território indígena. Em particular, a etnia Warao tem se concentrado na capital. O município já recebeu três grandes grupos do processo de interiorização promovido pelo Governo Federal. Estes grupos, trazem um desafio maior que é a questão da comunicação, pois a maioria fala somente a língua própria da etnia. Assim sendo, percebe-se a necessidade da APS se reinventar na assistência e no cuidado a estas populações.

Prestar acolhimento, atendimento, conhecer a história, cultura, hábitos, língua é um desafio para a REDE SUS-BH. Portanto, meu TCC buscará mostrar quais estratégias a Secretaria Municipal de Saúde desenvolveu e desenvolve para acolher a população indígena, em espaço urbano, com foco nas etnias imigradas para BH desde 2020.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Relatar a experiência de acolhimento da população indígena imigrada para BH entre 2020 e 2022.

2.2 Objetivos Específicos

Apresentar estratégias de acolhimento e de monitoramento da população indígena em espaço urbano na rede SUS-BH, durante a pandemia de COVID-19.

Apresentar as ações articuladas que potencializaram o cuidado e a assistência à saúde a esta população.

3. CONCEITOS IMPORTANTES

3.1 Povos indígenas no Brasil

A Constituição de 1988 reconhece os direitos aos povos indígenas (Capítulo VIII, artigos 231-232) de manterem sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, bem como o direito sobre as terras que tradicionalmente ocupam. É de responsabilidade da União demarcar suas terras, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.

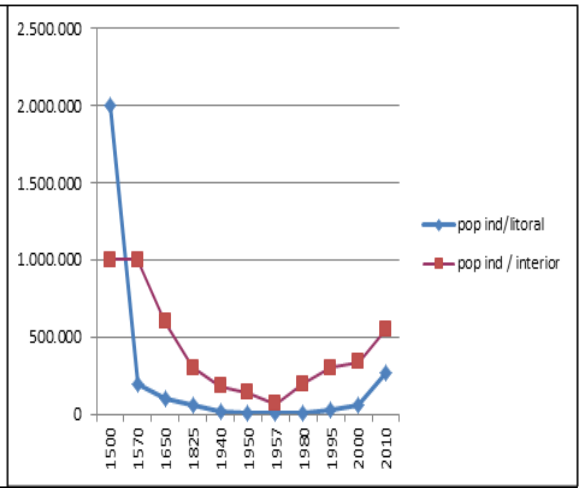
A população indígena brasileira sofreu uma redução drástica nos últimos séculos, sendo que muitos povos e etnias foram extintas. A partir de 1991, o IBGE incluiu os indígenas no censo demográfico nacional. De acordo com os dados do IBGE (2010) a população indígena no Brasil é de aproximadamente 817.962 pessoas, representando 0,26% da população total do país (Figura 1).

Figura 1 - Dados demográficos da População Indígena no Brasil

Dados demográficos da população indígena no Brasil

ano	pop ind/litoral	pop ind / interior	total	% pop total
1500	2.000.000	1.000.000	3.000.000	100,00
1570	200.000	1.000.000	1.200.000	95,00
1650	100.000	600.000	700.000	73,00
1825	60.000	300.000	360.000	9,00
1940	20.000	180.000	200.000	0,40
1950	10.000	140.000	150.000	0,37
1957	5.000	65.000	70.000	0,10
1980	10.000	200.000	210.000	0,19
1995	30.000	300.000	330.000	0,20
2000	60.000	340.000	400.000	0,20
2010	272.654	545.308	817.962	0,26

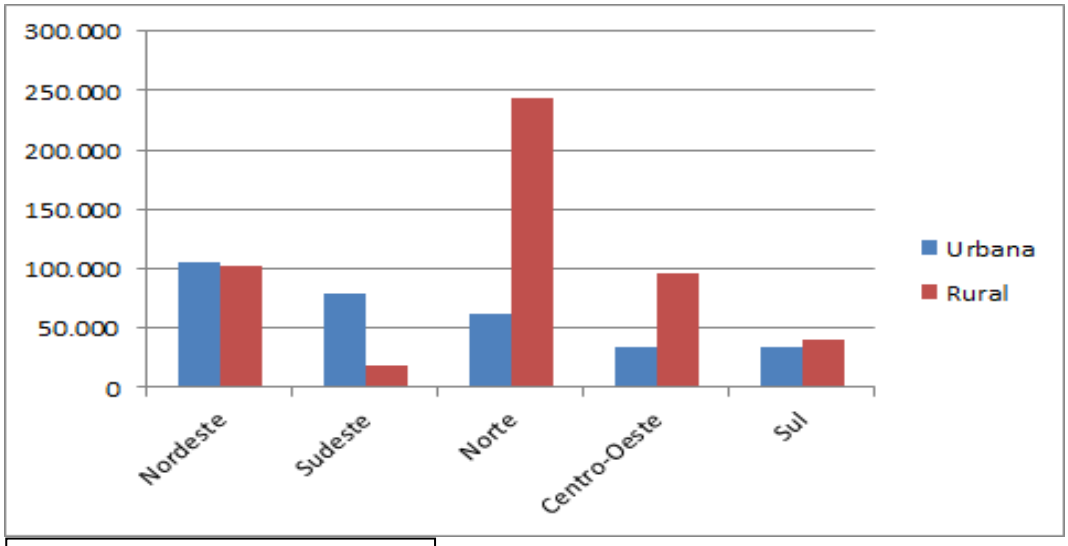
Fonte: Azevedo, Marta Maria. 2013



Fonte: https://www.gov.br/funai

Outro fator que chama atenção é a distribuição das populações indígenas em localidades rurais e urbanas. Sendo que 324.834 vivem em cidades e 572.083 em áreas rurais. O censo revelou ainda que em todos os Estados da Federação, inclusive do Distrito Federal, há populações indígenas. Na região sudeste destaca-se o maior número de indígenas em áerea urbana.

Figura 2 – Distribuição da População indigena rural e urbana

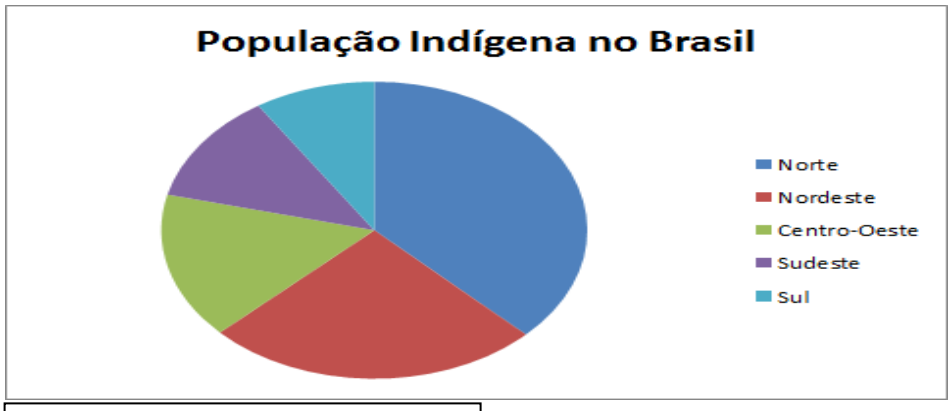


Fonte: https://www.gov.br/funai

Conforme Schweickardt et al,(2020ª) os povos indígenas no Brasil pertencem a diversas etnias, podendo chegar 254 etnias diferentes, com características étnicas e culturais diferenciadas entre si e em também EM relação à sociedade geral. Esses povos falam mais de 150 línguas, o que nos mostra uma diversificação de povos e culturas.

A situação dos povos indígenas no Brasil não é igual em todas as regiões, ou seja, cada uma tem sua população com características distintas. Existem grupos, ainda isolados, na região da Amazônia. Aldeias que ficam distantes das grandes cidades e outras que estão próximas aos grandes centros urbanos. Existem indígenas que migraram para as cidades, podendo viver em pequenos grupos ou mesmo sozinhos. Essa diversidade de situações traz também desafios para tais populações.

Figura 3 - População indígena no Brasil



Fonte: https://www.gov.br/funai

Os povos indígenas estão presentes nas 5 regiões do Brasil, contudo a Região Norte é a que possui maior contigente populacional.

3.2 Principais costumes dos indígenas brasileiros

Embora cada nação indígena possua sua própria cultura com hábitos e costumes próprios, existem algumas formas de organização, que são comuns a praticamente todos os povos indígenas brasileiros como: ter uma relação muito próxima com a terra e natureza; alimentar-se de peixes, frutas e legumes; tomar banho em rios; viver em grupos; realizar rituais e pintar o corpo; produzir objetos de arte para venda; tratar doenças com rituais dirigidos pelo pajé; ter uma liderança que é exercida por uma pessoa mais velha e de forma hereditária; cosmologia, dentre outras.

3.3 Organização do serviço de saúde indígena

As diretrizes para atenção integral à saúde da população indígena brasileira fundamenta-se na Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que foi regulamentada pela Lei nº 9.836/99, de 23 setembro de 1999, que criou um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS. O financiamento do modelo de assistência proposto é de responsabilidade federal, podendo ser complementado por estados, municípios ou instituições não governamentais.

A Lei nº 9.836/99, em seu parágrafo 2, afirma que:

> O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Brasil, 1999, Parágrafo 2).

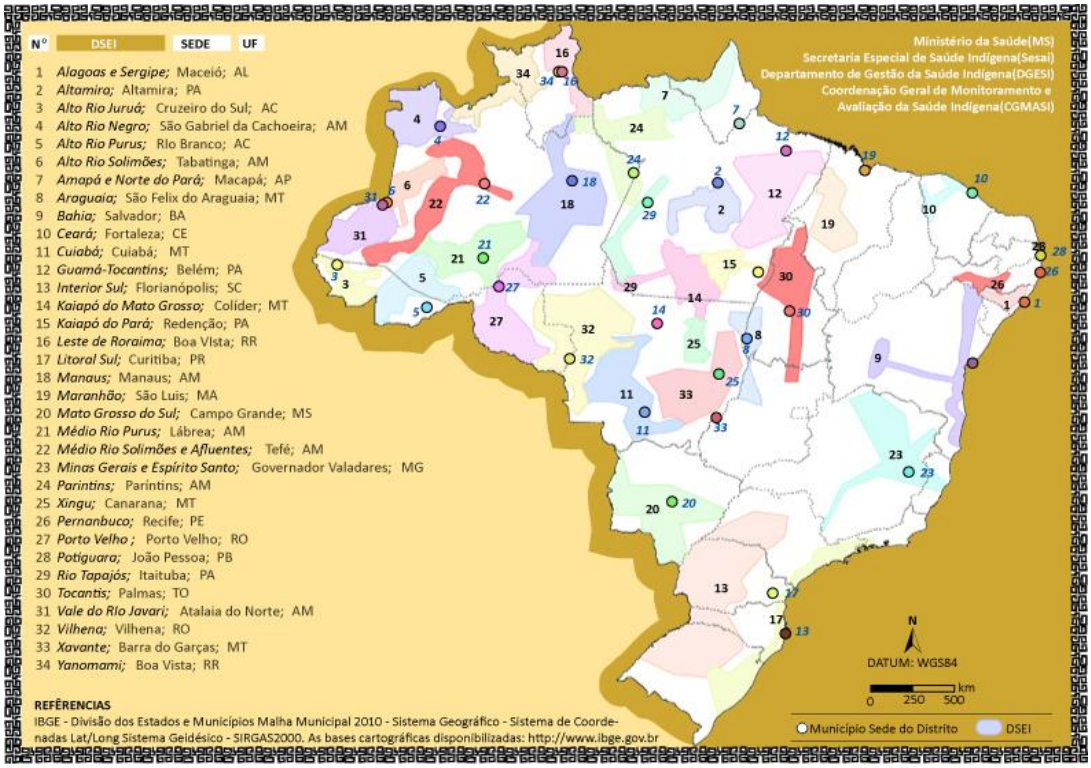
Nesse sentido, a partir de 1999 é garantido, por lei, que as populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. Assim, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deve ser

descentralizado, hierarquizado e regionalizado, garantindo o acesso universal e integral à saúde das populações indígenas.

A gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, no momento de sua criação, ficou a cargo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), do Ministério da Saúde. No entanto, em 2010 foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Ela é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema no SUS (Ferla et al 2020).

O modelo de organização da saúde indígena se estrutura de forma hierarquizada e regionalizada. O modelo de assistência do Ministério da Saúde está baseado na organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que são as unidades operacionais e administrativas do sistema de saúde. Os DSEIs são definidos a partir de critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, de modo que possam atender às necessidades da população. No Brasil temos 34 DSEIs distribuídos em todo o território nacional, conforme figura abaixo.

Figura 4: Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil



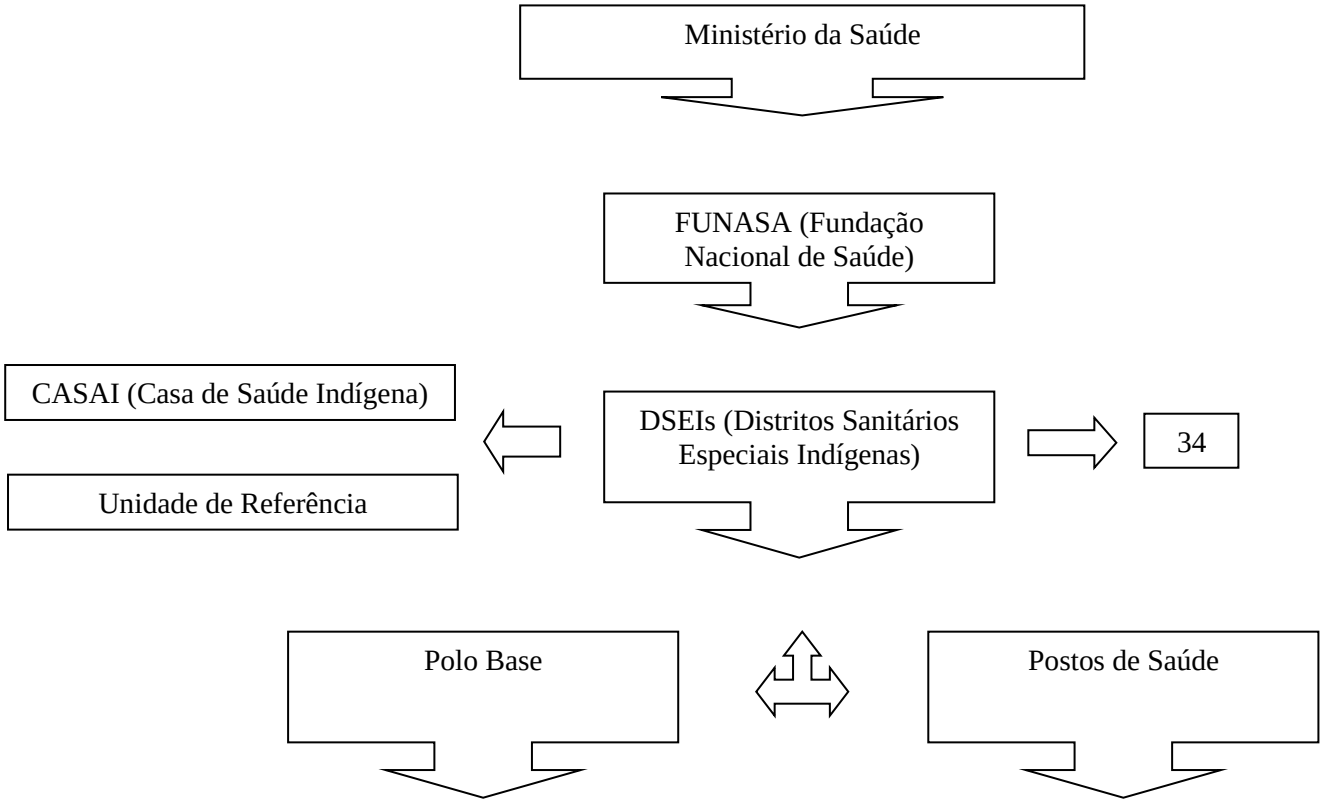
Fonte: http://www.ccms.saude.gov.br/saudeindigena/asesai/organizacaododsei

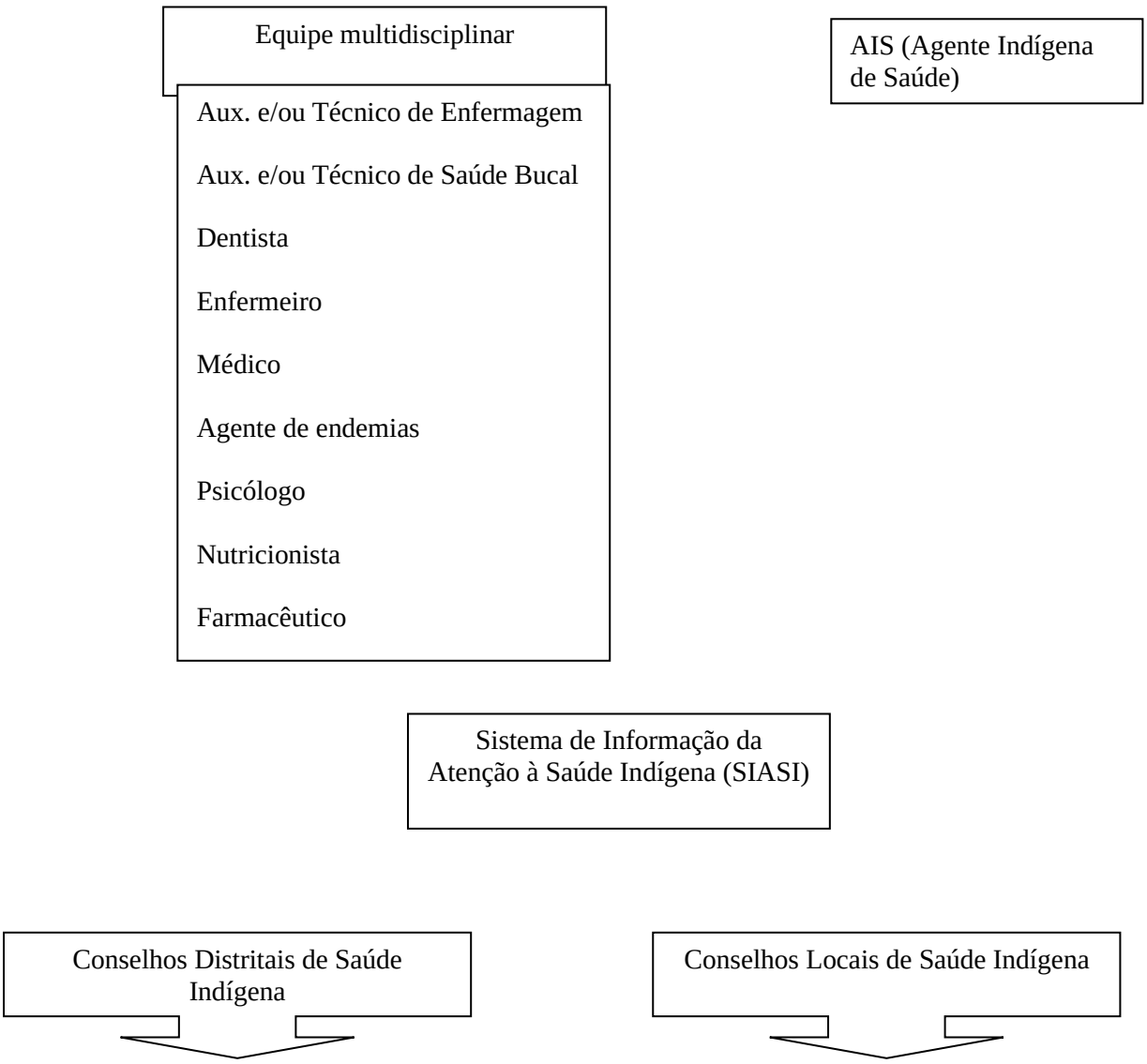
Os DSEIs contam com o Posto de Saúde que é a porta de entrada na rede e os Agentes

Indígenas de Saúde. De acordo com o Ministério da Saúde “Posto de Saúde”, é definido como Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico. Há ainda o Polo Base, que representa uma unidade de maior complexidade que abrange um conjunto de aldeias e serve como base da equipe multiprofissional. Os serviços de média e alta complexidade são realizados mediante um sistema de referência e contrarreferência apoiado pela Casa de Saúde Indígena (CASAI) (Ferla et al 2020). Nos casos de indígenas não aldeados e não vinculados ao DSEI, eles recebem assistência do SUS na localidade onde residem ou onde estão temporariamente.

Cabe ainda destacar que, seguindo as diretrizes do SUS, a saúde indígena também conta com o controle social através dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena e os Conselhos Locais de Saúde Indígena, órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo instituídos no âmbito de cada DSEI (Brasil, 1999). Em 2020 foi criado o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) com o objetivo de realizar a coleta, o processamento e a análise de informações para subsidiar o monitoramento da saúde indígena, englobando nascimentos, morbidade, mortalidade, vacinação, imunização, realização de serviços, recursos humanos e infraestrutura.

De modo geral, a organização do serviço de saúde indígena pode ser representada pelo organograma abaixo:





3.4 Organização do Serviço de Saúde em BH

A Secretaria Municipal de Saúde é responsável pela gestão do sistema de saúde de BH, coordenando e executando a Política de Saúde em Belo Horizonte. Como já mencionado anteriormente, os indígenas não aldeados e não vinculados ao DSEI, devem receber assistência do SUS na localidade onde residem ou onde estão temporariamente. Dessa forma, a SMSA se responsabiliza pela organização do processo de cuidado visando a atenção integral à saúde dos indígenas em toda Rede Sus de BH, em todos os níveis de assistência.O órgão responsável pelo sistema de saúde de BH fica a cargo da

Secretaria Municipal de Saúde. Ela é responsável por coordenar e executar a Política de Saúde do município e todo o processo de gestão do SUS.

O modelo de organização de saúde de BH se estrutura também de forma hierarquizada e regionalizada. O modelo de assistência está baseado na organização por Distritos Sanitários (sendo 9 no total), que são as unidades operacionais e administrativas do sistema de saúde. Os Distritos são definidos a partir de critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, de modo que possam atender às necessidades da população. Os Distritos contam com os centros de saúde que são a porta de entrada na rede SUS. De acordo com o Ministério da Saúde, "Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde" é definido como Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas.

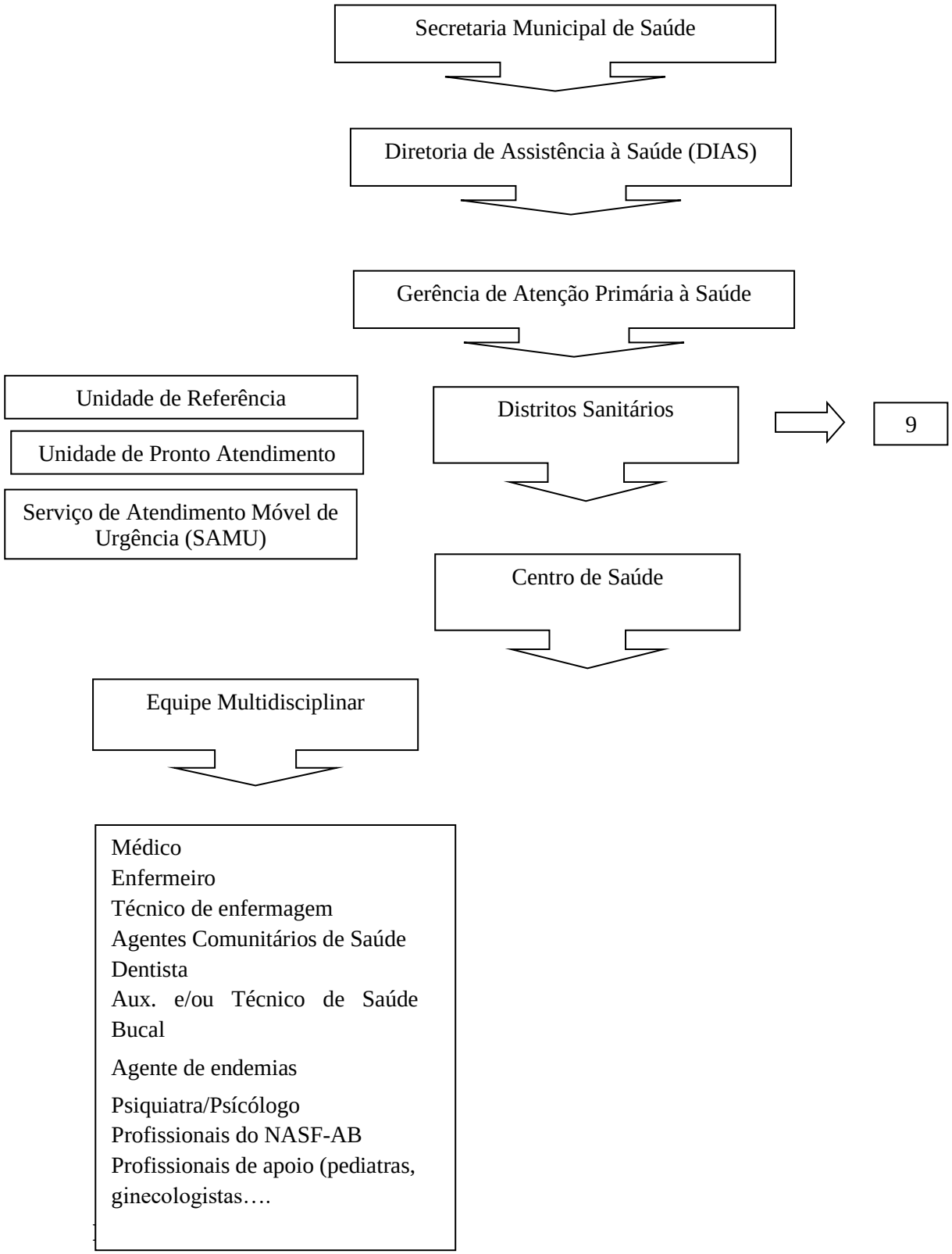
O modelo de assistência adotado por BH desde 2002 é a Estratégia de Saúde da Família, onde em cada Centro de Saúde (CS) há uma equipe de Saúde da Família que é composta pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os CS são compostos também por uma equipe multidisciplinar.

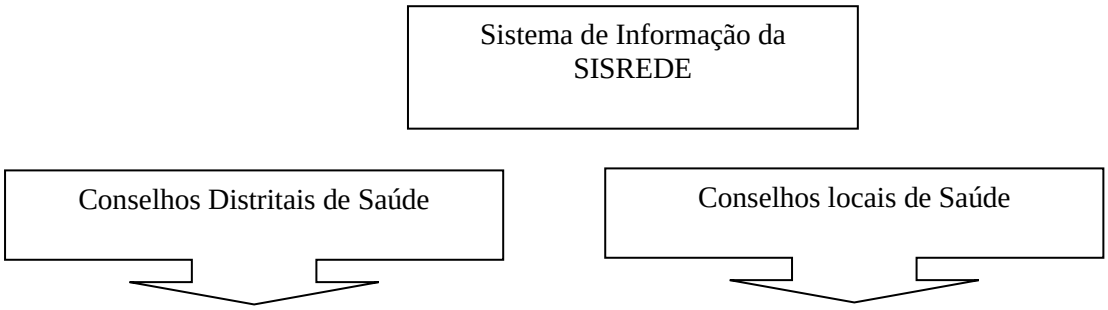
Os serviços de média e alta complexidade são realizados mediante um sistema de referência e contrarreferência apoiado pelas Unidades de Referência Secundária (URSS). O atendimento de urgência é realizado pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Além disso, a Atenção na Rede Hospitalar do SUS-BH funciona por meio de um serviço de regulação de vagas para internação.

Cabe ainda destacar que, seguindo as diretrizes do SUS, a saúde conta com o controle social através dos Conselhos Distritais de Saúde e os Conselhos Locais de Saúde, órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo instituídos no âmbito de cada Distrito. BH possui um sistema próprio de informação, o SISREDE que tem como objetivo realizar a coleta, o processamento e a análise de informações para subsidiar o monitoramento da saúde indígena, englobando nascimentos, morbidade, mortalidade,

vacinação, imunização, realização de serviços, recursos humanos e infraestrutura.

De modo geral, a organização do serviço de saúde à população, inclusive os indígenas residentes na cidade pode ser representada pelo organograma abaixo:





3.5 Imigração no Brasil

O processo de imigração no Brasil começou logo após o início da colonização do país**,** por meio da chegada dos portugueses. Mais tarde, por meio do estabelecimento da escravidão, milhares de africanos foram trazidos para o país, sendo esse um processo de imigração forçada. Com a abolição da escravatura, mediante a necessidade de mão de obra e o conturbado cenário político e econômico mundial, muitos imigrantes deram entrada no Brasil**,** com destaque para os povos italianos, portugueses, espanhóis, alemães, japoneses e eslavos.

Já na atualidade, de acordo com o relatório anual do Observatório das Migrações Internacionais (OMI), ligado ao Ministério da Justiça do Brasil, publicado em 2020, entre o período de 2011 a 2019, foram registrados, no Brasil, 1.085.673 imigrantes. Por meio da apresentação dos dados no referido relatório, os maiores fluxos de entrada de imigrantes entre 2019 e 2020, no território brasileiro, foram provenientes dos seguintes países: Venezuela, Haiti, Colômbia, Bolívia e Uruguai.

3.6 Imigração, emigração e refúgio

Para entender melhor o processo migratório é necessário diferenciar alguns conceitos como: emigrante, imigrante e refugiados. A legislação brasileira (BRASIL, 2017) (BRASIL, 1997) os definem como:

Emigrante: Todo ou qualquer brasileiro que se domiciliar temporariamente ou definitivamente em outro país;

Imigrante: Todo ou qualquer indivíduo nacional de outro país ou em condição de apátrida que reside ou trabalha, estabelecendo temporariamente ou definitivamente no Brasil;

Refugiado: Todo ou qualquer indivíduo que por fundados temores de perseguição causada por divergência de raça, religião, nacionalidade, grupo social, opinião política, ou violação dos direitos humanos, estabelece fora de seu país de nacionalidade e não possa ou não queira retornar para tal País.

Os refugiados compõem parte do mapa das migrações internacionais no Brasil, a lei brasileira sobre o refúgio, nº 9.474, de 22 de julho de 1997, é assim definida:

> Artigo 1º- Será reconhecido como refugiado todo indivíduo que: I – devido a fundados temores de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas, encontre-se fora de seu país de nacionalidade e não possa ou não queira acolher-se à proteção de tal país; II – não tendo nacionalidade e estando fora do país onde antes teve a residência habitual, não possa ou não queira a ele regressar, em função das circunstâncias descritas no inciso anterior; III – devido à grave e generalizada violação de direitos humanos, é obrigado a deixar seu país de nacionalidade para buscar refúgio em outro país. (Brasil, 1997)

Aos refugiados é garantido, na legislação brasileira, o acesso às políticas públicas como saúde e educação.

3.7 Imigração venezuelana para o Brasil

O fluxo migratório da Venezuela tem se intenficado nos últimos anos, sendo o Brasil um país limítrofe, muitos venezuelanos buscam refúgio neste país. Jarochinski-Silva (2021) afirma que no ano de 2020, havia cerca de 261.441 refugiados e imigrantes venezuelanos no Brasil.

O fluxo migratório de venezuelanos é fortemente influenciado pela realidade social, política e econômmica do país que vive, além de uma crise econômica, uma crise humanitária.

Outro aspecto apontado por Jarochinski-Silva (2021) é a entrado no Brasil de grupos indígenas da etnia Warao. Esse indígenas têm chegado ao Brasil em situação de grande

vunerabilidade e trazem desafios ainda maiores para seu acolhimento.

3.8 Acolhimento

De acordo com o Caderno de Atenção Básica (Nº 28) existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Ou seja, o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades.

Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas ("há acolhimentos e acolhimentos"). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas. Partindo dessa perspectiva, podemos pensar em modos de acolher a demanda espontânea que chega às unidades de atenção básica.

Os mecanismos do acolhimento envolvem 3 aspectos: ampliação/facilitação do acesso, postura, atitude e teconologia do cuidado e reorganização do processo de trabalho em equipe.

4. RELATO DA EXPERIÊNCIA

Belo Horizonte teve sua população indígena aumentada de maneira mais expressiva devido ao rompimento da Barragem da Vale de rejeitos de minério em Córrego do Feijão no Município de Brumadinho, ocorrida em 25 de Janeiro de 2020, que afetou o Rio Paraopeba e, consequentemente, o modo de vida. Há o impacto do território em que eles vivem, o impacto econômico o qual a pesca fazia parte da alimentação das famílias e o impacto simbólico, pois o rio era utilizado para rituais e algumas práticas culturais.

Diante deste fato recebemos indígenas da etnia Pataxó e Pataxó Hã Hã Hãe, imigrados do município de São Joaquim de Bicas.

4.1 A Etnia Pataxó e Pataxó Hã Hã Hãe

Camargo (2020) afirma que os Pataxós são originários do sul da Bahia e são conhecidos pelo seu semi-nomadismo. A chegada dos Pataxós em Minas é, considerada pelo autor, como consequência de dois fatos históricos importantes: o primeiro o famoso 'Fogo de 51', caracterizado pela ação violenta da polícia baiana que desarticulou sua aldeia, dispersando o Povo Pataxó na região de Porto Seguro; e o segundo a transformação de 22.500 hectares de seu território em parque nacional – o Parque Nacional do Monte Pascoal, criado em 1943 e oficialmente demarcado no ano de 1961 – reduzindo nessa extensão o seu território tradicional.

A etnia Pataxó Hã Hã Hãe se concentrou em três grandes troncos familiares localizados nos territórios do Bairro Taquaril (Regional Leste), área de abrangência do Centro de Saúde Taquaril; no Bairro Jardim Vitória (Regional Nordeste), área de abrangência do Centro de Saúde Vila Maria e no Bairro Minas Caixa (Regional Venda Nova) nas áreas de abrangência dos Centros de Saúde Minas Caixa e Santo Antônio, totalizando 74 pessoas.

Os Pataxós sempre circularam em BH, mas as principais motivações para a migração a estas Regionais como locais de moradia foram parentes e a necessidade de comercialização do artesanato como forma de sobrevivência. O espaço nas praças e feiras no centro da cidade, onde há um trânsito considerável de pessoas, torna atrativa a

residência em Belo Horizonte. No entanto, com a pandemia esta estratégia de sobrevivência ficou muito prejudicada devido o isolamento social e consequentemente o número menor de pessoas circulando na cidade.

A busca por um território na região metropolitana de BH é uma demanda antiga de diversos grupos étnicos que vivem na cidade. Há um grande problema de moradia, de acesso aos programas e equipamentos sociais na cidade. No local onde os indígenas estão, é necessária uma infraestrutura que abarque o acesso a saúde e a educação diferenciada

4.2 O cuidado à saúde dos indígenas da Etnia Pataxó e Pataxó Hã Hã Hãe

Os princípios e diretrizes estabelecidas para o cuidado da população indígena fundamenta-se na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), na diretriz da SESAI e nas Notas Técnicas COVID-19 emitidas pela SMSA.

Dentre as ações realizadas destacam-se as orientações quanto à prevenção, transmissão e tratamento da COVID-19, a vacinação de COVID-19, o monitoramento de surto pelo CIEVS, o acompanhamento das internações e o trabalho das eSF.

A maioria dos indígenas acompanhados receberam a 1 e 2ª dose da COVID-19, nos três grandes troncos familiares. No total de 74 indígenas desta etnia, 64 tiveram as duas doses tomadas, 4 com uma dose, 1 com as três doses e 5 não compareceram (dois destes estavam na Bahia e uma é criança, que o pai optou por não realizar a vacinação).

Os indígenas que se encontravam na Regional Venda Nova mudaram-se para o município de Ribeirão das Neves, ficando apenas uma filha da matriarca, seu marido e filhos. Os moradores da área de abrangência do Centro de Saúde Marcelo Pontel foram para o Estado da Bahia e grande parte dos moradores da área do Centro de Saúde Vila Maria mudaram-se para uma aldeia localizada no município de São Joaquim de Bicas.

Precisamos ressaltar que os Centros de Saúde (CS) estão sempre atentos para possível retorno destes indígenas aos seus respectivos territórios, devido a sua itinerância.

4.3 A Etnia Warao

A imigração de indígenas para BH não ocorreu apenas de etnias brasileiras, mas também recentemente o êxodo venuzuelano, devido a situação político-econômica do país e a expulsão das terras em virtude da exploração de petróleo. Em particular, a etnia Warao tem se concentrado na capital.

Segundo Heinen; Gassón, 2008 o termo Warao pode significar "donos de canoa", "gente da praia" ou "praieiros" e está associado ao seu lugar de origem, nas ilhas e canais do delta do rio Orinoco na Venezuela.

O município recebeu 3 grandes grupos Warao do processo de interiorização promovido pelo Governo Federal, sendo considerados refugiados.

O 1º grupo chegou em Março de 2020 (acolhidos na Vila no Santa Amélia/Pampulha) totalizando 19 pessoas; o 2º grupo em Junho de 2021 (acolhidos na Vila no Santa Amélia/Pampulha) totalizando 67 pessoas e o 3º grupo em Setembro de 2021 (acolhidos inicialmente no Abrigo São Paulo encontrando-se atualmente na instalação do antigo do Centro de Saúde Vila Pinho/Barreiro) totalizando 75 pessoas.

A etnia Warao trouxe consigo alguns desafios. O primeiro enfrentado por gestores e trabalhadores da APS/SUS-BH, foi saber quem eram os Warao, uma etnia desconhecida no Brasil, mas muito numerosa na Venezuela. E o segundo foi o idioma, uma vez que falam somente a língua própria da etnia e com muita dificuldade o espanhol.

Assim sendo, percebe-se a necessidade da APS se reinventar na assistência e no cuidado a esta população.

4.4 O cuidado à saúde dos indígenas da etnia Warao

O primeiro grupo chegou em março de 2020 e o segundo grupo chegou na rodoviária de BH na noite no dia 09/06/2021. Estes estavam em Montes Claros. Uma parte foi para o município de Sete Lagoas e outroa para o Estado do Espírito Santo.

Estes grupos foram acolhidos pelo Serviço Jesuíta a Migrantes e Refugiados, que aciona a SMSA para articulação do território para moradia. Os indígenas foram transferidos para o Colégio Loyola, localizado no Bairro Braúnas, cuja área de abrangência pertence ao CS Santa Amélia – Regional Pampulha.

A Diretoria Regional de Saúde Pampulha (DRES-P) se prontificou logo que foi informada a prestar assistência e o cuidado aos indígenas.

A DRES-P tem desenvolvido várias ações junto a população indígena juntamente ao CS Santa Amélia, que posso resumir da seguinte forma:

- Organização em equipes para viabilizar as agendas de cuidado
- Avaliação dos casos seguindo fluxos e protocolos
- Organização de logística para atender in loco
- Horários programados nas unidades de saúde
- Agenda e locais diferentes para realização de exames
- Busca do atendimento integrado

O grupo que se encontra em uma instalação dos Jesuítas na Regional Pampulha deve se mudar para a Regional Norte, para um aluguel social providenciado pela Política de Assistência Social, mais especificamente para as áreas de abrangência do CS Jardim Felicidade. Está sendo articulada uma agenda entre a Diretoria Regional de Saúde Norte (DRES-N) e DRES-P para transferência responsável do cuidado.

Na chegada do primeiro grupo que eram 17 pessoas e 2 gestantes, assim como no segundo grupo de 67 pessoas todos foram atendidos pela eSF para identificação de demandas clínicas e estão sendo assistidas longitudinalmente pelo CS de referência. A grande maioria neste grupo era de crianças.

Foram detectados 2 casos de tuberculose, que haviam iniciado tratamento em outro município e tiveram a continuidade aqui em BH. Os casos foram acompanhados pela CIEVS do nível central.

Em relação às 45 crianças que se encontram na Pampulha, 31 foram avaliadas e as 14

restantes mudaram com um pequeno grupo de adultos para outro município. Os indígenas deste grupo optaram por não tomar a vacina contra a COVID-19, apenas uma anciã tomou a vacina. As crianças em idade escolar estavam sendo vacinadas a pedido da escola.

O terceiro grupo chegou em setembro de 2021 e se fixaram na Praça da Estação. Foi ofertado acolhimento emergencial pelo Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e Emergências/Vila Pinho. Em um primeiro momento a PBH ofereceu acolhimento emergencial no Abrigo São Paulo.

Com os objetivos de garantir acolhimento imediato em condições dignas e de segurança; articular a rede de políticas e de assistência social; promover a inserção dos indivíduos na rede socioassistencial local e garantir a regularização da documentação migratória, o serviço é executado pela Cáritas Regional Minas Gerais por meio de parceria com a Subsecretaria Municipal de Assistência Social (SUASS/SMASAC).

Atualmente este grupo está residindo no antigo CS Vila Pinho, localizado na Regional Barreiro.

Em setembro de 2022, em visita à moradia no CS Vila Pinho, pude vivenciar o modo de vida dos Warao. Minha curiosidade estava aflorada. Foi muito interessante e prazerosa, embora senti na pele a dificuldade de me comunicar com eles.

Eles vivem em grupo. Tem dificuldade de lidar com o banheiro por não estarem acostumados com a latrina e o chuveiro, por tomarem banho nos rios. Alimentam-se de peixe, frango, tapioca, sempre comendo com as mãos e sentados no chão.

Na cultura Warao, os homens têm costume de ficar “em casa” e as mulheres, chamadas de coletoras, irem para as ruas e realizarem a “coleta”, que muitas das vezes é vista e considerada como "mendicância". Cabe ressaltar que a palavra “mendicância” possui significados diferentes na cultura em que está inserida. Nesse sentido, precisamos estar atentos para não fazermos julgamento de valor sobre os Warao e suas práticas, sem uma compreensão da sua cultura. Essa lógica de organização das funções sofre mudanças e, consequentemente, traz algumas dificuldades para a organização das famílias (os

homens saírem para procurar trabalho e as mulheres ficarem no alojamento para cuidarem dos filhos)

Foi observado também que os Warao mantém os rituais conforme seus costumes. E que as crianças frequentavam uma escola próxima ao local onde eles estavam. Informaram que havia um trabalho de gestão das Escolas para prevenir discriminação devido a etnia ou língua diferente.

Para o atendimento no CS Vila Pinho eles contam com o apoio de uma tradutora que também é indígena vinculada à Cáritas. E todas as questões relacionadas à saúde são discutidas em roda de conversa como por exemplo o uso de métodos contraceptivos.

O que mais me chamou atenção foi o alto consumo de salgadinhos e refrigerantes, hábitos esse que não faziam parte de sua vida e a rapidez com que falam sua língua. Uma senhora me chamou e começou a falar comigo, eu sorria para ela e balançava a cabeça dizendo que não a entendia. Isso me mostrou o quanto é desafiador a comunicação.

Todo o relato da visita me fez pensar se realmente o que tinha visto e ouvido deveria ser considerado um problema ou não. A maneira como eles agem e vivem diz respeito aos seus costumes e à sua cultura, que para nós é vista de forma contraditória. O fato das mulheres serem coletoras em suas terras não é sinal de mendicância; querer comer aves e peixes todos os dias mostra o costume alimentar. Estes são alguns exemplos de que precisamos ampliar o nosso olhar para a diversidade.

4.5 Organização e estratégias utilizadas

No acompanhamento das famílias e demandas de saúde dessas 2 etnias se evidenciou a importância de articulações interinstitucionais para sermos resolutivos incluindo a iniciativa privada no processo de reparação.

Para tal processo foi criado um Comitê interinstitucional de acompanhamento e monitoramento da população indígena, para direcionar as ações no território, confluindo as políticas e legislações.

Este Comitê formado pela Secretaria de Estado de Saúde (SES), a SMSA, Fundação Nacional do Índio (FUNAI), o DSEI e iniciativa privada da Empresa VALE, auxiliou no monitoramento e articulações voltadas para a solução de demandas da população indígena no espaço urbano, dando sustentabilidade através da APS/BH durante a pandemia e desenvolveu ações estratégicas de maneira sistemática junto às organizações governamentais e não governamentais, sociedade civil e câmara dos vereadores construindo estratégias e respostas aos questionamentos apresentados, buscando o melhor acompanhamento destas populações.

Assim, uma das propostas do Comitê foi realizar um alinhamento técnico junto aos profissionais e gestores da saúde do município de BH, construindo uma proposta de cuidado à saúde de forma integral e mais afinada às peculiaridades culturais de cada etnia, criando um vínculo integrado e de respeito mútuo. Este alinhamento técnico ocorreu em outubro de 2020, com a participação dos profissionais dos CS de referência, das lideranças indígenas e dos representantes das instituições que compõem o Comitê. O encontro ocorreu de forma virtual com carga horária de 8 horas (Anexo 1).

Desse alinhamento deu-se a Construção da Cartilha de Orientações sobre Fluxos e Responsabilidades em Saúde. Essa cartilha foi impressa e disponibilizada aos profissionais.

Para as ações que se seguiram, cada órgão do Comitê possuía atribuições específicas. A SES se responsabilizou pela articulação entre os membros do Comitê, a SMSA pela assistência, vigilância e testagem de usuários com suspeitas da COVID-19, no território, a FUNAI pela assessoria técnica sobre a população indígena e a Empresa VALE pelo monitoramento e teleconsulta da etnia Pataxó, provenientes da área afetada pelo rompimento da Barragem, que imigraram para BH.

Os principais objetivos desta parceria eram manter a vigilância e o cuidado aos usuários indígenas, ofertando escuta e assistência qualificada e humanizada, que respeite suas etnias e costumes, com suporte da política de saúde, orientando naquele momento o distanciamento social e testagem dessas populações, adotando estratégias de acompanhamento com visitas, tele monitoramento e teleconsulta além do cuidado

integral articulado com outras instituições afins.

As ações desenvolvidas pela APS/BH com a participação das instituições SES, FUNAI, DSEI e VALE auxiliaram no rastreamento de casos sintomáticos, cadastramento desta população, testagem dos coabitantes, vacinação em tempo hábil e um monitoramento articulado. O comitê estabeleceu um fluxo de acompanhamento de todo grupo étnico, com troca de informações importantes via e-mail e web conferência, para garantir uma supervisão mais eficiente. Além de planejar conjuntamente ações de prevenção e orientação mais pertinentes, conforme as singularidades dos indígenas. Para realizar um registro mais qualificado dos dados criou-se uma planilha no DRIVE onde foram anotados os dados pertinentes para este acompanhamento.

A SMSA, por meio da GEAPS e o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), buscou propiciar orientações relevantes para otimizar e balizar as ações da APS para esta comunidade. Os CS de referência (Taquaril, Vila Maria, Minas Caixa e Santo Antônio), munidos destas informações, realizaram o monitoramento e um cuidado mais profícuo e eficaz, fortalecendo suas ações na prevenção e o tratamento das pessoas sintomáticas e sua família.

5. REFLEXÕES E DESAFIOS ENCONTRADOS

A APS no seu processo de vigilância em saúde do território verifica sistematicamente junto às populações mais vulneráveis e às comunidades tradicionais os principais agravos à saúde. No cenário epidemiológico da pandemia do COVID-19, BH apresentou um número expressivo de casos positivos, notificados e confirmados na população indígena em espaço urbano. Estes dados sinalizaram um alerta e demarcaram uma necessidade de ações em REDE para o cuidado desta população.

Foram testados 54 indígenas, destes 24 confirmados para COVID-19, todos curados sem óbitos.

O impacto deste monitoramento sistemático e compartilhado com outras instituições que acompanham a população indígena resultou em ações articuladas que evitaram o agravamento dos casos positivos e óbitos, mesmo enfrentando surtos em dois grandes troncos familiares. Além de outros cuidados a outras condições de saúde que trouxeram benefícios à saúde, como por exemplo, o caso de gravidez de alto risco. Todos os grupos continuam sendo monitorados pelos CS e pela empresa VALE.

O surto no grupo de indígenas sinalizou aos profissionais que há uma ineficácia nas recomendações dadas, que não foram devidamente seguidas. A hipótese mais provável que a forma de esclarecer sobre a doença, a sensibilização do isolamento social e das medidas de higiene não foi pensada a partir do contexto, da história e das tradições destas populações.

O processo de imunização contra COVID-19 ocorreu com relativa tranquilidade e foram todos monitorados e tiveram acesso conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI). No entanto, os desafios continuam, principalmente quanto à desconfiança em relação à vacinação das crianças e de casos pontuais de contágio recorrente, levando os profissionais a repensarem as ações de vigilância. A identificação de outros agravos à saúde com seu respectivo encaminhamento demonstrou o cuidado integral aos indígenas.

Os principais desafios encontrados foram nas características pluriétnicas desta população, frente ao desconhecimento dos profissionais e gestores das diferenças culturais imbricadas e correspondentes em cada etnia. Assim sendo, a assistência nivela-se de forma a desconsiderar as peculiaridades que lhes são inerentes. Estas questões estão diretamente relacionadas às formas de cuidado à saúde numa perspectiva ainda muito focada na doença e não na pessoa. O cuidado centrado na pessoa considera a comunidade a qual pertence, o modo de vida, as crenças, valores e o contexto sócio político, econômico e cultural.

Longe das suas terras nativas e das aldeias, locados em barracos e casas separadas, tendo que se adaptar a outras culturas, no momento epidêmico que pede a todos ficarem distantes um dos outros, afeta de forma contundente sua natureza integrativa. Se para as pessoas urbanas é penoso o distanciamento social, para os indígenas onde prevalece a característica gregária é muito mais difícil. Neste momento da pandemia do COVID-19 foi um importante atravessamento para manter o isolamento nos casos de surto. Permanecer em casa é uma penúria sem igual.

O caráter migratório dos indígenas, consideradas muitas vezes pelos profissionais da saúde uma desobediência sanitária, suscitam o sentimento de incompreensão e de incompetência na sensibilização necessária quanto ao distanciamento social, para este momento.

A prática de cuidado ainda insiste em ver a doença e ignora-se a pessoa. Foca-se na prescrição do medicamento e na necessidade do acesso rápido e oportuno da consulta médica e do exame. Esquece-se do vínculo, do respeito e do fortalecimento do autocuidado baseado na sua forma de viver, repleta de conhecimentos e tradições que lhes são únicas. As formas de pensar o adoecimento e o cuidado à saúde são diversas da medicina tradicional.

A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB 2017) tem como premissas o cuidado centrado na pessoa, a equidade, e a participação da comunidade. Porém, esses ideais ainda estão em processos constantes de construção. A formação dos profissionais de saúde ainda prima pelos aspectos curativos em detrimento de um conceito de saúde mais ampliado, mas vimos como é possível fazer diferente com esta experiência.

Emerge assim, a indispensabilidade de um alinhamento técnico aos profissionais e gestores quanto a compreender o jeito único e peculiar de ser, viver e cuidar da saúde destas populações. Não só para garantir “o fique em casa” e as medidas de higiene e assepsia, mas principalmente para aprender que saúde se faz de diversidade e não só de conhecimento técnico e acadêmico e repensar outras formas de cuidado, prevenção e promoção à saúde.

O vínculo, talvez seja o principal fator no processo de cuidado da estratégia de saúde da família. E este se faz com o olhar para a pessoa naquilo que lhe é mais caro, sua identidade digital que está repleta de fatores, para além dos biológicos e ambientais.
Esta relação única de respeito à diversidade e complementaridade nos torna seres humanizados e eternos aprendizes. E principalmente humildes, na concepção etimológica, húmus, seres com os pés na terra mãe. E que se permitem beberem de diversas fontes de conhecimentos e delas usufruírem o que lhes for mais oportuno e benéfico.

No caso específico dos Warao temos que lembrar da questão da comunicação, da falta de tradutores.

Por fim, outros desafios são manter uma organização sistemática de proteção de agendas, pautas e registro de encontros, dando corporeidade às ações.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diferencial desta articulação interinstitucional foi a parceria na rastreabilidade destes indígenas e a troca de informações, que qualificou o cuidado a estas etnias. Suas crenças e rituais diferenciados, por vezes, conflitivos com a assistência dos serviços de saúde que é muito prescritiva e higienista, geram dificuldades no cuidado. As trocas de experiências na abordagem e monitoramento destas populações no espaço urbano, nesta pandemia facilitaram a assistência prestada. A escuta diferenciada e qualificada dos indígenas tem permitido aos profissionais uma experiência ímpar no planejamento e no cuidado a estas populações, além de um aprendizado sem igual.

A intersetorialidade demonstrou-se ser algo possível, e se constitui como uma estratégia cujo objetivo central está sendo a superação de uma atuação fragmentada na execução de ações de cuidado. O principal desafio tem sido convergir esses diferentes setores na busca de alternativas para os problemas que emergem neste contexto, como as informações divergentes que essas populações dão para cada instituição, dificultando o planejamento das ações. As ações articuladas e complementares em rede pelo Comitê possibilitaram ações conjuntas que minimizem estas divergências. Na gestão dos serviços e ações de saúde, a intersetorialidade facilitou o fortalecimento dos espaços coletivos de decisões entre os diversos setores que atuam na produção do cuidado, e trouxeram uma diminuição significativa no contágio da população indígena, e principalmente a manutenção da saúde destes.

Percebe-se o esforço dos CS em manter o devido acompanhamento desta população, mesmo frente a esta diversidade que requer uma insistência em determinados cuidados para além do comum, associado à cultura que também coloca a validade das nossas propostas de prevenção, imunização e cuidados de saúde.

Desde o momento em que ingressei na pós-graduação sabida da elaboração do TCC me propus a elaborar o trabalho em cima do tema população vulnerável em especial a indígena.

Experienciar desde sua chegada à BH e vivenciar todo o processo de articulação que tivemos para promover o cuidado foi muito enriquecedor tanto no aspecto pessoal quanto institucional.

Este trabalho possibilitou refletir sobre a necessidade de reinventarmos a assistência, onde a lógica do modelo biomédico se confronta com culturas diferentes e precisamos saber como lidar com esse modo de pensar e agir.

Devemos desenvolver modos de considerar a população indígena em sua integralidade, atentando para as suas especificidades e uma escuta sensível das necessidades.
Inserir ações de promoção da saúde dessa população ainda é um desafio. Intervir sobre as condições de vida do sujeito e analisar o que produz em sua vida. O vínculo e a confiança se fazem necessários, caso contrário não seremos capazes de acessar os indígenas em suas necessidades.

Por fim, todos os atores envolvidos foram fundamentais para potencializar a REDE na tentativa de minimizar os nós existentes no cuidado à população indígena.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMAZONAS. Plano de estado para ação humanitária ao fluxo migratório de venezuelanos na cidade de Manaus. Disponível em http://www.seas.am.gov.br/wp-content/uploads/2019/12/Plano-Seas-2019_fluxo-migrat%C3%B3rio-venezuelano.pdf. 06/10/2021. Manaus, 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05.10.1988. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituiçao.

BRASIL. Lei Federal nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm

BRASIL. Lei nº 9474, de 22 de junho de 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9474.htm>. Acesso em: 01 de novembro de 2022.

BRASIL. Lei nº 13445, de 24 de maio de 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm>. Acesso em: 01 de novembro de 2022.

BRASIL. Fundação Nacional do Índio. Povos indígenas. Disponível em https://www.gov.br/funai/pt-br/atuacao/povos-indigenas. Acesso em 02/11/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério divulga ações de prevenção ao coronavírus para povos e comunidades tradicionais. Acesso em 30/08/2020. Disponível em: .ttps://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/marco/ministerio-divulga-acoes-de-prevencao-ao-coronavirus-para-povos-e-comunidades-tradicionais.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº2.436, 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). Acesso em 30/08/2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

BRASIL. Ministério da Cidadania/ ACNUR. NOTA INFORMATIVA para municípios sobre chegadas espontâneas de população venezuelana, incluindo indígenas. Disponível em https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/08/Nota-Informativa-para-Munic%C3%ADpios.pdf. Brasília, 2019

CAMARGO, Pablo Matos. Povos indígenas em Minas Gerais. Belo Horizonte, 26 de dezembro 2020. CEDEFES (Centro de Documentação Eloy Ferreira da Silva)

Disponível em https://www.cedefes.org.br/artigo-povos-indigenas-em-minas-gerais.

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M., Imigração e Refúgio no Brasil. Relatório Anual 2020. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2020

COFEN. Enfermagem - Debate assistência a populações indígena, negra e quilombola - Mesa redonda, com especialistas e liderança quilombola. 20º CBCENF; 10/11/2017. Brasil. Acesso em 30/08/2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/enfermagem-debate-assistencia-a-populacoes-indigena-negra-e-quilombola_58432.html

FERLA, Alcindo Antônio (et al). As muitas saúdes dos povos da terra: educação, gestão e trabalho como potências de vida em intensidade nos diálogos com a Saúde Indígena. In: HEUFEMANN, Nicolás Esteban Castro et al (org.). Saúde Indígena: educação, gestão e trabalho. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2020. Coleção Saúde & Amazônia, v.10. E-book..

GRANELO, Luiza. PONTES, Ana Lúcia (ORGs). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Série Educação para Todos. Ministério da Educação - Brasília - DF - 2012. Acesso em 30/08/2020. Disponível em: https://aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/326277/mod_resource/content/1/2015_JATOBA_Politicas_publicas_para_indigenas_e_quilombolas.pdf.

HEINEN, Dieter; GASSÓN, Rafael. (2008). Forasteros em supropiatierra: Testimonio de los Amerindios Warao. Caracas: IVIC.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os indígenas no censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf

JAROCHINSKI-SILVA, João Carlos; BAENINGER, Rosana. O êxodo venezuelano como fenômeno da migração sul-sul. REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum., Brasília, v. 29, n. 63, dez. 2021, p. 123-139

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde - Organização Mundial de Saúde - PAHO. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Acesso em 30/08/2020. Disponível em: www.paho.org/pt/covid19.

SCHWEICKARDT, JC; FERLA, AA; LIMA, RTS, Amorim JSC. (2020a). O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2020; 44:e24. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.24

SCHWEICKARDT, JC; FREITAS, JMB; AHMADPOUR, B. (Org.). (2020b). Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2020. 285 p.: – (Coleção Saúde & Amazônia, v.9) E-book: PDF. ISBN: 978-65-87180-10-6.

ANEXO 1



SAÚDE INDÍGENA

ALINHAMENTO TÉCNICO: O CUIDADO EM SAÚDE INDÍGENA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE BELO HORIZONTE

2/10/2020 (de 9h às 17h) e 6/10/2020 (de 14h às 17h)

PÚBLICO
Profissionais que acompanham os indígenas da etnia Pataxó e Pataxó Hã Hã Hãe

FACILITADORES
Emanuelly Paulino Soares, Marcos Rezende Silva e Pablo Camargo

2 DE OUTUBRO

CONTEXTUALIZAÇÃO INICIAL
9h15: O cuidado em saúde para os indígenas em contexto urbano em Belo Horizonte.

TEMA 1
9h20 às 10h20: Indígenas Pataxós e Pataxós Hã Hã Hãe: costumes, crenças, valores, tradições e cuidados a saúde.

TEMA 2
10h30 às 11h30: Atenção Primária de Belo Horizonte e o cuidado aos indígenas Pataxós e Pataxós Hã Hã Hãe.
11h30 às 12h: Diálogos.

12h às 13h30: Intervalo para almoço.
13h30 às 14h00: retomada do público.

TEMA 3
14h às 15h: Contextualização histórica das etnias Pataxós e Pataxós Hã Hã Hãe.

TEMA 4
15h às 16h: Caracterização dos indígenas das etnias Pataxós e Pataxós Hã Hã Hãe: semelhanças e diferenças para com as outras etnias.

TEMA 5
16h às 16h30: Abordagens e integração interinstitucional no contexto deste público.

16h30 às 17h: Diálogos.
17h: Encerramento.

6 DE OUTUBRO

TEMA 6
14h às 14h30: Políticas e normas em saúde indígena.

TEMA 7
14h30 às 15h30: Cartografia do território e perfil epidemiológico e sanitário dos indígenas das etnias Pataxós e Pataxós Hã Hã Hãe.

TEMA 8
15h30 às 16h: Ferramentas de cuidado e a importância da linguagem, empatia e confiança.

TEMA 9
16h às 16h30: Reflexão com estudos de casos complexos.

16h30 às 17h: Diálogos.
17h: Encerramento.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE
Subsecretaria de Assistência à Saúde
Diretoria de Assistência à Saúde
Gerência de Atenção Primária à Saúde