

Autorização concedida a Biblioteca Central da Universidade de Brasília pela Professora Helen da Costa Gurgel, em 17 de fevereiro de 2020, para disponibilizar a obra, gratuitamente, para fins acadêmicos e não comerciais (leitura, impressão e/ou download) a partir desta data. A obra continua protegida por Direito Autoral e/ou por outras leis aplicáveis. Qualquer uso da obra que não o autorizado sob esta licença ou pela legislação autoral é proibido.

REFERÊNCIA

BELLE, Nayara; MATOS, Karina; GURGEL, Helen da Costa. Migração e saúde: um estudo exploratório a partir dos registros administrativos no Brasil. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE, 9., 2019, Blumenau – SC.



IX SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE - 2019

BLUMENAU - SANTA CATARINA

DATA 19 A 21 DE JUNHO

MIGRAÇÃO E SAÚDE: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO A PARTIR DOS REGISTROS ADMINISTRATIVOS NO BRASIL¹

MIGRATION AND HEALTH: AN EXPLORATORY STUDY BY ADMINISTRATIVE DATA IN BRAZIL.

Nayara Belle,
Doutoranda em Geografia
Universidade de Brasília (UnB)

Karina Matos,
Graduanda em Geografia
Universidade de Brasília (UnB)

Helen Gurgel
Prof.^a Dr.^a Departamento de Geografia
Universidade de Brasília (UnB)

RESUMO

A retomada da intensificação dos fluxos migratórios para o Brasil a partir dos anos 2000 tem estimulado o debate em diversos temas, incluindo a saúde. O objetivo deste trabalho foi obter um cenário preliminar sobre a utilização dos serviços de saúde pelas populações migrantes no Brasil e no Distrito Federal. Para tanto, foram exploradas as bases de dados do Cartão Nacional de Saúde - CNS em todo o Brasil e os registros do Sistema de Internações Hospitalares - SIH do Distrito Federal no período de 2010 a 2017. Como resultado, identificamos a presença de estrangeiros em 83% dos municípios brasileiros. Apesar das limitações apresentadas no preenchimento do campo nacionalidade no cadastro, identificou-se que os haitianos lideram a emissão de CNS para estrangeiros (13%), seguidos dos portugueses (10%). No Distrito Federal, verificou-se que entre os imigrantes, os homens foram os usuários mais frequentes dos serviços de internação. Entre os hospitais que concentraram as internações de estrangeiros destacou-se o SARAH Brasília (94,6%) e 82% do total dessas internações foram para procedimentos cirúrgicos ou de reabilitação. Esses resultados apontam o potencial desses dados para a Vigilância em Saúde e a necessidade de maior cuidado para o preenchimento e utilização das bases de dados.

Palavras-chave: Migração e Saúde, Registros Administrativos de Saúde, Vigilância em Saúde, Cartão Nacional de Saúde, Distrito Federal.

ABSTRACT

The resumption of intensification of migratory flows to Brazil since the 2000s has stimulated debate on a number of issues, including health. The objective of this study was to obtain a preliminary scenario about the use of health services by migrant populations in Brazil and in the Federal District. To do so, the databases of the National Health Card - CNS throughout Brazil and the records of the Information System on Hospitalizations - SIH of the Federal District in the period from 2010 to 2017 were explored. The result shows the presence of foreigners in 83% of Brazilian

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do Laboratório de Geografia Ambiente e Saúde da Universidade de Brasília (LAGAS/UnB), e dos projetos UnB/IRD, JEAI-GITES e LMI-Sentinelas.



IX SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE - 2019

BLUMENAU - SANTA CATARINA

DATA 19 A 21 DE JUNHO

municipalities. Despite the limitations presented in filling the nationality field, it was identified that Haitians lead CNS issuance for foreigners (13%), followed by the Portuguese (10%). In the Federal District it was found that men were the most frequent users of hospitalization services. Among the hospitals in the Federal District that concentrated the hospitalizations of foreigners, SARAH Brasília (94.6%) highlights and 82% of hospitalizations were for surgical or rehabilitation procedures. These results point out the potential of these data for Health Surveillance and the need for greater care to fill and use databases.

Keywords: Migration and Health, Administrative Records on Health, Health Surveillance, National Health Card, Federal District.

INTRODUÇÃO

A migração internacional é um fenômeno global complexo, multicausal e diversificado estimado no ano de 2017 em 258 milhões de pessoas, um incremento de 49% em relação aos 173 milhões estimados no ano 2000, segundo dados do relatório mais recente das Nações Unidas (2017, p.3). A mobilidade humana não é um fenômeno novo, porém a recente intensificação dos fluxos migratórios impulsionada por vários fatores, tais como, avanços nos meios de transporte e comunicações, conflitos, guerras, crises econômicas e desastres ambientais tem sido discutida de maneira mais proeminente a nível nacional e internacional envolvendo aspectos de segurança, soberania e Direitos Humanos, e se tornado importante tema nos debates políticos em diversos países e organizações multilaterais, como no caso dos Estados Unidos sob a administração Trump, no Brasil nas eleições de 2018, na União Europeia com a crise dos refugiados e culminando em 10 de dezembro de 2018 na adesão do Pacto Global para a Migração das Nações Unidas por 164 países.

Embora o debate central ainda esteja muito direcionado para questões de controle migratório, aspectos como saúde, anteriormente mais relacionados ao controle epidêmico e a segurança em saúde (GUSHULAK, WEEKERS, MACPHERSON, 2009; IOM, 2013, p. 33, MERCOSUL, 2018, p. 1), estão ganhando espaço com iniciativas como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS, a Resolução da Organização Mundial de Saúde para a Promoção da Saúde dos Migrantes e Refugiados endossada na 70^a Assembleia da Organização em 2017, que têm abordado a migração também como determinante social e defendido a inclusão dessas populações nos cuidados preventivos, curativos e paliativos nos países de destino e trânsito independente da regularização migratória (WHO, 2017; UN, 2018).

No Brasil, a legislação se apresenta alinhada às recomendações das agências internacionais, uma vez que, tanto a nível constitucional quanto nas legislações específicas como a Lei 8.666/1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde - SUS e a Lei 13.445/2018 que regulamenta a migração no país garantem o direito à saúde aos migrantes no território brasileiro independente do status migratório. No entanto, como ressalta LEDOUX et. al. (2018) apenas assegurar o direito sem observar as especificidades dessas populações não garante o efetivo acesso aos serviços de saúde ofertados pelo sistema, uma vez que, aspectos linguísticos e culturais podem se converter em barreiras comprometendo a saúde do migrante.

A questão da saúde no contexto migratório brasileiro, no entanto, ainda é pouco debatida e focada em ações emergenciais como as desencadeadas pelos fluxos em massa de haitianos e venezuelanos pela fronteira norte do país ocorridas respectivamente a partir de 2010 no Acre e de 2016 em Roraima. Excetuando-se a Lei 16.478/2016 que institui a política municipal de São Paulo para a população imigrante, tradicional local de destinos dos imigrantes desde o século XIX, não foi encontrada nenhuma outra política pública ou ação voltada para o atendimento de saúde fora do contexto emergencial.

Cabe ressaltar que desde o ano 2000 vem sendo registrado o aumento contínuo dos fluxos migratórios para o Brasil. Segundo dados do Sistema de Cadastro e Registro de Estrangeiros - SINCRE, entre 2000 e 2016 foram registrados junto à Polícia Federal, órgão responsável pelo controle migratório no país, 1.006.605 migrantes, um crescimento de 464% no período. Contudo, essa base de dados registra apenas os migrantes documentados e o número real de estrangeiros residentes no país deve ser superior.

Mesmo diante do aumento no fluxo migratório para o país, a população migrante é percentualmente baixa se comparada à população nacional estimada em agosto de 2018 pelo



IX SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE - 2019 BLUMENAU - SANTA CATARINA

DATA 19 A 21 DE JUNHO

IBGE em 208.5 milhões e, juntamente com a dispersão no território, representam alguns desafios para a vigilância em saúde na qual os registros administrativos de saúde podem fornecer informações relevantes para além da comunicação de doenças de notificação compulsória como, por exemplo, a identificação das localidades onde seja necessária a capacitação de profissionais e ações de inclusão da população migrante. Nesse sentido, realizamos análise exploratória das bases do Cartão Nacional de Saúde - CNS fornecida pelo Ministério da Saúde e, buscando uma abordagem local em situação não emergencial mais próxima da realidade dos municípios brasileiros, solicitamos à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, os registros de atendimentos de estrangeiros sendo fornecida apenas a base do Sistema de Internações Hospitalares - SIH.

MIGRAÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, a mobilidade humana e a migração “conectam indivíduos e fatores ambientais de saúde entre as comunidades [...] e pode ter um impacto na saúde e nos serviços relacionados no país de acolhimento bem como na saúde e no uso dos serviços de saúde pelos migrantes” (WHO, 2017, p. 9). Para Pacheco-Coral (2018, p.1, tradução nossa), a migração tem repercussões sobre a saúde e representa um “desafio particular para a saúde pública”, seja no atendimento das necessidades especiais dos migrantes ou pela vulnerabilidade das populações locais que “não foram previamente expostas a uma determinada doença, ou sua imunidade pode ser diluída com a entrada de migrantes”.

Martin et. al. (2018) afirmam que em boa parte dos casos de inclusão de migrantes internacionais aos sistemas oficiais de saúde não são considerados dentro do sistema receptor os sistemas de referência e códigos próprios às sociedades de origem, como os valores e tradições carregados pelos indivíduos ao longo do processo migratório. Isto acarreta em um desafio presente nos diferentes processos de saúde, doença, atenção e prevenção em razão dos processos interculturais. Para Menéndez (2016 apud. Martin et. al. 2018), é correto reconhecer as diferenças dos usos e costumes, nas cosmovisões e formas de vida originais, mas não se deve negligenciar as diferenças entre os grupos em termos de religião, gênero, adesão política, grau de escolaridade, grupos de idade ou poder, todavia que “atores sociais não devem ser considerados homogêneos e monolíticos” (p. 32-33).

Sobre esse aspecto, Aluttis, Krafft e Brand (2014, p. 3, tradução nossa) dentro do contexto europeu criticam as adequações das políticas migratórias e de saúde empreendidas na vigilância em saúde por terem sua importância “reduzida ao controle transfronteiriço de ameaças à saúde, principalmente, as doenças infecciosas”, um cenário semelhante ao que se observa em relação ao fluxo migratório por Roraima no Brasil em relação aos surtos de sarampo, casos de tuberculose e a vacinação compulsória para permanência e participação no programa de interiorização.

Dessa maneira, a Vigilância em Saúde é compreendida de maneira restrita como “um conjunto de ações voltadas para o conhecimento, a previsão, a prevenção e o enfrentamento continuado de problemas de saúde selecionados e relativos aos fatores e condições de risco, atuais e potenciais, e aos acidentes, incapacidades” (TEIXEIRA et. al., 2000), a qual cabe extrapolar o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias e incluir tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, a organização e atuação dos diversos grupos na promoção e defesa das condições de vida e saúde.

Essas tensões são vividas, reproduzidas e mediadas pelo território, como Vale et. al. (2005, p.16) argumentam citando Saquet (2004), as relações políticas, econômicas e sociais que compõem a territorialidade “efetivam diferentes redes e um determinado campo de forças” que juntamente com a comunicação contribuem para o controle do espaço agindo “como elementos mediadores da reprodução do poder da classe hegemônica [...] interferindo diretamente na territorialidade cotidiana dos indivíduos e grupos ou classes sociais” (SAQUET 2004 apud VALE et. al., 2005, p. 16).

No caso do sistema de saúde brasileiro, o território ainda repercute sobre a própria organização dos serviços de saúde, pois seus princípios organizativos da regionalização e hierarquização (BRASIL, 1990) são baseados no espaço geográfico e na noção de território. Conforme explica Paim (2015, p. 31), a forma de rede regionalizada permite distribuir os estabelecimentos de saúde em territórios de modo que os serviços básicos estejam mais



IX SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE - 2019 BLUMENAU - SANTA CATARINA

DATA 19 A 21 DE JUNHO

distribuídos e descentralizados, enquanto os serviços especializados se apresentam de forma mais concentrada e centralizada. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) ainda são estruturadas por regiões de saúde delimitadas a partir de uma área geográfica e sua população que determinam as áreas de abrangências, de competências e responsabilidades quanto à acessibilidade ao rol de ações e serviços oferecidos pela região de saúde (BRASIL, 2010). Portanto, impactando diretamente no acesso e disponibilidade dos serviços de saúde.

Embora a dinamicidade e a diversidade dos fluxos migratórios agreguem complexidade ao planejamento nacional de saúde, a OMS ressalta que incluir e investir no atendimento das “necessidades dos migrantes protege a saúde pública global, facilita a integração social e contribui para a prosperidade econômica” (OMS, 2017, p.15). Além disso, Ventura (2018, p. 1) defende que a saúde do migrante é determinante para a sua integração na sociedade de acolhimento, sendo crucial que os países reflitam sobre suas responsabilidades enquanto Estados sobre os processos de saúde, doença e os cuidados de saúde dos imigrantes, apontando que “explorar a ligação entre Direitos Humanos e saúde global pode ser a chave para avançar nas questões de saúde do migrante” (2018, p.2).

PROCEDIMENTOS E MÉTODOS

Os dados utilizados neste artigo foram obtidos via Sistema de Acesso à Informação, regido pela Lei nº 12.527/2011, através dos websites <https://esic.cgu.gov.br/>, no caso dos dados do Cartão Nacional de Saúde – CNS fornecido pelo Ministério da Saúde - MS, e <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>, para os dados de internações hospitalares ocorridas no Distrito Federal disponibilizados pelo Departamento de Informático do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

Os dados foram analisados utilizando os *softwares* “R” para a compilação dos dados a partir dos pacotes *read.dbc* e *dplyr* e “Excel” da Microsoft utilizando técnicas para a limpeza das bases, quantificações e extração de dados para obtenção do perfil dos estrangeiros. Para a construção dos mapas (Figura 2 e 4) foi utilizado o *software* “QGIS 2.18 ‘Las Palmas’”, contabilizados os Cartões Nacionais de Saúde (CNS) emitidos para estrangeiros no período de 2010 a 2017 e cartografados a partir da técnica de mapeamento coroplético de quebras naturais (otimização de *Jenks*) (Figuras 2 e 4).

ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS BANCOS DE DADOS

Buscando obter um cenário preliminar sobre a utilização dos serviços de saúde pela população migrante foi identificado que o Cartão Nacional de Saúde - CNS, por objetivar um cadastro único com vinculação territorial ao endereço de residência do usuário (Portaria nº 940/2011) e a obrigatoriedade de seu uso a partir de 2012 instituída pela Portaria Conjunta nº 2 de 15 de março de 2012 seria o primeiro passo para obter um panorama geral dos usuários estrangeiros. Cabe ressaltar que o cadastro de usuário no sistema de saúde não faz distinção entre migrantes, refugiados ou turistas, referindo-se aos não brasileiros de forma ampla como estrangeiros. Os dados recebidos da CNS contemplavam o período de 2010 a 2017 detalhados por Unidade da Federação e o município de residência, país de nascimento, gênero, ano de nascimento e o ano de cadastro.

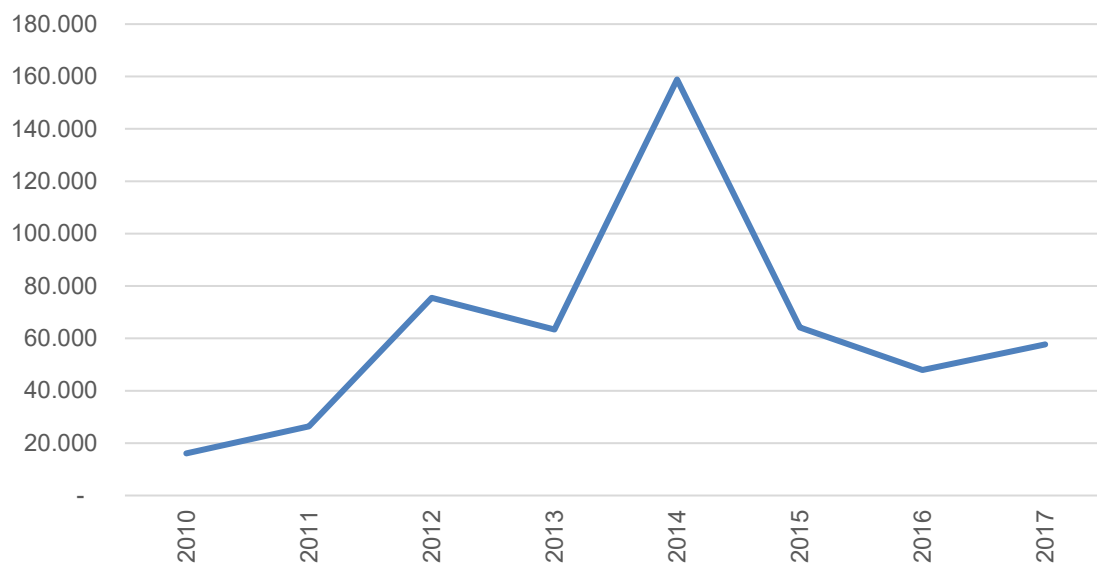
A análise exploratória revelou que durante o período foram emitidos 510.857 cartões para estrangeiros, com picos em 2012 (75.580, 12%) e 2014 (159.196, 25%) (Figura 1). Embora seja necessário estudo mais detalhado das bases, é possível que esses picos tenham relação, respectivamente, com a obrigatoriedade do uso do CNS e com a Copa do Mundo de 2014. Cabe aqui reforçar que essa base representa apenas o número de CNS emitidos e não o número de atendimentos de saúde. No entanto, por ser obrigatório, caso o paciente se dirija a uma unidade de saúde e não possua o CNS o mesmo deve ser feito pelo funcionário responsável pelo cadastro da entrada do paciente na unidade, uma vez que o não atendimento desse requisito acarreta na limitação das funcionalidades do sistema hospitalar.

Figura 1: Total de CNS emitidos no Brasil no período de 2010 a 2017.



IX SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE - 2019 BLUMENAU - SANTA CATARINA

DATA 19 A 21 DE JUNHO



Fonte: Ministério da Saúde – MS. Elaboração própria.

Os registros indicaram que 54% dos estrangeiros cadastrados são do sexo masculino e 46% do sexo feminino. Ao cruzarmos sexo com a variável idade obtida pela subtração do ano de nascimento do ano de ano de cadastro do CNS, percebe-se que ambos os sexos possuem picos nas mesmas faixas etárias, tendo maior concentração de CNS emitidos os idosos com 65 anos ou mais (16%), seguido da faixa etária de 25 a 29 anos (13%). As faixas etárias compreendidas entre 20 e 39 anos concentram 42% de todas as CNS emitidas, condizente com o perfil dos fluxos migratórios apresentado por Costa (2016, p. 78) e pelos relatórios do Observatório das Migrações Internacionais – OBMIGRA (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2018). Com a análise etária também se identificou um número significativo de centenários, 392, tendo entre 100 e 129 anos na data da emissão do CNS o que pode revelar longevidade dessa população ou anomalia no cadastro, necessitando de investigação aprofundada.

Quanto às nacionalidades dos estrangeiros na base, identificamos que não existe padronização no preenchimento da variável país de nascimento, podendo a grafia do nome do país variar, havendo mesmo a inclusão de cidades como Paris (França) e grupos étnicos como os Buryat e os Chuvash como países até termos que não foram possíveis de determinar a origem e/ou significado como Protetor do Sudoeste Africanos, Nguane e Sequin. A falta de padronização requer maior atenção no uso da base, pois para extrair dados, por exemplo, de nacionais do Zimbábue deve-se incluir outras grafias como Zimbabue, o que pode impactar significativamente no resultado final. Após limpeza da base foi possível identificar que os haitianos lideram as emissões de CNS com 13% (70.823) do total, seguidos pelos portugueses com 10%, os venezuelanos aparecem em 7º lugar com 5%. Essas nacionalidades juntamente com Paraguai, Bolívia, Argentina, Japão, Uruguai, Peru e Colômbia, correspondem a 66% dos cartões emitidos entre 2010 e 2017, revelam um perfil majoritariamente advindo de países vizinhos e falantes do espanhol.

Ao realizarmos a distribuição espacial desagregada em escala municipal (Figura 2), se destacam pela quantidade de emissões de CNS o Rio de Janeiro (4%) e São Paulo (3%), municípios tradicionais de atração de migrantes e turistas. Os municípios de entrada do fluxo venezuelano, Boa Vista e Pacaraima, ocupam respectivamente a 3ª e a 10ª posição do ranking nacional, enquanto Rio Branco e Brasília que receberam o fluxo haitiano, ocupam a 37ª e 86ª posições, em ambos os casos a centralidade das capitais em relação ao município fronteiro é evidente indicando maior atuação da área de saúde do poder público.

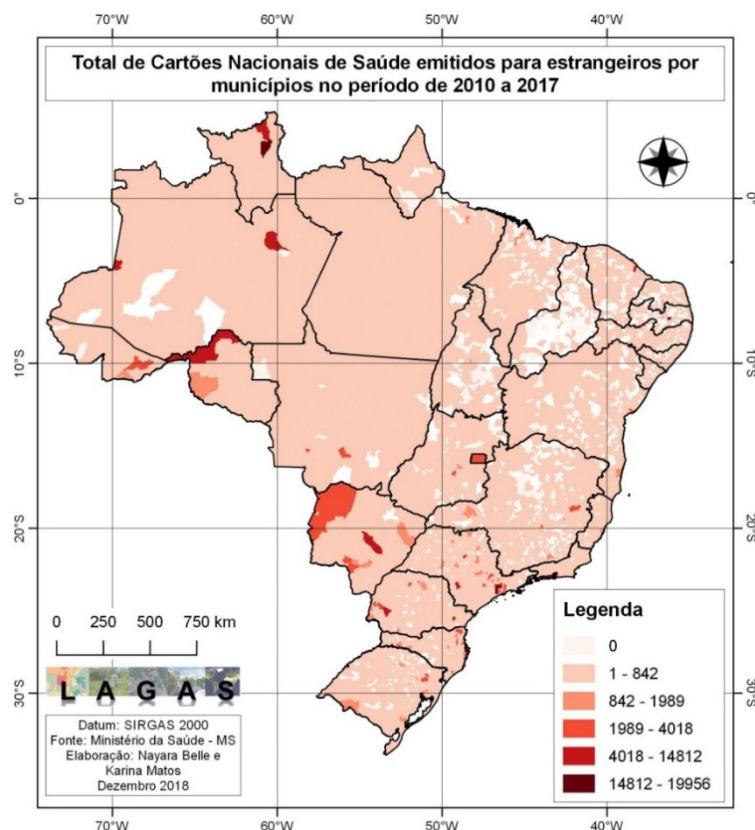
Figura 2 – Mapa das emissões de CNS para estrangeiros por municípios brasileiros entre 2010 - 2017.



IX SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE - 2019

BLUMENAU - SANTA CATARINA

DATA 19 A 21 DE JUNHO



Fonte: Ministério da Saúde, MS, Brasil. Elaboração própria.

No entanto, a predominância dessas localidades não foge ao esperado por se tratarem de regiões de grande atração dos fluxos migratórios e de ações emergenciais advindos de crises humanitárias com ampla ação governamental em todos os níveis, municipal, estadual e federal. Porém cabe ressaltar que essa base revelou a presença de migrantes em 83% (4.633) dos 5.570 municípios brasileiros, endossando a necessidade de adoção de uma estratégia nacional em relação aos fluxos migratórios.

INTERNAÇÕES DE IMIGRANTES NO DISTRITO FEDERAL

Para análise em contexto não emergencial foi selecionado o Distrito Federal - DF, pois embora seja a capital do país, não tem histórico de grandes fluxos de migrações internacionais, mas apresentou 3.104 (1%) emissões de CNS no período analisado em relação ao Brasil. Ainda, está localizado longe das fronteiras, o que provavelmente dificulta que os dados contabilizem estrangeiros residentes em municípios estrangeiros limítrofes ao Brasil, proporcionando assim, a possibilidade de estimar a população estrangeira residente e usuária dos serviços de saúde do Distrito Federal. Dessa maneira foi solicitado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal - SES/DF todos os registros de estrangeiros dentro da rede pública de saúde do DF detalhado por ano, nacionalidade, sexo, idade/faixa etária e unidade de saúde do atendimento.

No entanto, o retorno dado pela Gerência de Processamento de Informações Ambulatoriais e Hospitalares – GEPI, informava que o campo nacionalidade não é de preenchimento obrigatório para os atendimentos de emergência, urgência e de consultas na atenção básica e que embora o Boletim de Produção Ambulatorial Individual - BPAI e Autorização de Procedimentos Ambulatorial - APAC contenham o campo "nacionalidade", o banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA, que gerencia essas informações, não possuía essa variável para a extração desse dado, sendo possível apenas o fornecimento dos dados de internações hospitalares.

O Sistema de Internações Hospitalares - SIH consiste no gerenciamento do faturamento da produção ambulatorial, ou seja, objetiva gerenciar os custos envolvidos nos tratamentos dos



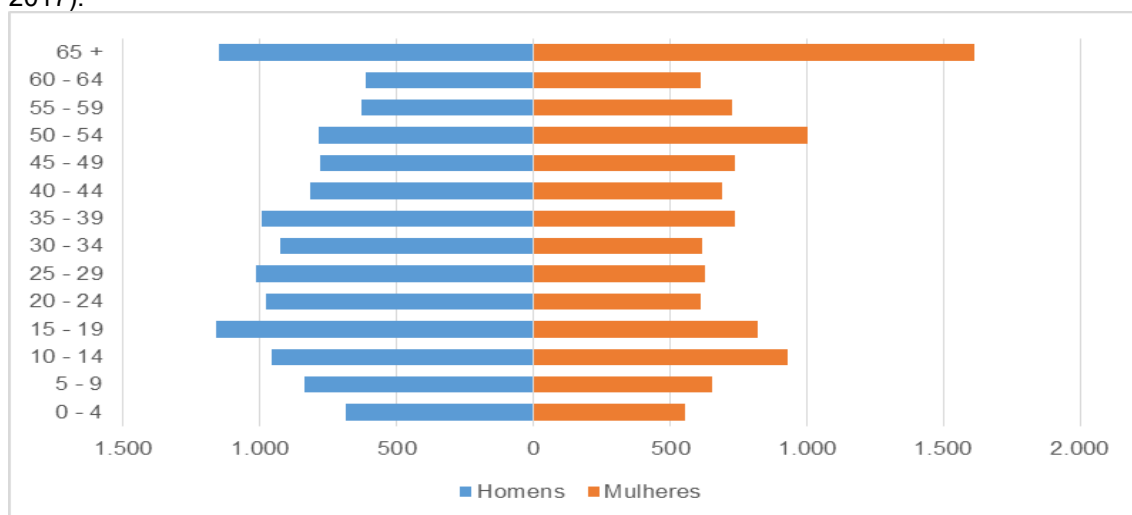
IX SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE - 2019 BLUMENAU - SANTA CATARINA

DATA 19 A 21 DE JUNHO

pacientes. Tendo isto posto, os dados aqui analisados se referem à quantidade de procedimentos/internações realizadas e não de indivíduos atendidos, podendo um mesmo indivíduo ter realizado mais de um procedimento/internação.

Sobre as internações de estrangeiros ocorridas no DF, entre 2010 e 2017 foram contabilizadas 23.252 internações, relativo a 1.58% de um total de 1.474.675, sendo que 98% ocorreu nos últimos três anos do período. Os registros indicam que 53% dos estrangeiros internados em hospitais no Distrito Federal no período de 2010 a 2017 foram homens e 47% mulheres. Em relação à faixa etária e sexo dos pacientes estrangeiros (Figura 3), onde a variável idade foi obtida pela subtração do ano de nascimento ao ano de internação, verificou-se que as internações ocorrem predominantemente na faixa de idosos com 65 anos ou mais de idade (12%) com prevalência entre indivíduos do sexo feminino, seguido daqueles dentro da faixa etária de 15 a 19 (12%), sendo a relação de gênero equilibrada nesta faixa etária. Destacamos ainda a prevalência das internações de homens estrangeiros com idades entre 15 e 39 anos (41%) coincidindo com a faixa etária de maior morbimortalidade e predomínio de internações e óbitos, principalmente por causas externas, se comparados às mulheres no Brasil (BRASIL, 2018).

Figura 3 - Pirâmide etária dos pacientes estrangeiros internados em hospitais no DF (2010 a 2017).



Fonte: Ministério da Saúde - MS, Brasil. Elaboração própria.

Até o momento de aumento expressivo no número de internações a partir do ano de 2015, as mulheres se sobressaíam nos registros com, aproximadamente, 60% das internações em cada ano, com destaque para o ano de 2011 que somaram 83%. A partir da explosão nos registros, os homens se tornaram a maioria, com cerca de 47% do total de registros para os anos de 2015, 2016 e 2017.

A base possui duas relevantes anomalias quanto à nacionalidade dos pacientes. A primeira evidencia-se com a concentração de 94,6% (21.992) das internações para nacionais da República Dominicana, que possui 55 como código. Esse número contrasta fortemente com dados do Departamento de Polícia Federal – DPF que indica a residência no Distrito Federal de apenas 35 dominicanos para o período de 2000 a 2016, apontando, portanto, anormalidade nos dados. Ainda, identificamos o uso do termo “Reservado” no mesmo campo reservado ao país de nascimento em 11 registros no período analisado. Questionamos a Gerência de Processamento de Informações Ambulatoriais e Hospitalares – GEPI, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SESDF, sobre o significado do termo, mas fomos informados que a nossa solicitação de esclarecimento fora encaminhada ao Ministério da Saúde – MS, porém não obtivemos retorno até a conclusão deste artigo.

Dos registros cujos países de nascimento puderam ser identificados, observamos um perfil heterogêneo e bastante diversificado com nacionais de países da América Central, América do Sul, Ásia e Europa oriundos da República Dominicana (94,6%), Antígua e Barbuda (1,7%), Guatemala (0,8%), Santa Lúcia (0,4%), Eire (ou Irlanda, 0,2%), Japão, Abissínia, Bolívia, Ilhas



IX SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE - 2019 BLUMENAU - SANTA CATARINA

DATA 19 A 21 DE JUNHO

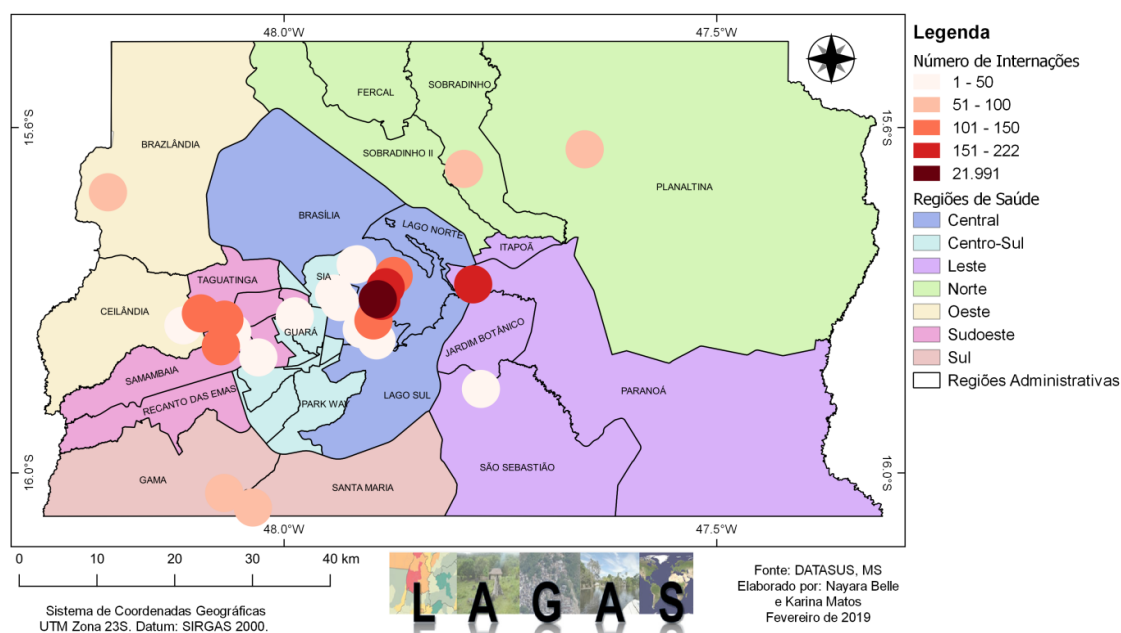
do Canal, China, Portugal, Albânia, República da Bielorrússia, Escócia, Gibraltar, Argentina, Inglaterra, Colômbia, Estados Unidos da América e Peru com 0,1% cada.

Essas anomalias indicam uma falha no registro da nacionalidade sobre a qual reforçamos a necessidade de investigação aprofundada para a determinação das causas do ocorrido e a aplicação de medidas para a correção dos dados e prevenção de novas ocorrências, por exemplo, através da checagem das informações dos históricos dos pacientes.

Os Estabelecimentos de Saúde que concentraram as internações dos pacientes estrangeiros do total de estrangeiros no período foram o SARAH Brasília (94,6%), especializado em reabilitação de patologias neurológicas e ortopédicas, o Hospital da Região Leste (HRL, 1,0%), o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF, 0,9%), o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN, 0,6%), Hospital Regional de Taguatinga (HRT, 0,4%), Hospital Universitário de Brasília (HUB, 0,4%), Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB, 0,3%), Hospital Regional de Ceilândia (HRC, 0,3%) e o Hospital Regional de Samambaia (HRSam, 0,3%). Esses dados revelam a prevalência de hospitais públicos e localizados na área central de Brasília e menor participação de hospitais localizados em regiões de saúde com maior concentração de habitantes do Distrito Federal.

Na Figura 4 a seguir, apresentamos a espacialização das internações de estrangeiros no Distrito Federal por estabelecimento de saúde, identificando o tipo de administração de cada estabelecimento e sua localização conforme as regiões de saúde estipuladas pela Secretária de Estado de Saúde.

Figura 4 – Mapa das internações de estrangeiros por estabelecimento de saúde por região de saúde do Distrito Federal no período de 2010 - 2017.



Fonte: Sistema de Internações Hospitalares – SIH, DATASUS, Ministério da Saúde - MS. Elaboração própria.

No mapa podemos identificar que as regiões de saúde Central e Leste concentraram o maior número de internações de estrangeiros, não somente pelo protagonismo do SARAH Brasília, localizado no Plano Piloto, mas também pela participação de hospitais referenciais da região como o IHBDF, HRAN e HUB. Espacializar as internações segundo as regiões de saúde são importantes no contexto do Distrito Federal, uma vez, que essas regiões têm autonomia administrativa-financeira que impacta diretamente nas ações e estratégias empreendidas pelos estabelecimentos de saúde. Ainda cabe ressaltar que o objetivo da criação dessas regiões é que os serviços ofertados segundo as necessidades da área de cobertura, ou seja, de acordo com o perfil epidemiológico e os indicadores sociais da população atendida.



IX SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE - 2019 BLUMENAU - SANTA CATARINA

DATA 19 A 21 DE JUNHO

As especialidades onde ocorreram as internações dos estrangeiros no Distrito Federal identificadas foram para cirurgias (49%), reabilitação (33%), clínica médica (15%), obstetria (2%) e pediatria (1%). Quanto aos diagnósticos, codificados conforme a Classificação Internacional de Doenças – CID 10 que levaram às internações os principais foram relacionados a paraplegia espática (G82.1, 5%), dificuldades para andar não classificadas em outras partes (R262, 5%), síndrome do túnel do carpo (G56.0, 4%), tetraplegias não especificadas (G82.5, 3%), encefalopatias não especificadas (G93.4, 3%) e sequelas de infarto cerebral (I69.3, 3%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise exploratória das bases de dados do Cartão Nacional de Saúde CNS a nível nacional e do Sistema de Internações Hospitalares - SIH à nível do DF pode-se concluir que a variável nacionalidade/país de nascimento apresenta anomalias significativas nas bases interferindo significativamente na qualidade do dado e em sua utilização. No entanto, mesmo diante das limitações das bases foi possível identificar alguns indicadores potenciais para auxiliar no planejamento e gestão da saúde.

Ainda, devido à compulsoriedade do registro do Cartão Nacional de Saúde e a característica de registro único, se vislumbra o potencial de estimativa da população estrangeira residente no país incluindo aqueles indocumentados, seu perfil e distribuição geográfica. Essa última seria possibilitada a partir do georreferenciamento dos pacientes pelo campo CEP ou por município de residência.

Recomenda-se a investigação e apuração dos processos e procedimentos de registro da variável país de nascimento no sistema, para que se possa aplicá-las de maneira efetiva na vigilância em saúde e, a partir do resultado apontado pela base do CNS da presença de migrantes em 83% do território nacional, reforça-se a necessidade de formulação de uma política nacional não emergencial voltada para os fluxos migratórios que possam balizar as estratégias e ações regionais e locais visando a cobertura universal e a redução das desigualdades em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 52 p. : il. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil_morbimortalidade_masculina_brasil.pdf. Acesso em 06 fev. 2019.

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M., Migrações e Mercado de Trabalho no Brasil. Relatório Anual 2018. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério do Trabalho/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração. Brasília, DF: OBMigra, 2018.

COSTA, NAYARA B. N. DA. Migrações Internacionais e Refúgio no Brasil entre 2000 e 2014: Uma análise espaço-temporal. Dissertação. Brasília-DF, 2016.

GUSHULAK, BD; WEEKERS, J; MACPHERSON, DW. Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework. In *Emerging Health Threats Journal*, 2:1, 7091, 2009.

IOM - International Organization for Migration. *International Migration, Health and Human Rights*. Geneva, Switzerland, 2013.

LEDOUX, Celine; PILOT, Eva; DIAZ, Esperanza; KRAFFT, Thomas. Migrants' access to healthcare services within the European Union: a content analysis of policy documents in Ireland, Portugal and Spain. In *Globalization and Health*. 2018 14:57.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 27, n. 1, p. 26-36, 2018.



IX SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE - 2019 BLUMENAU - SANTA CATARINA

DATA 19 A 21 DE JUNHO

MERCOSUL - Mercado Comum do Sul. Acordo Nº 01/18 dos Ministros de Saúde do MERCOSUL sobre Migração na Região. Assunção 14 de Junho de 2018.

MONKEM, M.; BARCELLOS, C.. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva e outros. O que é o SUS?. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93 p.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L.. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: ROZENFELD, Suely (org.). Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2000, p.50-61.

UN – United Nations. Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration Final Draft. United Nations, New York, 2018.

UN – United Nations. International Migration Report 2017 – Highlights. United Nations, New York, 2017.

VALE, Ana Lia Farias; SAQUET, Marcos Aurélio; SANTOS, Roseli Alves. O território: diferentes abordagens e conceito-chave para a compreensão da migração. In: Revista Paz Ciência. Volume 07 nº 1. 2005. P. 11 - 26.

VENTURA, Miriam. 2018. Immigration, global health, and human rights. In: Cadernos de Saúde Pública número 34 volume 4, 2018.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health of Migrants - Resetting the Agenda. Report of the 2nd Global Consultation. Colombo - Sri Lanka, 2017.