



# 1ª PLENÁRIA NACIONAL SOBRE SAÚDE E MIGRAÇÃO

## Saúde e Migração em tempos de Covid-19

### Etapa Regional Nordeste

A Etapa Regional Nordeste da 1ª Plenária Nacional Saúde e Migração ocorreu nos dias 15 e 16/07 do ano de 2021. Foram 80 registros de presença durante os debates, e 30 diferentes organizações, serviços e instituições representadas. Além disso, tivemos inscrições de migrantes de Colômbia, Venezuela, Itália, Estados Unidos, Haiti, República Democrática do Congo, México, Paraguai e de migrantes indígenas Warao.

As organizações que participaram foram:

- Cáritas Arquidiocesana de Feira de Santana (BA);
- Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante - CDHIC
- Conselho Regional de Psicologia de Pernambuco;
- Consultório na Rua - Maceió (AL);
- Central Única dos Trabalhadores do Mato Grosso do Sul - CUT/MS;
- Coordenadoria Regional de Saúde Centro - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo;
- Del'Ágora
- Fundação Nacional do Índio (FUNAI) - Coordenadoria Regional I (PE);
- Grupo de Pesquisa África - Brasil;
- Grupo de Pesquisa Migração, Mobilidade e Gestão Contemporânea de Populações (MIGRA - UFPE);
- Laboratório de Geografia, Ambiente e Saúde da Universidade de Brasília (LAGAS/UnB);
- Movimento Nacional da População de Rua;
- Núcleo de Apoio a Migrantes e Refugiados - NAMIR-UFBA;
- Prefeitura Municipal de Igarassu (BA);

- ReconstRUA - Saúde na Rua - Universidade Católica de Pernambuco;
- Rede de Cuidados em Saúde para Imigrantes e Refugiados;
- Rede de Venezuelanos - REDEVEN;
- Programa de Combate à Tuberculose de Média e Alta Complexidade - Secretaria Municipal de Saúde do Recife (PE);
- Programa de Pós-Graduação em Antropologia - UFPE;
- Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;
- Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Vitória da Conquista (BA);
- Secretaria Municipal de Saúde do Recife (PE) - Vigilância Epidemiológica do Distrito Sanitário I;
- Serviço Pastoral dos Migrantes do Nordeste (SPM-NE) - João Pessoa (PB);
- Serviço Pastoral dos Migrantes da Bahia (SPM-BA);
- Universidade de Brasília;
- Universidade de São Paulo;
- Universidade Federal da Bahia;
- Universidade Federal de Pernambuco;
- Universidade Federal do Rio Grande do Norte;
- Universidade Maurício de Nassau.

Na Plenária Final, foram aprovadas 54 propostas entre as encaminhadas pelas relatorias das Atividades Autogestionadas, e aquelas formuladas durante os debates.

### **Seguem abaixo as propostas aprovadas:**

1. Discutir melhores mecanismos de implementação de políticas intersetoriais para garantir saúde, alimentação, trabalho e educação.
2. Articulação das bases de dados de emissão documental e desburocratização de documentação requerida nos processos para a emissão do cartão SUS.
3. Capacitação aos funcionários das diferentes instituições públicas em termos de humanização e sensibilização na temática da imigração e refúgio, assim como uma visão intercultural para lidar com a população imigrante e indígena.
4. Analisar a possibilidade de incluir intérpretes comunitários das principais línguas, especialmente espanhol, warao e outros idiomas de grupos em situações análogas, em centros e postos de saúde em bairros com grande presença de imigrantes, além de garantir, por

meio da aprovação do PL 5.182/2020, a obrigatoriedade de um tradutor e intérprete em órgãos e serviços públicos.

5. Aumentar a presença de educadores sanitários nos bairros, abrigos, e casas de aluguel social onde residem os imigrantes, atuando na orientação e educação sobre os cuidados em saúde, alimentação, higiene, indicações médicas, etc, respeitando a cultura dos migrantes, especialmente indígenas e/ou etnicamente identificados, e com a presença de um intérprete ou tradutor.
6. Reconhecimento público e realização de campanha ampla de sensibilização de que o racismo e a violência obstétrica são dois dos principais gargalos de acesso adequado ao SUS;
7. Desenvolver ações de sensibilização e humanização dos profissionais de saúde para o atendimento de migrantes;
8. Oferecer serviço de Atenção Primária específico para os migrantes indígenas pela atuação do DSEI, da SESAI, e, em situações emergenciais, pela adaptação do Consultório na rua, do SUS, com orientação do DSEI;
9. Institucionalizar a prática de fornecer ao migrante por escrito, mesmo que em português, as instruções de encaminhamento para exames, marcação de consultas, etc. (ajustar referência e contrarreferência);
10. Realizar investimentos que permitam acessibilizar e criar estratégias para aumentar a agilidade na realização de exames e consultas com especialistas;
11. Realizar investimentos específicos que permitam acessibilizar ultrassom e outros exames para o acompanhamento pré-natal;
12. Realizar investimentos que permitam expandir a Atenção Primária, pois o acesso dos migrantes ao SUS é facilitado (e mais continuado) nos casos em que há acompanhamento do PSF;
13. Qualificar os profissionais do PSF para uma escuta que legitime as necessidades dos migrantes e os acompanhe e encaminhe adequadamente;
14. Adotar a cobertura da Atenção Primária como critério prioritário para a localização de políticas assistenciais emergenciais, como abrigos, etc.;
15. Preparação das equipes e organização dos fluxos nas unidades básicas de saúde de modo a viabilizar o acolhimento de demanda espontânea de migrantes;
16. Realizar campanhas de informação sobre a estrutura e o funcionamento do SUS para migrantes, em idiomas acessíveis às populações residentes na localidade. Essas campanhas devem disponibilizar ramais para ouvidoria;
17. Criação de canal específico de ouvidoria em idiomas acessíveis às populações migrantes residentes na localidade, para recepção de denúncias;
18. Fortalecer a Rede Cegonha do SUS e acessibilizá-la para migrantes,

fortalecendo referência e contrarreferência;

19. Confrontar o discurso da infantilização do indígena e assimilação cultural por meio de campanhas, formação e mecanismos de controle social.
20. Fomento e estímulo às práticas intersetoriais para facilitar o acesso de migrantes às políticas que são relevantes para a saúde ampliada, como habitação e educação.
21. Formar e capacitar profissionais do SUS para o diálogo intercultural, antirracista e anti-higienista, e estimular a articulação intersetorial entre setores públicos e da sociedade civil para mediação intercultural (Saúde, FUNAI, SPM, entre outros).
22. Aumento da cobertura da Atenção Primária à Saúde.
23. Aumentar a detecção e melhorar o acompanhamento e a vigilância das doenças negligenciadas entre populações de migrantes com maior risco (exemplo de tuberculose entre indígenas).
24. Melhora do fluxo de comunicação da saúde intermunicipal e interestadual, principalmente no controle das doenças negligenciadas (como a tuberculose entre indígenas).
25. Inserção de conteúdos específicos sobre migrações e saúde e indígenas e saúde na formação dos profissionais de saúde.
26. Mapeamento de profissionais que falam outros idiomas para articular a atenção à saúde de migrantes.
27. Elaboração de planos municipais para a suporte e formação dos profissionais para atendimento de migrantes.
28. Desenvolver parcerias entre instituições públicas e privadas com o intuito de geração de emprego e renda para a população LGBTQIA+; especialmente a população T (travestis, transexuais, transgêneros);
29. Desenvolver oportunidades e estímulos à produção textual e que possa proporcionar visibilidade positiva a população T;
30. Desenvolvimento de estudos, pesquisas e capacitação de profissionais de saúde de modo a qualificar e sensibilizar os cuidados à famílias e pessoas vivendo em situação de vulnerabilidades e universo LGBTQIA+;
31. Cobrança na efetivação de políticas públicas governamentais e intersetoriais de acompanhamento psico-pedagógico e sócio assistencial efetivo ao público LGBTQIA+;
32. Desenvolvimento de formação, atendimento, atenção e cuidados a pessoas em situação de vulnerabilidade migracional, interseccional à identidade de gênero e orientação sexual e raça em todos os níveis do SUS e do SUAS;
33. Revisão de instrumentos e mecanismos de coleta de dados que incluam aspectos relacionados à raça, cor, etnia, lgbtqia+, moradia e origem de forma a incluir as novas possibilidades e a nova conjuntura social e cultural em tempos de pandemia, com o intuito de possibilitar visibilidade positiva a pluriversidade e melhor notificação dos dados

em relação a pensar as Políticas Públicas para as populações atendidas;

34. Incentivar que os profissionais da Atenção Primária do SUS e do SUAS realizem busca ativa e atendimento qualificado da população LGBTQIA+ e outras vulnerabilidades nas comunidades de atendimento, pelas necessidades específicas.
35. Incluir as temáticas de contrabando de migrantes, tráfico de pessoas e combate ao trabalho análogo ao escravo nas capacitações dos profissionais atuantes no SUS e no SUAS;
36. Realizar Interlocução entre os órgãos públicos e organizações não governamentais-ONG sobre migrantes e refugiados.
37. Realizar levantamento dos dados locais dos migrantes e refugiados com objetivo de dar visibilidade a esse público na localidade/região.
38. Desenvolver Programa de Escuta de migrantes e refugiados (através de rodas de conversas com presença de instituições de atendimento de migrantes, serviços públicos e do sistema de garantia de direitos e de próprios migrantes) com objetivos que possam evidenciar as demandas e possíveis encaminhamentos para esse público.
39. Realizar formação com servidores públicos de várias áreas (educação, saúde e outros) sobre os direitos dos migrantes, considerando os direitos humanos.
40. Realizar formação com as Lideranças Comunitárias, que sejam replicadores de informações sobre legislação brasileiras, entre outros temas , ampliar migrantes nas funções de agente de saúde e mediador junto aos profissionais de saúde e liderança comunitária.
41. Compreender as redes de circulação em função das estratégias de vida e práticas e alternativas de saúde das comunidades migrantes, população LGBTQIA+ e outras.
42. Estimular a participação dos migrantes através da consulta prévia, livre e esclarecida na construção de políticas públicas, com promoção de seminários, audiências públicas e outros;
43. Implementar “Planos de ação governamentais aos(às) migrantes”, com a gestão de Grupos de Trabalho Locais no qual haja participação de instituições, organizações da sociedade civil e migrantes;
44. Realizar diálogo com gestão e famílias migrantes indígenas para possível atuação de indígenas Warao como Promotores Indígenas de Saúde Comunitária- facilitadores no diálogo com as famílias migrantes e possibilidade de se ultrapassar as barreiras linguísticas;
45. Descentralização do investimento em serviços de saúde para não forçar migração para pessoas tratarem saúde
46. Estímulo ao trabalho etnográfico in loco na área de saúde, considerando as dificuldades e contextos diversos e desiguais de confinamento e seu efeitos sobre mobilidade e migração
47. Compreender a diferença entre a migração com objetivo de buscar cuidados de saúde e os efeitos da migração sobre a saúde.

48. Olhar mais sensível à população local problematizando o sistema de saúde que se baseia em territórios, distritos, respeitando a situação que as pessoas não estão em um só local no país, mas também em deslocamento
49. Necessidade de garantia do direito à alfabetização digital, comunicação, com a disponibilidade de internet e estímulo à utilização de ferramentas digitais como enfrentamento ao isolamento, criação e manutenção de vínculos e acesso à saúde.
50. Evitar que a mobilidade urbana em busca de saúde se torne um fator que agrava desafios e vulnerabilidades da crise sanitária e além, vivida de forma diferente pelas pessoas migrantes e não-migrantes em seus contextos.
51. Por não estar ainda bem dimensionados, observar a ocorrência e significado de retornos a cidade de origem ou casa dos pais no contexto de pandemia, particularmente importantes para regiões fornecedoras de migrantes
52. Entender que “a mudança do objeto do estudo” é um evento corriqueiro de pesquisa em antropologia, mas que merece ser mais problematizada diante dos fortes efeitos do confinamento sobre a vida cotidiana
53. Realçar a compreensão dos efeitos do confinamento sobre a saúde mental e a redefinição de prioridades
54. Estabelecer como critério prioritário para cumprimento do direito à moradia e realização de ações emergenciais de abrigo condições físicas das moradias em condições de salubridade, respeitando o direito de acesso à água potável e saneamento básico, ventilação, relação adequada entre espaço físico e quantidade de moradores, etc.