

Panorama do perfil epidemiológico de migrantes na cidade de São Paulo: análise do perfil de interações a partir de 2020

*Kaio Mitori Rosa Sakai**
*Mariá Lanzotti Sampaio***
*Patrícia Martins Montanari****

1. INTRODUÇÃO

1.1 Panorama dos migrantes internacionalmente

O ato de migrar é próprio da existência humana (ABUBAKAR et al., pp. 2606–54, 2018), pois a exploração de novos ambientes e/ou de fuga de potenciais ameaças à vida ocorreu desde o período em que o ser humano era nômade, por exemplo (WILD & DAWSON, pp.66–70, 2018). Atualmente, outras questões também estão inseridas no processo migratório, como catástrofes climáticas, pressões da globalização e conflitos de interesses entre grupos sociais, violações de direitos humanos e pobreza extrema.

Os fluxos migratórios atuais são mais numerosos – como no caso do fluxo migratório de 2018, em que um bilhão de pessoas se deslocaram (ABUBAKAR et al., pp. 2606–54, 2018) - e complexos, envolvendo a humanidade de forma geral, independentemente de etnia, localização geográfica, gerações, classes sociais (VENTURA, 2018). Mas, afinal, qual a definição de migrante? Segundo a International Organization for Migration (IOM), migrante é qualquer pessoa que está se deslocando ou se deslocou através de fronteira internacional ou de estado que não seja o seu estado de residência, independentemente de seu status perante a lei, do movimento migratório ser voluntário ou não, da causa do movimento e do tempo de estadia no local de destino (IOM, UN, 2016). No presente estudo, por compreender que as terminologias relacionadas ao campo migratório se inserem em uma arena de disputa epistemológica, será utilizado o termo “migrante internacional” para se referir às pessoas que realizam este processo de deslocamento, seja na condição de imigrante, refugiada, requerente de asilo, dentre outros pontos.

* Contato: kaiomrsakai@gmail.com

**Contato: mariah_lanzotti@hotmail.com

***Contato: patricia.montanari@fcmsantacasasp.edu.br

Diante deste cenário, o pensar crítico acerca das condições de saúde ofertadas aos migrantes é de suma importância para que eles possuam melhor qualidade de vida, uma vez que, ao adentrarem um novo ambiente, estão expostos a riscos de saúde distintos e novos. Dados da literatura científica (ABUBAKAR et al., pp. 2606–54, 2018; ZIMMERMAN, KISS & HOSSAIN, 2011) apontam que os padrões de morbidade entre migrantes são diversos e dinâmicos, dada a correlação entre vários fatores: condições de saúde antes de sair do país de origem; Condições ambientais e socioeconômicas; Padrões locais de doenças e de comportamentos; Aspectos culturais; Acesso a terapia preventiva ou curativa durante o processo migratório. (ZIMMERMAN, KISS & HOSSAIN, 2011)

Como apontado, existem inúmeros fatores envolvidos no serviço de saúde aos migrantes e para entendê-los melhor, explicamos, sucintamente, o cenário migratório desde o século 20 até os dias atuais. No que se refere ao século passado, os conflitos bélicos resultaram em reordenamento geopolítico: muitas pessoas saíram forçadamente de seus países de origem - como refugiados - e se estabeleceram em outros locais. De fato, essa instabilidade militar se estendeu até o início do novo milênio, quando se notaram eventos como o “11 de setembro” nos Estados Unidos, conflitos na região do Oriente Médio e atritos envolvendo as comunidades de imigrantes muçulmanos na Europa, levando à intensificação de racismo e xenofobia. (PATARRA, pp. 23–33, 2005). . Por outro lado, notou-se processo de democratização nos países da América do Sul, acompanhado de dívidas internas e externas, além de aumento da pobreza, cenário que os distanciou dos países desenvolvidos. Logo, nota-se um fluxo de emigração a partir do Brasil em direção aos países desenvolvidos, como Estados Unidos, Japão, Itália, Espanha, Alemanha, Portugal e Espanha, sendo o primeiro da história do país, à exceção de alunos e casos pontuais de profissionais qualificados, visto que, a saída de brasileiros só existira durante a ditadura militar com refugiados políticos e expulsos do país. (PATARRA, pp. 23–33, 2005) . Em contrapartida, há notável fluxo de imigrantes sul-americanos cujas condições socioeconômicas nas quais estão imersos são precárias, principalmente bolivianos, os quais se estabelecem no país visando desfrutar de melhores condições de vida. (CAFARDO, 2005)..

2 CENÁRIO HISTÓRICO DE MIGRAÇÕES NO BRASIL

Abordando, demograficamente, o cenário migratório no Brasil, tem-se que, de acordo com o Censo Demográfico de 1991, explicita-se a existência de uma “população estrangeira” – nomenclatura utilizada à época - de 606.631 pessoas (0,41% da população residente no país) à época, já o de 2000, registrou 683.380 pessoas, sendo válido mencionar que os países

de origem desse contingente populacional concentram-se no Mercosul ampliado, correspondendo a 40% dos imigrantes internacionais, seguidos por imigrantes da Europa, Ásia e América do norte. (PATARRA, pp. 23–33, 2005) . Entre 1993 e 1996, foram concedidas 45.827 autorizações de vistos no Ministério do Trabalho e Emprego no Brasil e entre 1997 e 1999, 49.888, sendo a maioria para estrangeiros de países europeus, seguido por Estados Unidos e Canadá. Estes números evidenciam a negligência acerca de acesso à documentação trabalhista pela população migrante que adentra o Brasil, a qual, por falta de tal documentação, insere-se em mercados clandestinos submetendo-se a condições de trabalho análogas à escravidão. (IBIAPINA, ADORNO, 2023).. Antes de abordar um cenário mais recente, é preciso elucidar três categorias de migrantes internacionais, abordados na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizado no Cairo em 1994: Migrantes documentados, os quais são legalmente registrados no país em que se alocação, o que lhes permite tratamento regular igual ao concedido aos próprios membros nacionais; Migrantes não-documentados, os quais têm apenas seus direitos humanos básicos preservados, para protegê-los de racismo, etnocentrismo e xenofobia; Refugiados/asilados, sendo indivíduos que usufruem de instrumentos políticos voltados à sua proteção, decorrentes de tratados firmados entre o país de origem e o país de chegada. (PATARRA, pp. 23–33, 2005; WALDELY, GONÇALVES, MIRANDA, DE ALMEIDA, pp. 117–131, 2014)

Neste ponto, é importante pincelar sobre o processo de modificação territorial das economias como um todo, pois por toda a década de 1980, houve investimentos tecnológicos robustos em infraestrutura de comunicações/logística, o que permitiu a desterritorialização da cadeia produtiva, intrínseca ao processo de globalização, como Manuel Castells discorre em seu livro “A Sociedade em rede” (CASTELLS, 1999). Logo, as pessoas com potencial de gerar valor agregado em algum mercado mundo afora, gozam de oportunidades logísticas dentro do processo migratório as quais não são acessadas por pessoas sem esse potencial. De fato, apenas durante os primeiros anos do século XXI, pode-se dizer que o Brasil entrou para a “Era das migrações”, na qual associa-se tendências migratórias a processos globais de mobilidade de capital e de força de trabalho, a crises econômicas/políticas e a acordos bilaterais geopolíticos, principalmente. O Brasil teve papel fundamental como espaço de migrações transnacionais “Sul-Sul”, havendo fluxo crescente de imigrantes do Haiti, Síria, Venezuela, países Africanos (Egito, Senegal, Gana, etc.) e países asiáticos (Irã, Vietnã, Líbano, etc.) (BAENINGER, DEMÉTRIO, FERNANDES, DOMENICONI, 2021).

No maior país da América Latina, a entrada de estrangeiros é atribuída ao Ministério da Justiça, ao Ministério das Relações Exteriores e ao Ministério do Trabalho e Emprego, cabendo ao primeiro legalizar a condição do

migrante recém-chegado ao país, concedendo-lhe vistos para tal. (PATARRA, pp. 23–33, 2005) Uma questão futuramente abordada neste artigo refere-se à responsabilidade de serviços públicos prestarem-se a imigrantes não documentados no Brasil, já se tendo abordado este tópico no Fórum Social das Migrações em Porto Alegre, 2005, concluindo-se que apenas o SUS possui respaldo legal de atendimento a todos, contudo, de fato os migrantes são atendidos pelo SUS atualmente? Antes de responder essa questão, é preciso entender o cenário mais recente da migração no país. É válido ressaltar, de início, a instituição da lei n.13.445/17 (Lei da Migração), em 2017, a qual busca substituir o Estatuto do Estrangeiro – que via o imigrante como ameaça à segurança nacional – e assegurar direitos aos imigrantes e emigrantes.

3 SITUAÇÃO ATUAL DOS MIGRANTES EM TERRITÓRIO BRASILEIRO

Entre 2015 e 2021, houve o maior êxodo de brasileiros e em conjunto, houve o maior influxo de migrantes oriundos de países da América do Sul e Central, por exemplo. (GRANADA, INOUE, MARTIN, SILVEIRA, MATSUE, 2023). Em 2019, a Venezuela passa a representar o principal país dos novos reconhecimentos de refúgio no Brasil, ao passo que se reconheceu a existência de graves violações de direitos humanos nesse país, o que demonstra a instabilidade política de alguns países vizinhos ao Brasil, como um potencial catalisador de migração de pessoas para o território brasileiro. Em seguida, a pandemia de Covid-19 se torna um símbolo de novo contexto migratório ao redor do mundo, havendo fechamento de fronteiras e imposição de medidas voltadas à proteção da saúde pública da população nacional em primeiro lugar. Exemplo desta postura gira em torno das portarias interministeriais emitidas pelo governo federal do Brasil vigente à época, para delimitar a entrada de pessoas no país a partir de março de 2020, as quais foram amparadas pela Lei nº 13.979 de fevereiro de 2020. (BAENINGER, DEMÉTRIO, FERNANDES, DOMENICONI, 2021; CAVALCANTI, OLIVEIRA, pp. 11–34, 2020) Para exemplificar o impacto dessas portarias, em 2019, segundo dados do Sistema de Tráfego Internacional, o fluxo de migrantes era de aproximadamente 2,5 milhões de pessoas, enquanto nos meses de abril e maio de 2020, esse número caiu para 90 mil, sendo de apenas 40 mil entre junho e julho deste mesmo ano.

Além disso, a disseminação de notícias falsas, a falta de políticas de saúde efetivas contra a disseminação do Covid-19 (como a vacinação rápida e efetiva da população) levando à maior disseminação do patógeno em questão, somados às condições prévias de vulnerabilidade dos migrantes no Brasil, exacerbaram as desigualdades sociais, levando as populações mais

pobres e vulneráveis a diferentes riscos, marginalização social. Por exemplo, muitos migrantes tinham dificuldade estruturais para manter o isolamento social, porque moravam em residências coletivas e/ou participavam de “serviços essenciais” e/ou não conseguiram obter acesso ao auxílio emergencial, seja por desconhecimento desta política, por dificuldade com o português ou ainda, por documentação irregular, dependendo assim, apenas de sua atividade laboral, geralmente informal, para que obtivessem sustento próprio. (GRANADA, INOUE, MARTIN, SILVEIRA, MATSUE, 2023; VILLALÓN, BEJARANO, pp.61–80, 2021)

Ademais, aumentou a xenofobia e a ameaça a grupos de migrantes. Neste ponto, vale destacar a tentativa de associação do vírus a uma nacionalidade, rotulando-o como “Vírus chinês”. Este fato exacerbou a rejeição contra migrantes chineses (GRANADA, INOUE, MARTIN, SILVEIRA, MATSUE, 2023).

Considerando que este cenário apresenta diversos determinantes saúde-doença, necessidade de trabalho contínuo para obter renda própria, incapacidade de manter distanciamento social e falta de acesso/conhecimento aos direitos a si, é preciso analisar qual seu impacto sobre a saúde e, averiguar se os migrantes acessam ou não o SUS.

Na atualidade, o conceito de saúde proposto pela OMS – situação de perfeito bem-estar físico, mental e social – é ultrapassada, uma vez que separa o físico, o mental e o social. De fato, ainda é pertinente questionar a real existência de um completo bem-estar social, uma vez que a organização social em si implica em renúncia do indivíduo para maximizar a qualidade do convívio em grupo. (SEGRE, FERRAZ, pp. 538–542, 1997) Neste sentido, a priorização da “qualidade de vida” talvez seja uma opção mais viável e palpável para se mensurar a disponibilidade de benefícios ao indivíduo, pois essa é intrínseca e subjetiva, sendo dependente da realidade de cada ser humano. (SEGRE, FERRAZ, pp. 538–542, 1997; Bion, 1988).

Infelizmente, ao considerar essa realidade, a nacionalidade pode ser um fator de diferenciação de acesso a um dos benefícios mais valiosos ofertados à população: utilização do sistema de saúde do país, uma vez que, nativos e imigrantes não possuem acesso equivalente a saúde em diversos países (WILD, pp. 162–172, 2015), mas alguns países como Itália, Espanha e Canadá são algumas raras exceções. Sem dúvidas, essa tratativa segregacionista é contrária à Declaração Universal dos Direitos Humanos (UN, 1948), a qual estabelece que todos devem ter acesso igualitário à saúde e confronta o comitê em direitos econômicos, sociais e culturais (OHCHR, 2009) que delimita a obrigação de estados nacionais em prover saúde a todas as pessoas residentes em território nacional, inclusive pessoas na condição de refugiados e imigrantes não-documentados, oferecendo cuidados preventivos, curativos e/ou paliativos, conforme necessário.

Ainda, o conceito de “cosmopolitan ethics” também corrobora a defesa do acesso do sistema de saúde imigrantes/refugiados, pois serve como base à ideia de que a pessoa enquanto ser humano, possui uma estatura global (BROCK, pp. 110–120, 2015), ao passo que se insere em um mundo globalizado, o qual se organiza em densas redes. Sendo o Estado nacional parte desta rede, ao atuar como mantenedor de direitos humanos básicos e universais, logo, também é responsável por assegurar acesso à saúde independentemente do estado legal do imigrante, disponibilizando meios pelos quais se possam atingir qualidade de vida (ILLINGWORTH, PARMET, pp. 148–161, 2015). Outro fato relevante que corrobora à ideia de acesso universal a serviços de saúde oferecidos pelo Estado nacional é que os imigrantes viverão em conjunto com os cidadãos locais, o que resulta em potencial prejuízo aos cidadãos locais, caso a população imigrante seja acometida por uma doença infecto-contagiosa, por exemplo (ILLINGWORTH, PARMET, pp. 148–161, 2015).

4 O PAPEL DA CIDADE DE SÃO PAULO NA TEMÁTICA ABORDADA

No caso da cidade de São Paulo, objeto de estudo do presente artigo, segundo o Censo demográfico de 2010 já existiam 151.029 imigrantes habitando a região (CARVALHO, CRUZ, SAMPAIO, PEREIRA, 2018; IBGE, 2010), chegando a 385.120 imigrantes, de acordo com dados da Polícia Federal em 2016 (CARVALHO, CRUZ, SAMPAIO, PEREIRA, 2018). É importante ressaltar que, em geral, o processo migratório pelo qual a maioria dessas pessoas passaram foi recheado de obstáculos, associados à inserção laboral, habitacional e social na sociedade local. Mais recentemente, observa-se o registro (FENG et al, pp. 63–70, 2018) de 455.927 imigrantes na localidade em questão, sendo 59,43% deles, ou 234.696 homens entre 15 a 65 anos de idade. Também, 72,85% dos imigrantes registrados são solteiros. Desta forma, para tentar superar a falta de documentação adequada, a barreira linguística, a falta de dinheiro, a xenofobia e o racismo, apenas para citar alguns dos vários obstáculos, muitos imigrantes bolivianos (GOLDBERG, SILVEIRA, pp. 283–297, 2013) – os quais somam 124.812 imigrantes apenas no município de São Paulo, por exemplo – se submetem a condições laborais análogas à escravidão. Isto ocorre, principalmente na indústria de confecções. Em geral, as oficinas de costura, onde trabalham são também o seu espaço residencial, o que favorece a realização de longas e exaustivas jornadas de trabalho em condições insalubres. Isto torna o ambiente um catalisador de patologias, além de um importante determinante de saúde-doença.

Mesmo que o CRAI (Centro de Referência em Atendimento ao Imigrante) desempenhe seu papel de forma plena acerca da documentação que imigrantes/refugiados necessitem a fim de se estabelecer no Brasil, outro

aspecto valioso à qualidade de vida dos imigrantes é deixado de lado, uma vez que, ainda não existem projetos/políticas públicas específicas sobre as necessidades de saúde da população imigrante em São Paulo.

O SUS, por sua legislação, deve atender todas as pessoas que necessitem de seus cuidados (BRASIL, 1988). Contudo, além dos obstáculos característicos do atendimento da rede pública brasileira – escassez de profissionais, dificuldade em marcar consultas, longo tempo de espera, falta de recursos –, somam-se entraves como dificuldade quanto ao transporte, pois os imigrantes ocupam mais as periferias da cidade, têm mais barreiras linguísticas e desinformação acerca de direitos (LYRA JUBILUT, 2018), sendo necessária a implementação de conscientização sobre os direitos da população imigrante em si. Além disso, existem fatores de não-aderência ao tratamento como a percepção do paciente (imigrantes, refugiados) sobre a prática médica no Brasil, seu comportamento cultural e pensamentos acerca do uso de medicações. Ademais, há barreiras econômicas dada a falta de poderio econômico pelos migrantes em geral, o que lhes inibe de comprar medicações necessárias, por exemplo (PATEL, JALAL, GUO, 2022).

No entanto, algumas ações pontuais são desenvolvidas a fim de melhorar o atendimento aos imigrantes, como as estratégias de inserção de integrantes da própria comunidade imigrante no serviço de atenção primária à saúde, para que haja diminuição de barreiras culturais e linguísticas no processo de tratamento das pessoas necessitadas. Para que outras ações voltadas à melhora no atendimento oferecido a migrantes sejam pensadas e desenvolvidas, se faz necessário analisar o perfil dos migrantes presentes no Brasil.

5 OBJETIVO E MÉTODOS DESSE ESTUDO

5.1 *Objetivo*

Este estudo almeja contribuir para a percepção do perfil epidemiológico dos migrantes, através da análise do perfil de internações dos imigrantes, no município de São Paulo.

5.2 *Métodos*

Neste estudo transversal e descritivo, serão analisadas as internações de pessoas oriundas de países sul americanos, no município de São Paulo: Argentina, Paraguai, Uruguai, Venezuela, Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname (PAÍSES DO MERCOSUL, s/d), além de outros países que fazem parte da América Latina como Costa Rica, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, República Dominicana e República Guiana. A escolha se

justifica pelo fato do papel relevante desempenhado pelo Brasil no fluxo transnacional “Sul-Sul” envolvendo esses países (BAENINGER, DEMÉTRIO, FERNANDES, DOMENICONI, 2021). De fato, a preferência por estes países se deu visando priorizar os países do Sul-global que compõem a América Latina, a fim de descobrir as principais doenças/complicações de saúde, que levam as pessoas provenientes destes países, a serem internadas na região estudada. Almejando levantar os dados referentes à internação destes imigrantes, a plataforma TabNet da prefeitura de São Paulo foi utilizada, a qual utiliza tecnologia derivada do DATASUS para registrar índices de saúde da população do estado, entre eles: Mortalidade, nascidos vivos, internações hospitalares, procedimentos ambulatoriais, doenças e agravos de notificação compulsória, etc. Dentro da plataforma, cessou-se a aba “Internações Hospitalares”, preferindo-se estudar o cenário posterior a 2008, uma vez que a outra possibilidade ofertada pela plataforma é estudar o período “até 2007”, o qual aborda uma perspectiva importante em relação ao cenário pregresso, mas não fornece informação relevante à compreensão do cenário mais recente. Após isso, para elaboração de todas as tabelas utilizou-se “AIHs pagas” como conteúdo, havendo especificidades para confecção de cada tabela. No caso da tabela 1, especificou-se a nacionalidade (linha) e o período (coluna), já no caso da tabela 2, demarcou-se o período de tempo(coluna) e a causa de internação, baseada nos capítulos do Código Internacional de Doenças (CID-10) e por fim, para elaboração da tabela 3, utilizaram-se faixas etárias (linhas) e período de tempo. Ainda, por mais que o perfil das internações na cidade de São Paulo não seja abrangente – o que dificulta a análise integral do perfil epidemiológico da população migrante -, este é um retrato seguro e confiável do cenário de saúde no qual o migrante está inserido em sua realidade, uma vez que a internação pressupõe o acompanhamento prévio por uma equipe de saúde. Conforme já explicado para elaboração das tabelas, serão estudadas a quantidade de pessoas internadas de cada nacionalidade mencionada, as principais causas de interação segundo CID-10 e seus capítulos e as faixas etárias dos migrantes internados na cidade de São Paulo. Por fim, a análise compreenderá o período entre 2020 e março de 2024.

6 RESULTADOS

Para além da apresentação dos dados obtidos, também é necessário pensar criticamente acerca do que eles representam sobre o contexto do município de São Paulo. Portanto, logo abaixo, seguem as tabelas com número, principais causas de internações e faixas etárias da população migrante internada na cidade de São Paulo, em conjunto com breve análise:

Tabela 1. Quantidade de internações de imigrantes no município de São Paulo

| País | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 (Jan-Mar) |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------------------|
| Argentina | 48 | 45 | 66 | 36 | 10 |
| Bolívia | 2.535 | 2.407 | 2.583 | 2.871 | 722 |
| Chile | 79 | 67 | 79 | 78 | 19 |
| Colômbia | 22 | 23 | 41 | 36 | 9 |
| Costa Rica | 2 | - | 2 | - | - |
| Equador | 27 | 20 | 17 | 31 | 8 |
| Guiana | - | 1 | - | - | - |
| República Guiana | 1 | - | - | - | - |
| Honduras | - | - | 1 | - | - |
| México | 2 | 1 | 2 | 3 | - |
| Nicarágua | 1 | - | - | 3 | 1 |
| Panamá | - | - | - | - | - |
| Paraguai | 214 | 242 | 328 | 337 | 82 |
| Peru | 66 | 112 | 142 | 120 | 28 |
| República do Haiti | 213 | 152 | 111 | 89 | 26 |
| República Dominicana | 2 | 1 | 2 | - | 2 |
| Suriname | 23 | 23 | 4 | 23 | 1 |
| Uruguai | 19 | 24 | 18 | 17 | 2 |
| Venezuela | 67 | 99 | 158 | 176 | 41 |

Fonte: TabNet, tecnologia DATASUS, (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, s/d.)

Da tabela 1, é possível concluir que migrantes bolivianos, paraguaios, peruanos e haitianos são maioria da população migrante internada na cidade de São Paulo. Nota-se a ausência de registro de casos de internações de pessoas de Honduras, Guiana, República Guiana e Panamá. Frente a este último, é importante questionar a fidedignidade destes dados, pois, tal ausência pode representar tanto a defasagem em registrar os casos de internação quanto um cenário em que pessoas dessas nacionalidades não foram, realmente, internadas na localidade analisada no estudo.

Assim, é pertinente ressaltar a importância do desenvolvimento de estratégias comunicacionais, visando diminuir a barreira linguística (IBGE, 2010; GOLDBERG, SILVEIRA, pp. 283–297, 2013), que pode se

construir enquanto dificultador no processo de cuidado em saúde. Além disso, a compreensão de que a saúde é produzida socialmente convoca o desenvolvimento de ações interculturais. Esta perspectiva favorece o desenvolvimento de uma visão ampliada e dinâmica dos fenômenos de saúde-doença-cuidado e reconhece a interrelação entre sujeitos e contextos socioculturais. Neste aspecto, a perspectiva de um diálogo intercultural em saúde consiste em um direcionamento ético orientado pela lógica do diálogo e da interrelação ao invés da dominação (DANTAS, 2012). Como exemplo de estratégias para aproximação e vinculação com estas populações, o município de São Paulo contratou agentes comunitários migrantes advindos de diversas nacionalidades para compor as equipes de estratégia de saúde da família nas unidades básicas de saúde (UBS) (SILVEIRA, MARTIN, GOLDBERG, 2018). Trata-se de uma ação que não abole todas as dificuldades intrínsecas a esse processo de cuidado, mas que, de fato, confere maior eficácia a este.

Tabela 2. Principais causas de internação de imigrantes no município de São Paulo

| CID-10 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 (Jan-Mar) |
|---|------|------|------|------|-------------------|
| Doenças inf. e paras. | 162 | 222 | 108 | 110 | 38 |
| Neoplasias | 167 | 181 | 244 | 228 | 65 |
| Doenças do sangue/ órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários | 16 | 19 | 16 | 25 | 11 |
| Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas | 9 | 5 | 12 | 11 | 3 |
| Transtornos mentais | 11 | 17 | 17 | 13 | 2 |
| Doenças do sistema nervoso | 17 | 17 | 25 | 29 | 3 |
| Doenças do olho e anexos | 14 | 11 | 25 | 24 | 8 |
| Doenças do ouvido e da apófise mastoide | - | - | 6 | 2 | - |
| Doenças do aparelho circulatório | 75 | 65 | 60 | 94 | 29 |
| Doenças do aparelho respiratório | 60 | 55 | 65 | 75 | 24 |
| Doenças do aparelho digestivo | 158 | 161 | 284 | 346 | 94 |

| Continuação da Tabela 2 | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------------------|
| CID-10 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 (Jan-Mar) |
| Doenças da pele e subcutâneo | 15 | 16 | 26 | 35 | 12 |
| Doenças do sistema osteomuscular | 12 | 13 | 20 | 18 | 4 |
| Doenças do aparelho geniturinário | 77 | 90 | 145 | 116 | 46 |
| Gravidez, parto e puerpério | 2.373 | 2.164 | 2.231 | 2.352 | 536 |
| Afecções originadas no período perinatal | 9 | 11 | 21 | 21 | 8 |
| Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas | 10 | 14 | 11 | 26 | 5 |
| Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório | 16 | 18 | 22 | 35 | 9 |
| Lesões, envenenamento | 91 | 106 | 153 | 167 | 36 |
| Causas externas de morbidade e de mortalidade | - | - | - | - | - |
| Fatores que influenciam o estado de saúde e contato com serviços de saúde | 29 | 32 | 64 | 93 | 18 |
| Códigos para propósitos especiais | - | - | - | - | - |

Fonte: TabNet, tecnologia DATASUS, (Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de São Paulo, s/d.)

De acordo com a análise dos dados obtidos e apresentados na tabela 2, pode-se concluir que as principais causas de internação no período e local definidos são gravidez/parto/puerpério, doenças do aparelho digestivo e neoplasias. Analisando os dados fornecidos pela secretaria municipal de saúde de forma mais minuciosa, a maioria dos casos de internação por gravidez envolve mulheres bolivianas, sendo um total de 7.762 desde 2020 até março de 2024.

Diante deste cenário, é importante ressaltar a importância de um programa de pré-natal eficaz e amplo - o qual envolva nutricionista, pediatra, ginecologista, psicólogo, agente comunitário de saúde, entre outros - e que

acompanhe essas mulheres, a fim de evitar complicações na gravidez. Um outro ponto relevante, que justifica a proposição de políticas de pré-natal, reside no fato de que, durante o período entre 2020 e março de 2024, a principal causa de internação de migrantes das nacionalidades mencionadas – seguindo o CID10-3Dig – é o trabalho de parto único espontâneo (4.875), seguido por Gravidez prolongada (767) e Trabalho de parto em conjunto com parto complicado/sofrimento fetal (456). Além disso, sabe-se que o pré-natal disposto a mulheres migrantes e a mulheres brasileiras difere em relação a seu início e número de consultas, sendo que o primeiro grupo inicia esse processo de acompanhamento mais tardiamente e realizam menor quantidade de consultas (PORTELA, CARNEIRO JUNIOR, BASTOS, pp. 231-256, 2023).

Tabela 3. Faixas etárias das pessoas internadas das nacionalidades analisadas na Tabela 1

| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|-------------|------|------|------|------|------|
| <1 ano | 6 | 19 | 26 | 35 | 11 |
| 1-4 anos | 16 | 41 | 76 | 66 | 13 |
| 5-9 anos | 24 | 37 | 75 | 51 | 13 |
| 10-14 anos | 21 | 33 | 32 | 39 | 8 |
| 15-19 anos | 258 | 226 | 262 | 312 | 65 |
| 20-24 anos | 804 | 678 | 734 | 849 | 199 |
| 25-29 anos | 726 | 698 | 744 | 767 | 199 |
| 30-34 anos | 606 | 583 | 558 | 593 | 135 |
| 35-39 anos | 312 | 365 | 408 | 424 | 111 |
| 40-44 anos | 155 | 159 | 199 | 175 | 60 |
| 45-49 anos | 77 | 73 | 99 | 108 | 26 |
| 50-54 anos | 61 | 64 | 59 | 82 | 22 |
| 55-59 anos | 43 | 39 | 66 | 63 | 22 |
| 60-64 anos | 50 | 60 | 58 | 53 | 12 |
| 65-69 anos | 66 | 46 | 48 | 69 | 23 |
| 70-74 anos | 41 | 34 | 47 | 52 | 13 |
| 75-79 anos | 31 | 19 | 30 | 34 | 13 |
| 80 e + anos | 24 | 44 | 34 | 48 | 6 |

Fonte: TabNet, tecnologia DATASUS, Secretaria municipal de saúde da cidade de São Paulo

Segundo os dados apresentados na tabela 3, percebe-se que a maioria das pessoas internadas possuem idade entre 15 a 44 anos, o que compreende a população migrante economicamente ativa e que, por conseguinte, tende a estar mais exposta a determinantes saúde-doença em sua rotina: contato com poluentes químicos em ambientes fechados, além de trabalhos repetitivos e trabalhos manuais de alta exigência – que estão presentes no cotidiano dos migrantes, ao utilizar transporte público, trabalhar em indústria têxtil (GOLDBERG, SILVEIRA, pp. 283–297, 2013) (de forma clandestina, analogamente à escravidão)/indústria química, entre outros. Contudo, sabe-se que, parte das populações de migrantes enfrentam condições sociais precárias como desemprego, escassez de alimentos, falta de moradia, falta de acesso ao SUS, as quais caracterizam desigualdades sociais que resultam em desigualdade em saúde, e com isso, tais agentes potencializadores acabam levando ao adoecimento.

Em suma, a necessidade de prosseguir analisando os dados epidemiológicos de migrantes, principalmente acerca de doenças comuns no município de São Paulo – tuberculose, dengue, entre outros (PATEL, JALAL, GUO, 2022), para propor melhor qualidade de vida a essas pessoas, que estão reconstruindo sua existência em um novo local e a discussão de determinantes sociais em saúde junto com a participação ativa e longitudinal de migrantes são de grande valia à percepção da realidade presente no município mencionado e à elaboração de políticas públicas que sejam relevantes no processo de construção de maior qualidade de vida aos migrantes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração da pesquisa abordou algumas plataformas importantes para a epidemiologia: Tabnet – DATASUS e Banco de dados interativo NEPO/ UNICAMP, sendo possível perceber a riqueza de informações já obtidas pelas instituições, acerca do cenário migratório no Brasil. Ainda, o trabalho focou em estabelecer o perfil de internações de migrantes no município de São Paulo. Sem dúvidas, para estabelecê-lo é fundamental abordar os determinantes sociais em saúde, uma vez que não basta analisar os dados e tabulá-los, mas é preciso analisá-los criticamente, a fim de compreender os motivos pelos quais os migrantes estão sendo internados: causas relacionadas à ocupação laboral, à alimentação, à percepção do cuidado relacionado a saúde consigo mesmo, ao acesso aos serviços de saúde, entre outros. Além disso, é importante orientar a população migrante acerca de medidas que possam aumentar a qualidade de vida – atividades físicas (WARBURTON, BREDIN, pp. 541–556, 2017), atividades de lazer (FANCOURT, AUGHTERSON, FINN, WALKER, STEPTOE,

pp. 329–339, 2021), entre outros -, para que os determinantes sociais de saúde não causem patologias, efetivamente. Ao instigar provocações e raciocínio crítico a partir dos dados epidemiológicos obtidos, este artigo visa contribuir à comunidade acadêmica e à comunidade em geral, no que tange à percepção da realidade que permeia a população migrante residente no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABUBAKAR, I. *et al.* The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move Executive summary The Lancet Commissions. In: **The Lancet Commission** 392, 2606–54, 2018.
- BAENINGER, R., DEMÉTRIO, N. B., FERNANDES, D. M. & DOMENICONI, J. Cenário das migrações internacionais no Brasil. **Revista Jurídica Trabalho e Desenvolvimento Humano**, 4, 2021.
- BION, W. R. **Estudos psicanalíticos revisados** - second thoughts. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília-DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>.
- BROCK, G. Global Justice, Cosmopolitan Duties and Duties to Compatriots: The Case of Healthcare. **Public Health Ethics**, 8, 110–120, 2015.
- CAFARDO, R. Educação, um direito do imigrante. **O Estado de São Paulo**, 20/03/2005, Vida &, p. A22
- CARVALHO, L., CRUZ, J., SAMPAIO, L. & PERREIRA, A. Serviços de saúde mental para imigrantes e refugiados na cidade de São Paulo: contribuições para um debate. **Travessia - Revista do Migrante**, Ano XXXI, Nº 84 - Setembro - Dezembro/2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/342870709_Servicos_de_saude_mental_para_imigrantes_e_refugiados_na_cidade_de_Sao_Paulo_contribuicoes_para_um_debate>.
- CASTELLS, M. A era da Informação: economia, sociedade e cultura. Vol. 1 - **O Poder da Identidade**. São Paulo, Ed. Paz e Terra, 1999.
- CAVALCANTI, L. & OLIVEIRA, W. F. DE. Os efeitos da pandemia de COVID-19 sobre a imigração e o refúgio no Brasil: uma primeira aproximação a partir dos registros administrativos. **Périplos: Revista de Estudos sobre Migrações**, 4, 11–34, 2020.
- DANTAS, S. **Diálogos interculturais: reflexões interdisciplinares e intervenções psicossociais**. São Paulo: IEA-USP, 2012.

- FANCOURT, D., AUGHTERSON, H., FINN, S., WALKER, E. & STEPTOE, A. How leisure activities affect health: a narrative review and multi-level theoretical framework of mechanisms of action. **Lancet Psychiatry**, 8, 329–339, 2021.
- FENG, T. *et al.* Chronic cerebral hypoperfusion accelerates Alzheimer’s disease pathology with the change of mitochondrial fission and fusion proteins expression in a novel mouse model. **Brain Research**, 1696, 63–70, 2018.
- GOLDBERG, A. & SILVEIRA, C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. **Saúde e Sociedade**, 22, 283–297, 2013.
- GRANADA, D.; INOUE, S. R. V.; MARTIN, D.; SILVEIRA, C. & MATSUE, R. Y. A pandemia de covid-19 e a mobilidade internacional no Brasil: desafios para a saúde e proteção social de migrantes internacionais em tempos de incertezas. **Hist Cienc Saúde Manguinhos**, 30, e2023033, 2023.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html>>.
- IBIAPINA, É. & ADORNO, R. Vulnerabilidades e imigração boliviana na cidade de São Paulo, Brasil: entre políticas públicas de saúde, mortes e resistências coletivas. **Saúde e Sociedade**, 32, e220530pt (2023).
- ILLINGWORTH, P. & PARMET, W. E. The right to health: Why it should apply to immigrants. **Public Health Ethics**, 8, 148–161, 2015.
- IOM; UN. **Definition of Migration and Migrant**, 2016. Disponível em: <<https://www.iom.int/about-migration>>.
- LYRA JUBILUT, L. Mapeando obstáculos de acesso a direitos e serviços por Migrantes, apátridas e refugiados no brasil: desafios de operacionalização da pesquisa e principais resultados. **Boletim de Análise Político-Institucional**, 17, 2018.
- OHCHR . **General Comment no. 20 (2009)** - Non-discrimination in Economic, Social and Cultural Rights - E/C.12/GC/20 | OHCHR. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-20-2009-non-discrimination>>.
- PAÍSES DO MERCOSUL – **MERCOSUL**, s/d. Disponível em: <<https://www.mercosur.int/pt-br/quem-somos/paises-do-mercosul/>>.
- PATARRA, N. L. Migrações internacionais de e para o Brasil contemporâneo: volumes, fluxos, significados e políticas. **São Paulo em Perspectiva**, 19, 23–33, 2005.

- PATEL, D., JALAL, Z. & GUO, P. Medicine Adherence and Associated Factors in Immigrants and Refugees: A Systematic Review. **Int J Clin Pract**, 2022.
- PORTELA, B., CARNEIRO JUNIOR, N., BASTOS, S. Análise comparativa do acesso à atenção pré-natal das mulheres migrantes internacionais e brasileiras: o caso de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **PERIPLOS**. Revista de Investigação sobre Migrações,7(2), 231-256, 2023.
- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE | PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO. **TabNet, tecnologia DATASUS**. s/d. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/>>.
- SEGRE, M. & FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev Saúde Pública**, 31, 538–542, 1997.
- SILVEIRA, C., MARTIN, D. & GOLDBERG, A. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde Soc**. São Paulo, v.27, n.1, p.26-36, 2018
- UN - UNITED NATIONS. **Universal Declaration of Human Rights**. Genebra, UN, 1948.
- VENTURA, M. Imigração, saúde global e direitos humanos. **Cad Saude Publica** 34, e00054118, 2018.
- VILLALÓN, C., MOYA, J. & BEJARANO, L. Colectivos de mujeres migrantes frente a la pandemia: el Equipo de Base Warmis y la campaña de Regularización Migratoria ‘Regularización Ya!’ **Travessia: Revista do Migrante**, Ano XXXIV, Nº 91 - Maio - Agosto/2021. Disponível em: <<https://travessia.emnuvens.com.br/travessia/article/view/989>>.
- WALDELY, A. B., GONÇALVES, B., MIRANDA, C. & DE ALMEIDA, J. Refúgio e realidade: desafios da definição ampliada de refúgio à luz das solicitações no Brasil. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, 22, 117–131, 2014.
- WARBURTON, D. E. R. & BREDIN, S. S. D. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. **Curr Opin Cardiol**, 32, 541–556, 2017.
- WILD, V. & DAWSON, A. Migration: a core public health ethics issue. **Public Health** 158, 66–70, 2018.
- WILD, V. Universal access to health care for migrants: Applying cosmopolitanism to the domestic realm. **Public Health Ethics**, 8, 162–172, 2015.
- ZIMMERMAN, C.; KISS, L. & HOSSAIN, M. Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. **PLoS Med**, 8, 2011.

RESUMO

Após a pandemia de COVID-19, ainda há pouca literatura abordando o perfil epidemiológico dos migrantes presentes em território nacional. Diante deste cenário, este estudo analisou o perfil de internações de migrantes no município de São Paulo, para contribuir na solução da lacuna existente. As principais plataformas de dados utilizadas foram o TabNet - Prefeitura de São Paulo (DATASUS) e Banco de dados interativo NEPO/UNICAMP, úteis à compreensão das nacionalidades, CID associado a cada internação e faixas etárias dos migrantes internados. Por fim, ressalta-se a necessidade de mais estudos epidemiológicos referentes ao período pós-pandemia, para que a população migrante presente no Brasil seja melhor compreendida e melhor amparada, conseqüentemente.

Palavras-chave: Perfil de internações; Migrantes; São Paulo.

ABSTRACT

After COVID-19 pandemic, there is little literature approaching the epidemiologic profile of migrants in Brazilian territory. Thus, this study analyzed the hospitalization profile of migrants in Sao Paulo city aiming to fill this gap. The main data platforms used were TabNet - Prefeitura de São Paulo (DATASUS) and Banco de dados interativo NEPO/UNICAMP. Indeed, these tools were useful to understand nationalities, the cause of the hospitalization and age of migrants hospitalized. On balance, it is important to highlight the need for more epidemiologic studies focusing on the post-pandemic period, providing a deeper comprehension of migrant population in Brazil.

Keywords: Hospitalization profile; Migrants; Sao Paulo city.

