

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – CAMPUS DE FOZ DO
IGUAÇU
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE - CELS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA - MESTRADO**

ELIANA GONÇALVES COIMBRA

**CUIDADOS COM A SAÚDE INFANTIL EM FAMÍLIAS DE IMIGRANTES EM
TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19**

FOZ DO IGUAÇU-PR

2023

ELIANA GONÇALVES COIMBRA

**CUIDADOS COM A SAÚDE INFANTIL EM FAMÍLIAS DE IMIGRANTES EM
TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira – Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira.

Orientadora: Profa. Dra. Rosane Meire Munhak da Silva

Foz do Iguaçu - PR

2023

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do
Sistema de Bibliotecas da UNIOESTE.

Gonçalves Coimbra, Eliana

Cuidados com a saúde infantil em famílias de imigrantes em
tempos de pandemia da COVID-19 / Eliana Gonçalves Coimbra;
orientadora Dra. Rosane Meire Munhak da Silva. -- Foz do
Iguaçu, 2023.

153 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz do Iguaçu) --
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de
Educação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região
de Fronteira, 2023.

1. Saúde da Criança. 2. Família. 3. Vulnerabilidade. 4.
Emigração e Imigração. I. Meire Munhak da Silva, Dra. Rosane ,
orient. II. Título.

COIMBRA, E. G. **Cuidados com a saúde infantil em famílias de imigrantes em tempos de pandemia da COVID-19**. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Dra. Rosane Meire Munhak da Silva. Foz do Iguaçu, 2023. ELIANA GONÇALVES COIMBRA.

Aprovado em 04 de setembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Rosane Meire Munhak da Silva (Orientadora)
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE

Profª. Dra. Adriana Zilly
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE

Profª. Dra. Carmen Justina Gamarra
Universidade Federal da Integração Latino-Americana - UNILA

DEDICATÓRIA

A Deus, Senhor do Universo, a quem devo a vida. Senhor Deus, fonte de luz e meu Pai; obrigada por segurar a minha mão quando o chão me falta. Por me guiar e amparar em todos os momentos nesta maravilhosa jornada na Terra. Gratidão, Senhor, por haver me dado tanto!

A Jesus Cristo, gentil galileu, maravilhoso Rabi, meu amigo e irmão inseparável, fortaleza que me sustenta e farol que me conduz!

Aos meus pais, Aurora e Dirceu Coimbra, pela melhor parte do que sou. Amo-os para além desta vida!

Aos meus filhos, Hérica Nathaly, Eduardo Augusto e Deborah Simone, pela oportunidade de ser mãe e pela divina experiência de um amor incondicional.

Aos meus netos Pietra, Manuela, Vitor, Vinicius, Davi, Pedro, Sofía, Maria e Teodoro, e meu bisneto Joaquim, por continuarem a descender minha história.

À minha orientadora, Profa. Dra. Rosane Meire Munhak da Silva, que me acolheu no meio do caminho e me acompanhou nessa pesquisa qualitativa com esmero, disciplina e paciência para com minhas dificuldades. Muito obrigada, professora!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Aurora e Dirceu Coimbra, por tudo, por tanto, por ontem, hoje e sempre. Peço-lhes a bênção da vida!

À toda minha família. Em especial, ao meu sobrinho Everton Coimbra de Araújo, por acreditar em mim e me apoiar nesse desafio pessoal. A tia te ama!

Aos mestres do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, em especial à Profa. Dra. Adriana Zilly, pela sensibilidade e gentileza que excederam os limites da UNIOESTE e possibilitaram minha jornada de pesquisadora.

À Solange de Fátima Corbolin Mergener, amiga carinhosa e prestativa que o caminho do mestrado me apresentou e a quem levarei para a vida toda em meu coração!

A todos meus colegas do mestrado que, mesmo à distância, em tempos de COVID-19, estivemos próximos pelas lutas, inquietações e descobertas na caminhada pelo mundo das pesquisas.

*A terra do sonho é distante
E seu nome é Brasil
Plantarei a minha vida
Debaixo de céu anil!*

(Sonho Imigrante, Milton Nascimento)

COIMBRA, E. G. **Cuidados com a saúde infantil em famílias de imigrantes em tempos de pandemia da COVID-19**. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Orientadora: Profa. Dra. Rosane Meire Munhak da Silva, Foz do Iguaçu, PR, 2023. ELIANA GONÇALVES COIMBRA.

RESUMO

A imigração é um fenômeno demográfico que foi ainda mais impulsionado durante a pandemia da COVID-19, um evento que transformou as relações sociais e exigiu um nível de atenção global com profundas fissuras entre as populações, especialmente entre os segmentos mais vulneráveis. A situação de famílias de imigrantes é permeada por um processo de desigualdades socioeconômicas e de acesso à saúde. No contexto da pandemia, a continuidade dos cuidados com as crianças, e especial as imigrantes, tem mostrado dificuldades na busca por serviços de promoção e prevenção, tanto por parte das famílias quanto na oferta pelos profissionais e serviços de saúde. O objetivo geral dessa pesquisa foi compreender a configuração dos cuidados com a saúde de famílias e crianças em tempos de pandemia, sob a perspectiva de imigrantes. Foi realizado um estudo exploratório e qualitativo, com 15 famílias imigrantes entrevistadas no município de Foz do Iguaçu, Brasil, entre maio e dezembro de 2022. Os dados foram analisados por meio da Interpretação de Sentidos. Os participantes descreveram a escolha pelo Brasil como sendo devido à possibilidade de uma entrada tranquila, uma vez que as fronteiras brasileiras estavam abertas; à percepção de que é um país com uma atitude acolhedora; ao fato de ter políticas públicas inclusivas de saúde e de assistência social; a um marco legal ágil que facilita os trâmites documentais; e a oportunidades de trabalho e educação. Embora a pandemia tenha exigido mudanças na organização familiar e social, a percepção do perigo e o medo real da morte foram suplantados pelo entendimento da importância de estratégias de prevenção e contenção do vírus, imunização, proteção e cuidado com a saúde da família. Os cuidados com a saúde dos filhos vivenciados pelas famílias durante esse período incluíram consultas médicas, imunização, serviço de odontologia, aquisição de medicamentos e vitaminas. Com relação ao atendimento, notou-se uma ampla cobertura dos serviços de saúde brasileiros, bem como uma abordagem acolhedora e humanizada, ao passo em que foram listadas situações de lentidão no atendimento, diferenças por ser imigrante, impaciência para entender o idioma, falta de confiança e receptividade. A possibilidade de acesso ao Sistema Único de Saúde e o potencial dos serviços brasileiros permearam distintas experiências das famílias, mesmo quando o atendimento desestimou à cultura e manejo e ao cuidado popular. Pode entender-se, portanto, que para as famílias de imigrantes, a atitude acolhedora do Brasil e a abrangência da assistência social significaram facilidade em obter documentação, oportunidade de emprego, acesso à saúde e a educação, ainda que isso tenha exigido mudanças no modo de ser e de viver no cotidiano. Assim, embora o Brasil tenha um sistema de saúde universal, é necessário garantir que o acesso ocorra sem distinção ou banalização das características próprias do imigrante.

Descritores: Saúde da Criança. Família. Vulnerabilidade. Emigração e Imigração.

COIMBRA, E.G. **Childhood health care among immigrant families in times of the COVID-19 pandemics.** 153 p. Dissertation (Master in Public Health) –State University of Western Paraná. Supervisor: Dr. Rosane Meire Munhak da Silva. Foz do Iguaçu, 2023. ELIANA GONÇALVES COIMBRA.

ABSTRACT

Immigration is a demographic phenomenon that was spurred during the COVID-19 pandemic, an event that has transformed social relations and required a global level of care with deep fissures between populations, especially among the most vulnerable segments. The situation of immigrant families is traversed by a process of socioeconomic inequalities and inequalities in access to health care. In the context of the pandemic, the continuity of care for children, especially immigrant children, has shown difficulties in the search for promotion and prevention services, both on the part of families and in the provision by health professionals and services. The main objective of this research was to understand the organization of health care for families and children in times of pandemic, from the perspective of immigrants. An exploratory and qualitative study was conducted with 15 immigrant families interviewed in the municipality of Foz do Iguaçu, Brazil, between May and December 2022. Data were analyzed using Meaning Interpretation. Participants described their choice of Brazil as being due to the possibility of a smooth entry, as Brazilian borders were open; the perception that it is a country with a welcoming attitude; the fact that it has inclusive public health and social assistance policies; an agile legal framework that facilitates documentary procedures; and work and education opportunities. Although the pandemic has required changes in family and social organization, the perception of danger and the real fear of death have been overcome by an understanding of the importance of virus prevention and containment strategies, vaccination, protection and family health care. Health care for children experienced by families during this period included medical consultations, vaccination, dental services, and purchase of medications and vitamins. In terms of care, a wide coverage of Brazilian health services was observed, as well as a welcoming and humanized treatment, while situations of slowness in care, differences for being an immigrant, impatience to understand the language, lack of trust and receptivity were listed. The possibility of access to the Unified Health System and the potential of Brazilian services permeated the different experiences of the families, even when the care was disrespectful to their culture, management and popular care. Hence, for immigrant families, Brazil's welcoming attitude and the scope of social assistance meant ease in obtaining documentation, employment opportunities, access to health and education, even if this required changes in the way of being and living day to day. Thus, although Brazil has a universal health system, it is necessary to ensure that access occurs without distinction or trivialization of the immigrant's own characteristics.

Keywords: Child health. Family. Vulnerability. Emigration and immigration.

COIMBRA, E.G. **El cuidado de la salud infantil en las familias inmigrantes en tiempos de pandemia de la COVID-19**. 153 p. Dissertación (Maestría en Salud Publica) – Universidad del Estado del Oeste del Paraná. Líder: Dra. Rosane Meire Munhak da Silva. Foz do Iguacu, 2023. ELIANA GONÇALVES COIMBRA.

RESUMEN

La inmigración es un fenómeno demográfico que fue impulsado durante la pandemia de COVID-19, un acontecimiento que ha transformado las relaciones sociales y ha exigido un nivel de atención global con profundas fisuras entre las poblaciones, especialmente entre los segmentos más vulnerables. La situación de las familias inmigrantes está atravesada por un proceso de desigualdades socioeconómicas y de acceso a la atención sanitaria. En el contexto de la pandemia, la continuidad de la atención a la salud infantil, especialmente a la inmigrante, ha mostrado dificultades en la búsqueda de servicios de promoción y prevención, tanto por parte de las familias como en la prestación por parte de los profesionales y servicios de salud. El objetivo general de esta investigación fue conocer la configuración de la atención sanitaria a familias y niños en tiempos de pandemia, desde la perspectiva de los inmigrantes. Se realizó un estudio exploratorio y cualitativo con 15 familias inmigrantes entrevistadas en el municipio de Foz do Iguacu, Brasil, entre mayo y diciembre de 2022. Los datos se analizaron mediante Interpretación de Significados. Los participantes describieron su elección de Brasil como debida a la posibilidad de una entrada sin problemas, ya que las fronteras brasileñas estaban abiertas; la percepción de que es un país con una actitud acogedora; el hecho de que cuenta con políticas públicas de salud y asistencia social inclusivas; un marco legal ágil que facilita los trámites documentales; y oportunidades de trabajo y educación. Aunque la pandemia ha exigido cambios en la organización familiar y social, la percepción de peligro y el miedo real a la muerte han sido superados por la comprensión de la importancia de las estrategias de prevención y contención del virus, la vacunación, la protección y el cuidado de la salud familiar. La atención a la salud de los niños experimentada por las familias durante este período incluyó consultas médicas, vacunación, servicios dentales y compra de medicamentos y vitaminas. En cuanto a la atención, se observó una amplia cobertura de los servicios sanitarios brasileños, así como un trato acogedor y humanizado, mientras que se enumeraron situaciones de lentitud en la atención, diferencias por ser inmigrante, impaciencia por entender el idioma, falta de confianza y receptividad. La posibilidad de acceso al Sistema Único de Salud y el potencial de los servicios brasileños impregnaron las diferentes experiencias de las familias, incluso cuando la atención fue irrespetuosa con su cultura, gestión y cuidados populares. Se puede entender que, para las familias inmigrantes, la actitud acogedora de Brasil y el alcance de la asistencia social significaron facilidad para obtener documentación, oportunidades de empleo, acceso a la salud y a la educación, aunque ello exigiera cambios en la forma de ser y de vivir el día a día. Aunque Brasil tenga un sistema de salud universal, es necesario garantizar que el acceso se produzca sin distinción ni banalización de las características propias del inmigrante.

Descriptor: Salud del Niño. Familia. Vulnerabilidad. Emigración e Inmigración.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OIM	Organização Internacional para as Migrações
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAI	Pronto Atendimento Infantil
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
SAE	Serviço de Abordagem Social
SARS-CoV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus 2
SIM-P	Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Organização das categorias de análise principais do estudo e seus subtemas e principais aspectos abordados.....	52
-----------------	---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVO.....	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	23
3.1 A HISTÓRIA SOCIAL E DE SAÚDE DA CRIANÇA.....	23
3.2 A MORBIMORTALIDADE INFANTIL.....	24
3.3 A MORBIMORTALIDADE INFANTIL POR COVID-19.....	26
3.4 CONTEXTO MIGRATÓRIO E O ACESSO À SAÚDE.....	29
4 MARCO TEÓRICO.....	33
4.1 O CONCEITO DE VULNERABILIDADE E O CUIDADO EM SAÚDE.....	33
4.2 A VULNERABILIDADE DA CRIANÇA IMIGRANTE NO BRASIL E NA PANDEMIA DA COVID-19.....	37
5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	46
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	46
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	47
5.3 PERÍODO DE COLETA DE DADOS.....	49
5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	49
5.5 COLETA DE DADOS.....	49
5.6 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	51
5.7 ANÁLISE DE DADOS.....	51
5.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	53
5.9 RISCOS.....	53
5.10 BENEFÍCIOS.....	54
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
6.1 ARTIGO 1 - PROCESSO MIGRATÓRIO NO BRASIL EXPERIENCIADO POR FAMÍLIAS EM VULNERABILIDADE SOCIAL.....	57
6.2 ARTIGO 2 - PROCESSO MIGRATÓRIO, CUIDADO À SAÚDE E A PANDEMIA DA COVID-19.....	77
6.3 ARTIGO 3 - O CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA NA EXPERIÊNCIA DE FAMÍLIAS IMIGRANTES.....	97

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS.....	120
APÊNDICES.....	142
APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	142
APÊNDICE II - CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS IMIGRANTES PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	143
APÊNDICE III - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ROTEIRO PARA CONVERSAR.....	144
ANEXOS.....	157
ANEXO I - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..	147
ANEXO II - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO À PHYSIS - REVISTA DE SAÚDE COLETIVA.....	151
ANEXO III - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO À REVISTA SAÚDE EM DEBATE.....	152

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, autoridades sanitárias chinesas alertaram à Organização Mundial da Saúde (OMS) acerca do surgimento de uma patologia similar a uma pneumonia viral, identificada na cidade de Wuhan, província de Hubei. Tratava-se de um tipo de pneumonia atípica, que havia infectado um número considerável de pessoas, sendo possível identificar um novo coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2) (GORBALENYA *et al.*, 2020). Naquele momento, a maioria dos casos relatados mantinha relação epidemiológica com um mercado de animais vivos, o que apontava ser compatível a origem zoonótica (OMS, 2020). Poucos dias depois, em janeiro de 2020, a OMS classificou essa doença como a pandemia da Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19), causada pelo SARS-CoV-2 (JENG, 2020). Em pouco tempo, a doença se alastrou por quase todas as nações, de forma rápida e progressiva (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS, 2021).

Reconhecida como um grave problema de saúde pública da atualidade, a pandemia da COVID-19 impactou em mudanças no modo de viver e nas relações sociais, necessitando a implementação de emergências sanitárias, visando a manter o bem-estar coletivo. Dentre as muitas medidas tomadas, aconteceram o isolamento social, a quarentena e o *lockdown*, com a perspectiva de enfrentamento e contenção da agressiva transmissão e contágio entre a população mundial (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020a).

A tentativa de impedir a disseminação da pandemia levou vários estados a controlar a imigração em seu território. O fechamento de fronteiras teve impactos sociais, econômicos e geográficos – resultados do controle do fluxo de mercadorias, mão-de-obra e serviços. A medida reprimiu o trânsito de migrações humanas e produziu segregações ao estabelecer critérios de nacionalidade, origem, demandas profissionais, determinando procedimentos sanitários de testes ou de quarentena (CHAVES, 2020).

A devastação da economia e da saúde levou ao surgimento de um número elevado de famílias em situação de vulnerabilidade, que indica indivíduos fragilizados e expostos a fatores de risco ou incapazes de promover mudanças em suas condições de moradia, alimentação, higiene, educação e saúde (CARRARA, 2016).

O advento da COVID-19 trouxe maior atenção para a questão da mobilidade migratória. Embora esse trânsito já estivesse ocorrendo antes da pandemia, a travessia para outros países tem derivado de diversas motivações, como o cenário de desigualdade social,

pobreza, falta de políticas públicas, conflitos, guerras civis e/ou desastres ambientais. No entanto, a convergência de motivos centra-se na busca por melhores condições de vida, mas essa busca por maior dignidade de vida nem sempre acontece (JAQUEIRA; DIALLO, 2017).

Entre as populações socialmente fragilizadas que sofreram os impactos do surto da pandemia e a disseminação do SARS-CoV-2 estavam os imigrantes. A situação financeira importunada pelas condições peculiares dessa população ocasionou exposições a riscos que afetaram a saúde de adultos e crianças. Essa constatação não envolve apenas a doença em si, mas também o comprometimento de seu bem-estar físico, mental e social (BAENINGER *et al.*, 2020).

A desigualdade concebida pela COVID-19 em territórios socialmente desfavoráveis evidencia as dificuldades de acesso à saúde e aos direitos básicos de sobrevivência. Entre as famílias de imigrantes, os infortúnios são reforçados pelo preconceito racial, pela xenofobia e pelas vulnerabilidades sociais e financeiras, o que revela o equívoco de ter-se chamado essa pandemia de “doença democrática”, pois não equaliza o acesso aos serviços de saúde e a outros bens coletivos (CALMON, 2020).

Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a América Latina recebeu o maior número de imigrantes desde o início da crise na Venezuela. Desde 2015, ao menos 4,5 milhões de venezuelanos deixaram o país e 178 mil fugiram para o Brasil. Desse contingente, estima-se que de 20% a 30% sejam crianças e adolescentes (UNICEF, 2019a).

No contexto migratório, a vida de crianças é moldada pela submissão a uma realidade expressa nos desafios de aprender a língua portuguesa, uma nova cultura, bem como a apreensão de outro padrão de comportamento, em uma trajetória itinerante geralmente encerrada em moradias precárias e insalubres ou em abrigos públicos, situações que podem desencadear agravos à sua saúde física e ao seu desenvolvimento (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

Ao procurar atendimento de saúde para seus filhos, as famílias de imigrantes entram no campo do atendimento público e vivenciam diversas situações que as inserirão no novo contexto social. Essas circunstâncias exigirão compreensão mútua por parte do profissional e do usuário, pois, a apresentação do cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) muitas vezes não garante o direito ao atendimento, e alguns profissionais não demonstram competência ou conhecimento suficiente para identificar as especificidades desses grupos nos diversos

níveis de atenção. Da mesma forma, o imigrante também desconhece a organização do sistema de saúde brasileiro e como funciona esse atendimento (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

Apesar da necessária relação bilateral para o atendimento clínico com base nos conceitos de atenção, há ocasiões em que o migrante e o serviço não estão integrados na mesma perspectiva científica e nas práticas de saúde, ainda que se perceba o mesmo propósito de tratar ou prevenir o sofrimento (MENÉNDEZ, 2016).

Embora a Constituição Federal de 1988 tenha consagrado o direito à saúde como um de seus princípios, incluindo a universalidade, igualdade e respeito à dignidade humana, esse processo de exposição ao um novo modelo de cuidado requer do profissional maior sensibilidade para acolher as necessidades de saúde dessa população, que, na maioria das vezes, tem de superar diversos empecilhos. Quando demandam cuidados de saúde, a esperança desse grupo é ser atendido de forma a respeitar sua carga emocional, seus padrões éticos e religiosos, entre outros conceitos que determinam sua estrutura familiar e sua concepção de cuidados (MURAHOVSKI, 2006). Todavia, nessa conjuntura, não é incomum a falta de considerações que reconheçam os códigos próprios dessas pessoas estigmatizadas e suas origens (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

A pandemia da COVID-19 reivindicou cuidados com a saúde infantil e a OMS solicitou a continuidade dos serviços e cuidados para essa parcela da população em todo o mundo. A determinação sanitária incluiu o isolamento social como uma das estratégias para conter a propagação, a contaminação, a morbidade e a mortalidade (BRASIL, 2020). Contudo, essa medida tem levado a mudanças na estrutura comportamental das famílias, sendo observados entre as crianças: sedentarismo, longos períodos na *Internet*, uso de aparelhos eletrônicos para acompanhar o ensino remoto, ganho de peso, episódios de ansiedade, depressão e violência (FLORÊNCIO JÚNIOR; PAIANO; COSTA, 2020).

Mesmo que a população infanto-juvenil tenha sido afetada em menor escala pela COVID-19, quando comparada com o número de adultos infectados, as medidas de isolamento social tiveram grande impacto na rotina de crianças e adolescentes, especialmente no cotidiano daquelas que vivem sem apoio financeiro ou estrutura social, dos que estão abrigados em instituições e dos que passam por outras situações de vulnerabilidade. Em todas essas situações, a falta de recursos financeiros fez com que as despesas essenciais fossem reduzidas, como alimentação, habitação e medicamentos. O fechamento de escolas também afetou a crianças e adolescentes, pois, em muitos casos, é

nessas escolas que as pessoas mais pobres encontram a única fonte de alimentação saudável na merenda escolar (SILVA; OLIVEIRA, 2020).

Ao retomar a atenção à saúde de crianças e adolescentes que estavam vivenciando o processo migratório em tempos de COVID-19, a evasão de pais e responsáveis em busca de cuidados para promoção da saúde e prevenção de doenças foi uma conduta percebida em todo o continente. A falta de conhecimento, a propagação de *fakenews*, a escassez de medicamentos e equipamentos em consonância com manifestações negacionistas em alguns setores tornaram-se elementos determinantes para que essa ausência ocorresse em unidades de saúde. Esse fenômeno ainda era sentido de forma geral e tinha como base o medo de se infectar a família e o medo da morte (ROCHA; CALGARO; SOBRINHO, 2020).

Na mesma linha, os profissionais da saúde sofreram as mesmas circunstâncias, além das extensas jornadas de trabalho, isolamento familiar, redução do tempo para autocuidado e sentimento de impotência diante da desconhecida pandemia da COVID-19 (ROCHA; CALGARO; SOBRINHO, 2020). Em meio às consequências experimentadas pela COVID-19, os profissionais da saúde sofreram preconceito por estarem expostos à contaminação, foram estigmatizados e tiveram prejuízos financeiros. Ademais, essa dimensão pandêmica incorporou a esse contexto sentimentos de medo, raiva, desamparo e solidão (BROOKS *et al.*, 2020). Essa mistura de emoções é normal quando se está enfrentando uma ameaça global e proeminente diariamente, que exige que os profissionais ajam de forma coerente com base em medidas e informações seguras, a fim de contribuir positivamente para aqueles que precisam de cuidados (JODELET, 2019).

A COVID-19 ampliou os desafios na promoção do atendimento às crianças. Quando essa população é oriunda de famílias de imigrantes, os efeitos colaterais em sua saúde são naturalmente ampliados pelo processo social de segregação que vivenciam e incorporam as adversidades encontradas na falta de documentação regular, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e de transferência de auxílios financeiros, no desemprego e no isolamento social decorrente do estigma de ser imigrante. Essas circunstâncias apenas reforçaram experiências que foram intensificadas durante a pandemia (RODRIGUES; CAVALCANTE; FAERSTEIN, 2020).

Outrossim, na pandemia da COVID-19, os profissionais da saúde foram convocados a prestar atendimento às crianças imigrantes, observando o cuidado e respeito às suas diferenças culturais, a partir da compreensão e da aceitação do modo de cuidar, alinhando as demandas às particularidades. Outra provocação foi a elaboração de estratégias que

permitissem a criação de vínculos e regras de proteção, com especial atenção a municípios onde o processo migratório é dinâmico (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020b).

Foz do Iguaçu, cenário desta pesquisa, está localizada na tríplice fronteira Brasil-Paraguai-Argentina e abriga pelo menos 80 etnias (FOZ DO IGUAÇU, 2020). Com essa atipicidade, é compreensível que o município tenha recebido uma presença importante de imigrantes ao longo de seu desenvolvimento. Em algumas situações, esses grupos correm o risco de vivenciar a desassistência à saúde devido à invisibilidade no contexto público e/ou por parte de alguns profissionais do setor. Nesse cenário, as crianças estão mais susceptíveis a problemas de saúde física, mental e comportamental resultantes do processo migratório em tempos de COVID-19.

Assim, considerando que as crianças imigrantes são figuras potencialmente vulneráveis que descem de barreiras que surgem como resposta ao enfrentamento da disseminação da COVID-19 no contexto migratório, que destaca socialmente uma estrutura de desigualdades, surgiram as seguintes perguntas de pesquisa: Como as famílias de imigrantes organizam o cuidado à saúde para seus filhos? Quais as vulnerabilidades dessas famílias em tempos de pandemia da COVID-19?

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a configuração dos cuidados de saúde de famílias e crianças em tempos de pandemia, na perspectiva de imigrantes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Apreender as experiências e perspectivas das famílias no processo migratório;
2. Compreender as experiências e os cuidados de famílias de imigrantes para promover a saúde de seus filhos e prevenir doenças;
3. Descrever as preocupações e vulnerabilidades de famílias de imigrantes em termos de cuidado com a saúde durante a pandemia da COVID-19.

REVISÃO DA LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A HISTÓRIA SOCIAL E DE SAÚDE DA CRIANÇA

Em tempos passados, o período da infância ocupava um espaço irrelevante no contexto social, sem receber muita importância e sem manifestações ou atenções especiais às suas especificidades de desenvolvimento e formação (BRITO, 2015). Na Idade Média, as crianças eram criadas sem a distinção de suas particularidades e eram invisíveis diante de suas características ou facetas. A indiferença em relação à criança e ao conceito de infância ocorreu em uma época em que só se dava atenção a elas quando eram muito pequenas, pois eram vistas como miniaturas dos adultos (PINTO, 1997). À medida que o desenvolvimento infantil ocorria e os cuidados eram relaxados, a criança era introduzida no ambiente adulto e envolvida em episódios sociais ou em quaisquer outras solenidades além de sua maturidade ou capacidade de compreensão (MAGALHÃES; BARBOSA, 2013).

Aos sete anos de idade, a vida das crianças passava por mudanças que incluíam vestir-se de acordo com o gênero e tornar-se responsável por determinadas tarefas (PINTO, 1997). Como resultado, algumas crianças começavam a trabalhar muito cedo – as crianças de famílias da classe social alta começavam a frequentar a escola. Foi também nessa idade que algumas crianças saíam de casa e passavam a conviver com outros grupos, o que sempre gerou conflitos entre as famílias nesse processo de socialização (HEYWOOD, 2004).

Essa carência de sentimento ou apego à infância também se manifestava por ocasião da morte prematura, um evento comum naquela época. A mortalidade infantil era aceita como natural, pois havia a certeza de que o desenlace era uma vontade divina. O óbito não era percebido como o resultado de doenças provocadas pela insalubridade, falta de saneamento básico, boa alimentação ou falta de higiene (SAETA, 2004). Houve muitas mudanças no conceito de infância ao longo dos anos. Essa mudança teve início durante o século XVII, ocasionada por transformações sociais que exigiram uma nova relação com o Estado, sendo a Revolução Industrial na Inglaterra um marco fundamental, traçando o início do capitalismo e a transição do trabalho artesanal para a produção em larga escala (CAVALCANTE; SILVA, 2011).

As crianças abandonadas passaram a sofrer com a exploração do trabalho infantil. Não havia fiscalização ou controle sobre essas atividades, que ocorriam naturalmente e

recebiam aprovação das famílias pobres, o que aumentava as desigualdades sociais (MAGALHÃES; BARBOSA, 2013). Ao se expandir o capitalismo pelo mundo, também provocou debates sobre as demandas dessa nova classe trabalhadora. Esse movimento induziu ao reconhecimento da criança como um ser biopsicossocial, com direitos à assistência à saúde (ARAÚJO *et al.*, 2014).

A compreensão que os adultos têm da infância determina o lugar que a criança ocupa nas relações sociais em que estão inseridas (MELLO, 2007). Nesse sentido, o reconhecimento da criança como sujeito de direitos demandou novos conceitos de infância e possibilitou diferentes oportunidades de interação e relacionamento com elas e entre elas e os outros (GONÇALVES, 2016). Desde então, leis e medidas foram elaboradas para proteger as crianças pobres e abandonadas por meio de políticas sociais que são de responsabilidade do Estado, o que favoreceu o atendimento dessa população de forma diferente do modelo assistencial e filantrópico exercido pelas entidades sociais (MAGALHÃES; BARBOSA, 2013).

O conceito de criança como sujeito de direitos vem sendo conquistado ao longo dos anos. Houve movimentos significativos de luta, greves, discussões, debates e embates promovidos pela sociedade. Em meio a esses desafios, algumas medidas foram promulgadas para garantir os direitos das crianças no Brasil e no mundo. Entre elas, destacam-se: a Declaração de Genebra (1924); Declaração dos Direitos da Criança (1959); Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989); Constituição Federal Brasileira (1988); Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (1990); e a Lei nº 11.525 (2007) (GONÇALVES, 2016). A partir desse arcabouço legal instituído pelo Estado, foi possível perceber uma redução significativa na morbidade e na mortalidade infantil.

3.2 A MORBIMORTALIDADE INFANTIL

A mortalidade infantil é caracterizada pelo óbito de crianças até a idade de um ano incompleto, ou seja, 364 dias. Dados do Ministério da Saúde no Brasil apontam que os óbitos infantis e fetais são apurações obrigatórias para os profissionais de saúde, de maneira a estabelecer, de acordo com os fatores que promovem a morte, o desenvolvimento de medidas para prevenir mortes evitáveis (BRASIL, 2018).

A morbidade e a mortalidade infantil no Brasil têm alta incidência, principalmente no período neonatal – até os 28 dias de vida. A prematuridade é uma das principais causas desse evento. Outras causas estão associadas a malformações congênitas e/ou cromossômicas e doenças transmissíveis, que poderiam ser evitáveis com ações oportunas sobre as condições de vida e saúde da população (FRANÇA *et al.*, 2017).

De acordo com o relatório global da UNICEF sobre prematuridade, pelo menos 15 milhões de crianças nascem prematuramente todos os anos. Esse número representa mais de um em cada 10 nascidos vivos. Aproximadamente um milhão de crianças menores de cinco anos morrem em decorrência de complicações do nascimento prematuro. Em todo o mundo, a prematuridade é a principal causa de morte em crianças com menos de cinco anos de idade (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2019b).

Em 2013, a pneumonia, a diarreia e a malária causaram 51,8% das mortes evitáveis em crianças nos primeiros cinco anos de vida em todo o mundo (TAVARES *et al.*, 2016). Em 2015, as doenças que levaram ao óbito de crianças brasileiras, foram: a prematuridade, as anomalias congênitas, a asfixia e trauma na hora do parto, septicemia, infecções do trato respiratório inferior, desordens neonatais de diversas naturezas, desnutrição, diarreias, aspiração de corpo estranho, transporte inadequado, afogamento, violência interpessoal, desordens endócrinas (metabólicas, sanguíneas ou imunes), cardiomiopatia e miocardite, sífilis, coqueluche, doença hemolítica do recém-nascido e icterícia (FRANÇA *et al.*, 2017). Em 2019, as taxas de mortalidade fetal e infantil por causas evitáveis no Brasil totalizaram 23.269 (DATASUS, 2021).

Para a OMS, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um importante indicador que mostra as condições socioeconômicas de um determinado território e a abrangência observada na oferta, disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde direcionados à população materno-infantil (CARVALHO *et al.*, 2015). Esse indicador também revela aspectos da estrutura da saúde infantil em termos de acesso aos serviços de saúde, condições sanitárias, de moradia e de alimentação, grau de instrução materna, entre outros aspectos que podem resultar em morte infantil (VENTURA *et al.*, 2008).

De acordo com dados da UNICEF, 5,3 milhões de óbitos de bebês ocorreram nos primeiros cinco anos, sendo quase metade no primeiro mês de vida. As crianças correm o maior risco de morte no primeiro mês de vida (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2019b). Cerca de um terço dessas mortes ocorre no primeiro dia e quase três quartos somente na primeira semana. Os países em conflitos ou crise humanitária geralmente

têm de sistemas de saúde enfraquecidos, limitando e até mesmo privando o acesso de mulheres e crianças a cuidados essenciais e vitais (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2019a).

3.3 A MORBIMORTALIDADE INFANTIL POR COVID-19

Após a ocorrência de um tipo de pneumonia atípica que infectou um grupo de pessoas, foi possível identificar um novo betacoronavírus (SARS-CoV-2) (GORBALENYA *et al.*, 2020). Naquele momento, a maioria dos casos relatados mantinha relação epidemiológica com um mercado de animais vivos, o que apontava ser compatível a origem zoonótica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020). Autoridades chinesas anunciaram ao mundo o aparecimento de uma nova cepa do coronavírus (JENG, 2020). A partir dessa vicissitude sanitária global, a doença se propagou em um crescente planetário até ser chamada em fevereiro de 2020 de COVID-19 pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

Em curto espaço de tempo, a pandemia atingiu o pico de gravidade em países da Europa e das Américas em meados de março de 2020 (JENG, 2020). O cenário evoluiu rapidamente para a maior emergência de saúde pública global dos últimos anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a). Inicialmente, as infecções foram associadas ao mercado de frutos do mar e ao contato com animais. Entretanto, a COVID-19 não é mais considerada uma zoonose direta, já que sua transmissão acontece, principalmente, de humanos para humanos (HOFFMAM *et al.*, 2020). A transmissão se dá por meio de gotículas respiratórias (HE; LIU; LIU, 2020), derivando na Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) (LUDWIG; ZARBOCK, 2020). Essas gotículas são transmitidas por espirros, tosse, fala alta ou contato próximo – das mãos contaminadas para a boca, nariz ou conjuntiva ocular (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022).

Na maioria dos casos examinados na população infectada pelo coronavírus, a doença respiratória foi vista em níveis leves a moderados. A evolução para a forma grave da COVID-19 foi descrita com maior possibilidade de manifestação em pessoas com morbidades crônicas pré-existentes e idosos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a). A infecção por COVID-19 geralmente apresenta sintomas semelhantes aos da gripe, incluindo febre, tosse seca, mialgia, coriza, odinofagia, erupção cutânea, dispneia e astenia.

Casos de evolução rápida foram observados em pacientes com registro de danos alveolares, insuficiência respiratória progressiva, demandando o uso imediato de suporte ventilatório (SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2021).

Em populações pediátricas e adolescentes, os registros referem casos de menor gravidade clínica. A incidência da COVID-19 em crianças e adolescentes pode chegar a 5% dos casos notificados e confirmados (HON *et al.*, 2020) e as razões para essa evidência científica continuam até os dias atuais (SHEKERDEMIAN *et al.*, 2020). Notada essa particularidade epidemiológica, certas hipóteses denotam uma menor exposição ao SARS-CoV-2, a partir de orientações sobre medidas preventivas, que incluíram o isolamento social e o fechamento de escolas, a baixa manifestação de comorbidades e a pouca exposição ao tabagismo, além de uma evidente capacidade de regeneração pulmonar nesses indivíduos (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2020).

Ao contrário do que foi registrado em pacientes adultos, uma parcela importante da população pediátrica infectada pela COVID-19 foi classificada como assintomática ou com manifestações clínicas leves, o que possibilitou considerar esses indivíduos como transmissores da doença (ALMEIDA; CHÁVERE; HALFED, 2021). Entendeu-se também que crianças e adolescentes poderiam ser infectados pelo coronavírus através do contato com familiares infectados (MEHTA *et al.*, 2020). Embora a possibilidade de infecção fosse a mesma, o que diferenciava as crianças dos adultos era a manifestação sintomatológica (ZIMMERMANN; CURTIS, 2020).

Na maioria dos casos confirmados em crianças, os sintomas eram leves, sem febre ou pneumonia. Ocasionalmente, foram observados sinais de pneumonia – ainda que se apresentassem sintomas mínimos ou inexistentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020). As crianças que foram infectadas pela COVID-19 manifestaram febre, tosse, dificuldade para respirar, dor de garganta, rinorreia, dor no peito e sintomas gastrintestinais, como episódios de diarreia, náuseas e vômitos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020).

Sem embargo, ao associar a mesma situação em adultos – resguardando a menor frequência –, crianças com comorbidades de natureza renal e pulmonar crônica, malignidades, diabetes, obesidade, anemia falciforme, distúrbios imunológicos, anormalidades cromossômicas, doenças cardíacas e malformações congênitas indicaram maior predisposição para evoluir para quadros graves causados pela COVID-19 (GOTZINGER *et al.*, 2020).

Desde o primeiro caso registrado no Brasil, em 26 de fevereiro de 2020, foram contabilizadas as mortes de mais de 1.400 crianças infectadas pelo SARS-CoV-2 (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022). Em 2020, 10.356 crianças com idade entre 0 e 11 anos foram diagnosticadas com SRAG advinda da COVID-19, sendo que 722 delas evoluíram para óbito (INSTITUTO BUTANTAN, 2022). As notificações para 2021 mostraram um aumento para 12.921 ocorrências na mesma população, com 727 óbitos, totalizando 23.277 casos de SRAG por COVID-19 e 1.449 mortes desde o início da pandemia. Desse número, 2.978 casos ocorreram em crianças de 5 a 11 anos, com 156 óbitos em 2020. Já em 2021, os registros somaram 3.185 casos nessa faixa etária, com 145 mortes, somando 6.163 casos e 301 mortes (INSTITUTO BUTANTAN, 2022).

Essas cifras convergem 29,96 casos e 1,46 mortes por 100 mil habitantes nessa faixa etária. Além dos casos de SRAG por COVID-19, até 27 de novembro de 2021, foram notificados 2.435 casos suspeitos da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à COVID-19 em crianças e adolescentes de zero a 19 anos no país. Desse quantitativo, 1.412 (58%) foram confirmados e 85 foram a óbito (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022). No Brasil, a experiência com casos de SIM-P destacou que 64% das crianças/adolescentes infectados tinham entre 1 e 9 anos de idade. Aqueles que foram hospitalizados necessitaram de internação em Unidade de Terapia Intensiva em 44,5% dos casos e a taxa de óbito chegou a 6%, cinco vezes maior do que a taxa registrada nos Estados Unidos da América (BRANDT *et al.*, 2021).

O ano de 2022 trouxe para a perspectiva da saúde pública/coletiva brasileira um aumento notório de casos de SRAG com demandas de internação e evolução para o óbito decorrentes de infecções por vírus respiratórios. Esse crescimento indicava um cenário baseado na disseminação e contaminação pela variante *Ômicron*, reforçado pela circulação de vírus da *influenza* em vários estados da Federação (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022). Dados oficiais apontam que pessoas mais jovens foram infectadas e que isso levou a um número significativo de internações e óbitos. Tratando das internações, o destaque é no extraordinário índice de contaminação em crianças menores de dois anos, um indicativo preocupante para uma faixa etária que teve relevância na pandemia desde o final de 2021 até o início de 2022 (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022).

Outra descoberta importante foi a revelação de que a faixa etária de 0 a 19 anos foi responsável por 4,5% dos casos no início de 2021. Porém, no período de 2 a 15 de janeiro de 2022, essa mesma população foi responsável por 7,9% das internações e 1,9% das

fatalidades. Isso é o dobro do número relatado em 2021, quando os números representavam menos de 1% do volume de óbitos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022).

3.4 CONTEXTO MIGRATÓRIO E O ACESSO À SAÚDE

A COVID-19 levou à discriminação com base na origem e a restrições infundadas à mobilidade internacional das pessoas (HABIBI *et al.*, 2020). Os termos migrante, pessoa refugiada, solicitante de refúgio e apátrida são termos legais para o status migratório de pessoas com diferentes experiências (CASTELLI *et al.*, 2020).

O Brasil, por intermédio de 11 dos 26 estados, faz fronteira com dez países, totalizando 588 municípios localizados na faixa de fronteira (BRANCO; TORRONTEGUY, 2013). A longo de sua história, o país foi o destino de diferentes fluxos migratórios que ajudaram a moldar as características presentes em sua diversidade cultural. Em meio às mudanças econômicas do cenário mundial, o Brasil tem recebido novos imigrantes. As motivações são muitas, mas destacam-se a busca por segurança e melhores condições socioeconômicas (SANTOS; MEDEIROS, 2017).

A trajetória migrante revela o anseio de buscar uma nova vida, com a possibilidade de acessar serviços que não estão disponíveis em seu país de origem. O anúncio da pandemia da COVID-19 fez surgir uma série de questões sobre a migração, incluindo a vida de crianças imigrantes e refugiadas, suas famílias e conterrâneos que deixaram sua terra natal em busca de uma nova realidade no Brasil (FEIGENBLATT, 2020). Todavia, quando chegam ao novo destino, os grupos de imigrantes, em razão da própria condição de vulnerabilidade socioeconômica em que se encontram, são facilmente submetidos a trabalhos insalubres, baixos salários e moradias precárias. Por vezes, os direitos desses grupos são silenciados em espaços públicos, reforçando sua condição de vulnerabilidade (SANTOS, 2015).

O período pandêmico evidenciou as peculiaridades e vulnerabilidades inerentes a essas diversas populações, a forma como elas percebem a saúde, o tratamento e o apoio no setor. A OMS entende a saúde como um dos direitos fundamentais de todo ser humano. A saúde e o acesso a ela são um direito fundamental para a garantia de outros direitos humanos considerados indispensáveis para a inclusão social, a equidade em saúde, o bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos e das populações, com especial atenção àqueles de outras

culturas e minorias étnicas, notadamente em períodos de crises sociais e de saúde, como o relacionado à pandemia da COVID-19 (RAMOS, 2020).

O crescimento dos fluxos migratórios internacionais tem provocado debates globais sobre a responsabilidade dos Estados em garantir os direitos sociais básicos às populações imigrantes, incluindo o acesso à saúde (SANTOS; MEDEIROS, 2020). O objetivo do desenvolvimento social e econômico é estabelecer os conceitos éticos de equidade, solidariedade e justiça social, melhorias na saúde e o bem-estar de todos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Quando os imigrantes chegam ao Brasil, passam por diversas situações, sendo uma das mais comuns a superação de barreiras para o atendimento no SUS.

A integralidade, equidade e universalidade constituem os fundamentos doutrinários do SUS e estão relacionados aos direitos e à garantia gratuita de acesso ao sistema de saúde por todas as pessoas no território nacional (SANTOS; MEDEIROS, 2017). O artigo 196 da Constituição Federal (1988) afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). A Lei da Imigração (Nº 13.445/2017) trouxe suporte a essa garantia (SANTOS; MEDEIROS, 2017).

Quanto à universalidade, entende-se que todos podem “alcançar uma ação ou serviço de saúde de que necessitem sem qualquer barreira de acessibilidade, seja legal, econômica, física ou cultural” (PAIM, 2009, p. 45). Entretanto, não são raras as situações de desigualdades gritantes no acesso ao atendimento à saúde, tendo em vista a possibilidade de que o atendimento igual aos desiguais possa resultar na manutenção dessas desigualdades e vulnerabilidades. Daí que seja necessário dar tratamento desigual os desiguais, com objetivo de promover a igualdade de acesso e atenção em saúde. Isso aumenta a importância de equidade, reconhecendo a possibilidade de prestar cuidados desiguais os que são desiguais, dando prioridade aos que mais necessitam de cuidados de saúde iguais (PAIM, 2009). Nessa perspectiva, a atenção integral à saúde, preconizada pelas políticas nacionais de saúde, requer a compreensão desses sujeitos e de suas demandas e especificidades, asseguradas por meio de políticas, estratégias de gestão e práticas de saúde (RISSON *et al.*, 2018).

A discrepância entre as interpretações da lei gera grandes conflitos, que nem sempre são levados em conta, uma vez que os estrangeiros que têm o acesso negado não têm como buscar a justiça no Brasil (BRANCO; TORRONTGUEI, 2013). A população migrante irregular muitas vezes teme buscar atendimento médico, pois acredita estar desamparada

devido à falta de documentos e à suposição de que esse serviço esteja vinculado a algum tipo de pagamento (CASTELLI *et al.*, 2020).

O acesso ao SUS ainda pode ser prejudicial quando os profissionais de saúde não compreendem e não vivenciam o processo saúde/doença dessas diferentes populações migrantes. Essa falta de compreensão favorece o distanciamento, levando o migrante a não adotar medidas recomendadas pelas entidades brasileiras (CASTELLI *et al.*, 2020). O processo de integração de imigrantes envolve inquietações que muitas vezes levam a situações de marginalização, causando problemas de saúde. Observa-se que, a despeito do que é recomendado, as ações de políticas públicas de saúde não apresentam preparo efetivo para lidar com a diversidade intercultural (SANTOS; MEDEIROS, 2017).

Esse panorama é agravado pelos obstáculos linguísticos – a principal dificuldade dessa população no acesso aos serviços do SUS. Além da falta de informação, as objeções indicam a dificuldade em expressar seus sintomas e desconfortos e levam o imigrante a não entender as orientações médicas (GAETA *et al.*, 2016) e, por não conseguir traduzir suas apreensões, não conseguem interpretar o vocabulário médico em português (CASTELLI *et al.*, 2020).

É importante destacar que o atendimento sem discriminação é recomendado em várias atualizações do Código de Ética Médica; a proteção ao direito à vida e à integridade pessoal, estabelecida pela Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica), de 1969, e em vigor desde 1978; o Decreto nº 18.956/1929, resultante da Sexta Conferência Internacional Americana, que garante aos estrangeiros, domiciliados ou em passagem, o gozo dos mesmos direitos civis fundamentais que os Estados concedem aos nacionais (SANTOS; MEDEIROS, 2017).

MARCO TEÓRICO

4 MARCO TEÓRICO

4.1 O CONCEITO DE VULNERABILIDADE E O CUIDADO EM SAÚDE

O termo vulnerabilidade vem sendo utilizado em múltiplos estudos e áreas do campo do conhecimento há algumas décadas, com o objetivo de mensurar um conceito ainda em construção e delimitado de acordo com a área e a forma como é utilizado (SCHUMANN, 2014). A vulnerabilidade como conceito pode assumir diferentes significados, tanto na área das ciências quanto no entendimento da população. Entre as duas concepções, há um consenso de que o termo indica a exposição de uma pessoa a determinados eventos ou situações que geram riscos, bem como sua condição de compreender e lidar com esses riscos (KATZMAN, 2000).

A compreensão desse conceito e de sua escalada permite entendê-lo em múltiplas proporções. O desafio em apreender desse termo reside na adversidade de superar perspectivas de natureza individual ou econômica e aceitá-lo como um problema estrutural, com amplitudes variadas que requerem identificação (CANÇADO, 2013). Embora a vulnerabilidade seja algo recente no campo da saúde, seu arcabouço conceitual tem se expressado, em sua essência, como uma prática capaz de resgatar modelos de prevenção baseados na premissa do risco que, desde a década de 1950, tem importante direcionamento na epidemiologia – em que o risco é quantificado por possíveis parcelas de indivíduos ou grupos populacionais predispostos a desenvolver doenças com maior potencial em relação às demais pessoas (AYRES; FRANÇA JÚNIOR; CALAZANS, 2003).

A epidemiologia global da AIDS na década de 1980 expôs nitidamente a fragilidade ou precariedade das práticas de saúde. As medidas tomadas desde então, por meio de ações de prevenção a agravos ou doenças, ao longo dos séculos XIV e XX, fizeram avançar o campo da ciência, passando a conhecer e dominar tecnologias que possibilitaram o controle e a erradicação de várias doenças infecciosas (AYRES; FRANÇA JÚNIOR; CALAZANS, 2003). O alcance global da AIDS e sua gravidade diminuíram a crença que sustentava a ciência em relação aos novos desafios no setor da saúde, conhecidos por meio da manifestação das doenças crônico-degenerativas. Essa nova abordagem das novidades que desafiavam a comunidade científica levou à necessidade de estabelecer associações que

pudessem ser usadas para identificar, por meio da epidemiologia, os fatores de riscos relacionados à desconhecida doença (AYRES; FRANÇA JÚNIOR; CALAZANS, 2003).

Nesta concepção, as pessoas infectadas pela AIDS apresentavam características associadas a determinadas condições e agentes de risco. Na época, os grupos de risco classificados como objeto de estudo eram os homossexuais, os hemofílicos, os haitianos e os usuários de heroína, que também sofriam os efeitos adversos dessa rotulação (AYRES; FRANÇA JÚNIOR; CALAZANS, 2003). O conceito de grupo de risco se expandiu e agora é considerado fundamental para as práticas e estratégias de saúde. Embora o conceito de vulnerabilidade tenha se direcionado de forma favorável, os cuidados, à época, foram equivocados, visto que se basearam apenas na abstinência sexual, ao uso de drogas injetáveis e na proibição de doação de sangue. Os resultados dessas práticas em métodos de prevenção apontaram para um reduzido sucesso técnico e levaram à consolidação do preconceito e estigma (AYRES; FRANÇA JÚNIOR; CALAZANS, 2003).

Ao rotular essa população como contaminada, esse “conceito” se alastrou de tal forma na cultura popular que essa identificação extrapolou o campo da saúde e generalizou suposições e classificações que, no contexto criado, indicavam a origem em hábitos ruins, insuficientes, insalubres e inadequados, constituindo o que até hoje se chama de comportamentos de risco (MEYER; MELLO; VALADÃO, 2006). Outro desfecho na vida dos infectados pela doença foi o isolamento prolongado e indefinido, alavancado pela opinião pública, que transformou o que deveria ser uma quarentena e uma verdadeira morte social para essa população (DANIEL, 1994).

O resultado dessas medidas preliminares associadas aos grupos de risco reforçava a falta de sensibilidade na conversão da realidade dos afetados e dificultava a possibilidade de identificar outras pessoas com a probabilidade de serem infectadas, mas que não faziam parte desses grupos (KALICHMAN, 1993; CAMARGO JÚNIOR, 1994). As políticas públicas preconizavam métodos e estratégias insuficientes do ponto de vista epidemiológico, gerando ainda mais situações de vulnerabilidade, desigualdade, arbitrariedade e viés (AYRES; FRANÇA JÚNIOR; CALAZANS, 2003).

O termo vulnerabilidade pode ser usado em diversos campos, sejam eles políticos, sociais, científicos ou da sociedade em geral. A identificação de suas características e situações que a evidenciam pode ser feita com base em três elementos fundamentais: a exposição de um sujeito ou mais a certos eventos de riscos, a capacidade de lidar com eles e o potencial de esses riscos em gerar consequências (CHAMBERS, 1989). A vulnerabilidade

também tem outro aspecto, que é demonstrado pela incapacidade de uma pessoa de aproveitar as oportunidades disponíveis socialmente e que poderiam melhorar seu bem-estar ou não permitir que sua condição se deteriore (KATZMANN, 2000).

Assim, as situações ou aspectos que envolvem a vulnerabilidade se estenderam a outros grupos e esferas sociais, por meio de pesquisas desde a década de 1980 até os dias atuais, que apontam ser os fatores de risco os provocadores dessas vulnerabilidades, presentes em toda parte. Esses fatores podem ser listados como situações de pobreza, desemprego, dificuldade de integração social, doenças, violência, falta de planejamento urbano, entre outros multicausais manifestados em uma ordem estrutural originada de diversos problemas (CANÇADO; SOUZA; CARDOSO, 2014). Outro entendimento de vulnerabilidade refere-se à falta de acesso a oportunidades do mercado, do Estado ou da sociedade – o que evidencia a ausência de um conjunto de atributos necessários para o aproveitamento da estrutura de oportunidades existentes (VIGNOLI, 2001).

A vulnerabilidade da população em estudos realizados pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos em conjunto com o Ministério do Trabalho para o Programa Nacional de Assistência de 2004 identificou carências de alguns grupos sociais em relação ao mundo do trabalho, delineadas pela situação familiar (CANÇADO; SOUZA; CARDOSO, 2014). As variadas manifestações de vulnerabilidade, em todos os seus aspectos, são reveladas a partir da aceitação de três eixos que se comunicam entre si, o individual, o social e o programático/institucional, que visam a questionar: Vulnerabilidade a quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições? (AYRES; FRANÇA JÚNIOR; CALAZANS, 2003).

Os componentes da vulnerabilidade individual que têm sido apontados por pesquisadores são basicamente cognitivos (quantidade e qualidade das informações que os indivíduos têm e sua capacidade de absorvê-las) e comportamentais (capacidade de incorporar métodos para transformar preocupações em atitudes e ações preventivas e protetoras) (AYRES; FRANÇA JÚNIOR; CALAZANS, 2003). Dessa forma, a vulnerabilidade é conceituada como sendo fundamentalmente associada a comportamentos ou situações que oferecem uma oportunidade para o sujeito contrair doenças. Esse movimento, no entanto, nem sempre é por vontade própria, mas pode estar associado a elementos ambientais, culturais e sociais externos e ao grau de consciência que essas pessoas têm sobre esse comportamento e sua proporção (AYRES; FRANÇA JÚNIOR; CALAZANS, 2003).

Ainda no eixo individual, cabe questionar o papel inclusivo dessas práticas em motivar no indivíduo a se reconhecer como pessoa, com comportamentos saudáveis desenvolvidos e disseminados nas condutas educativas, em que alcançam a capacidade de enfrentar os desafios postos na educação em saúde, ou então contribuir para o aumento da vulnerabilidade vivenciada por sujeitos que não se enquadram em suas descrições (AYRES; FRANÇA JÚNIOR; CALAZANS, 2003).

Quando se trata do componente social da vulnerabilidade, entendemos que é a forma de abordar os conteúdos informacionais, transformá-los e integralizá-los às práticas cotidianas de conversão, com a possibilidade de acesso a recursos materiais, culturais, políticos, morais, educacionais, disponibilizados em serviços de saúde, instituições sociais e educacionais. Além desses aspectos, o direito de se expressar nas decisões políticas, de estar preparado para prováveis dificuldades determinadas no contexto social, de estar livre de constrangimentos violentos e de poder se defender deles em todas as relações e comportamentos possíveis, incluídos nas análises de vulnerabilidade e nos projetos educativos por elas apoiados (AYRES; FRANÇA JÚNIOR; CALAZANS, 2003).

O componente institucional ou programático da vulnerabilidade articula os eixos individual e social e compreende o grau e a qualidade de comprometimento, empenho e direcionamento de esforços institucionais, especialmente de serviços de saúde, educação, bem-estar social e cultura, para atuarem como agentes de reprodução ou aprofundamento das condições socialmente oferecidas, por meio de subsídios, gestão e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado, importantes para identificar as demandas, direcionar os recursos existentes e maximizar sua utilização (AYRES; FRANÇA JÚNIOR, CALAZANS, 2003).

A vinculação dos três eixos que corroboram a estrutura conceitual da vulnerabilidade favorece análises e intervenções de múltiplas extensões, que reconhecem que as pessoas não são, em sua natureza íntima, vulneráveis, mas sim que todas podem se encontrar vulneráveis em algum momento (GOROVITZ, 1995).

4.2 A VULNERABILIDADE DA CRIANÇA IMIGRANTE NO BRASIL E NA PANDEMIA DA COVID-19

Nas últimas décadas, o mundo tem testemunhado um movimento significativo de pessoas que buscam refúgio em todo o mundo – um reflexo de uma crise humanitária causada pela piora da situação política e econômica em vários países (RAFFOUL, 2019).

O Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) relata um número recorde de pessoas que se deslocam para outros países. Estima-se que haja mais de 68 milhões de pessoas nesse movimento migratório, das quais, pelo menos 25 milhões são refugiadas, e mais da metade dessa população tem menos de 18 anos (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS, 2019).

Na América do Sul, a crise humanitária que assola a República Bolivariana da Venezuela forçou milhões de cidadãos a deixar o país, em uma dinâmica de migração e busca por refúgio em fronteiras de países vizinhos. O desejo é experimentar uma nova vida longe da precária situação econômica e política sofrida desde 2013, com inflação extremadamente alta, desemprego em massa e muitos episódios de violência. Caracas se destaca entre outras capitais pelo seu alto índice de violência, com a taxa de homicídios de 120/100.000 habitantes (PINTO; OBREGON, 2018).

De acordo com o ACNUR e a Organização Internacional para as Migrações (OIM), um total de 3,4 milhões de venezuelanos se mudaram para a Colômbia (1,1 milhão); Peru (506 mil); Chile (288 mil); Equador (221 mil); Argentina (130 mil) e Brasil (96 mil) (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS, 2019).

Em meio a esse fluxo migratório, o Brasil tem sido o destino de milhares de imigrantes e refugiados venezuelanos. Com a Lei nº. 9.474, de 22 de julho de 1997, o Brasil também reconhece os refugiados por razões de grave e generalizada violação de direitos humanos em seu país de origem (RAFFOUL, 2019).

Mesmo que essa lei seja um marco importante nas situações de refúgio, o Brasil não registra um volume significativo de refugiados, como ocorre atualmente com os imigrantes venezuelanos (RAFFOUL, 2019). Vale esclarecer que migrante, pessoa refugiada, solicitante de refúgio e apátrida são denominações jurídicas da condição migratória de pessoas com experiências diversas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020b).

Em uma situação de refúgio, há evidências de algum tipo de violação dos direitos humanos e/ou discriminação por meio de atos de perseguição, seja por motivos étnicos,

religiosas, de nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS, 1951). Embora em número menor do que em outros países, um número significativo de solicitações de refúgio no Brasil foi feito em Boa Vista (RR). Calcula-se que 180 desses refugiados sejam crianças todos os dias. Apesar de representarem um terço da população mundial, crianças e adolescentes representam aproximadamente metade de todos os refugiados (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2019a).

O caminho para o refúgio dos venezuelanos é uma experiência vivida por crianças e jovens de 15 a 24 anos que tiveram de deixar seu país de origem (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS, 2019). Apesar da falta de dados oficiais, a UNICEF projeta que, entre 2015 e 2019, cerca de 10.000 crianças e adolescentes venezuelanos em situação de vulnerabilidade entraram no Brasil (CIEGLINSKI, 2019).

Em nível nacional, o ECA garante que, desde a gestação da mãe, a criança tem todos os direitos de acesso aos serviços e produtos do setor público de saúde, o que demonstra prioridade nesse atendimento. E o artigo 11 do ECA determina expressamente que “acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do SUS (BRASIL, 1990).

Outra medida está expressa na Convenção sobre os Direitos da Criança, que reconhece que a infância é uma fase em que há uma peculiar falta de desenvolvimento completo, razão pela qual é necessário oferecer proteção especial e abrangente a esse grupo de pessoas que carecem de desenvolvimento completo. Sob esse aspecto, compreende-se que as crianças são pessoas que demandam cuidados especiais por apresentarem imaturidade física e intelectual (COLUCCI; TONIN, 2013).

Nessa mesma direção, a Constituição Federal evidencia a responsabilidade pela proteção da criança não de apenas um agente, mas de toda a sociedade, que deve trabalhar com o Estado e a família para atingir o mesmo objetivo (CHAVES; COSTA, 2018). Todos refugiados têm direitos fundamentais garantidos pela Constituição Federal, acesso à rede de atenção do SUS e não podem estar condicionados a uma situação migratória documentada (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020b).

Deve-se considerar, ainda, que o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à convivência familiar e comunitária está consagrado na Carta Magna (BRASIL, 1988), no ECA (BRASIL, 1990), no Estatuto da Juventude (BRASIL, 2013) e no Marco Legal da Primeira Infância (BRASIL, 2016). Ao conceder refúgio a crianças, os Estados são

instruídos a adotar medidas que garantam assistência e cuidados de saúde relativos às suas peculiaridades nessa fase. No caso de crianças venezuelanas, a realidade em seu país de origem é de escassez de medicamentos e de profissionais de saúde (BRASIL, 2017).

Outras dificuldades que impulsionam a migração dos venezuelanos é a falta de alimentos e medicamentos, que é uma das consequências desse cenário de poucas perspectivas. O governo venezuelano suspendeu programas sociais e a taxa de inflação continua subindo, de maneira cotidiana o fluxo migratório. (OLIVEIRA, 2020). Ao buscar refúgio, as crianças venezuelanas carecem de assistência médica, educação e nutrição (RAFFOUL, 2019).

Os desafios da criança migrante também incluem aspectos afetivos que podem ter efeitos negativos sobre sua saúde e desenvolvimento, que surgem quando os cuidados familiares, a boa alimentação, o sono e as brincadeiras com outras crianças são substituídos por situações de abandono e negligência ou pela manifestação de desnutrição e mal-estar, episódios que causam estresse, medo e violência (OLIVEIRA, 2021).

Entretanto, os desafios enfrentados na busca de um novo contexto almejado pelo deslocamento humano expõem situações extremas de alta vulnerabilidade. Nesse campo da imigração e/ou refúgio, as crianças se deparam com a partida repentina e as dificuldades de abandonar o que eram anteriormente (BEZERRA, 2016). Assim, nessa jornada, os recursos materiais são deixados para trás, juntamente com documentos oficiais, costumes e cultura. Sem sua história, os refugiados, muitas vezes não se sentem pertencentes. O espaço que eles pretendiam que fosse um refúgio das experiências de sua terra natal não é mais uma ameaça diante dos perigos do passado (MANN, 2006; NARRA, 2014).

A adversidade torna-se uma constante no processo migratório, exigindo transformações para a adaptação ao novo contexto social. As dificuldades encontradas, inclusive no campo da saúde, são reforçadas pelo estranhamento de se encontrar em um país diferente e distante de sua terra natal, experienciando situações sem o apoio de familiares e amigos, enfrentando o desafio de aprender o idioma local e a compreender a cultura nacional (ALVES *et al.*, 2019).

No cenário da pandemia da COVID-19, a rotina das crianças e adolescentes que vivenciam o processo migratório tem sido severamente impactada. Isso porque, na maioria das vezes, essa população tem sido obrigada a abandonar sua infância, sua casa, os amigos, a escola, suas referências naturais e acompanhar a família na busca por abrigo em um país que ofertasse oportunidades de um futuro melhor para os mais jovens. Entretanto, essa

mudança, que foi apresentada como uma alternativa temporária, muitas vezes se transformou em uma situação permanente. Nessa conjuntura, a vulnerabilidade social do percurso afetou crianças e jovens, que passaram a requerer cuidados específicos para se adaptarem à nova realidade em um momento crítico para a humanidade (ASSUMPÇÃO; AGUIAR, 2019).

Ocorre que nem sempre os adultos conseguem perceber elementos capazes de embasar um processo que considere o bem-estar dessas crianças e famílias, dada a forte tendência de se assumir que as crianças são dotadas de uma facilidade própria de adaptar a novas experiências e lugares (ASSUMPÇÃO; AGUIAR, 2019). No entanto, ao tentar se adaptar ao novo meio social, as crianças se deparam com adversidades variantes, sendo a ocorrência de uma delas no ambiente escolar com a dificuldade em aprender o novo idioma, seguida da interação com colegas. Essas condições podem afetar sua condição emocional, por exemplo, quando sofrem com as diferenças de comportamento e a discriminação de outras crianças com uma visão estereotipada da população imigrante (ASSUMPÇÃO; AGUIAR, 2019).

Essa estigmatização da criança imigrante na escola também pode ser identificada por meio de “diagnósticos” imprudentes provenientes de docentes que classificam esses alunos como indivíduos com dislexia, déficit de atenção ou outros distúrbios relacionados ao desenvolvimento infantil (BONADIO; MORI, 2013; GALINA *et al.*, 2017). Nessa conjuntura, ainda há espaço para inclusão de crianças com necessidades especiais que requerem um trabalho direcionado, no entanto, não é incomum que essa atenção não aconteça e a tendência é que essas crianças sejam deixadas de fora do processo pedagógico (ASSUMPÇÃO; AGUIAR, 2019).

Dessa forma, a escola, local que deveria representar o primeiro ambiente agregador e integrador no processo migratório de crianças e adolescentes, às vezes é o oposto. Apesar de a Lei n. 14.445/2017, conhecida como Lei do Imigrante, preconizar a facilidade para a legalização e garantir a proteção aos imigrantes em situação discriminatória ou xenofóbica, os imigrantes quase nunca têm conhecimento desse direito. Essa desinformação permite que crianças e adolescentes vivenciem sentimentos de rejeição e não aceitação na escola (ASSUMPÇÃO; AGUIAR, 2019).

A necessidade de se sentir parte dessa comunidade escolar pode comprometer o desenvolvimento emocional e cognitivo de crianças imigrantes – da mesma forma que os adultos responsáveis por elas. Os pais dessas crianças imigrantes também estão no processo

de adaptação, o que pode levar a manifestação de crises e ameaças ao seu senso de identidade (GRINBERG; GRINBERG, 1996).

Esse sentimento pode refletir na ausência de apoio às crianças em condições que exijam suporte emocional, pois é provável que os pais ou responsáveis, assim como os professores, ignorem os fatores que influenciam a consideração do bem-estar mental da criança e das pessoas com quem ela convive. Essa falta de cuidado ou interesse por essa situação se baseia no senso comum de que crianças têm características que permitem a adaptação a novos espaços e vivências, com maior facilidade nos primeiros anos de vida (ASSUMPÇÃO; AGUIAR, 2019). Crianças e adolescentes, migrantes ou não, sofrem por uma série de fatores que as colocam na condição de vulnerabilidade e prejudicam seu desenvolvimento, observando, neste contexto, a baixa escolaridade dos pais; desemprego; baixa renda; ausência de saneamento básico; estruturas prediais precárias; falta de acesso à capacitação profissional, programas sociais e vagas em creches (SILVA *et al.*, 2015).

Cabe ressaltar que a vulnerabilidade no desenvolvimento infantil também está relacionada a elementos socioeconômicos e que sua compreensão vai além dos componentes biológicos e individuais do desenvolvimento infantil (SILVA *et al.*, 2015). No cenário de crianças imigrantes, são evidentes atribuições decorrentes da situação itinerante em que se encontram. As vulnerabilidades sociais são ampliadas pela necessidade de encontrar moradia em abrigos ou periferias das grandes cidades, que se caracterizam por condições precárias de habitação, sem saneamento básico ou água potável. Outros desafios incluem adaptações culturais e linguísticas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020c).

As vulnerabilidades às quais as crianças estão expostas foram acentuadas à medida que a necessidade de medidas sanitárias para conter o coronavírus foi implementada. A suspensão das aulas e o fechamento das escolas durante a pandemia fizeram com que crianças (migrantes ou não) sentissem os efeitos desse isolamento forçado. De acordo com a UNESCO, o fechamento de escolas em cerca de 190 países em todo o mundo afetou as relações sociais e os processos de desenvolvimento, ensino e aprendizagem dos alunos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA, 2020).

Esse cenário tem acentuado o isolamento social e afetado a autonomia, o convívio e a socialização em etapas importantes do desenvolvimento de crianças e jovens, particularmente imigrantes, uma vez que, para essa população, a escola é um espaço fundamental de integração social e educacional. Esse distanciamento do ambiente

educacional tem gerado desigualdades, precariedade e o evasão escolar entre os mais desfavorecidos e vulneráveis, como as crianças e jovens de famílias migrantes (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA, 2020).

Outros efeitos sentidos na pandemia da COVID-19 entre as crianças, bem como os adultos, foram a experiência de reações emocionais e mudanças comportamentais, manifestadas por meio de dificuldades de concentração, irritabilidade, medo, inquietação, tédio, sensação de solidão, alterações no padrão de sono e alimentação (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020d). A criança imigrante em tempos de COVID-19, apesar de terem sentimentos semelhantes aos dos adultos, têm exigido uma percepção sobre sua particularidade na compreensão e na comunicação de sentimentos e lutos que diferem dos adultos (COSTA, 2020).

Esses sentimentos são comuns entre as crianças, especialmente durante períodos críticos, pois elas são vulneráveis no campo emocional, com a possibilidade de desenvolver mais problemas de saúde mental em longo prazo. Um dos gatilhos dessa situação é a solidão – o resultado não intencional das medidas de contenção de longo prazo, que potencializam a resposta afetiva da depressão (NEUMANN; KALFELS; SCHMALZ, 2021). As crianças que passaram por eventos semelhantes antes da COVID-19 tinham cinco vezes mais chances de desenvolver problemas de saúde mental e em níveis mais elevados durante a quarentena (LOADES *et al.*, 2020).

As crianças que passam pelo trânsito migratório quase sempre são colocadas em uma posição de desigualdades sociais e circunstâncias de vulnerabilidade. O Brasil é o sétimo país mais desigual do mundo (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2017; PASTORE, 2021).

A prática de manifestações baseadas na marginalização e na discriminação associadas à COVID-19 tende a expor as crianças mais vulneráveis à violência e ao adoecimento psicológico, pressupondo que as crianças e as famílias que já se encontram em situações vulneráveis devido à exclusão socioeconômica que vivenciam ou que vivem em lugares superlotados estão particularmente em situação de risco extremo (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2019a).

A relação entre as crianças e as situações de vulnerabilidade implica expressar a diversidade e pluralidade das infâncias das quais elas são personagens que habitam esses espaços, os resultados encontrados em diferentes lugares e suas estruturas, a situação local e

os processos globais (IMOH, 2016). Compreender o significado de pluralidade de infâncias significa destacar alguns grupos de crianças: órfãos de casos letais de COVID-19; indígenas; quilombolas; ciganas; imigrantes; que vivem nas ruas; vítimas de violências domésticas; que vivem em acampamentos do Movimento Sem-Terra; crianças na vida, em várias condições e em todos os contextos possíveis (MIRANDA, 2020).

A situação de imigrantes tem sido a pauta de debates em toda a comunidade internacional nos últimos anos, expressando seu impacto e influência nas condições relacionadas à diversidade (SMITH; DAYNES, 2016; GUEDES *et al.*, 2019). O processo migratório causa profundas transformações na vida das pessoas, influenciando o contexto cultural, físico, social e psicológico, evidenciando, na maioria das vezes, um grande distanciamento entre esses indivíduos, sua história e elementos de referência de sua terra natal, incluindo parentes e amigos, criando, a partir de então, uma situação de confronto com a nova realidade social (OROZCO; ONAGA, 2018).

Em meio a uma variedade de aspectos encontrados na trajetória dessa população e que afetam diretamente o seu bem-estar, destacam-se elementos de integração e o desenvolvimento de processos identitários, níveis de satisfação com a vida e de discriminação (PERREIRA; ORNELAS, 2011; KOUIDER *et al.*, 2014).

Em geral, os migrantes e refugiados estão expostos a situações de vulnerabilidade. A pandemia da COVID-19 acentuou dificuldades já vivenciadas por esses grupos. (FASANI; MAZZA, 2020). Essa realidade é materializada pela falta ou redução de trabalho, bem como pela influência no contexto familiar e segurança alimentar (ULLAH *et al.*, 2021). Esse contexto confirma os relatos da história mundial sobre epidemias manifestadas – como a gripe espanhola, H1N1 e SARS – de que as desigualdades sociais são condutoras para a taxa de transmissão e severidade das doenças (MAMELUND, 2023).

Outros aspectos que ampliam a desigualdade social dos migrantes em tempos de COVID-19 é a dificuldade na obtenção do Auxílio Emergencial (denominado atualmente de Bolsa Família, é um benefício de proteção social temporário, em razão da exigência de regularidade migratória e/ou documento com foto emitido no Brasil – CRNM, DP-RNM, CNH) para o pagamento de valores, bem como a falta de padronização quanto à exigência de documentos e impossibilidade de inscrição originária no Cadastro de Pessoa Física (CPF) (CHIARETTI; LUCHINI; CARVALHO, 2020).

Entretanto, cabe ao agente pagador reconhecer que o direito ao auxílio emergencial é garantido, por meio da Lei 13.445/2017 (BRASIL, 2017), que estabelece o direito à

assistência social e abrange o atual auxílio emergencial (Bolsa Família) a todos os migrantes residentes no Brasil, independentemente de sua situação migratória regular (com autorização de residência) ou irregular (sem autorização de residência), bem como o direito de acessar serviços bancários (CHIARETTI; LUCHINI; CARVALHO, 2020).

Essa legalidade se aplica a todos os residentes em território nacional que atendam às regras de elegibilidade, sendo o ato de pagamento apenas a configuração final de implementação desse benefício. O direito foi concedido aos portadores de CPF, sem restrições por nacionalidade ou situação migratória, devendo ser aceito qualquer documento capaz de identificar a pessoa, mesmo que seja um documento estrangeiro (CHIARETTI; LUCHINI; CARVALHO, 2020). Outra observação decorre do entendimento de que muitos migrantes sem documentos não procuram pelos serviços de saúde nessa pandemia global por medo de serem detidos ou deportados. A negação de tratamento quando os migrantes não portam determinados documentos ou provas é uma evidência de burocratização negligente (RODRIGUES; CAVALCANTI; FAERSTEIN, 2019).

No entanto, outros fatores, como a perda de renda, a dificuldade recorrente de acesso à saúde, a insegurança quanto ao seu *status* migratório e as informações incorretas são aspectos sensíveis para os imigrantes durante a pandemia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020b). Além das situações relatadas, é importante ressaltar que a maioria da população migrante, durante esse período de pandemia, continuou trabalhando informalmente, uma vez que as medidas de isolamento social e a paralisação de atividades comerciais adotadas impactaram negativamente em sua renda (TEBAR; MACHADO, 2020).

TRAJETÓRIA
METODOLÓGICA

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Optou-se por realizar uma pesquisa descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa, por entendermos que para nos aproximarmos dos atores deste estudo – o imigrante -, é necessário despir-se de quaisquer sentimentos ou conceitos adversos à resiliência imposta a essa população, que está refazendo toda a sua trajetória humana em busca de um modo de vida melhor.

Em tempos de COVID-19, adentrar nesse universo particular e subjetivo requer, além dessa percepção, o cuidado na condução do estudo com a aproximação necessária entre pesquisador e participante, afim de promover uma relação de confiança, sem posturas hierárquicas ou com o intuito de acessar opiniões ou preconceitos em relação ao que é intrínseco à estrutura social que o imigrante produz em sua nova realidade. A partir desse entendimento, percebe-se a importância do envolvimento entre ambas as partes, com a proposta de trabalhar a visão de processo-interatividade contida nessa experiência imigrante (MEDEIROS, 2012).

A pesquisa qualitativa é compreendida como aquela que faz descobertas que não se originam de quaisquer situações, mas busca interpretar o universo simbólico e particular que engloba as experiências sofridas e os sentimentos vivenciados ou, para além desse entendimento humano, perceber como essa população se organiza e seus movimentos na sociedade, na cultura e na relação com as instituições (MEDEIROS, 2012). Na vida cotidiana, a aprendizagem se revela na forma como as pessoas falam, pensam, agem e conduzem suas experiências. Essa compreensão caracteriza o senso comum, suporte da realidade humana, construindo-se como alicerce, o chão dos estudos qualitativos. É a partir dessa *práxis* contínua entre grupos e objetos que as linhas da pesquisa qualitativa são reconhecidas por sua própria natureza (MINAYO; SANCHES, 1993).

Essa abordagem de estudo revela entendimentos que são analisados com base em delimitações em extensão e abrangência em intensidade, demonstrando os aspectos revelados pela abordagem, o que é extremamente relevante para delinear um quadro de empatia pelo objeto de estudo, sua determinação em cumprir com suas intenções, consolidando assim o significado dessa relação (MINAYO; SANCHES, 1993).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O campo de investigação foi o município de Foz do Iguaçu, localizado no extremo Oeste do Estado do Paraná, parte brasileira da tríplice fronteira com a Argentina (*Puerto Iguazu*) e Paraguai (*Ciudad del Este*). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) indicam que a cidade contabilizava em 2010 258.248 habitantes. A prefeitura do município aponta a presença de aproximadamente 80 etnias em convivência pacífica, havendo maior registro de imigrantes do Líbano, China, Paraguai, Argentina, Japão e Coreia (FOZ DO IGUAÇU, 2020). A população de japoneses, chineses e sul coreanos se destaca pela zona franca em *Ciudad del Este* (CURY, 2011).

A migração e a imigração em Foz do Iguaçu estabeleceram uma classe que demanda outros significados em uma complexa composição de novas identidades, com representações próprias de cultura e conceitos, que exigem um novo olhar e atenção para a concepção de saberes e ações, previamente predeterminados e baseados em um modelo de atendimento que oferece serviços socialmente estabelecidos. Dentre as múltiplas realidades locais, a interculturalidade advinda desses grupos étnicos requer de adaptações em diversas áreas. Uma delas, quiçá a mais evidente, é a saúde pública, dada a amplitude do trânsito nesse espaço, tantas vezes percebida como uma estrutura geograficamente disposta para o encontro de diferentes culturas (SOARES, 2017).

Foz do Iguaçu é sede da 9ª Regional de Saúde do Paraná, que abrange os municípios de Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu (FOZ DO IGUAÇU, 2020). Para prestar assistência à saúde da população, a Secretaria Municipal de Saúde conta com 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em cinco distritos sanitários (Norte, Nordeste, Leste, Sul e Oeste, também nominado Centro). Essas unidades prestam serviços por meio de equipes do Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Assistência Social à Família (NASF), presente nos distritos Norte, Nordeste e Leste (FOZ DO IGUAÇU, 2020).

O atendimento de urgência e emergência é feito em duas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e dois hospitais que realizam o atendimento à criança. O Hospital Municipal Padre Germano Lauck disponibiliza 22 leitos de enfermaria para internação pediátrica, enquanto o Hospital Ministro Costa Cavalcanti é referência no atendimento de gestação de risco habitual e alto risco, bem como para os serviços de neonatologia.

Com a pandemia, o município montou um pronto-socorro para casos suspeitos de COVID-19, localizado na UPA Morumbi, que antes era utilizado para atendimento pediátrico. Na época, outros serviços pediátricos estavam sendo disponibilizados nos distritos Norte, Sul, Leste e Oeste.

Devido à sua localização na fronteira, os serviços de saúde de Foz do Iguaçu são compartilhados com a população transfronteiriça e imigrante, considerando o direito universal estabelecido pela Constituição Federal de 1988. Embora a busca por atendimento de saúde tenha sido reduzida, a implementação do SUS não transpassou o caminho percorrido pelos imigrantes, que vivem diariamente em uma fronteira entre direitos, identidade e visibilidade, necessários à dignidade humana (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

No que tange aos direitos sociais da população imigrante, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) foi instituída para responder às expressões da questão social – nome dado à desigualdade entre as classes, razão de um movimento que produz e reproduz um processo duradouro e que se manifesta na pobreza em toda sua amplitude. Pode-se entender que a questão social revela uma sociedade onde uma pequena parcela tem acesso a muitos recursos e a maioria da população sofre com a falta de políticas públicas igualitárias (IAMAMOTO, 2000). Ao analisar a estrutura da assistência social em Foz do Iguaçu, verifica-se que os serviços são ofertados em cinco Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e dois Centros de Referência Especial da Assistência Social, que prestam serviços e benefícios nas categorias de proteção social básica e especial.

Por isso, quando uma família imigrante em situação de vulnerabilidade chega a Foz do Iguaçu, ela é encaminhada para o Centro Especializado de Assistência Social para a População em Situação de Rua – Centro Pop, um serviço que acolhe e encaminha essas famílias a uma das três Casas de Passagem (abrigos temporários), de acordo com a demanda e vagas disponíveis. Juntos, têm capacidade para atender até 150 pessoas, entre homens, mulheres e famílias com crianças. Nessas unidades, os abrigados recebem orientações e encaminhamentos para outros serviços e podem ficar alojados por até 90 dias, a princípio. O acesso a esses serviços pode ocorrer por iniciativa da própria família ou por meio do Serviço de Abordagem Social (SAE) (FOZ DO IGUAÇU, 2023).

Nos últimos anos, as famílias venezuelanas e haitianas que migraram para Foz do Iguaçu têm sido muito presentes nos serviços de assistência social do município. Apesar da elaboração e da pactuação de um protocolo de serviços disponíveis que deve ser aplicado

pelo governo municipal no atendimento e na satisfação das demandas e necessidades dessa população crescente, ficam evidentes as fissuras nos serviços prestados pela Secretaria Municipal de Assistência Social, responsável por executar os atendimentos iniciais dessa população quanto a confecção de documentos e acesso aos serviços essenciais de saúde, habitação, educação, trabalho e assistência jurídica (BELLO, 2021).

5.3 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

Esta pesquisa foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, no período de maio a dezembro de 2022.

5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram incluídas 15 famílias de nacionalidades que não a brasileira, que entraram no Brasil antes ou durante a pandemia da COVID-19, com um ou mais filhos menores de 12 anos, residentes em Foz do Iguaçu, com pelo menos um membro que entende português, com pais/responsáveis maiores de 18 anos.

Os critérios de exclusão foram: famílias cujo entrevistado apresentava problemas de saúde mental e/ou clínica que os impediam de participação na pesquisa, embora, nesse caso, outro participante com mais de 18 anos pudesse responder às perguntas. Deve-se observar que nenhum participante foi excluído.

5.5 COLETA DE DADOS

A busca pelas famílias participantes ocorreu nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), nos CRAS e nos serviços de apoio (Centro Pop) e Casa de Passagem para Adultos e Famílias aos indivíduos em situação de vulnerabilidade de Foz do Iguaçu.

Primeiramente, as famílias foram contatadas nesses serviços, onde foram convidadas a participar da pesquisa. Para conseguir que novas famílias participassem da pesquisa, nos

casos em que os serviços não possuíam tais registros por falta de documentação, foi utilizada a técnica de “Bola de neve” para encontrar participantes, a fim de contar com novas indicações de sujeitos a serem entrevistados. Entretanto, pelo menos três famílias não concordaram em participar da pesquisa.

Essa técnica é definida por Vinuto (2014) como uma forma de seleção não probabilística que utiliza cadeias de referência para a entrada de novos participantes. Embora tenha limitações, a amostragem em bola de neve tornou-se útil para pesquisas que envolvem grupos de difícil acesso ou estudo, bem como quando o pesquisador não tem a precisão sobre sua quantidade. Dessa forma, ao abordar e entrevistar uma família, eles poderiam indicar novas famílias para participar do estudo.

No primeiro contato com as famílias, foram explicados os objetivos e a importância da pesquisa, e as assinaturas de todos os participantes (pesquisa) das famílias foram coletadas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Apêndice I), uma das quais foi deixada em poder do participante e a outra com o entrevistador.

Para a realização das entrevistas em profundidade, foi agendado um segundo momento por meio de visita domiciliar e ou/na própria Casa de Passagem, respeitando todas as precauções e medidas sanitárias impostas para evitar o contágio pelo coronavírus. A justificativa para a realização dessa segunda entrevista envolveu a necessidade de participação de outros membros da família que cuidam da criança. Vale ressaltar que as entrevistas se deram de forma presencial, sendo que três famílias foram entrevistadas na Casa de Passagem e as demais nas residências dos participantes. A pesquisadora foi previamente treinada por pesquisadores, que são profissionais da saúde com *expertise* na área da saúde da criança.

Antes do início da entrevista, as famílias foram caracterizadas em termos de aspectos socioeconômicos. Em seguida, a entrevista envolveu a participação da família, na qual todos membros (maiores de 18 anos) puderam falar sobre o tema dos cuidados com a saúde da criança em situação de pandemia, com duração média de 60 minutos. A entrevista foi gravada em áudio e depois transcrita para interpretação e análise dos resultados. A gravação foi disponibilizada aos participantes ao final para que pudessem dar seu consentimento ao conteúdo, assim como a transcrição, mas nenhuma família expressou vontade de verificar as gravações e/ou o conteúdo escrito.

Foram realizadas duas entrevistas piloto para treinar a pesquisadora e fazer os ajustes necessários no roteiro de entrevista, que puderam ser incluídos no estudo devido à sua

consistência e importância. Além disso, um Diário de Campo foi utilizado para anotações das percepções não expressas verbalmente durante as entrevistas e para detalhar o ambiente em que as famílias vivem.

As entrevistas foram consideradas encerradas quando os resultados relatados pelos participantes foram capazes de agrupar dados importantes para gerar um construto, com argumentos suficientes para responder aos objetivos da pesquisa (MINAYO, 2017).

5.6 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para caracterizar as famílias, foram pesquisados os seguintes aspectos: posição familiar, idade, país de origem, tempo de chegada ao Brasil, trabalho formal e informal, renda familiar, auxílio governamental outorgado, tipo de residência e sistema de saúde utilizado (Apêndice II).

Para conduzir as entrevistas, foi empregado um roteiro (Apêndice III) para orientar o diálogo entre a pesquisadora e o participante. As seguintes perguntas norteadoras foram usadas para estimular a entrevista: Como aconteceu o processo de imigração? Quais suas experiências, pontos fortes e pontos fracos nessa trajetória? Fale-me sobre suas experiências e preocupações para o cuidado com a saúde em tempos de pandemia. Fale-me sobre suas experiências e preocupações para o cuidado com a saúde de seu/sua filho(a) no processo de imigração. Como vocês organizam o cuidado com a saúde de seu(s) filho(s)?

Para responder a essas perguntas, o roteiro do diálogo envolveu aspectos históricos, culturais, econômicos, demográficos, de linguagem e de compreensão sobre o período de imigração; os cuidados com a saúde e a pandemia da COVID-19; as necessidades de cuidados de saúde das crianças; as dificuldades para o acesso aos serviços de saúde; as diferenças na prática assistencial; e presença da cultura para o cuidado.

5.7 ANÁLISE DE DADOS

Para este estudo, que tem por objeto fazer uma análise sobre as práticas de cuidados de saúde com a criança imigrante em tempos pandêmicos no município de Foz do Iguaçu-PR, utilizou-se a técnica de análise denominada Interpretação de Sentidos (GOMES, 2010).

Para tanto, afim de compreender e aprofundar o objeto de estudo foram observadas as ações e os discursos dos envolvidos na pesquisa, em um processo contínuo de análise e interpretação, para o entendimento de que há diversidade nas crenças e opiniões dos envolvidos, mesmo que compartilhem da mesma história ou pertençam ao mesmo meio social. Dita abordagem permitiu apreender as particularidades de cada sujeito, demarcado pela diferença nas informações geradas pelos sentidos, discursos e ações (GOMES, 2010).

A análise possibilitou ir além do que foi descrito e a interpretação envolveu toda a trajetória no campo da pesquisa, o início e o fim do processo, no momento em o ator interpretou suas experiências vividas, finalizando com a reinterpretção dos fenômenos estudados, por meio de procedimentos de categorização e inferência (GOMES, 2010). Em resumo, esse método de análise foi organizado em três etapas, conforme Gomes (2010):

a) leitura compreensiva do material: leituras repetidas e em profundidade permitindo uma visão do todo, mas, ao mesmo tempo, identificaram e destacaram particularidades;

b) elaboração das estruturas de análise: a construção teórica e aproximação dos achados nas entrevistas possibilitaram a interpretação, a identificação da problematização e o diálogo entre as ideias e o referencial teórico;

c) busca de sentidos mais amplos: essa etapa envolveu a reinterpretção e a explicação das considerações de conteúdos do próprio processo de interpretação.

Essa reinterpretção e explicação do conteúdo permitiu organizar as principais categorias de análise, que são mostradas no Quadro 1, bem como seus subtemas e principais aspectos abordados.

Quadro 1. Organização das categorias de análise principais do estudo e seus subtemas e principais aspectos abordados. Foz do Iguaçu, Brasil, 2023.

Processo migratório no Brasil vivenciado por famílias em vulnerabilidade social	Processo migratório, cuidado com a saúde e a pandemia da COVID-19	O cuidado com a saúde da criança na experiência de famílias de imigrantes
Experienciando o processo migratório - <i>O processo migratório impulsionado por vulnerabilidades sociais;</i> - <i>Potencialidades vivenciadas na imigração;</i> - <i>Desafios do processo migratório no Brasil.</i>	Processo migratório durante a pandemia da COVID-19 Os cuidados à saúde de imigrantes em tempos de pandemia.	Demandas de cuidados com a saúde da criança imigrante O acesso aos serviços de saúde brasileiros: potencialidades ou fragilidades Diferenças experienciadas na assistência à saúde da criança

<p>Situações de vulnerabilidade: importante apoio da assistência social</p> <p><i>- Visão acolhedora e apoiadora da assistência social brasileira;</i></p> <p><i>- Vulnerabilidades sociais experienciadas no país acolhedor.</i></p>		<p>A influência cultural na prática e no cuidado com a saúde da criança</p>
---	--	---

Fonte: Elaboração própria da autora (2023).

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, tendo sido aprovada sob o parecer nº 5.440.262 (Anexo I) e atendido às normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, previstas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Por isso, todos os participantes assinaram um TCLE (Apêndice I) para participar da pesquisa. Para manter o seu anonimato, eles foram identificados apenas por letras iniciais e pela respectiva sequência numérica da entrevista, como segue: Família 1, participante 1 (F1P1); Família 2, participante 2 (F2P2); Família 3, participante 3 (F3P3...).

5.9 RISCOS

A entrevista foi realizada em um local privado, com a presença apenas do pesquisador. Os participantes tinham a liberdade de se retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo.

Como a pesquisa envolveu apenas entrevista com as famílias, o risco de constrangimento, cansaço, tristeza, receio ou ansiedade ao falar sobre os eventos relacionados à busca de cuidados de saúde para seus filhos foi mínimo. Nesse ponto, para mitigar esses riscos, a pesquisadora se dispôs a apoiar o participante; dar um momento para que ele se recuperasse psicologicamente; permitir que marcasse uma nova data; e até mesmo interromper a entrevista se participante preferisse não continuar. Os participantes não tiveram de pagar nada para participar do estudo.

5.10 BENEFÍCIOS

Ao buscar compreender como são concebidas as práticas de atendimento às crianças imigrantes em espaços públicos e quais estratégias são postas em prática para reconhecer e acolher as demandas e necessidades desse segmento infantil em tempos de COVID-19, em detrimento do sentimento de não pertencimento a essa representação na busca por atendimento em/de saúde, a pesquisa pôde contribuir para o rompimento de um círculo constante de invisibilidade e exclusão dessa população, o que facultaria o estabelecimento da equidade e o fortalecimento de vínculos entre os profissionais e a população. Uma vez que a premissa do SUS é consolidar, por meio do acesso universal e da garantia da atenção integral, a equidade nos serviços públicos, reconhecendo os usuários como sujeitos de direito à saúde.

Dessa forma, o estudo pôde corroborar a manifestação de ações inovadoras e o aprimoramento do atendimento à criança imigrante, abrangendo as dificuldades que surgem na busca assistência que, muitas vezes, é pautada em um padrão de atendimento que seleciona por classe, raça, gênero e geração, e que desconsidera a criança como sujeito de direitos (PASTORE, 2021).

É possível que a profundidade exata desses sentimentos ou desejos da criança imigrante ainda não tenha sido alcançada, vista a dinâmica imposta pela COVID-19 e suas repercussões. No entanto, por meio dessa interpretação, podem surgir novas ações que implementem uma política pública sem criar barreiras e que apoiem as dimensões que emanam dos sentimentos dessa população quando pressionada a recorrer a um serviço que está inserido em uma rotina profissional de atividades, que nem sempre vislumbram a diversidade, mas, ao contrário, revelam dispositivos que promovem desigualdades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão da presente dissertação estão apresentados na forma de artigos científicos, totalizando três, intitulados:

Artigo 1. Processo migratório no Brasil experienciado por famílias em vulnerabilidade social: submetido à *Physis – Revista de Saúde Coletiva* (Anexo II);

Artigo 2. Processo migratório, cuidado com a saúde e a pandemia da COVID-19: submetido à *Revista Saúde em Debate* (Anexo III);

Artigo 3. O cuidado com a saúde da criança na experiência das famílias de imigrantes: a ser submetido à *Revista Interface – Botucatu*.

ARTIGO 1

Processo migratório no Brasil experienciado por famílias em vulnerabilidade social

Resumo

O objetivo do estudo foi descrever a experiência de famílias em situação de vulnerabilidade no processo migratório no Brasil. O estudo qualitativo foi realizado em Foz do Iguaçu, Brasil, por meio de entrevistas com 15 famílias de imigrantes, entre maio e dezembro de 2022, com análise de dados por meio de interpretação de sentidos. Os resultados foram organizados em duas categorias; Experienciando o processo migratório e Situações de Vulnerabilidade: importante apoio da assistência social, que, pela sua vez, culminaram em subtemas que explicam que a vulnerabilidade social no país de origem levou ao processo migratório; que a escolha pelo Brasil se deu pela acolhedora, por facilitar a documentação, por ter outros membros da família no país e pelas oportunidades de trabalho e educação. Os desafios envolveram o idioma, a distância e a ausência da família/amigos. A assistência social foi uma fonte de apoio aos imigrantes e, mesmo assim, eles passaram por novas situações de vulnerabilidade. A atitude acolhedora do Brasil e a abrangência da assistência social facilitaram a obtenção documentação, oportunidade de emprego, acesso à saúde e a educação, mesmo que isso tenha exigido mudanças no modo de ser e de viver das famílias imigrantes.

Descritores: Processo migratório; Vulnerabilidade social; Família; Assistência social.

Introdução

A presença de migrantes buscando abrigo em grandes centros ou em serviços de saúde se tornou em um movimento constante e cotidiano (FORLIN; CARVALHO, 2022). As motivações que levam o imigrante a deixar seu país são determinadas por uma escolha e também pelo desejo de se distanciar do sofrimento decorrente de perseguições políticas, conflitos e guerras, ou forçados a migrar devido a desastres naturais (PINCAY, 2021).

A literatura tem mostrado fatores que influenciam não apenas a atitude de migrar, mas quais ambientes aumentam essa determinação, que não ocorre de maneira impensada. Esses ambientes que impulsionam a migração (*migration drive environments*) têm

combinações de população, economia, apoio institucional e cultura (BIJAK; CZAIKA, 2020; CZAIKA; REINPRECHT, 2020).

A exposição a situações de vulnerabilidade e preconceito pode ser incorporada ao processo migratório. As diversas manifestações de vulnerabilidade, em todos os seus aspectos, são reveladas por meio da aceitação de três eixos intercomunicados, o individual, o social e o programático/institucional, que visam questionar: Vulnerabilidade a quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições? (AYRES; FRANÇA JUNIOR; CALAZANS, 2003). A vulnerabilidade social tem sido conceituada ao longo dos anos e tem somado muitas análises que referem razões individuais ou coletivas que constituem um contexto favorável ao adoecimento, à precariedade de recursos diversos, e que poderiam fortalecer o migrante no enfrentamento de adversidades (AYRES; FRANÇA JUNIOR; CALAZANS, 2003).

Essa situação de vulnerabilidade e mobilidade humana tem sido observada em processos de migração natural em países da América do Sul. Quando o Mercado Comum do Sul (Mercosul) foi criado em 1991, a redemocratização foi prevista por meio da assinatura do Tratado de Assunção pelos presidentes de Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai (LAGO; LANZA, 2022). A ideia inicial do Mercosul era entender os migrantes como uma ferramenta importante para o mercado, materializando, os objetivos da liberalização econômica e comercial. No entanto, atualmente é uma união aduaneira, na qual os Estados-membros trabalham a política migratória de acordo com suas particularidades nacionais (LAGO; LANZA, 2022).

Nessa crescente movimentação migratória observada nas regiões latino-americanas, o Brasil se destaca por ser o país mais rico de todos (MODENESI; OBREGÓN, 2019), por sua geografia nacional com fronteiras secas (CUNHA; UNTEM, 2022) e pelo reconhecimento de sua boa política de acolhimento de asilados, refugiados e imigrantes (MODENESI; OBREGON, 2019).

Em consonância com esses aspectos, dados do Comitê Internacional para Refugiados (CONARE) e da Polícia Federal do Brasil mostram que pedidos de refúgio no Brasil são feitos por cidadãos nascidos na Venezuela (33%), Haiti (14%) e Senegal (13%) (LIMA; SILVA, 2019). Segundo a Organização Internacional para as Migrações (OIM), em 2018, o Brasil recebeu um número significativo de migrantes que o escolheram como destino. Esse volume cresceu 20% entre 2010 e 2015, chegando a 713 mil. Desse contingente de imigrantes, 29% são originários de países da América do Sul, o que coloca o Brasil em

terceiro lugar no *ranking* de destino para a população migrante no continente (LIMA; SILVA, 2019).

Com base nessas concepções, o objetivo desse estudo foi descrever a experiência de famílias em situação de vulnerabilidade no processo migratório.

Trajetória metodológica

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado em Foz do Iguaçu, Paraná, que faz tríplice fronteira com a Argentina (*Puerto Iguazu*) e Paraguai (*Ciudad del Este*). Estima-se que existam aproximadamente 80 grupos étnicos convivendo pacificamente, com o maior registro de imigrantes do Líbano, China, Paraguai, Argentina, Japão e Coréia (FOZ DO IGUAÇU, 2020).

Foz do Iguaçu é sede da 9ª Regional de Saúde do Paraná, que abrange outros oito municípios. Para prestar atendimento à população, a Secretaria Municipal de Saúde conta com 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em cinco distritos sanitários (Norte, Nordeste, Leste, Sul e Oeste). Para o atendimento de urgência e emergência, conta com duas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e dois hospitais do SUS.

Com respeito à estrutura da assistência social em Foz do Iguaçu, observa-se que os serviços são ofertados em cinco Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e dois Centros de Referência Especial da Assistência Social, equipamentos que promovem serviços e benefícios divididos nas categorias de proteção social básica e especial. Sendo assim, quando uma família imigrante em situação de vulnerabilidade chega a Foz do Iguaçu, esta é encaminhada para o Centro Especializado de Assistência Social para a População em Situação de Rua – Centro Pop, um serviço que faz o acolhimento e triagem dessas famílias a uma das três Casas de Passagem direcionadas a partir da demanda e vagas disponíveis. Esses abrigos temporários, juntos, têm capacidade para atender até 150 pessoas, entre homens, mulheres e famílias com filhos. Nessas unidades, os abrigados recebem orientações e encaminhamentos para outros serviços e podem ficar alojados por até 90 dias, a princípio. O acesso a esses serviços pode ocorrer por iniciativa da própria família ou por meio do Serviço de Abordagem Social (SEAS). Nos últimos anos, famílias venezuelanas e haitianas estiveram bastante presentes nos serviços (FOZ DO IGUAÇU, 2020).

A coleta de dados aconteceu no período de maio a dezembro de 2022. Foram incluídas famílias de nacionalidades diferentes da brasileira, com um ou mais filhos menores

de 12 anos, residentes em Foz do Iguaçu, com pelo menos um membro que compreendesse a língua portuguesa, com pais/responsáveis com idade acima de 18 anos.

A busca pelas famílias participantes ocorreu nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), nos CRAS e nos serviços de apoio (Centro Pop). Primeiramente, as famílias foram contatadas nesses serviços, onde foram convidadas a participar da pesquisa. No primeiro contato com as famílias, foram explicados os objetivos e a importância da pesquisa, e as assinaturas de todos os participantes (pesquisa) das famílias foram coletadas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma das quais foi deixada em poder do participante e a outra com o entrevistador. Para a realização das entrevistas em profundidade, foi agendado um segundo momento por meio de visita domiciliar ou institucional.

A pesquisadora foi previamente treinada pela pesquisadora responsável, profissional da saúde com expertise na área de pesquisas qualitativas. A entrevista envolveu a participação de 15 famílias; 15 mães, 14 pais e uma avó, e foi gravada em áudio e transcrita a seguir para a interpretação e análise dos resultados. A gravação podia ser ouvida pelo participante ao seu término para darem anuência de seu conteúdo, os quais recusaram essa etapa de verificação.

É importante destacar que foram realizadas duas entrevistas piloto para o treinamento da pesquisadora, bem como para os ajustes necessários ao roteiro de entrevista, incluídas nesta pesquisa. As entrevistas foram consideradas encerradas quando os resultados relatados pelos participantes foram capazes de agrupar dados importantes para gerar um construto, com argumentos suficientes para responder aos objetivos da pesquisa.

Para conduzir as entrevistas, foi empregado um roteiro (Apêndice III) para orientar o diálogo entre a pesquisadora e o participante. As seguintes perguntas norteadoras foram usadas para estimular a entrevista: Como aconteceu o processo de imigração? Quais suas experiências, pontos fortes e pontos fracos nessa trajetória? Para responder a essas perguntas, o roteiro do diálogo envolveu aspectos históricos, culturais, econômicos, demográficos, de linguagem e de compreensão sobre o período de imigração.

Para análise dos resultados foi utilizada a técnica de Interpretação de Sentidos, organizados em três etapas; a) leitura compreensiva do material; b) elaboração das estruturas de análise e; c) busca de sentidos mais amplos (GOMES, 2010).

Essas etapas permitiram a construção de duas categorias de análise, com seus respectivos aspectos de interpretação: i) Experienciando o processo migratório - O processo

migratório impulsionado por vulnerabilidades sociais, Potencialidades vivenciadas na imigração, Desafios do processo migratório no Brasil; ii) Situações vulneráveis: importante apoio da assistência social - Visão acolhedora e apoiadora da assistência social brasileira, - Vulnerabilidades sociais experienciadas no país acolhedor.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, tendo sido aprovada sob o parecer nº 5.440.262 e atendido às normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, previstas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Para manter o seu anonimato, eles foram identificados apenas por letras iniciais e pela respectiva sequência numérica da entrevista, como segue: Família 1, participante 1 (F1P1); Família 2, participante 2 (F2P2); Família 3, participante 3 (F3P3...).

Resultados

Participaram do estudo 15 famílias de imigrantes da Colômbia, Venezuela, Cuba e Haiti, com idades entre 27 e 63 anos, incluindo mães (15), pais (14) e avó (1), que moram no Brasil há, em média, dois anos. A maioria dos entrevistados informou que estava trabalhando por um salário mensal. Todavia, todos confirmaram que, em algum momento durante o processo de migração, foram auxiliados por um programa governamental de transferência de renda. Com relação ao acesso à saúde pública, foi unânime a concordância de que a família utilizava os serviços prestados pelo SUS.

Experienciando o processo migratório

Para as famílias, o processo de migração foi motivado pelas vulnerabilidades sociais experienciadas em seu país de residência. Escolheram o Brasil por entenderem que o país é acolhedor e permite aos imigrantes a chance de viver legalmente, estudar, trabalhar e ter qualidade de vida.

O processo migratório motivado pelas vulnerabilidades sociais

As dificuldades vividas em seu país de origem foram o ponto de partida que levou as famílias a deixarem para trás tudo o que haviam construído em busca de uma nova vida no Brasil.

Nós tivemos que sair da Venezuela pela razão de que o salário de lá não dá mais para poder morar lá, mas os estudos estavam muito bons para nosso filho, mas pela comida que não comia [...]. (F1P1)

Por situação política e econômica que há no país. (F10P1)

A situação do meu país estava muito difícil, pelo menos para o alimento dos nossos filhos, que era o mais importante. Isso nos trouxe do nosso país. (F13P1)

Embora as vulnerabilidades sociais tenham permeado a busca por uma nova vida, há famílias que foram motivadas a migrar por interesses culturais e religiosos.

Eu estava em minha expectativa e realmente sempre a sido viajar e conhecer outros lugares diferentes, outras culturas diferentes, com respeito das culturas, é muito importante. (F7P1)

Para mim viver em outro país é uma aprendizagem muito grande, cultural, conhecer pessoas novas, na parte da minha educação também, foi muita ganância. (F7P2)

Nós vimos o Brasil, particularmente eu, como uma esperança de vida, uma esperança de conseguir algo e coisas novas, e projeção de vida a nível geral, a nível não somente espiritual, ministerial, mas também pessoal e familiar. Por isso que eu vim no Brasil, mas primeiramente porque foi um chamado de Deus, pode-se dizer. (F11P1)

Potencialidades vivenciadas na imigração

As famílias descreveram como sua escolha pelo Brasil se deveu inicialmente ao conhecimento de benefícios que certamente facilitaram sua entrada e permanência no país. Entre esses facilitadores estava o consentimento da documentação necessária para permanecer no país.

Eu realmente tenho alguns conhecidos aqui e eles nos disseram que da maioria dos países aqui da América Latina, o Brasil é o único que está legalizando os venezuelanos, pois quando saí da Venezuela passei por alguns países onde nos negaram residência. E ser ilegal em outro país é complicado. (F4P1)

Nós passamos por Colômbia, Equador, Peru, Bolívia, entramos em Chile, Paraguai, até chegarmos aqui em Foz do Iguaçu. Mas em outros países não se pode viver bem por causa da documentação, é difícil a documentação. Então por referência de amigos e familiares, nos recomendaram Foz do Iguaçu, que aqui era mais rápido a documentação. (F4P2)

As famílias disseram que muitas das pessoas com quem moravam já viviam no país e, por isso, sentiam que conhecer alguém e tê-la como referência em um território desconhecido as incentivava a migrar.

Elegi primeiramente porque tenho familiares aqui e já haviam me comentado que aqui no Brasil há muitas oportunidades, mais que tudo para as crianças enquanto saúde e educação. A educação foi tudo muito rápido, porque no outro dia que eu estava aqui, meu filho já teve a oportunidade de ingressar aqui no colégio. (F12P1)
Eu escolhi aqui principalmente porque já tinha amizade aqui e já tinha com quem contar. E porque há mais fontes de trabalho que para o norte do país. (F15P1)

A escolha do Brasil tinha outros aspectos positivos, que envolviam a possibilidade de melhorar seus estudos e dar esta oportunidade aos filhos, mas, acima de tudo, de conseguir trabalho remunerado e melhorar suas condições socioeconômicas e qualidade de vida.

Na verdade, o primeiro lugar que eu cheguei no Brasil foi em Mato Grosso, na cidade de Cuiabá. Eu estava trabalhando e a gente achou uma oportunidade de vir estudar para Foz do Iguaçu, e a gente mudou então para Foz do Iguaçu com a ideia de estudar. (F5P1)

Eu saí da Venezuela porque já nossa qualidade de vida já havia cambiado, já não era o mesmo para adquirir a comida, para ir à escola, já a educação pública já não servia para nada já na Venezuela. Meus filhos não tinham oportunidade. Não há oportunidade na saúde, não há oportunidade na educação, não há oportunidade de nada lá. Então, eu tive que vender o que eu tinha para poder me vir aqui até Brasil com meus dois filhos. E aqui, graças a Deus, eu achei outra oportunidade. (F14P1)

Sem embargo, nem todas as famílias tiveram o Brasil como primeira opção, e muitas acabaram ficando no país devido às dificuldades de entrar em outros países da América do Sul.

Em si, viemos de Chile, fizemos vários recorridos. Mas não nos quedamos porque não dão papéis. Para nós era incomodado estar em um país onde estávamos indocumentados. Então nos falaram que no Brasil recebiam bem o venezuelano e lhe davam documentação. Por isso decidimos vir aqui. (F4P2)

Nós não escolhemos, nós fomos para a Argentina, para o Buenos Aires, para olhar a filha dela que está aqui agora. Mas então como não tem visto e não nos deixaram passar, aí ficamos aqui em Foz do Iguaçu. (F6P1)

Desafios do processo migratório no Brasil

As famílias enfrentaram inúmeros desafios no processo migratório, e o idioma, na aprendizagem de uma língua adicional, foi uma das etapas mais difíceis.

Tem sido uma aventura também, devido ser uma nova terra, uma nova linguagem, aqui pouco a pouco vamos entendendo o idioma português, porém tem sido algo muito produtivo e de crescimento pessoal. (F2P2)

Aqui no Brasil o complicado é o idioma, pois falamos espanhol e aqui se fala outro idioma, então talvez às vezes eu fique um pouco estressada quando quero entender rapidamente, mas de resto me pareceu bom aqui. (F4P1)

É um pouco difícil entender o idioma, explicar as pessoas, como a gente pode dialogar com as pessoas, é muito difícil, mas graças a Deus, minhas crianças são muito inteligentes, eles ajudam a nós a falar, explicar melhor e eles estão muito entendidos aqui em português, na escola eles aprendem muito. (F9P1)

As dificuldades que surgiram nesse processo não se limitaram apenas ao aprendizado do idioma ou da cultura. Estar em um lugar distante e estranho provocou outras situações que geram adversidades.

Se sente diferente, se sente porque um não está em casa, um não está, um estranha tudo o que é de um, mas tem que fazer. Um tem que fazer porque para poder sair de lá tem que fazer. (F8P2)

É totalmente diferente, outra cultura. Então, a gente foi adaptando toda essa cultura, essas mudanças, aprendemos a falar português convivendo aqui mesmo com os brasileiros. E a gente gostou, ademais aqui é um clima tropical, também parecido na Venezuela, as comidas também são muito parecidas e isso gostou muito a gente. (F14P1)

A distância geográfica de sua terra natal trouxe solidão, um sentimento, na percepção dos depoentes, de falta de conforto e acolhimento familiar. Esse sentimento de vazio provocado pela ausência de entes queridos fazia parte da bagagem do imigrante.

Tenho saudades da minha família, da minha terra, mas agora não é o momento para voltar. Meus filhos estão crescendo aqui, eles amam aqui. Agora não tenho nada para procurar lá, porque tudo acabou, já me entende que a gente tem uma nova vida. E sim, gostaria de voltar, mas agora não é possível. (F14P1)

Às vezes se nos faz difícil porque nos falta a família, a mãe, o pai, tudo. O processo às vezes é forte, mas como a gente luta é por seus filhos, entende? A gente tem que aguentar por seus filhos. (F15P1)

Apesar das adversidades, os participantes conseguiram enxergar outros potenciais no país em que passaram a viver. Essa percepção tornou o processo de migração uma experiência positiva em termos de assistência médica, oportunidade de emprego, acesso à documentação e igualdade étnica.

Quando eu engravidei, eu quase morri, mas graças a Deus, eu fui ao hospital e me ajudaram bastante. (F5P2)
Então se apresentou o programa Mais Médicos e os argentinos me falaram você vai para o programa Mais Médicos? E eu: como é isso? Comecei a ver igual e foi algo interessante, então a gente foi fazer todos os programas, o programa de Embaixada de Buenos Aires, de Brasil, em Buenos Aires, foi muito especial e eu

fiz todas as coisas, então realmente não teve nenhum problema com os meus documentos, com o local que eu queria, eu queria ir a Santa Terezinha de Itaipu, foram quatro estrangeiros, que eram três argentinos e um colombiano, era o único. (F7P1)

Eu morar em outro país aí vai ficar um pouco complicado. Porque eu vejo que Brasil é um país livre de racismo. Aí todo mundo pode entrar aqui, pô, sem discriminação e racismo, se você é italiano, você é espanhol, você é haitiano, todo país entra e Brasil ajuda muito o estrangeiro. Tanto como a criança, como nós outros, os pais dele. (F8P1)

Situações vulneráveis: importante apoio da assistência social

A assistência social brasileira mostrou-se inclusiva na percepção das famílias, tendo um impacto positivo na organização socioeconômica familiar e, mesmo assim, minimizando suas fragilidades, houve momentos que experienciaram vulnerabilidades no novo país.

Visão acolhedora e apoiadora da assistência social brasileira

Para as famílias, conseguir abrigo e ter a documentação para viver uma vida tranquila foram aspectos fundamentais que o serviço de assistência social forneceu em sua chegada.

Eles nos atenderam super bem, graças a Deus tivemos a sorte que foi uma pessoa muito boa e nos ajudaram a tirar os documentos, ficamos lá por 8 meses e não tivemos nenhum problema no abrigo. (F1P1)

Sim, estou muito contente e agradeço muitíssimo, tem nos ajudado muito. Quando chegamos aqui no Brasil, chegamos na casa de imigrantes, onde nos levaram a casa de passagem onde ficamos dois meses, e a diretora nos tramitou para o auxílio Brasil e neste momento estamos recebendo o auxílio Brasil. (F2P1)

Por meio da assistência social, as famílias receberam cuidados de promoção da saúde e prevenção de agravos, especialmente durante o período crítico vivido pela pandemia da COVID-19.

Bom, desde que cheguei ao Brasil, inicialmente a assistência social começou quando chegamos ao Brasil na fronteira Pacaraima que era a fronteira com a Venezuela e inicialmente recebemos vacinas de primeira e segunda dose da COVID-19, e aí iniciou o benefício dos serviços de saúde do Brasil e optamos por passaporte e quando chegamos aqui na cidade Foz do Iguaçu, já nos foi dado cartão saúde e fui atendido sobretudo e o serviço de odontologia. Sim, efetivamente estou muito grato com a organização e qualidades dos serviços, é muito bom para as pessoas e sobretudo os estrangeiros. (F2P2)

Muito bem, porque nos receberam bem em um abrigo, quando já estávamos sem dinheiro e nos atendem na saúde tem sido muito gratificante. (F3P1)

De acordo com os imigrantes, o atendimento foi bom e acolhedor, e não houve discriminação ou desigualdade pelo fato de serem estrangeiros.

Bom na casa de abrigo, nós recebemos muito bem o tratamento sempre foi muito bom. Sempre foi bom com a gente, nunca tivemos problemas com a criança e sempre foi muito bom, porque graças a Deus nada nenhum tipo de discriminação por ser Venezuelano. (F3P2)

Aqui estamos melhor, agradecemos porque nos dão vida, podemos nos alimentar. Estamos protegidos aqui. (F4P2)

Realmente eu vivo maravilhado com a assistência de vocês. Sempre falo profissional. Bom, o sistema de saúde, vocês veem o médico acima, o respeito. Isso me parece também maravilhoso mesmo. (F7P1)

A assistência social aqui, eu posso dizer que pedi ajuda sobre alimentação, a bolsa família que nós recebemos já aqui no Brasil há três anos já, então não posso dizer muita coisa, porque a verdade sempre quando a gente vai eles apoiam, é como uma segurança que a gente tem aí, sabe? Então eles são uma ajuda para nós que somos estrangeiros aqui, e nós aprendendo com eles todo dia. (F9P1)

Às famílias de imigrantes em situação de vulnerabilidade foi garantido auxílio financeiro e outras formas de apoio e subsistência, levando em conta a política de assistência social brasileira.

Até o momento, dito como benefício social, eu estou na bolsa de alimentação, estou já, quanto ao auxílio Brasil, estou esperando já para o 24 de novembro, que me disseram no CRAS, que eu voltaria para eles me darem uma autorização para liberar o auxílio. (F12P1)

Eu acho muito bom, de verdade, dão uma boa atenção. Esse auxílio Brasil e a bolsa de comida, a cesta básica. (F13P1)

Aqui na cidade de Foz do Iguaçu, a gente foi muito acolhida ali, em todos os sentidos. Ajudaram muito a gente, porque a gente chegou aqui com uma mão diante e outra atrás. (F14P1)

Vulnerabilidades sociais experienciadas no país acolhedor

A trajetória do imigrante faz com que ele tenha de incorporar novas práticas e se adaptar com urgência às novidades e às diferenças estruturais e culturais existentes no país anfitrião. Enquadrar-se nos padrões estabelecidos pelas expressões econômicas foi uma das principais dificuldades enfrentadas no novo país, mesmo sendo ele acolhedor.

Sim, porque agora o salário aqui no Brasil, não é o suficiente para a alimentação, pois a alimentação aumentou demasiadamente, e nós contávamos para podermos pagar a comidas para as crianças, pagar o aluguel e pelos demais serviço. (F1P1)

Bom, já estando na casa de passagem, por meio de aplicativo e redes sociais, buscando emprego, consegui uma pessoa que oferecia trabalho de servente de pedreiro, foi aqui eu consegui a primeira opção pois minha profissão é motorista de carreta, porém não tenho os documentos aqui no Brasil para conduzir então, e para este trabalho eu tenho experiência também, e não é carteira assinada é um trabalho básico informal. (F2P2)

Os problemas financeiros eram exacerbados quando as famílias se viam sozinhas, especialmente quando havia apenas um provedor para sustentar as crianças.

Por exemplo, agora eu estou sozinha com os dois e isso me dificulta trabalhar, arrumar alguma coisa como estabilidade. Que eu uso fraldas, essas coisas, isso me dificulta comprar todas essas coisas que a gente precisa. (F10P1)

Quando eu tenho problemas aqui com meus filhos, porque não é fácil, eu sou mãe solteira, tenho duas crianças, meninos, um de 14 e outro de 8. O primeiro que eu faço é orar, é pedir a Deus ajuda, guia espiritual. E também procuro as maneiras de inserir a eles em atividades extracurriculares para ajudar e apoiar a eles, atividades que fazem aqui, que oferecem aqui à cidade de Foz do Iguaçu, que são de graça, cursos também na igreja, atividades com adolescentes, com crianças, acampamentos. (F14P1)

Além disso, ao migrar, as famílias elaboram estratégias entre seus membros resolver problemas circunstanciais que afetam sua vida cotidiana e exigem medidas para fortalecer os laços emocionais e apoio para superar as situações adversas que surgem.

Bem, como família, como vocês sabem, estamos juntos aqui. Como eu falei, minha cunhada também, ela, graças a Deus, agora já começou a receber também a sua assistência. Então, juntos, aí, entre o pouco que recebemos, juntamos e fazemos que as coisas aconteçam. A gente corre atrás de todas as coisas, a gente também ganha cesta básica, a gente ganha doações. (F11P1)

Conversamos, falamos sobre o problema, buscamos uma solução entre todos, especialmente com meus dois filhos mais grandes. (F13P1)

Discussão

O aumento da migração internacional forçada ou por necessidade tem provocado transformações que vão além da geografia. Atualmente, o mundo assiste a um movimento contínuo de pessoas em busca de refúgio – reflexo de uma crise humanitária causada pela piora da situação política e econômica em vários países. Quando a migração humana é voluntária, as motivações incluem o desejo de novas oportunidades, o fortalecimento de afetos e o desejo de viver melhor (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2021).

Apesar de existir como um fenômeno que surge nas alternâncias da história humana, a crise migratória atingiu um patamar até então não registrado, pois impôs aos migrantes experiências de vida e de trabalho que contradizem e estão em total desacordo com os direitos humanos, sobretudo com a dignidade da pessoa humana (ARRUDA-BARBOSA; SALES; SOUZA, 2020).

Este estudo mostrou que a falta de recursos financeiros tem sido uma das motivações que levam as pessoas a imigrar, em países onde a economia não é confiável e onde não há emprego insuficiente para a população nacional. O desejo vem da vontade de abandonar uma vida geralmente precária.

Migrantes, solicitantes de asilo ou refugiados que buscam entrar no mercado de trabalho informalmente, mesmo que tenham qualificação profissional, sujeitam-se a trabalhar sem contratos e garantias legais (ARRUDA-BARBOSA; SALES; SOUZA, 2020; FIGUEIRA; MASENGU, 2020). Na América do Sul, por exemplo, a crise humanitária da Venezuela, que já durou uns anos, tem sido o principal motivo para milhões de cidadãos deixarem o país nos últimos anos. Caracas se destaca entre outras capitais pelo seu alto índice de violência, com uma taxa de homicídios de 120 por 100 mil habitantes (PINTO; OBREGON, 2018).

Outras dificuldades que impulsionam a migração dos venezuelanos são a falta de alimentos e medicamentos, o governo venezuelano suspendeu programas sociais e o índice inflacionário continua subindo, causando o fluxo migratório (OLIVEIRA, 2020). Nos últimos anos, um total de 3,4 milhões de venezuelanos se mudaram para a Colômbia (1,1 milhão), Peru (506 mil), Chile (288 mil), Equador (221 mil), Argentina (130 mil) e Brasil (96 mil) (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS, 2019).

Ao mencionar a migração para o Brasil, é possível identificar a deferência aos coletivos de migrantes da América Latina e Central. O país também foi visto como uma possível rota de entrada em outros países ou como destino para uma nova vida, pois há a percepção de que o país é um local acolhedor para solicitantes de asilo, refugiados e imigrantes (MODENESI; OBREGON, 2019).

É importante observar que refugiados e imigrantes no Brasil têm acesso a políticas públicas de educação e saúde, têm o direito de obter carteira de trabalho e podem ser inseridos em programas estatais de assistência social, como o Bolsa Família e aluguel social (SILVA; LIMA; MOTA, 2019). Pesquisadores destacam que a assistência social brasileira

é uma política social não contributiva, instituída em 2004 pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (FORLIN; CARVALHO, 2022).

A Lei nº 13.445 (Brasil, 2017) estabelece o direito à assistência social e ao repasse dos recursos do auxílio-emergencial (hoje chamado de Bolsa Família) a todos os migrantes residentes no Brasil, independentemente de sua condição migratória regular (com autorização de residência) ou irregular (sem autorização de residência), podendo acessar serviços bancários (CHIARETTI; LUCHINI; CARVALHO, 2020). Durante a pandemia, foi o Congresso Nacional aprovou o Auxílio Emergencial, por meio da Lei nº 13.982/2020. Esse benefício financeiro, disponibilizado pelo governo, foi liberado para ajudar as famílias a se sustentarem mensalmente (BRASIL, 2020).

Concernente às dificuldades apontadas pelos participantes dessa pesquisa, foram elencadas o aprendizado do novo idioma e adaptação à cultura e aos costumes. Aprender o idioma local não foi percebido como uma escolha, mas sim como uma demanda urgente para empreender buscas por emprego, educação, saúde e novas amizades (BALESTRO; PEREIRA, 2019; ARRUDA-BARBOSA; SALES; SOUZA, 2020). Quando o imigrante chega a outro destino, traz consigo aspectos físicos e culturais de seu país, o que faz com que a população local tenha uma concepção de sua identidade, geralmente reforçada pelo preconceito e por suas particularidades. Entretanto, eles integram a população menos favorecida pelas condições financeiras que experimentam. Em um país receptor com uma ideologia nacionalista, as adversidades enfrentadas em termos de inclusão se tornam mais evidentes.

Pessoas que vivenciam deslocamentos físicos sofrem diversas situações de vulnerabilidade, pois se encontram longe da família e amigos, convivendo com novo idioma e cultura, incapazes de obter recursos de acesso a água, alimentação, serviços essenciais e informações confiáveis (ARRUDA-BARBOSA; SALES; SOUZA, 2020; REES; FISHER, 2020). A migração vai além da mobilidade e do deslocamento físico, pois também envolve sentimentos de estranheza. Os imigrantes que já chegaram no novo destino passam por outro sofrimento: o estigma de serem vistos como ameaça ao mundo do trabalho, ao acesso de serviços públicos e à responsabilidade pelo aumento do índice de violência (FORLIN; CARVALHO, 2022).

A declaração das autoridades mundiais sobre a pandemia da COVID-19 exigiu medidas sanitárias nos cinco continentes. O fechamento das fronteiras foi uma das medidas destinadas a reduzir a proliferação e o avanço do SARS-Cov-2. Todavia, há uma dicotomia

nesse processo, uma vez que, ao mesmo tempo em que um maior escrutínio do controle migratório poderia dificultar a mobilidade, também permitiu que essa população buscasse rotas alternativas que acabam por determinar maior vulnerabilidade e exposição a riscos (GRANJA; VILLAREAL, 2020).

Portanto, esse contexto pandêmico não deixou dúvidas sobre o impacto sofrido pelas populações migrantes, intensificando a vulnerabilidade já conhecida, intensificando as dificuldades já experimentadas. A pandemia da COVID-19 também amplificou episódios de xenofobia e situações de violência contra migrantes, uma vez que eles foram culpabilizados pela contaminação e infecção pelo vírus, mesmo que naquela fase aguda já estivessem vivenciando a falta ou diminuição de trabalho e sofrendo essa influência no contexto familiar e na segurança alimentar (ULLAH; NAWAZ; CHATTRAJ, 2021). Nessa dimensão pandêmica, foi evidenciada a manifestação de sentimentos de medo, raiva, desamparo e solidão (BROOKS; WEBSTER; SMITH, 2020). A percepção é de que a COVID-19 marcou um capítulo na história mundial, exigindo mudanças e esforços desafiadores de todos, especialmente dos grupos migrantes.

Quando se trata de observar ou vivenciar atendimento desigual, situações de preconceito ou xenofobia, as famílias não relataram nenhum episódio relacionado à condição migrante no acesso ao SUS, que garante atendimento integral, universal e gratuito para toda a população, inclusive aos migrantes que vivem no Brasil (FORLIN; CARVALHO, 2022). As poucas observações relatadas incluíram o idioma, aspectos culturais e o medo da ilegalidade. Com o propósito de analisar de maneira abrangente o processo que envolve a migração e suas perspectivas, percebeu-se que a união entre os familiares, o apoio dos amigos e a preservação de costumes, cultura e cuidados foram decisivos para aumentar os arranjos utilizados para resolver problemas cotidianos das famílias em situação de imigração.

Os resultados mostram que os participantes da pesquisa foram motivados a imigrar pelas precárias condições socioeconômicas que vivenciaram em seu país de origem e também pela ideiação de um futuro com possibilidades que não haviam experimentado anteriormente. Para esse fim, é importante explorar uma política migratória fortalecida pela gestão compartilhada. O fenômeno da migração tende a ser um dos maiores desafios sociais da atualidade, sendo necessário um equilíbrio entre garantir a proteção e manutenção de direitos humanos e testar toda a organização administrativa do Estado receptor (MODENESI; OBREGON, 2019).

Apesar de o Brasil ser atraente em termos geográfico, legais, econômico e de acolhimento (sob a perspectiva do migrante), as demandas sociais pré-existentes do país estão na pauta dos analistas políticos que acreditam que o Brasil já tem demandas internas suficientes, o que atravancaria a recepção de novos desafios originários de outras regiões (SILVA; LIMA; MOTA, 2019).

A extensão continental do Brasil e sua população de 210 milhões de habitantes amplificam a visibilidade da desigualdade social, uma vez que grande parcela da população brasileira sofre com problemas sociais e vive em estado de pobreza e de extrema pobreza. De acordo com o IBGE, em 2018, quase 25% da população brasileira vivia abaixo da linha da pobreza (IBGE, 2019).

A estatística já seria um obstáculo para o país receber imigrantes, pois os indicadores mostram que ele não teria recursos para acolher outros cidadãos. Embora o argumento seja verdadeiro, o problema moral nesse entendimento não justifica a ideia de que o Brasil tenha uma excessiva demanda por problemas sociais, mas sim que há uma diferença entre os pobres locais e os “outros pobres”. Desse modo, o argumento se baseia na ideia de que o Brasil deveria primeiro resolver a própria demanda da pobreza para depois assumir o apoio humanitário ao quadro migratório (SILVA; LIMA; MOTA, 2019).

A atenção e os recursos dispensados por meio de políticas migratórias causam indignação em parte da população, pois o Estado tem desempenho ruim e mal atende às necessidades sociais da nação. Essa indignação dá origem a sentimentos xenófobos e segregadores (MODENESI; OBREGON, 2019).

Embora a questão da migração traga debates, convergências e divergências sobre esses coletivos, essa acolhida pode representar oportunidades para municípios e sua população, pois estimula o intercâmbio cultural, a convivência e o fortalecimento de vínculos, enriquecendo a diversidade, aproximando experiências e costumes, com a possibilidade de obtenção de novos conhecimentos e inovações sociais (BAENINGER; SILVA, 2018).

Mesmo assim, refutando a valorização de diversidades e pluralismo de culturas e os relatos de situações muitas vezes experienciadas por grupos migrantes que exigem o enfrentamento do racismo e vulnerabilidade socioeconômica, da pobreza e solidão e da falta de inclusão social, entende-se ser impostergável a efetivação de uma política pública que possa conciliar as demandas das populações nacionais e migrantes. Embora o Brasil tenha

um sistema jurídico contemporâneo, ao observar as trajetórias migratórias, nota-se a necessidade de implementar políticas públicas para essa população.

Dessa forma, é importante que, nesta fase pós-pandêmica, tentemos resolver essas crises que foram acentuadas pela COVID-19. Nesse contexto, os migrantes se destacam como um dos grupos mais afetados pela vulnerabilidade social decorrente da instabilidade nos setores jurídico, político e econômico que foram afetados pela disseminação do coronavírus (CAVALCANTI, 2020).

Essa pesquisa apresentou limitações inerentes aos estudos qualitativos, que não permitem a generalização dos resultados, tendo em vista que foi realizada em um município de tríplice fronteira, que possui uma estrutura, ainda que restrita, de atendimento e assistência à população imigrante. Além disso, o idioma também pode ser relatado como um fator limitante para as entrevistas, condição que pode ter afetado os resultados, dado o rigor metodológico adotado.

Referências

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR). Cinco dados sobre refugiados que você precisa conhecer. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/2019/04/09/5-dados-sobre-refugiados-que-voce-precisa-conhecer/>>. Acesso em: 17 mar. 2023.

ARRUDA-BARBOSA, L.; SALES, A. F. G.; SOUZA, I. L. L. Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 2, e190730, 2020.

AYRES, J. R. C. M, FRANÇA, I. J.; CALAZANS, G. J.; SALETTI, H. C. F. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-39.

BALESTRO, A. C.; PEREIRA, T. Language and culture in the feminization of migration in Brazil. *Trabalhos em Linguística Aplicada*, Campinas, v. 58, n. 2, p. 779-794, 2019.

BARBOSA, A. L. P.; JESUS, C. S.; GIUDICE, G. S. “VIDAS SECAS” VENEZUELANA: UMA ANÁLISE PRELIMINAR DA DIÁSPORA. *Revista de Geopolítica*, Natal, v. 12, n. 1, p. 118-132, 2021.

BRASIL, Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, Distrito Federal, 2 apr. 2020. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113982.htm>. Acesso em: 15 de abr. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Brasília, DF, mar 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13445.htm>. Acesso em: 16 mar. 2023.

BROOKS, S. K.; WEBSTER, R. K.; SMITH, L. E.; WOODLAND, L.; WESSELY, S.; GREENBERG, N. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, London, v. 395, n. 10227, p. 912-920, 2020.

CAVALCANTI, L.; DE OLIVEIRA, W. F. 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*, Brasília, v. 4, n. 2, p. 11-34, 2020.

CHIARETTI, D.; LUCHINI, N.; CARVALHO, L. B. Mobilidade humana internacional em tempos de pandemia: reflexos da covid-19 nos direitos dos migrantes e refugiados. *Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 48, p. 59-90, 2020.

CZAIKA, M.; BIJAK, J.; PRIKE, T. Migration decision-making and its key dimensions. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Philadelphia, v. 697, n. 1, p. 15–31, 2021.

CZAIKA, M.; REINPRECHT, C. Why do people stay in environmentally stressful regions? Cognitive and heuristic bias in migration decision-making. *Regional Environmental Change*, v. 22, n. 3, p. 84, 2022.

FIGUEIRA, Ricardo Rezende; MASENGU, Sarah Mbuyamba. A inserção de imigrantes congolezes nas relações de trabalho no Rio de Janeiro. *Brasiliana: Journal for Brazilian Studies*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 521-542, 2020.

FORLIN, M.; CARVALHO, M. Importância das políticas sociais de apoio ao imigrante no Brasil: revisão integrativa. *Varia Scientia-Ciências da Saúde*, Cascavel, v. 8, n. 2, p. 201-213, 2022.

FOZ DO IGUAÇU. Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. A cidade/População. Disponível em: <http://www.pmfi.pr.gov.br/conteudo/?idMenu=1004>. Acesso em: 18 mar. 2023.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 67-80.

GRANJA, L.; VILLARREAL, M. Mercosur migrante: enfoques y evolución del tratamiento de la movilidad humana en el Mercosur. *Terceiro Milênio: Revista Crítica de Sociologia e Política*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 49-78, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua (características gerais dos domicílios e moradores), 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/2044-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios>. Acesso em: 18 abr. 2023.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (IOM). DTM Human Mobility in the context of the COVID-19 Pandemic 2020 – 2021. IOM, Global, 2021

LAGO, M. C.; LANZA, A. L. COVID-19, migrações e MERCOSUL: um olhar regional. *Campos Neutrais - Revista Latino-Americana de Relações Internacionais*, Rio Grande, v. 4, n. 2, p. 94-115, 2022.

LIMA, S. S.; SILVA, L. M. M. Os imigrantes no Brasil, sua vulnerabilidade e o princípio da igualdade. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília. v. 7, n. 2, p. 384-403, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5102/rbpp.v7i2.4804>. Acesso em: 10 Mar. 2023.

MODENESI, F.; OBREGÓN, M. Imigração na América do Sul: o Brasil está preparado para o desafio da imigração? *Derecho y Cambio Social*, Lima, n. 58, p. 552-568, 2019.

OLTRAMARI, A. et al. Influências da pandemia de COVID-19 na vivência da imigração e nas relações de trabalho (RT) de brasileiras em Portugal. *Laboreal*, Porto, v. 18, n. 2, 2022.

PINCAY, C. M. G.; ALVES, T. A. L. Migrações andinas: Equador e sua política de acolhimento aos migrantes venezuelanos. *Revista Espirales*, Foz do Iguaçu, esp., p. 51-66, 2021.

PINTO, L. C.; OBREGON, M. F. Q. A crise dos refugiados na Venezuela e a relação com o Brasil. *Derecho y Cambio Social*, Lima, n. 1, p. 1-21, 2018.

REES, S.; FISHER, J. Covid-19 and the mental health of people from refugee backgrounds. *International Journal of Health Services*, Toronto, v. 50, n. 4, p. 415-417, 2020.

SAGLIETTO, A.; D'ASCENZO, F.; ZOCCAI, G. B.; FERRARI, G. M. COVID-19 in Europe: the Italian lesson. *The Lancet*, London, v. 395, n. 10230, p. 1110-1, 2020.

SILVA, S. C.; LIMA, A. M. L. C.; MOTA, J. P. R. Movimentos populacionais migratórios internacionais: dilemas e desafios ao estado e à sociedade. *Revista Processus de Políticas Públicas e Desenvolvimento Social*, Brasília, v. 1, n.2, p. 1-10, 2019.

SONAI, S. A.; DE ASSUNÇÃO BARBOSA, L. M. Representações de professores a respeito de imigrantes em idade escolar nas escolas públicas do Distrito Federal. *Revista Horizontes de Linguística Aplicada*, Brasília, v. 20, n. 1, 2021.

ULLAH, A.; NAWAZ, F.; CHATTORA, J. D. Locked up under lockdown: The COVID-19 pandemic and the migrant population. *Social sciences & humanities open*, v. 3, n. 1, p.

100126, 2021. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S259029112100022X>>. Acesso em: 15 mar. 2023.

Abstract

The aim of the study was to describe the experience of families in vulnerable situations in the migration process in Brazil. The qualitative study was conducted in Foz do Iguaçu, Brazil, through interviews with 15 immigrant families, between May-December/2022, with data analysis by interpretation of meanings. The results, organized into two categories: Experiencing the migration process and Vulnerable situations: important support from social assistance, culminated in sub-themes describing that social vulnerability in the country of origin led to the migration process; that the choice for Brazil was due to its welcoming attitude, for facilitating the documental procedures, having other family members in the country and for the opportunities for work and education. Challenges involved language, distance and absence of family/friends. Social assistance was a source of support for immigrants and, even so, they experienced new vulnerable situations. Brazil's welcoming attitude and the scope of social assistance triggered the ease of obtaining documentation, employment opportunities, access to health and education, even demanding changes in the way of being and living of immigrant families.

Keywords: Migration process; Social vulnerability; Family; Social assistance.

Agradecimentos: O presente artigo é resultado da dissertação de mestrado intitulada “Cuidados da saúde infantil entre famílias imigrantes em tempos de pandemia”.

ARTIGO 2

Processo migratório, cuidado com a saúde e a pandemia da COVID-19

Migration process, health care and the COVID-19 pandemic

RESUMO

As famílias de imigrantes enfrentam desafios no processo migratório, que foram acentuados pela COVID-19, exacerbando vulnerabilidades sociais e de saúde. O estudo teve como objetivo descrever as experiências de famílias imigrantes e suas preocupações para o cuidado com a saúde em tempos de pandemia. Trata-se de um estudo exploratório, qualitativo, com a participação de 15 famílias imigrantes, em Foz do Iguaçu, Brasil, em 2022. A Interpretação de Sentidos foi escolhida como técnica de análise. Os resultados possibilitaram a organização de duas categorias de análise: Processo migratório durante a pandemia da COVID-19 e Os cuidados com a saúde de imigrantes em tempos de pandemia. As experiências das famílias com a pandemia incluíram a percepção de perigo, limitações e morte, mas consideraram o processo migratório tranquilo, uma vez que as fronteiras com o Brasil estavam abertas. Reconheceram a necessidade de prevenção e contenção do vírus, o que repercutiu na vida cotidiana e interferiu nas relações pessoais, acentuando as vulnerabilidades já existentes. Demonstraram preocupação em proteger e cuidar de suas famílias, principalmente devido a condições pré-existentes. Outrossim, destacaram a importância da imunização e o bom atendimento prestado pelos serviços de saúde. Embora o Brasil tenha um sistema de saúde universal, é necessário garantir que esse acesso ocorra sem distinção ou banalização das características próprias do imigrante.

Palavras-chave: Emigração e imigração. Infecções por coronavírus. Saúde.

ABSTRACT

Immigrant families face challenges in the migration process, which have been accentuated by the COVID-19 pandemic scenario as it exacerbates social and health vulnerabilities. This study aimed to describe the experiences of immigrant families and their concerns for health care in times of a pandemic. Exploratory, qualitative research, with the participation of 15 immigrant families, in Foz do Iguaçu, Brazil, in 2022. The Interpretation of Meanings was chosen for analysis. The results allowed organizing two categories of analysis: Migratory process during the COVID-19 pandemic and Health care for immigrants in times of pandemic. The families' experiences in the pandemic included the perception of danger,

limitations and death, however, they considered the migration process to be smooth, since the borders with Brazil were open. They recognized the need to prevent and contain the virus, but this had repercussions on daily life and interfered with personal relationships, accentuating existing vulnerabilities. They showed concerns to protect and care for the family, mainly due to preexisting conditions, also highlighted the importance of immunization and the good service of Brazilian health services. Although Brazil has a universal health system, it is necessary to ensure that this access occurs without distinction or trivialization of the immigrant's own characteristics.

Keywords: Emigration and immigration. Coronavirus infections. Health.

Introdução

Em dezembro de 2019, autoridades sanitárias chinesas alertaram à Organização Mundial da Saúde (OMS) acerca do surgimento de uma patologia similar a uma pneumonia viral, identificada na cidade de Wuhan, província de Hubei. Tratava-se de um tipo de pneumonia atípica, que havia infectado um número considerável de pessoas, sendo possível identificar um novo coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2), que se alastrou por todas as nações, de forma rápida e progressiva¹.

Reconhecida como um grave problema de saúde pública, a pandemia resultou em mudanças no modo de viver e nas relações sociais, necessitando a implementação de emergências sanitárias, visando a manter o bem-estar coletivo. Dentre as muitas medidas tomadas, aconteceram o isolamento social, quarentena e *lockdown*, com a perspectiva de enfrentamento e contenção da agressiva transmissão e contágio entre a população mundial².

A falta de conhecimento, a propagação de *fakenews*, a falta de medicamentos e equipamentos em consonância as manifestações negacionistas em alguns setores, se tornaram agentes determinantes para a evasão de famílias das unidades de saúde. Esse fenômeno ainda era sentido de forma geral e tinha como base o medo de se infectar a família e o medo da morte^{1,2}.

Além da alta mortalidade e morbidade, a COVID-19 também destacou um cenário de desigualdades e segregações, o que levou a um fluxo migratório, apesar do fechamento temporário das fronteiras – com trânsito apenas para cargas e mercadorias – e da suspensão de voos e outras viagens. A devastação da economia e da saúde levou ao surgimento de um número significativo de famílias em situação de vulnerabilidade, que indica indivíduos

fragilizados e expostos a fatores de risco ou incapazes de promover mudanças em suas condições de moradia, alimentação, higiene, educação e saúde³.

A vulnerabilidade disseminada pela COVID-19 deu origem a um novo perfil de populações, a maioria das quais migra em busca de melhores condições de vida e saúde. Somente em 2020, cerca de 281 milhões de pessoas, ou 3,6% da população mundial, eram migrantes, com quase dois terços vivendo em países de alta renda, 31% em países de média renda e 4% em países de baixa renda⁴.

A desigualdade concebida pela COVID-19 em territórios socialmente desfavoráveis evidencia as dificuldades de acesso à saúde e aos direitos básicos de sobrevivência. Entre as famílias de imigrantes, os infortúnios são reforçados pelo preconceito racial, pela xenofobia e pelas vulnerabilidades sociais e financeiras, o que revela o equívoco de ter-se chamado essa pandemia de “doença democrática”, pois não equaliza o acesso aos serviços de saúde e a outros bens coletivos⁵.

Ao procurar atendimento de saúde para seus filhos, as famílias de imigrantes entram no campo do atendimento público e vivenciam uma inclusão, relação bilateral para o atendimento clínico com base nos conceitos de atenção, há ocasiões em que o migrante e o serviço não estão integrados na mesma perspectiva científica e nas práticas de saúde, ainda que se perceba o mesmo propósito de tratar ou prevenir o sofrimento⁶.

Esse processo de exposição ao um novo modelo de cuidado exige do profissional uma sensibilidade no acolhimento dessas necessidades sanitárias, haja visto que esse grupo já é colocado a transpor vários obstáculos e, ao buscar o atendimento na saúde, a esperança é ser abordado com respeito à sua carga emocional, padrões éticos e religiosos, dentre outros conceitos que determinam sua estrutura familiar e concepção de cuidados⁷.

A COVID-19 produziu efeitos colaterais na saúde de imigrantes, que estão naturalmente envolvidos em um processo social de segregação que engloba as adversidades encontradas devido à falta de documentação regular, acesso à saúde, ajuda financeira, desemprego e o retiro social. Todas essas circunstâncias são um dos fatos sociais revelados durante essa pandemia⁸.

Assim, considerando que as crianças imigrantes são figuras potencialmente vulneráveis que descendem de barreiras que surgem como resposta ao enfrentamento da disseminação da COVID-19 no contexto migratório, que destaca socialmente uma estrutura de desigualdades, surgiram as seguintes perguntas de pesquisa: Como as famílias de imigrantes organizam o cuidado à saúde para seus filhos? Para tanto, o objetivo desse estudo

foi descrever as experiências de famílias imigrantes e suas preocupações para o cuidado da saúde em tempos de pandemia.

Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado em Foz do Iguaçu, Paraná, que faz tríplice fronteira com a Argentina (*Puerto Iguazu*) e Paraguai (*Ciudad del Este*). Estima-se que existam aproximadamente 80 grupos étnicos convivendo pacificamente, com o maior registro de imigrantes do Líbano, China, Paraguai, Argentina, Japão e Coréia⁹.

Para o atendimento de saúde da população, o município possui 32 Unidades Básicas da Saúde (UBS), duas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e dois hospitais para atendimento do sistema público de saúde. Quanto à estrutura da assistência social, observa-se cinco Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e dois Centros de Referência Especial da Assistência Social. Desse modo, a família imigrante em situação de vulnerabilidade que chega à Foz do Iguaçu é encaminhada para o Centro Especializado de Assistência Social para a População em Situação de Rua – Centro Pop, serviço que realiza o acolhimento e triagem do imigrante para uma das três Casas de Passagem – abrigos temporários. Nessas unidades, os abrigados recebem orientações e encaminhamentos para outros serviços e podem ficar alojados por até 90 dias, a princípio. O acesso a esses serviços pode ocorrer por iniciativa da própria família ou por meio do Serviço de Abordagem Social.

A coleta de dados aconteceu no período de maio a dezembro de 2022. Adotaram-se como critérios de inclusão: famílias de nacionalidades que não a brasileira, com um ou mais filhos menores de 12 anos, residentes em Foz do Iguaçu, com pelo menos um membro que entende português, com pais/responsáveis maiores de 18 anos.

O primeiro contato com as famílias ocorreu nas UBS, nos CRAS e nos serviços de apoio (Centro Pop). As famílias foram convidadas a participar da pesquisa, sendo explicado o objetivo e a importância da pesquisa e coletada sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, das quais uma ficou em posse do participante e outra do entrevistador. Na sequência, foram agendadas as entrevistas em profundidade, na própria instituição de assistência social.

Para a realização das entrevistas, a primeira autora foi previamente treinada pela pesquisadora responsável, profissional da saúde com vasta experiência em pesquisa qualitativa. Para o treinamento da pesquisadora-coletadora, foram realizadas duas

entrevistas piloto, as quais também serviram para os ajustes do roteiro de entrevista, incluídas nessa pesquisa.

Quinze famílias participaram das entrevistas: 15 mães, 14 pais e uma avó. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas para que os resultados pudessem ser interpretados e analisados. A gravação foi disponibilizada no final, para que os participantes pudessem dar seu consentimento ao conteúdo, mas eles se recusaram a fazê-lo. Deve-se observar que as entrevistas foram consideradas encerradas a partir do momento que possibilitaram a organização de um constructo, permitindo responder seu objetivo inicial.

O roteiro para orientar a entrevista foi: “Fale-me sobre suas experiências e preocupações para o cuidado da saúde em tempos de pandemia”. O roteiro do diálogo envolveu aspectos do processo de migração, cuidados com a saúde e a pandemia de COVID-19.

A Interpretação de Sentidos foi a técnica de análise escolhida para o estudo, que foi organizada em três etapas: i) a leitura compreensiva do material; ii) a elaboração das estruturas de análise e; iii) a busca de sentidos mais amplos¹⁰. A interpretação de sentidos possibilitou a construção de duas categorias de análise.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 5.440.262 e atendeu à Resolução nº 466/2012. Os participantes foram identificados por letras iniciais e pelo número da respectiva entrevista, como segue: Família 1, participante 1 (F1P1).

Resultados

A partir da análise dos resultados, surgiram duas categorias de análise: Processo migratório durante a pandemia da COVID-19 e Os cuidados com a saúde de imigrantes em tempos de pandemia.

Processo migratório durante a pandemia da COVID-19

A pandemia da COVID-19 foi um fenômeno histórico que transformou as relações humanas, a realidade da saúde foi composta por fatores que envolveram perdas e desafios em uma imagem global. Em seus discursos, os imigrantes entrevistados reproduziram percepções de perigo, limitações e morte em relação à pandemia e às dificuldades que foram marcantes para suas famílias.

Eu entendo que a pandemia foi muito perigosa, morreu muita gente, muitas famílias. Graças a Deus em minha família a maioria não morreram disso, morreram de outra enfermidade. Em mim deu COVID-19, mas graças a Deus estou muito bem. (F1P1)

[...] a pandemia trouxe muitas limitações e foi um pouco difícil, pois devido as limitações, havia muito serviços que não estavam trabalhando 100% e isso derivou em atrasos em certos processos. (F2P2)

O nosso processo migratório foi na pandemia, porém já estava amenizando mais as coisas. Tivemos que passar na fronteira de Venezuela para o Brasil, a polícia da fronteira do Brasil nos atendeu, nos deu permissão de entrada e foi bem. Bom, havia certo comportamento devido a pandemia como distanciamentos, máscaras, e tivemos que seguir assim para prevenção. (F3P2)

Foi muito difícil para nós, minha esposa ficou muito mal, nós sabíamos que é um negócio que não podemos brincar com isso, é uma responsabilidade para essas pessoas que estão trabalhando, que igual que nós, perderam familiares, perderam amizades. (F9P1)

As famílias expressaram suas experiências relacionadas ao processo migratório, destacando que sua entrada no Brasil em meio à pandemia da COVID-19 foi tranquila, pois as fronteiras estavam abertas no momento da migração.

Em plena pandemia, passamos pelo Paraguai, porém, lá não consigo nada de trabalho. Aí tivemos que passar aqui para o Brasil, que graças à Deus, na casa de passagem nos ajudaram a conseguir os documentos brasileiros. (F1P2)

Meu esposo estava viajando a trabalho, então passamos na fronteira de Venezuela e migrar ao Brasil, e a fronteira do Brasil estava aberta e nos receberam e nos deram o passe de 60 dias. (F3P1)

Estávamos em pandemia, eu cheguei em junho do ano passado, já tinha três meses em pandemia. (F15P1)

No contexto da pandemia, os depoimentos apontaram para a necessidade de medidas de prevenção e contenção do coronavírus impostas pelas autoridades de saúde, que repercutiram no cotidiano da família, especialmente no do filho e em sua condição de imigrante.

Difícil sim, sobre participar de atividades escolares como dança e esporte que ela gosta. (F2P1)

Trouxe mudanças desde que estamos no Brasil vindos da Venezuela, e mudanças no sentido de mais restrições, uso de máscaras, obviamente o ser humano não estava acostumado, uso de gel, mais atenção e cuidados nos locais que frequentava nas coisas em que tocava. (F2P2)

Foi difícil porque o confinamento e a parte de que muitas pessoas ficaram sem trabalho, eu fui um ano e meio que fiquei sem trabalho por meio da pandemia, que por isso foi um dos motivos por que eu me vim de Venezuela, fiquei sem emprego. Foi muito difícil porque não tínhamos recursos, em Venezuela, por exemplo, o álcool em gel é supercaro, as máscaras não se dão nos hospitais, você tem que comprar. Tudo o que era para prevenir a COVID-19 praticamente estava a pôr nas nuvens, então não encontra como se cuidar sem ter que gastar muito dinheiro. (F15P1)

A extensão da pandemia de COVID-19 na vida das famílias imigrantes interferiu até mesmo em seus relacionamentos pessoais de várias maneiras. Alguns relataram a preocupação com familiares e amigos com os quais mantinham laços afetivos, enquanto outros descreveram que, durante esse período, as limitações já vivenciadas foram exponenciadas.

Minha mamãe teve COVID-19, ficou bem grave, ficou um tempo em cama na casa dela, porque não quis ir para o hospital, mas agora está bem, está melhor e tomou sua vacina contra COVID-19. (F1P1)

No meu círculo familiar não houve nenhuma vida perdida relacionada à COVID-19. De alguma forma sim, e não somente para nós estrangeiros, mas sim para todos, representou limitações, pois muitos trabalhos fecharam, muitas ofertas de emprego [...]. (F2P2)

Aqui no Brasil, pastores, amigos, na Colômbia também, um amigo na Colômbia morreu [...]. Já tem acontecido algum tipo de coisa nele, detectaram a COVID-19, a minha esposa mesmo também pegou a COVID-19, e ela ficou praticamente um ano que tinha uma sensação de vertigem, sensação de morte, sabe? Uma depressão terrível e foi uma situação bem difícil para nós. (F11P1)

A COVID-19 tem sido um fenômeno difícil que permeou a história recente das populações e desafiou o conhecimento científico. A globalização da pandemia e suas intervenções revelaram vários conceitos sobre sua natureza e, para as famílias de imigrantes,

a percepção do início desse fenômeno pode ter sido devido ao vírus ter sido criado pelos próprios humanos ou originado de animais selvagens. O fato com o qual todos concordam é que a pandemia foi uma tragédia global em todos os aspectos.

Para mim foi um vírus que foi criado, né. E daí virou uma pandemia mundial. (F6P2)

Aí eu fico sobre COVID-19 um pouco confuso, porque não sei o que está acontecendo realmente em um mundo, agora não se sabe o que está acontecendo. Saiu COVID-19, agora que vai sair o vírus de macaco, muitas coisas estão falando, só que tem que cuidar e se vacinar, que vacinar salva a vida. (F8P1)

[...] eu estava trabalhando antes da pandemia, tive que sair dispensado, além de que já estavam as coisas difíceis, ficaram ainda mais difíceis, e as coisas cada dia estão ficando mais difíceis. Como eu te falei, se não fosse por Deus, a gente não estivesse conseguindo, mas a gente está sobrevivendo, fazendo as coisas, [...] botando pessoas assim ao nosso redor que estão nos ajudando, porque praticamente a pandemia tem destruído muitas coisas. Não somente a saúde de muitas pessoas, mas a economia, muitas coisas que estão acontecendo, na verdade. (F11P1)

Ai, que isso é uma tragédia para todos, de verdade que sim. Foi fatal. (F13P1)

A falta de conhecimento sobre a doença e a intensidade com que o coronavírus se espalhou pelo mundo exigiram mudanças em vários contextos. Nesse sentido, as famílias relataram condições de vulnerabilidades que sofreram com esse período pandêmico, as quais foram acentuadas.

O que trouxe de ruim? Tudo. Imagina, a instabilidade econômica, a falta de emprego, muitas coisas diminuíram, porque além de doenças, a morte gerou muitas perdas econômicas a nível mundial, porque não foi apenas a nível pessoal, mas a nível mundial, porque acho que a todos os seres humanos afetam muito a COVID-19 em relação à instabilidade econômica e a parte emocional também, porque nos afetou muito. (F12P1)

Realmente, nesse tempo eu não estava trabalhando, não estava em condições de trabalhar, mas foi uma mudança em tudo, porque já a gente não volta a ser a mesma. E agora que isso está voltando, a gente tem que tomar precauções, tem que se proteger. (F14P1)

Os cuidados à saúde de imigrantes em tempos de pandemia

Os relatos das famílias de imigrantes trouxeram as preocupações em manter as medidas de proteção e os cuidados que influenciavam a preservação da saúde da criança e da unidade familiar, especialmente quando tinham outras condições vulneráveis.

Em casa no banho, uso de gel, cloro para a limpeza e higiene e não recebemos visitas, nem com poucas pessoas e quando, recebemos uso de máscaras e gel é imprescindível e os cuidados que temos que ter precaução. (F2P2)

Sim, eu me protegi com guantes, máscaras, igual aos filhos, desinfetava a casa, os sapatos, tudo. E, além disso, muito pouco saía. Quando me deu COVID-19, inclusive, eu e meus filhos estive sozinha, como sempre, para poder atender e tratar, sobretudo a filha que estava mais delicada, eu tive que me cobrir muito para poder proteger eles, não dormia com eles, dormia separadamente, usei guantes, usei máscaras, me tapei o mais que pude e não estar tão perto deles. (F12P1)

Quando começou a pandemia da COVID-19 eu estava em Equador. Minha filha estava saindo do hospital muito prematuro, e como tudo, decretaram estado de exceção em Equador, não se podia sair, tínhamos que permanecer em casa, e eu tive que permanecer em casa, preparar um pequeno kit de primeiros auxílios com paracetamol, vitamina C, analgésico, ibuprofeno, mais do que tudo, coisas antipiréticas para qualquer situação de emergência, e isso, e comprando um pouco de fruta, porque dizer que alimento não, porque foi difícil, não foi tão pouco fácil, mas pelo menos os meus filhos consegui proteger, se me deu COVID-19. (F12P1)

Como resultado, as famílias começaram a desenvolver um conjunto de medidas de cuidado para enfrentar e/ou superar os efeitos da pandemia. Elas também revelaram que veem a promoção de cuidados como essencial para manter uma vida saudável e explicaram sua percepção sobre as vacinas.

Eu tomei minha vacina. Eu tenho uma dose tomada e nos próximos dias vou tomar a outra, não fiz porque como te falei, estamos passando né esse tempo e na verdade e a gente praticamente se cuidando, e estamos esperando para ver como está reagindo as vacinas nas pessoas, eu particularmente estou esperando. (F11P1)

Sim, temos todas as vacinas, de fato, até o pequeno eu o vacinei aqui no Brasil, as 2 doses, e nós o resto temos 3 doses. (F13P1)

E, quando confrontados com problemas de saúde, eles avaliaram favoravelmente o atendimento que receberam na atenção primária e nos serviços de urgência e emergência.

[...] chamaram a ambulância na casa de passagem, e eu fui com meu filho e atenderam muito bem, nós passamos a noite lá, deram comida, atenderam ele e deram medicação para ele, tudo excelente. (F1P2)

Quando ela tomou a vacina da COVID-19 houve sangramento no nariz e fomos na casa de passagem e os profissionais se encarregaram a chamar a ambulância até o centro médico e a atenderam muito bem rápido graças a Deus. (F2P1)

Já precisei, eles me atenderam muito bem, graças a Deus foi um momento difícil, mas eles sabiam como entender as pessoas, chegar ao ponto onde tinha que chegar e atender a criança na hora certa. (F9P1)

Segundo as famílias, o fato de já terem em mãos a documentação pessoal, que lhes foi entregue quando chegaram no Brasil com a ajuda dos serviços de assistência social, facilitou a obtenção dos cuidados necessários para o atendimento de suas doenças, inclusive o acompanhamento em serviços de atenção primária:

Aqui sim, como temos documentos nós somos acolhidos. (F1P2)

O médico falou que dava inclusive para buscar atendimento no postinho. (F5P2)

Nós vamos direto lá posto para os cuidados com meu filho. Às vezes não tem médico presente, então coloca na fila para esperar ou se for uma coisa grave a gente vai lá direto na UPA. (F5P1)

Vacina, vacinei todos os meus filhos, e o maior, um dos meus filhos, o levei a um oftalmologista, atendiam excelente. O meu filho pequeno levei ao pediatra e atenderam muito bem. (F13P1)

Discussão

A investigação descreveu a experiência de famílias de imigrantes em meio à pandemia e os cuidados que tomaram para proteger a si mesmos e a seus filhos. A decisão de migrar para outro país envolve vários sentimentos que motivam esse propósito de experimentar uma nova vida. O migrante é motivado para essa jornada pelo desejo de deixar sua terra natal, empreender uma jornada rumo ao desconhecido, ter expectativas sobre seu

novo lar, ser legalizado, obter recursos financeiros para contribuir com os membros da família que foram deixados para trás e outras ressignificações para desse deslocamento¹¹.

De acordo com dados do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), 70,8 milhões de pessoas foram submetidas a deslocamento, sendo 25,9 milhões de refugiados. Entre os principais solicitantes estão venezuelanos e haitianos, que buscaram refúgio no Brasil para escapar de uma profunda crise política, econômica e humanitária em seus países¹².

Durante a jornada migratória, ademais da possibilidade iminente de vulnerabilidades, com destaque para os riscos da travessia em si, os migrantes muitas vezes são obrigados a transpor obstáculos e necessidades para se adaptarem ou se sentirem parte da nova sociedade. Essa transição não ocorre de maneira tranquila, pois que a receptividade da população nacional pode se manifestar em casos difíceis de aceitação e acolhimento do migrante com o qual estará compartilhando seu território¹¹.

Além dessas questões, outro desafio encarado pelo migrante nesse processo é escolher como destino um país que já tem problemas sociais e, mesmo assim, ser estigmatizado ao ser visto como um facilitador de deficiências na educação, saúde, saneamento básico e outros serviços que deveriam ser primordiais para uma convivência pacífica e saudável¹¹. Essa trajetória exige inúmeras adaptações com o objetivo de integrar um novo contexto. Entretanto, o alcance desse objetivo não depende apenas dos esforços do migrante, pois o desejo da população nativa em conviver com esse processo torna-se fundamental¹¹.

A integração do migrante na sociedade em que foi recebido é enfraquecida em muitas áreas, pois ao buscar inserir-se ao mundo do trabalho, os imigrantes são colocados a exercer atividades que exigem pouco grau de instrução, à custa de empreender longas jornadas que demandam esforços para receber remunerações mais baixas¹³.

Em termos de saúde, que é considerada um direito essencial de todos, o processo migratório é repleto de inquietações que, muitas vezes, conduzem as situações de marginalização, gerando ou aumentando os problemas de saúde. Observa-se que, a despeito do que é preconizado, as ações em política pública de saúde não indicam preparo efetivo dos profissionais e serviços de saúde para atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere ao atendimento das necessidades de saúde das minorias populacionais, notadamente dos imigrantes¹⁴.

Nesses últimos anos, a população mundial passou por grandes transformações, pois que a pandemia causou muitas crises e conflitos, gerando incertezas, medos e tensões que tiveram impactos psicossociais, sanitários, econômicos, de trabalho, de vida cotidiana e de bem-estar coletivo¹⁵. Esses sentimentos e repercussões também foram experienciados pelas famílias de imigrantes do estudo.

A COVID-19 tem sido um evento sanitário multidimensional que está afetando toda a sociedade. Não faltam relatos sobre episódios envolvendo racismo, xenofobia, bem como restrições por meio de medidas sanitárias, fechamento de fronteiras e outras vivências concretas que se apresentaram como questões necessárias tanto para as populações de refugiados quanto para outros grupos em situações de vulnerabilidade durante a pandemia¹⁶.

O processo migratório experienciado nessa pesquisa ocorreu de forma pacífica e acolhedora, de acordo com os relatos, tendo em vista que algumas fronteiras internacionais ainda estavam abertas. Especificamente em Foz do Iguaçu, a iniciativa do Paraguai e Argentina de fechar as pontes da Amizade (Brasil e Paraguai) e Fraternidade (Brasil e Argentina) ocorreu em março de 2020, decisão importante para o controle e a disseminação do coronavírus, recomendada pela OMS³.

No Brasil, a pandemia de COVID-19 destacou vulnerabilidades já prevalentes em muitas populações. As populações migrantes estavam entre os grupos afetados e fortemente impactados pelo coronavírus¹⁶. As vulnerabilidades foram exacerbadas negativamente na pandemia, quando a doença evidenciou outras vulnerabilidades existentes e se sobrepôs a essas situações, dando origem a novas formas de vulnerabilidades diante da magnitude desse fenômeno pandêmico. Dessa forma, o coronavírus afetou diretamente os direitos específicos e grupos vulneráveis¹⁷.

A dimensão da COVID-19 demandou medidas sanitárias, econômicas e sociais. As famílias descreveram que essas medidas eram necessárias, mas que tinham repercussões em suas vidas cotidianas e nas de seus filhos. Esse aspecto foi ressaltado em outro estudo, que apontou que o isolamento social representava um alto risco para a saúde mental das famílias em geral, sendo que as populações com baixo nível socioeconômico e as minorias, como os imigrantes, eram as que mais sofriam¹⁸.

A declaração de que o mundo foi afetado pela pandemia exacerbou problemas pré-existentes, desigualdades sociais e discriminações em populações que vivem em situação de vulnerabilidade¹⁹. Os danos de vários tipos afetaram as populações mais pobres que não tinham acesso à *Internet*. Essa situação atingiu duramente os grupos imigrantes, que, também

sofreram com a falta de uma rede de apoio. Longe de sua terra natal, da família e dos amigos, eles tiveram de criar vínculos, buscar a solidariedade do “outro” e a ajuda de programas governamentais e não governamentais para atravessar esse período de pandemia¹⁹.

A COVID-19 tem sido protagonista de uma tragédia sanitária continental. O desconhecimento sobre a doença, reforçado por informações sem base científica, divulgações infundadas ou falsas, a transmissão do vírus, período de incubação, dimensão geográfica, número de pessoas infectadas e taxa de mortalidade, causaram medo e insegurança na população. Essas incertezas abalaram a rotina e a saúde mental das pessoas²⁰. Além de incutir um medo real da morte, a COVID-19 exigiu estratégias e mudanças na rotina e organização familiar e de trabalho. Escolas, empresas e locais públicos foram fechados, populações foram isoladas, sentimentos de impotência e abandono foram gerados, aumentando a insegurança causada pelas repercussões econômicas e sociais dessa tragédia mundial²⁰.

Para preservar sua saúde, os imigrantes tiveram de confiar nos cuidados profissionais, em especial quando havia doenças preexistentes na família. Essa possibilidade se concretizava quando o imigrante reconhecia semelhanças positivas entre os cuidados de saúde que recebia em seu país de origem e os cuidados que encontrava no país anfitrião²⁶. Entretanto, não era incomum que o cuidado e a preservação da saúde ocorressem naturalmente, pois havia o desejo de adaptar suas crenças e prioridades nesse processo. Na cultura de alguns coletivos, o tratamento convencional foi substituído pelo uso de chás, ervas naturais, compressas quentes, entre outros costumes herdados de seus antepassados²².

Muitas vezes, os imigrantes não procuram atendimento de saúde por acreditarem que não têm esse direito, e a negação de tratamento quando os migrantes não apresentam determinados documentos ou provas evidencia a burocratização negligente¹⁶. Além disso, há estudos que mostram que o acesso à saúde pode ser evitado pela suposta ideia de que haverá cobrança por serviços que são públicos²³, dada a forma como os sistemas de saúde funcionam em seus países de origem. Cabe lembrar que o imigrante tem garantido por lei, o acesso igualitário aos serviços de saúde no Brasil, com igualdade de tratamento e de oportunidade, inclusive aos seus familiares²⁴.

Outro equívoco que entrava o acesso ao SUS é o atendimento prestado por profissionais que não compreendem a cultura ou a vivência no processo saúde/doença dessas populações migrantes, fator preponderante para o distanciamento desses serviços e,

consequentemente, para a não adoção – por esses grupos – de medidas recomendadas pelas autoridades sanitárias²³.

Assim, as situações na saúde ainda são agravadas, porém, pelas barreiras linguísticas, o que corrobora a dificuldade dessa população em buscar atendimento no SUS. Tais barreiras atrapalham a tradução e a expressão de sintomas e incômodos. Por não conseguirem expressar suas preocupações, os imigrantes também não entendem as orientações e recomendações necessárias²³.

Com relação à necessidade de promoção e prevenção de agravos por meio da imunização, as famílias imigrantes reportaram que o funcionamento do sistema nacional de vacinação brasileiro é mais robusto e amplo se comparado ao país de origem. O Brasil, de fato, tem experiência em vacinação reconhecida internacionalmente, com recursos humanos e uma estrutura técnica capaz de lidar com campanhas em massa por meio do Programa Nacional de Imunização²⁵. O esquema de vacinação brasileiro oferece doses gratuitas que imunizam contra várias doenças de importância imunológica, como sarampo, febre amarela, hepatite B e poliomielite – considerada erradicada no país²⁵. A vacinação, no contexto da COVID-19, ocorreu de forma gradual, imunizando primeiramente dois grupos prioritários: os profissionais de saúde, que continuaram trabalhando na linha de frente, e os idosos, que, devido à idade, costumam ter doenças crônicas²⁶.

Ainda na fase crítica da pandemia, é importante notar que os casos de violências racistas e xenofóbicas contra imigrantes e refugiados têm sido percebidos pela propagação irrelevante de que eles se apossam de recursos destinados aos brasileiros, como benefícios governamentais e atendimentos médicos. Nesse cenário, essa população é culpabilizada pelas desigualdades estruturais, apesar de estar inserida entre os grupos que sofrem com as desigualdades já existentes¹⁶.

As famílias participantes experienciaram o bom atendimento dos profissionais e serviços de saúde, tanto na atenção primária quanto nos serviços de urgência e emergência. Os entrevistados enfatizaram sua satisfação com o atendimento e o acolhimento. Foi constatado de forma consistente que o bom atendimento, tratamento igualitário e oferta disponibilizada foram e continuam sendo os principais atrativos desses serviços de saúde. Nesse contexto, portanto, fica clara a importância dos princípios do SUS em consonância com as políticas públicas²⁷.

Estar em situação regular e documentada facilita a busca por serviços de saúde, de acordo com os entrevistados, pois é senso comum entre esses grupos que muitas pessoas sem

documentação não buscavam esses serviços – mesmo durante a pandemia – por medo de serem detidas ou deportadas. Embora deficiências em relação aos migrantes e ao acesso à saúde, o Artigo 4, VIII da Nova Lei da Migração garante o acesso legal a serviços públicos de saúde, de assistência social e à previdência social, sem distinção ou preconceito quanto à nacionalidade ou à condição migratória²⁴.

A escala e o alcance global da COVID-19 e seu impacto sobre a população e, especialmente, sobre o coletivo de imigrantes, traz à tona a necessidade de se criar políticas destinadas a lidar com adversidades futuras. Portanto, é imprescindível que órgãos públicos e da sociedade civil trabalhem juntos para implementar medidas e ações que garantam que essas pessoas possam viver com qualidade, dignidade e bem-estar no país onde vislumbram um recomeço.

Considerações finais

As experiências reportadas pelas famílias imigrantes durante a pandemia incluíram a percepção de perigo, limitações e morte, mas o processo migratório para o Brasil foi tranquilo, pois as fronteiras ainda estavam abertas. As famílias reconheceram a necessidade das medidas de prevenção e contenção do coronavírus, mas que estas repercutiram em seu dia-a-dia, interferindo em suas relações pessoais. A falta de conhecimento sobre a doença e a intensidade de propagação do vírus exigiu mudanças que acentuaram vulnerabilidades já existentes.

As preocupações com a proteção e o cuidado com a família influenciaram a preservação da saúde das crianças e do núcleo familiar, especialmente diante de condições de vulnerabilidade preexistentes. Assim, passaram a desenvolver um conjunto de precauções para enfrentar e/ou superar os efeitos da pandemia, destacando a importância da imunização. As famílias avaliaram favoravelmente o atendimento recebido na atenção primária e nos serviços de urgência e emergência do Brasil, sendo que esse acesso é facilitado quando o migrante possui documentação pessoal, inclusive para os serviços de assistência social.

A emergência sanitária global desencadeada pela COVID-19 se espalhou pelos continentes, trazendo medo e morte. No Brasil, país que abriga diversas etnias, há uma necessidade urgente de pensar e articular políticas públicas, medidas e intervenções de saúde que não sejam forçadas em um modelo padrão. As experiências são múltiplas e diferentes e cada uma delas requer cuidados igualmente distintos, respeitando sua própria cultura e gestão.

O atendimento e o acesso à saúde englobam os desafios que surgem no processo migratório e são fatores determinantes para novas possibilidades técnicas nos serviços. Embora o SUS afirme que o atendimento é universal a prática releva o contrário – é preciso garantir que esse acesso ocorra sem distinção ou banalização de características próprias do imigrante.

Essa pesquisa tem limitações inerentes aos estudos qualitativos, pois é difícil generalizar seus resultados. Além disso, o idioma também pode ser tido como um fator que limitou as entrevistas, condição que poderia comprometer os resultados de acordo com o rigor metodológico adotado.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus), 2023. [acesso em 2023 mai 14]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.
2. Fundação Oswaldo Cruz. A gestão de riscos e governança na pandemia por COVID-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês: relatório técnico e sumário executivo, 2020. [acesso em 2022 out 14]. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41452>>.
3. Silva-Sobrinho RA, Zilly A, Silva RMM, Arcoverde MAM, Deschutter EJ, Palha PF, et al. Coping with COVID-19 in an international border region: health and economy. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021 [acesso em 2023 mar 12];29:e3398. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4659.3398>
4. Matlin SA, Karadag O, Brando CR, Góis P, Karabey S, Khan MMH, Saleh S, Takian A, Saso L. COVID-19: Marking the gaps in migrant and refugee health in some massive migration areas. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 [acesso em 2023 mai 15];18(23):12639. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph182312639>.

5. Calmon TVL. As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. *NAU Social*. 2020 [acesso em 2022 out 17];11(20):131-6. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/36543>.
6. Ménendez EL. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência Saúde Colet*. 2016 [acesso em 2023 fev 17];21(1):109-118. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/xKHjCpmDcQrS8HP6GJLcsTv/abstract/?lang=es>>.
7. Souza JB. Determinantes sociais da saúde que impactam a vivência da imigração no Brasil. *Rev enferm UERJ*. 2020 [acesso em 2023 mai 17];28:e53194. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.53194>.
8. Cavalcanti L, Oliveira WF. Os efeitos da pandemia de COVID-19 sobre a imigração e o refúgio no Brasil: uma primeira aproximação a partir dos registros administrativos. *Périplos Rev. Estudos Migrações*. 2020 [acesso em 2023 mai 17];4(2):11–34. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/view/35907
9. Foz do Iguaçu. Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. A cidade/População.2021 [acesso em 2023 out 22] Disponível em: <http://www.pmfi.pr.gov.br/conteudo/?idMenu=1004>
10. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes; 2010.
11. Amorin JVL, Moraes APB. O pedido de refúgio no Brasil e o contexto atual dos refugiados. *Rev Iniciação Científica Ext Faculdade Direito de Franca*. 2019 [acesso em 2022 nov 10];4(1):479-502. Disponível em: <https://revista.direitofranca.br/index.php/icfdf/article/view/914>.

12. Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Global Trends: forced displacement in 2018. 2019. [acesso em 2023 mai 25] Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/07/Refugio-em-nu%CC%81meros_versa%CC%83o-23-de-julho-002.pdf.
13. Neves GSML, Macêdo PJOM, Gomes MM. Transtornos do sono: atualização. Rev Bras Neurol. 2017 [acesso em 2023 mai 24];53(3):19-30. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876873/rbn-533-3-transtornos-do-sono-1-2.pdf>.
14. Delamuta KG, Mendonça F, Domingos CM, Carvalho MN. Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública. 2020 [acesso em 2023 jun 20];36(8):e00087019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311>
15. Ramos N. Populações migrantes em tempos de pandemia da covid-19: desafios psicossociais, comunicacionais e de saúde. Mig Int Múltiplas Perspectivas. 2021 [acesso em 2023 mai 2];153-76. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/11274>.
16. Rodrigues IA, Cavalcante JR, Faerstein E. Pandemia de Covid-19 e a saúde dos refugiados no Brasil. Physis Rev Saúde Coletiva. 2020 [acesso em 2023 mai 2];30(3):e3000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300306>
17. Smith JA, Judd J. COVID-19: vulnerability and the power of privilege in a pandemic. Health Prom J Austr. 2020 [acesso em 2023 mai 2];31(2):158-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hpja.333>.
18. Brooks SK, Webster RK, Smith LE. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet. 2020 [acesso em 2023 mai 2];395(10227):912-20. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

19. Silva ST, Pulido CRM. A presença venezuelana em Manaus/AM e as estratégias de sobrevivência frente à pandemia de Covid-19. *Travessia - Rev migrante*. 2021 [acesso em 2023 jun 2];2(91):81-100. Disponível em: <https://doi.org/10.48213/travessia.i91.991>
20. Ornell F, Schurch JB, Sordi AO, Kessler FHP. Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Debates Psiqu*. 2020 [acesso em 2023 jun 2];10(2):12-16, 2020. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/35>.
21. Silva DAS, Macedo F, Quintal D. Medicina sem fronteiras: os desafios da população imigrante. *Rev Port Med Geral Familiar*. 2022 [acesso em 2023 jun 2];38(3):315-21. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/13198>.
22. Timóteo FPN, Silva RMM, Manfrini GC, Baggio MA. Cuidado transcultural na experiência de enfermeiros da atenção primária à saúde em território de fronteira. *Text Context Enferm*. 2023 [acesso em 2023 jun 17];32:e20220250. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0250en>.
23. Castelli AC, Melo BD, Medeiros C.P. Cartilha Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19: pessoas migrantes, refugiadas, solicitantes de refúgio e apátridas. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz/CEPEDES, 2020. 13p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41690>.
24. Brasil. Lei n. 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. *Diário Oficial da União*, Brasília, 25 mai 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm
25. Peres KC, Buendgens FB, Prates EA, Bonetti NR, Soares L, Vargas-Peláez CM, et al. Vacinas no Brasil: análise histórica do registro sanitário e a disponibilização no Sistema de Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2021 [acesso em 2023 Jun 30];26(11):5509–22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.13932021>

26. Silva-Filho PS, Souza-Silva MJ, Fortes EJ. Vacinas contra Coronavírus (COVID-19; SARS-COV-2) no Brasil: um panorama geral. *Pesq soc des.* 2021 [acesso em 2023 jun 30];(10):8e26310817189 Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17189>
27. Forlin M, Carvalho M. Importância das políticas sociais de apoio ao imigrante no brasil: revisão integrativa. *Var Sci - Cienc Saúde.* 2022 [acesso em 2023 jun 30];8(2):201-13. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/29357>

ARTIGO 3

O cuidado com a saúde da criança na experiência das famílias de imigrantes

Resumo

O trabalho buscou apreender as experiências das famílias de imigrantes na promoção da saúde de seus filhos e na prevenção de agravos. Pesquisa exploratória, qualitativa, com a participação de 15 famílias imigrantes. As entrevistas foram realizadas entre maio e dezembro de 2022 em Foz do Iguaçu, Brasil, e analisadas pela Interpretação de Sentidos. As famílias vivenciaram: cuidados com a saúde de seus filhos, que incluíram consultas médicas, imunização, serviços odontológicos, aquisição de medicamentos/vitaminas; potencialidades e situações vulneráveis no acesso aos serviços de saúde; diferenças na prática assistencial; e presença da cultura na prática e no cuidado. Revelaram ampla cobertura assistencial dos serviços de saúde brasileiros, atendimento acolhedor e humanizado, mas foram citadas situações de vulnerabilidade como lentidão nos atendimentos, diferenças pelo fato de ser imigrante, impaciência para entender o idioma, falta de confiança e receptividade. Entende-se que a experiência das famílias relatou uma atitude acolhedora por parte dos serviços de saúde brasileiros, capazes de prestar atendimento oportuno aos filhos de imigrantes.

Palavras-chave: Imigração e Emigração; Cuidado da Criança; Família; Saúde na Fronteira.

Introdução

As condições de vulnerabilidade propagada pela COVID-19 fortaleceram o perfil de populações oriundas da imigração em busca de melhores condições de vida e de saúde. A exemplo disso, mais de 4,5 milhões de venezuelanos deixaram o país, pelo menos 178 mil buscaram o Brasil para seu novo lar e cerca de 20% a 30% foram crianças e adolescentes. Desse modo, torna-se importante ressaltar que no cotidiano desses povos, as dificuldades de acesso e inserção social se reproduzem cada vez mais, sobretudo entre as criança¹.

A vida de crianças imigrantes é delineada à submissão de uma realidade expressa em desafios de aprender a língua portuguesa, uma nova cultura, além da adaptação a outro modo de comportamento, numa trajetória itinerante geralmente encerrada em moradias precárias e insalubres ou em abrigos públicos, situações que podem desencadear agravos à sua saúde física e ao seu desenvolvimento².

Ao buscar cuidados à saúde dos filhos, as famílias imigrantes adentram o campo dos serviços públicos e vivenciam muitos desafios, visto que esse processo de inserção a um

novo modelo de cuidado exige do profissional uma sensibilidade no acolhimento dessas necessidades sanitárias. Importante destacar que esse grupo já é colocado a transpor vários obstáculos e, ao buscar o atendimento para saúde, a esperança é ser abordado com respeito à sua carga emocional, padrões éticos e religiosos, dentre outros conceitos que determinam sua estrutura familiar e concepção de cuidados³.

No que se refere ao contexto vivenciado pela pandemia da COVID-19, os cuidados com a saúde das crianças imigrantes exprimiram demandas para os serviços ofertados. As normas nacionais e internacionais recomendaram que as crianças permanecessem com os cuidados contínuos, com prioridade as consultas pediátricas e de puericultura, imunização, com especial observação às rotinas no atendimento e efetivação de ações que contemplem a sua saúde integral⁴.

Entretanto, o que nos remete ao cenário global sobre a atenção à continuidade dos cuidados à criança, especialmente de famílias imigrantes, é a evasão na busca por atendimentos de promoção e prevenção, tanto por parte das famílias quanto na oferta pelos profissionais e serviços de saúde.

A falta de conhecimento, a propagação de *fakenews*, a falta de medicamentos e equipamentos em consonância as manifestações negacionistas em alguns setores se tornaram agentes determinantes para a evasão de famílias em unidades de saúde. Tal fenômeno teve origem no temor de contagiar-se, infectar a família e no medo da morte⁵. Essa experiência abarcou ao grupo de crianças filhos de imigrantes prejuízos mais graves quando comparado aos observados em outras classes⁵.

As fragilidades registradas na promoção do cuidado se mostraram sem precedentes. A COVID-19 produziu efeitos colaterais na saúde de imigrantes, já naturalmente envolvidos num processo social de segregação que engloba as adversidades encontradas pela falta de documentação regular, acesso à saúde, auxílios financeiros, o desemprego e o retiro social suscitado pelo estigma de imigrante. Todas essas circunstâncias estamparam um dos feitos sociais revelados nesse lapso de pandemia⁶.

Ademais, é esperado que os profissionais da saúde prestem um atendimento direcionado as crianças imigrantes, que envolva cuidado e respeito às suas diferenças culturais, a partir da compreensão e aceitação do modo de cuidar, alinhando as demandas com suas particularidades. Outra provocação está posta na elaboração de estratégias que permitam a criação de vínculos e regras de proteção, com especial atenção aos municípios onde o processo migratório é dinâmico⁷.

Desse modo, por considerar as crianças, filhos de famílias imigrantes, expostas às barreiras emanadas no contexto migratório e pandêmico, que socialmente destaca um quadro de desigualdades, surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: Como as famílias imigrantes organizam o cuidado à saúde dos filhos? Partindo desse contexto, o objetivo do estudo foi apreender as experiências de famílias imigrantes para promover a saúde dos filhos e prevenir agravos.

Método

Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, desenvolvida em Foz do Iguaçu, Brasil, município de tríplice fronteira junto a Puerto Iguazu (Argentina) e Ciudad del Este (Paraguai). Estima-se que o município possui aproximadamente 80 etnias diferentes, com maior registro libaneses, chineses, paraguaios, argentinos, japoneses e sul coreanos⁸.

Foz do Iguaçu dispõe de 32 Unidades Básicas da Saúde (UBS), duas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e dois hospitais para atendimento de saúde pelo sistema público de saúde. Para à assistência social, observa-se cinco Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e dois Centros de Referência Especial da Assistência Social. As famílias imigrantes em situação de vulnerabilidade ao chegar em Foz do Iguaçu são direcionadas ao Centro Especializado de Assistência Social para a População em Situação de Rua (Centro Pop), para serem acolhidas e triadas para uma das três Casas de Passagem que funcionam como abrigos temporários. Nesses abrigos podem permanecer por 90 dias, momento oportuno para receber orientações e demais encaminhamentos. O acesso a esses centros pode ser por iniciativa própria ou pelo Serviço de Abordagem Social.

A busca de dados ocorreu entre maio à dezembro de 2022. Como critérios para a participação da pesquisa, incluíram-se: famílias de nacionalidades diferentes da brasileira, com um ou mais filhos menores de 12 anos, residentes em Foz do Iguaçu, com pelo menos um membro que entenda o idioma português, com idade superior a 18 anos.

O primeiro contato com as famílias imigrantes foi estabelecido nos CRAS e nos serviços de apoio (Centro Pop). Neste momento as famílias foram convidadas a participar da pesquisa, foi explicado o objetivo e coletada sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias - uma ficou em posse do participante e outra do entrevistador. Em seguida, foram agendadas as entrevistas em profundidade, na própria instituição de assistência.

A primeira autora, que atua na assistência social, foi previamente treinada pela pesquisadora responsável, profissional da saúde com experiência em pesquisa qualitativa, para a realização das entrevistas. Para tanto, foram realizadas duas entrevistas piloto, as quais permitiram o treinamento para a entrevista, bem como para pequenos ajustes do roteiro de entrevista, incluídas nessa pesquisa.

Foram participantes 15 famílias, das quais 15 mães, 14 pais e uma avó. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para a análise dos resultados. Ao término de cada entrevistas, foi disponibilizada a gravação para que os participantes pudessem dar anuência de seu conteúdo, mas todos recusaram essa etapa. Considerou-se encerrada a etapa de coleta de dados quando os achados possibilitaram a organização de um constructo, permitindo responder o objetivo da pesquisa.

Como instrumento de coleta de dados, foi organizado um roteiro de perguntas para guiar a entrevista, tendo como questão disparadora: “Fale-me sobre suas experiências e preocupações para o cuidado da saúde do(a) seu(ua) filho(a) no processo de imigração”. O roteiro também trouxe aspectos sobre as necessidades de cuidados de saúde das crianças; dificuldades para o acesso aos serviços de saúde; diferenças na prática assistencial; e presença da cultura para o cuidado.

Esleu-se para análise dos dados a interpretação de sentidos, organizada a partir de três etapas: i) leitura compreensiva do material; ii) elaboração das estruturas de análise; iii) busca de sentidos mais amplos⁹. Assim, a interpretação de sentidos possibilitou a construção de quatro categorias de análise.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 5.440.262 e atendeu a Resolução nº 466/2012. As famílias e seus membros participantes foram identificados por letras iniciais e o número da respectiva entrevista, como segue: Família 1, participante 1 (F1P1).

Resultados

As famílias de imigrantes residem no Brasil, há, em média, dois anos e são provenientes da Colômbia, Cuba, Haiti e Venezuela. Elas têm em média dois filhos, com idades entre 1 e 12 anos. A maioria dos entrevistados relatou estar empregada, mas em algum momento recebeu ou ainda recebe auxílio do governo por meio de programas de transferência de renda. Eles também informaram que a família utiliza os serviços de saúde por meio do SUS. A partir dos relatos das famílias, foi possível conhecer as necessidades de

cuidados com a saúde de seus filhos; as potencialidades e situações de vulnerabilidade no acesso aos serviços de saúde do Brasil; as diferenças na prática dos cuidados; e a presença da cultura na prática e no cuidado com as crianças; com base na organização de quatro categorias de análise.

Demandas de cuidados à saúde da criança imigrante

As famílias imigrantes descreveram os motivos que as levaram a procurar atendimento médico nos serviços de atenção primária no Brasil e revelaram que havia ampla cobertura assistencial, o que é essencial para promover saúde e prevenir doenças. As demandas por atendimentos relatadas incluíram consultas médicas, imunização, serviços odontológicos, aquisição de medicamentos e vitaminas.

Eu vou no pediatra, porque tenho que levar meus filhos e na vacina para poder estar em dia as vacinas dos meus filhos. (F1P1)

[...] tem para hepatite B, tem febre amarela, pólio, trivalente, pneumocócica, meningocócica. (F2P1)

A maioria das medicinas, vacinação, medicamento para meu filho, medicamento para mim, tudo para as doenças comuns. (F8P2)

Muitas vezes procuro o médico geral para sempre estar olhando a minha filha que sofre de asma e vitamina para ajudar no crescimento dela. [...] o dentista, as vacinas, já colocamos todas as vacinas daqui do Brasil, e é muito bom que você vá a um posto de saúde e você consiga tudo o que você precisa, coisa que você não tem no seu próprio país [Venezuela]. (F9P1)

As práticas exercidas nos serviços de atenção primária para atender às demandas de atendimento foram decisivas para a adaptação e tranquilidade das famílias imigrantes, que relataram que o fato de serem acolhidas por um profissional sensível às diferenças culturais lhes deu confiança para expressar suas vivências, fortalecendo o cuidado longitudinal.

Confio plenamente, obviamente tem outra metodologia e penso enfim que a qualidade da saúde, qualidade do profissional é muito alta. (F2P2)

Eu estou aqui há três anos, minha filha ficou com asma, eles me ajudaram muito, ela estava a ponto de falecer, mas hoje ela tem já dois anos que vive. (F9P1)

[...] são pessoas que estão preparadas para assistir as pessoas, para a sociedade, são pessoas que estudam para isso, têm uma vocação para fazê-lo. Acredito que fazem isso com dedicação, porque gostam, porque sentem essa necessidade de ajudar o próximo, de ter melhor qualidade de vida, ter melhor saúde. Ou seja, não tenho por que desconfiar, a menos que demonstrem o contrário. Sim, eu tenho que comentar ao doutor para que, pelo menos, ele saiba um pouco da condição e do histórico médico de cada um dos meus filhos, incluindo está de minha pessoa, para que eles possam conhecer um pouco da situação e ver o que tem que fazer ou que medidas tomar. (F12P1)

Bem, os poucos que me trataram sempre me perguntam como nos sentimos aqui no Brasil, quanto tempo temos, de onde viemos, sempre nos fazem essa pergunta. (F13P1)

O acesso aos serviços de saúde brasileiros: potencialidades ou fragilidades

O acesso aos serviços de saúde foi uma potencialidade experienciada pelas famílias imigrantes, contudo, mas houve momentos em que sua vivência foi permeada por situações de vulnerabilidade.

Diante da necessidade de buscar atendimento de saúde para seus filhos, as famílias avaliaram o acolhimento profissional e reconheceram aspectos positivos sobre a abrangência e cobertura dos serviços.

Em seguida pegamos o número e já somos atendidos, não discrimina por sermos venezuelanos, atendem igual todos por igual. (F3P2)

Na casa de passagem me indicaram como me deram um documento que tinha que mostrar lá, que consta que estou vivendo aqui, um comprovante de residência. Me indicaram com quem eu tinha que falar, todas essas coisas e fui lá. Ao chegar lá, minha experiência, a doutora me atendeu muito bem. (F4P1)

Bom, se meu neto se enfermar, aqui nos dão apoio para como nos trasladar para outro lugar. (F4P2)

Sim, eles têm atendimento porque eu não falar português e quando eu cheguei no hospital todo mundo entende. (F5P2)

Eu levei a criança um dia para saber como é a consulta. A experiência foi interessante para ele, para meu filho foi interessante, e para o paciente também, foi interessante. Realmente, o que foi que me nutriu a mim, o que eu gosto muito é a humanização. (F7P1)

Ajuda muito, as pessoas indicam muito, você tem que fazer isso aqui, tem que vir até agora e cumprir com o horário da consulta, é muito bom porque eles vão apreciar que você é uma pessoa responsável, sabe, e ajuda muito a nós. (F9P1)

As situações vulneráveis relacionadas ao acesso ao atendimento médico foram narradas pelos participantes e envolviam a lentidão para receber atendimento, diferenças devido ao fato de ser imigrante (em ocasiões), falta de paciência para entender o idioma, falta de confiança e receptividade.

Nós vamos direto lá posto. Às vezes não tem médico presente, então coloca na fila para esperar ou se for uma coisa grave a gente vai lá direto na UPA. (F5P1)

Não consigo atendimento rápido, porque eu já fui muitas vezes lá, em algumas vezes eles falam que não possuem médico para atendimento, e outras eles nos deixam por último para ser atendido. Eu entendo, mas nós não conseguimos conversar com essas pessoas, porque como eu falo, quando nos deixam por último para nos atender, os outros já estão indo embora para atender nossos filhos no caso. (F1P1)

Algumas vezes sim há diferença por ser de fora, mas outras vezes não tem diferença. (F1P2)

Eu tenho várias diferenças com colegas quanto a isso, e não me equívoco, realmente não terei confiança, pessoalmente. Essa é a palavra. (F7P1)

Às vezes tenho um pouco de dificuldade, mas graças a Deus eles são muito pacientes, eles atendem muito, esperam que eu não expliquei a condição da criança, eles entendem muito bem a dificuldade de que a gente não é de aqui e é estrangeira, então eles tratam de nos ajudar também. (F9P1)

Bem, não sei se é dificuldade, mas sim, eu fui recentemente, porque minha filha, ela, ao ter nascido prematura, teve muitos problemas respiratórios, e esses problemas geraram em ela problemas cardíacos. [...] E o médico que me atendeu muito bem, mas por parte da recepção, não tive, como dizem, uma receptividade muito boa. Não todas as pessoas que estão em atenção ao cidadão dão essa boa receptividade. (F12P1)

As famílias reconheceram que o idioma é uma barreira para a assistência médica. Quando essa dificuldade exige compreensão mútua, como na busca por serviços de saúde, as famílias revelaram que usam várias estratégias para melhorar sua capacidade de comunicação e demandar atenção às suas necessidades de saúde.

Exatamente, porque ela tratava do que entendia, mas eu não entendia nada do que ela me dizia. Sim, eu acho que esse é o único problema. Nem todos toleram que venham de outro país, o dialeto. (F4P1)

Quando eu falo, eu faço gestos, então eles compreendem tudo. (F5P2)

No princípio não conhecíamos muito o idioma, mas eles sempre ajudam com o jeito de falar com a gente. (F6P2)

Diferenças experienciadas na assistência à saúde da criança

Para as famílias que passam por imigração, as fragilidades econômicas e políticas de seu país têm sido complexas e reduziram a oferta de serviços de saúde. A insuficiência de recursos foi associada as vulnerabilidades de diferentes graus que causam enfermidades. Nessas circunstâncias, o imigrante reconhece em seu discurso os aspectos positivos que encontrou na assistência à saúde no Brasil, como o fato de ter profissionais médicos para o atendimento e serviços acessíveis e organizados.

Os serviços ofertados na Venezuela não têm médicos para atender e se tem médico não estão atendendo como deve ser. E aqui eu falo que tem médicos, mas não atendem bem os imigrantes. (F1P1)

Bom, em comparação ao serviço, os médicos do Brasil estão muito em cima em qualidade e organização com a saúde em meu país. Sim, efetivamente muito mais organizada e muito mais acessível que no meu país que é muito, muito difícil atender os serviços de saúde básico, os mais básicos são muito difíceis de conseguir muito mais, são os serviços que mais necessitam de profissionais. (F2P2)

Há muita diferença, acho que de 1.000%. Na verdade, a medicina, faz anos que era muito boa, agora, de um tempo para cá, de verdade é patética. Mas aqui a medicina, a gente tem tocado excelentes pessoas. (F13P1)

Além das diferenças relacionadas à organização dos serviços de saúde, o fornecimento de medicamentos e outros insumos de saúde foram reportados pelos participantes, o que tem impacto direto no orçamento de famílias em situação de vulnerabilidade social.

Eu acho melhor que na Venezuela, porque não tem remédios lá. Já aqui tem remédio de graça uma vez ou outra, lá tem que comprar tudo, eu vejo melhor porque a saúde é grátis aqui, e na Venezuela não. Aqui por exemplo a odontologia em posto de saúde é totalmente de graça, agora na Venezuela não, você não tem esse privilégio de ir ao um posto de saúde e ter esse atendimento. Muito diferente. (F1P2)

A saúde de Venezuela há muitos anos que não é comparada com outro país, aqui tudo tem sido excelente de verdade, na Venezuela se quiser colocar a primeiras vacinas em um bebê não é como aqui. (F2P1)

Muito. Lá no Cuba não tem remédio, na maioria das vezes, e brigar com o hospital é bem difícil. Lá no Venezuela também tem remédio, mas se tem remédio e tal, é muito caro. E aqui no Brasil é uma benção de Deus, na verdade, porque às vezes precisamos de remédio e no UPA é de graça, muitas vezes. (F6P2)

Agora muitas coisas. Lá na Venezuela não tem possibilidade de ter o que você tem aqui por que lá um remédio, um medicamento é muito caro, e o salário que você ganha aqui dura já um dia, não dá. (F9P1)

Sim. Porque lá tudo está difícil, ou também escasso. Então é difícil para a gente até para vacina. Você vai lá no posto de saúde, então falam que não tem, tem que aguardar, tem uma fila larga para esperar. Então é mais difícil. (F10P1)

A qualidade do atendimento prestado por meio do acolhimento, da humanização e da competência profissional foi identificada na assistência médica no Brasil.

Bom, há uma grande diferença, muito. Em princípio, porque, às vezes, na Venezuela, na hora de tratar o paciente, às vezes são muito duros, especialmente quando a mulher está grávida, são muito desrespeitosos na Venezuela. Não é nem metade do que eu tive aqui. (F4P1)

Muita coisa. Às vezes os brasileiros ficam chorando, mas lá no Haiti é bem pior a saúde, aqui é bem boa o sistema de saúde. (F5P1)

Muito melhor que a Venezuela, claro. Antes, a Venezuela era muito boa em relação à parte médica, mas, a situação é terrível em relação à saúde na Venezuela. Minha mãe morreu na Venezuela, precisamente, por uma mala atenção, lamentavelmente. (F12P1)

E aqui a gente se estuda, aqui sim. Então, sim, temos bons médicos lá e todos, só que já acabou tudo, acabou tudo. E a gente vai a um posto de saúde e me passou lá, quando eu estava lá, e não havia nem sequer algodão, não havia nada. Tudo diferente aqui, eu passei por isso, sim. (F14P1)

A influência cultural na prática e no cuidado com a saúde da criança

As famílias de imigrantes relataram que procuram preservar os costumes que influenciam o cuidado com a saúde da criança. Nesse contexto, o cuidado cultural tem sua essência baseada no modo de vida e no significado de sua origem. O uso de ervas medicinais em infusões como alternativa para prevenir ou tratar doenças também fortalece uma tradição.

Bom, Canfora com azeite de oliva usamos na Venezuela e esquentamos e isso esquenta o menino quando está muito frio, e isso coloco em meu filho. (F3P1)

Bom, me criaram desde pequena assim. Na verdade, muitos remédios de farmácia eles tiram de muitas plantas. Então, se você dá diretamente a planta, eu penso que sim. Não para toda enfermidade, mas uma ou outra, eu penso que sim pode usar a planta diretamente, talvez. (F4P1)

A medicina natural é boa, ela funciona, mas não tão rápido como a medicina de farmácia. Se é de uma operação, se precisa ir para o hospital para que o atenda um médico, mas quando são coisas simples, como uma febre, uma dor de garganta, um dor de cabeça, nós atendemos com medicina natural. (F4P2)

Eu acho que nos mantendo salvos, alimentando-nos bem, consumindo medicina e ser limpo. Mantenha uma higiene, se alimenta bem, se toma vitaminas, se é precavido, se mantém. Nenhuma enfermidade vai tocar, e se tocar, passa rápido. (F4P3)

Na verdade, o profissional ele tem conhecimento científico, mas as vezes um remédio natural, se por exemplo, eu estou com gases, ou dor na barriga, eu pego um pedaço de alho e coloco na água quente e tomo, e uns 10 minutos já estou melhor, mas se não melhorar aí procuramos ir ao médico, mas se melhorar a gente não procura, mas se for os filhos a gente leva direto no médico, não tem como mexer, são muito pequeninhos. (F5P1)

Embora muitas famílias tenham mencionado que utilizam de sua cultura e seus costumes para usar plantas e ervas medicinais para cuidar da saúde de seus filhos, de acordo com os entrevistados, isso não substitui a competência profissional.

Não, não substituiria um atendimento profissional, só serviria para apaziguar num primeiro momento para buscar a assistência. (F2P2)

Não, não eu não posso sustentar medicamento médico, só que como uma cultura que tem um aliado, mas o medicamento fica com ele aí todo o tempo. (F8P1)

Não, isso é para solucionar alguma gravidade, ou seja, se começa com um pouquinho de febre, você começa antes de levar ao médico, você pode esperar três dias, porque se é viral, você pode resolver isso em casa. Ao menos que não seja viral, já se a febre persiste, você deve levar ao médico. (F8P2)

Não, ele calma, ele é um sujeito que não é para trocar a medicina não, mas o que é natural, ele é uma medicina que ele não substitui a medicina médica, se você não tem como pagar um medicamento, pode ajudar a sua filha em casa colocando um medicamento natural para ele esperar você chegar ao médico, ou esperar você ter um dinheiro para comprar medicina. (F9P1)

Às vezes sim, às vezes não, porque às vezes precisa um médico mesmo, depende do que tenha o paciente, a pessoa. (F10P1)

Não, não, não. Pode aliviar um pouco, mas não pode mudar, porque o médico é quem sabe como é. (F12P1)

Não, não, para nada. De fato, normalmente eu levo ao médico, mas eu adiciono mais isso, essas manzanilhas [camomila], essas coisas. (F13P1)

Algumas vezes sim, algumas vezes funcionam mais que os próprios remédios de farmácia, mas às vezes não, então temos que, primeiro ir ao médico, e se não funciona, que lhe mandem aí que eu utilizo o natural. (F15P1)

Discussão

O processo migratório impõe muitas transformações. Na fase de adaptação ao novo destino e com as situações que constantemente são vivenciadas, não raras vezes, a saúde do migrante pode ser prejudicada, sobretudo das crianças. Essas perdas podem ser vistas no fato de estar em um país diferente e longe de casa, vivenciando isso sem apoio da família e dos amigos, tendo o desafio e a necessidade de aprender o novo idioma e se adaptar à cultura nacional¹⁰.

Outro aspecto negativo neste contexto se refere ao sentimento de rejeição por parte do migrante, devido à sua própria situação irregular e à falta de preparo dos serviços de saúde para entender as diferenças que presentes na cultura, no idioma e nos costumes, conforme destacado pela Organização Internacional para as Migrações¹¹. Esses obstáculos impedem que os imigrantes acessem adequadamente o sistema público de saúde.

Por outro lado, nesse estudo, as famílias consentiram com a importância de recomeçar uma vida em um país onde possam encontrar paz e, conseqüentemente, saúde para seus filhos. Essa mudança possibilita o abandono de uma vida marcada pela violência, hostilidade e privações, dando lugar a novas possibilidades, incluindo a obtenção de recursos financeiros para ajudar a melhorar a saúde de seus familiares que permaneceram em seu país de origem¹¹.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro não pode discriminar qualquer tipo de atendimento, especialmente com relação à nacionalidade, pois é regido pelo princípio da universalidade. A Constituição Federal garante o direito à saúde, sendo dever do Estado assegurar a redução de riscos à saúde, propiciando acesso universal às ações e serviços para prevenção de riscos e promoção e recuperação da saúde¹².

Nessa pesquisa, a busca para atendimento de saúde para seus filhos nos serviços públicos brasileiros incluiu a necessidade de consultas médicas, imunização, serviços odontológicos e procura por medicamentos e vitaminas em geral. Nesses momentos, essas famílias vivenciaram um atendimento acolhedor e culturalmente sensibilizado, fortalecendo o cuidado integral e longitudinal com a saúde de seus filhos.

É importante destacar a complexa experiência da COVID-19. Uma parcela da população mais fragilizada socialmente sofreu com maior dificuldade os impactos do surto e da disseminação do SARS-CoV-2. Entre esses coletivos, os imigrantes, devido às suas condições agudizadas economicamente e pelo distanciamento de seu país de origem, estando expostos aos riscos que prejudicaram sua saúde e a de seus filhos. E isso não envolveu apenas a doença em si, mas o comprometimento de seu bem-estar físico, mental e social¹³.

A COVID-19 tem sido considerada como o principal problema de saúde do mundo atualmente, com repercussões diretas no setor de saúde¹⁴. As desigualdades expostas pela oferta de bens e serviços evidenciaram as diferentes condições de saúde da população, pois os que vivenciam em maior vulnerabilidade social manifestaram maior gravidade em seu estado de saúde¹⁵.

A pandemia da COVID-19 exacerbou episódios de desigualdades sociais, econômicas, de trabalho, de gênero e de saúde em sociedades interdependentes e transnacionais, com foco especial aos coletivos migrante e refugiado em situação clandestina, que sofreram problemas psicossociais, de saúde física e mental reforçados pelas implicações do estigma, do medo e da xenofobia^{5,16}.

Situações de vulnerabilidade como as reportadas não foram identificadas pelos participantes da presente pesquisa. Mesmo assim, é preciso considerar que a vida das crianças foi afetada pelo fato de acompanharem suas famílias no processo de migração. Nesse processo, as crianças são forçadas a deixar sua casa, sua infância, seus amigos, sua escola e sua representação; seu ponto de referência para buscar um país que a família reconhece como um lugar melhor para viver e com mais oportunidades para os mais jovens. Muitas vezes, uma condição considerada temporária se torna uma realidade permanente e, no processo de migração, a vulnerabilidade afeta essas crianças, que passam a demandar cuidados específicos dos adultos para se adaptarem³.

Todavia, nem sempre os adultos conseguem observar elementos que possam dar suporte a um processo que considere o bem-estar mental da criança e da família, pois há forte tendência a supor que crianças se adaptam facilmente a novas experiências e lugares¹⁷.

A infância é um período de construção, que precisa ser apoiado pelos vínculos, pela presença, pelo olhar e pelo cuidado de outros seres humanos, bem como situações saudáveis para que esse cuidado aconteça e construa os afetos da criança¹⁸.

Uma barreira importante em relação aos cuidados com a saúde das crianças envolve a capacidade de entender as medidas preventivas devido à não assimilação do idioma. Um estudo identificou muitas barreiras nesse processo, como a falta de compreensão da língua, o medo de sofrer xenofobia, ser estigmatizado, ter prisão ou deportação decretada por estar indocumentado – fatores que se somam a um cenário de perturbação¹⁹. Em situações anteriores de epidemias, esses coletivos foram percebidos como “vetores de doenças”, devido à sua exposição as enfermidades e à falta de medidas de controle de saúde²⁰.

Entretanto, na maioria das vezes, os migrantes não são vetores originais da contaminação, são, na verdade, vítimas comuns do vírus, pois experimentam a vulnerabilidade social, vivendo em bairros suburbanos, sem estrutura urbana e de saúde, em más condições de moradia e fatores decorrentes do *status* migratório, da mobilidade e da inserção na comunidade local, sem esquecer a barreira do idioma e do acesso à informação. A convergência desses aspectos faz com que a população migrante assuma riscos epidemiológicos em maior escala, pela infecção e morte pelo vírus, em uma demanda de autoisolamento e contágio, em proporções desiguais à população nativa nas mesmas condições socioeconômicas²¹.

Apesar das conjunturas relatadas, os participantes dessa pesquisa evidenciaram o cuidado com a saúde como estratégia para manter a segurança sanitária, que possibilitou, muitas vezes, sentir-se acolhido nesse período crítico da pandemia de COVID-19. Percebe-se que cuidar da saúde conecta-se ao desejo de inserir-se à nova sociedade e organizar a rotina. Quando essa inserção social redonda da necessidade de reparar danos manifestados por sentimentos de angústia e sofrimento na busca por integração, o processo de saúde e doença se torna concreto. Nesse contexto, as Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), podem desempenhar papel importante no contato com a população imigrante².

Os participantes enfatizaram a qualidade dos serviços público brasileiros em relação ao que tinham em seu país de origem, destacando o acolhimento, humanização e competência profissional. Essas observações ocorreram no momento das consultas médicas, atendimento odontológico, imunização, ao adquirir medicamentos e vitaminas. Ações culturalmente sensibilizadas e que compreendam as especificidades das famílias não podem ser garantidas apenas com a leis e políticas públicas, pois é requerido muito mais. É preciso

investir nas condições estruturais e organizacionais de trabalho dos profissionais, dispor de atitude e empatia pelas equipes de saúde para com o imigrante²².

Embora as famílias tenham descrito satisfação com o atendimento de saúde prestado pelos serviços brasileiros, houve relatos sobre dificuldades ao requerer esses recursos clínicos, a fim de sanar dores e sofrimentos. O imigrante entra pela porta do serviço público e se vê envolvido em outro processo que o incluirá no contexto social. Isso porque, muitas vezes, a apresentação do cartão SUS não garante o direito ao atendimento, pois alguns profissionais não demonstram competência ou conhecimento suficiente para identificar as especificidades desses grupos nos diversos níveis de atenção. Da mesma forma, os imigrantes também desconhecem a organização do sistema de saúde brasileiro e como funciona esse atendimento^{23,24}.

Assim, novos desafios são enfrentados pelos migrantes, que geralmente não conhecem o novo idioma e não entendem as diferenças de hábitos e culturas distintas. Também apresentam demandas de saúde que são desconhecidas pelos profissionais, sendo que a maioria dessa população chega ao país vivenciando um contexto social e sanitário complexo, com dificuldades em expressar suas necessidades e acessar os serviços²⁵.

Ao tratar da capacidade dos profissionais de saúde desenvolver conhecimentos e habilidades para cuidar de populações de outras origens, também é importante que eles adquiram conhecimentos dos processos que influenciam a saúde e os cuidados em saúde dessas populações com características, buscando entender sua história de vida e avaliando seu entendimento sobre os cuidados a serem prestados, sem permitir que esse sentimento influencie ou resulte em preconceitos ou estereotipagem^{26,27}.

Outrossim, quando confrontados com enfermidades que não requeriam de tratamentos especiais, alguns participantes reforçaram que buscaram na tradição e cultura de seu país para tratar e curar de seu filho por meio do uso de ervas medicinais, muitas vezes colhidas no próprio quintal. A falta de recursos financeiros, a situação vulnerável, o medo a se endividar em farmácias e/ou a falta de confiança no sistema público fazem com que a infusão de chás e xaropes feitos de plantas cultivadas ou compradas para aliviar gripes, cólicas, inflamação de garganta e outras dores comuns seja o remédio de primeira escolha, pois as populações mais carentes acreditam ser um meio mais barato e saudável para tratar e amenizar esses problemas²⁸.

Apesar das observações sobre a eficácia de plantas e ervas medicinais como uma alternativa popular, mais barata e acessível, os participantes ressaltaram que esses recursos

caseiros não substituem o conhecimento médico – eles apenas aliviam sintomas leves ou que não são clinicamente graves. Embora essa prática pertença a uma tradição cultural, o uso de plantas medicinais para prevenção ou tratamento de alguma doença precisa ser cauteloso e sem excluir o conhecimento científico para os cuidados com a saúde²⁹.

Considerações finais

Na experiência das famílias de imigrantes, durante o processo de adaptação, foi enfatizado que as barreiras enfrentadas durante a viagem ao Brasil foram superadas pela oportunidade de escolher como destino um país que oferece melhores condições de vida e de saúde do que sua terra natal. A situação financeira precária e a insuficiência de políticas públicas tornaram necessária a migração, pois afetam o processo de adoecimento e a fuga de violações de direitos. Embora tenham passado por condições de vulnerabilidade durante todo esse processo, a disponibilidade de serviços de saúde para cuidar de seus filhos superou as dificuldades e aliviou os contratemplos ao longo do caminho.

A maioria dos entrevistados relatou que o potencial dos serviços de atenção primária transcende os inconvenientes resultantes das fragilidades do SUS e das barreiras que aprofundam as diferenças de cultura, idioma, percepção de cuidado e estrutura dos serviços. Foram elogiados os aspectos positivos e a ampla cobertura em serviços organizados, acolhedores e de fácil acesso. Esse comentário foi direcionado às políticas públicas de assistência social e de saúde.

Ao cuidar da saúde da criança, a lealdade às origens valida sua história de vida. Em meio aos resquícios de suas memórias, o imigrante busca na farmácia afetiva de suas crenças e culturas a receita do chá de ervas, do xarope de plantas medicinais, dos curativos, dos tranquilizantes, dos vermífugos, do remédio para a garganta inflamada, da dor de dente e da febre, pois entende que se conectar com a sua essência é fortalecer-se para os desafios que virão.

A limitação metodológica do estudo envolveu a abordagem qualitativa, dada a dificuldade de generalização dos resultados, uma vez que foi realizado em um município da tríplice-fronteira, que conta com uma estrutura, mesmo que restrita, para atendimento e assistência à população imigrante. Além disso, o idioma também pode ser tido como fator que limitou a duração das entrevistas, condição que poderia influenciar os resultados em função do rigor metodológico adotado.

REFERÊNCIAS

1. Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Crise migratória venezuelana no Brasil. O trabalho do UNICEF para garantir os direitos das crianças venezuelanas migrantes. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-brasil>
Acesso em: 2023 abr 15.
2. Martin D, Silveira C, Ferraz L, Matseu RY. Migração e refúgio: temas necessários para o ensino na Enfermagem em tempos de COVID-19. Rev Bras Enferm. 2022;75(supl.2):e20210872.
3. Braga Bezerra C, Martins Borges L, Pereira Cunha M. Filhos das fronteiras: revisão de literatura sobre imigração involuntária, infância e saúde mental. Rev CES Psicol. 2019;12(2):26-40.
4. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Crianças na pandemia COVID-19. Ministério da Saúde: Brasília, 2020.
5. Rodrigues IDA, Cavalcante JR, Faerstein E. Pandemia de Covid-19 e a saúde dos refugiados no Brasil. Physis: Rev Saúde Colet. 2020;30(3):e300306
6. Cavalcante L, Oliveira WF. Os efeitos da pandemia de COVID-19 sobre a imigração e o refúgio no Brasil: uma primeira aproximação a partir dos registros administrativos. Périplos: Rev Estudos Mig. 2020;4(2):11-34.
7. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A gestão de riscos e governança na pandemia por COVID-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês: relatório técnico e sumário executivo. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41452>.
Acesso em: 2023 abr 29.
8. Foz do Iguaçu. Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. A cidade/População. 2021 [acesso em 2023 mai 22] Disponível em: <http://www.pmfi.pr.gov.br/conteudo/?idMenu=1004>

9. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS. (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 67-80.
10. Alves JFDS, Martins MAC, Borges FT, Silveira C, Muraro AP. Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(12):4677-86.
11. International Organization for Migration. Global migration indicators 2018: insights from the global migration data portal. Vidal EM, Tjaden JD, Laczko F, editors. Berlin, Germany: Global Migration Data Analysis Centre (GMDAC), International Organization for Migration; 2018. 62 p.
12. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
13. Baeninger R, Vedovato LR, Nandy S. (coord.). Von Zuben C, Magalhães LF, Parise P, Demétrio N, Domenicone J. (org.). Migrações internacionais e a pandemia de Covid-19. Campinas: NEPO/Unicamp, 2020.
14. Barreto ML, Barros AJDD, Carvalho MS, Codeço CT, Hallal PRC, Medronho RA, et al. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:e200032.
15. Corburn J, Vlahov D, Mberu B, Riley L, Caiaffa WT, Rashid SF, et al. Slum health: arresting COVID-19 and improving well-being in urban informal settlements. *J Urban Health.* 2020;97:348-57.
16. Costa NBN, Gurgel H, Matos KFR. Migração e saúde: inter-relações, legislação e acesso. *Tempus – Actas Saúde Colet.* 2020;14(3):99-114.

17. Assumpção AM, Aguiar GA. “Você precisa falar português com seu filho”: Desafios para o processo de inclusão de crianças imigrantes em escolas do Rio de Janeiro. *Rev Iberoamericana Educ.* 2019;81(1):167-88.
18. Hatakeyama JJ. Infâncias imigrantes, silêncios e fronteiras do cuidado em um CAPS infanto-juvenil. *Estilos Clínica.* 2021;26(1):145-59.
19. Guadagno L. Migrants and the COVID-19 pandemic: an initial analysis. *Migration. Research series n° 60.* International Organization for Migration (IOM). Geneva, 2020.
20. Ifanger FCA, Dal Poggetto JPG. Processos migratórios em tempos de pandemia: acentuação da punição e do controle social. *Migrações internacionais e a pandemia da COVID-19*, p. 167, 2020
21. Ruseishvili S, Truzzi O. Mobilidade migratória e a pandemia da COVID-19. *Contemporânea.* 2020;10(1):473-85.
22. Losco LN, Gemma SFB. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. *Interface (Botucatu).* 2019;23(1):e180589.
23. Martin D, Goldberg A, Silveira C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saúde Soc.* 2018;27(1):26-36.
24. Arruda-Barbosa L, Sales AFG, Torres MEM. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. *Interface (Botucatu).* 2020;24(1): e190807.
25. Reckziegel J, Wenczenovicz TJ. Debates sobre a migração e direito à saúde à luz da dignidade humana em tempos de pandemia da COVID-19. *Rev Direitos Culturais,* 2022;17(41):5-24.
26. Delamuta KG, Mendonça FF, Domingos CM, Carvalho MN. Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(1):e00087019.

27. Faqueti A, Grisotti M, Risson AP. Saúde de imigrantes haitianos: revisão de estudos empíricos qualitativos. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:e190311.

28. Rodrigues TA; Leandro Neto J, Carvalho TDAR, Barbosa ME, Guedes JC, Carvalho AV. A valorização das plantas medicinais como alternativa à saúde: um estudo etnobotânico. *Rev Ibero-Am Ciências Amb*. 2020;11(1):411-28.

29. Silva ED, Matias SMS, Barros BGA, Oliveira FJV. A importância do uso das plantas medicinais, frente ao cenário atual da pandemia causada pelo SARS-CoV-2. *Res Soc Develop*. 2021;10(11):e399101119834.

CONSIDERAÇÕES

FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta investigação indicam que, na contramão de inúmeras produções científicas sobre os cuidados com a saúde da criança e da família e o processo migratório na atualidade, os participantes destacaram seu contentamento com essa experiência de mudança e adaptação ao novo destino. Os grupos que vivenciaram o processo migratório em tempos pandêmicos de COVID-19 admitiram ter sofrido situações de vulnerabilidade na perspectiva do cuidado com a saúde e da assistência social; mesmo assim, a maioria se mostrou insatisfeita com as possibilidades de acesso às políticas públicas no âmbito da legalidade, da garantia de direitos e da proteção social.

A situação financeira precária e as políticas públicas insuficientes em seu país de origem tornaram necessária a migração dessas famílias, que atua no processo de adoecimento e na fuga de violação de direitos. Com relação às experiências descritas pelas famílias imigrantes durante a pandemia, estas incluíram a percepção de perigo, limitações e morte, contudo, o processo de migração para o Brasil foi tranquilo, pois, quando migraram, as fronteiras ainda estavam abertas. A necessidade de medidas sanitárias para conter o coronavírus foi reconhecida e reforçada pelas famílias imigrantes, o que repercutiu em seu cotidiano e interferiu em suas relações pessoais e sociais, tornando-se desafio para o processo de imigração.

O cuidado com a saúde dos filhos, tanto na esfera pública quanto em seus próprios arranjos, demonstrou a capacidade da família de superar entraves em contextos que evidenciam as desigualdades sociais. Ao vivenciar a situação de cuidar das demandas de saúde de seus filhos, a sólida estrutura do SUS, na perspectiva das famílias, também demonstrou satisfação com a escolha do Brasil como destino.

Com relação às preocupações das famílias imigrantes com o objetivo de promover cuidados com a saúde e prevenir doenças, a indicação foi a busca de alternativas para se organizar e se esforçar por meio de práticas culturais, costumes e crenças. Longe de casa, as famílias sentiram a ausência de familiares e amigos que foram deixados para trás, além de sua história e nacionalidade. Não obstante, os participantes consentiram com que, mesmo diante de percalços no contexto migratório, com foco nas múltiplas situações de risco e vulnerabilidade na rotina dos imigrantes, o apoio do Estado, por meio dos serviços

públicos, consolidou-se como elemento fundamental no enfrentamento dos desafios decorrentes da jornada migratória.

Vários sentimentos fizeram parte do percurso migratório. O desejo de uma vida com melhores condições e oportunidades é muitas vezes mascarado pela dimensão coletiva da adversidade que se manifesta no contexto de transição. Protagonizar a proteção da família nem sempre está ligado a um movimento de vida singular; pelo contrário, vulnerabilidades plurais oneram a trajetória migrante e ecoam responsabilidade do Estado e superação desses sujeitos quando surgem desafios que demandam comprometimento e organização familiar.

A história de vida de pessoas que escolhem ou são forçadas a migrar é revelada na descoberta de sua capacidade de superar adversidades e de sua apreensão natural dos elementos que as levam a se encaixar e a se adaptar ao novo contexto social e à sua gênese. É imperativo ressaltar a necessária responsabilidade do Estado em seu território, no que tange à justiça e à equidade social que, paralelamente à superação das vulnerabilidades, haja perseverança e expectativas por parte do imigrante, após romper com a própria história, para se tornar um sujeito de direitos e reconstruir outro enredo em busca do lugar ideal, que vislumbre um horizonte livre de práticas que constroem barreiras e desconstroem sonhos.

A limitação metodológica do estudo envolveu a abordagem qualitativa, dada a dificuldade de generalização dos resultados, uma vez que foi realizado em um município da tríplice-fronteira, que conta com uma estrutura, mesmo que restrita, para atendimento e assistência à população imigrante. Além disso, o idioma também pode ser tido como fator que limitou a duração das entrevistas, condição que poderia influenciar os resultados em função do rigor metodológico adotado.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. L. A. C. et al. Manifestações clínicas do Covid-19 na população pediátrica e neonatal. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 4, n. 2, p.4582-4591, 2021. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/25693>. Acesso em: 12 jun. 2023.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS. **Cinco dados sobre refugiados que você precisa conhecer**. Disponível em:

<https://www.acnur.org/portugues/2019/04/09/5-dados-sobrefugiados-que-voce-precisa-conhecer/>. Acesso em: 10 fev. 2022.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS. **Convenção de 1951**. Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, 1951. Disponível em:

<https://www.acnur.org/portugues/convencao-de-1951/>. Acesso em: 13 fev. 2022.

ALVES, J. F. D. S. et al. Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4677-4686, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.32242017> Acesso em: 13 fev. 2022.

ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n.6, p. 1000-1007, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rBsdPF8xx9Sjm6vwX7JLYzx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan.2022.

ASSUMPÇÃO, A.M; AGUIAR, G. A. Você precisa falar português com seu filho: Desafios para o processo de inclusão de crianças imigrantes em escolas do Rio de Janeiro. **Revista Iberoamericana de Educación**, Madrid, v. 81, n. 1, p. 167-188,

2019. Disponível em: <https://rieoei.org/RIE/article/view/3541/4057>. Acesso em: 17 jul. 2023.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, São Paulo, v. 2, p. 121-144, 2003.

BAENINGER, R. et al. Migrações internacionais e a pandemia de Covid-19. **Campinas: NEPO/Unicamp**, 2020.

BALASUBRAMANIAN, S. et al. Doença de coronavírus 2019 (COVID-19) em crianças o que sabemos até agora e o que não sabemos. **Pediatria indiana, Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 57, n.5, p. 435-442, 2020.

BELLO, P. B. **Em novos territórios**: um olhar sobre a migração venezuelana em Foz do Iguaçu. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Cultura e Fronteiras) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2021. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/handle/tede/5446>. Acesso em: 15 nov. 2021.

BEZERRA, C. B. **Distantes do Berço**: impactos psicológicos da imigração na infância. 2016. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/176662>. Acesso em: 17 jan. 2022.

BONADIO, R. A. A; MORI, N. N. R. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**: diagnóstico da prática pedagógica. Eduem: São Paulo, 2013.

BRANCO, M. L.; TORRONTÉGUY, M. A. A. O SUS na fronteira e o Direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 932-945, 2013. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/133>. Acesso em: 17 nov.2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.**

Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 jan. 2022.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Institui o Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1990. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 12 de jan. 2023.

_____. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. **Institui o Estatuto da Juventude.** Brasília (DF): Casa Civil, 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm. Acesso em: 12 mar. 2023.

_____. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. **Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância** e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília (DF): Secretaria Geral, 2016. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em: 12 de mar. 2023.

_____. Lei n. 13.445, de 24 de maio de 2017. **Institui a Lei de Migração.** Brasília (DF), 2017. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm. Acesso em: 06 jan. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). **Política Nacional de atenção integral à saúde da criança:** orientações para implementação. 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2021.

_____. **Decreto nº 10.282 de 20 de março de 2020**. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Brasília, 20 mar. 2020. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10282.htm

BRANDT, L. A. R. et al. Inflamação inflamatória multissistêmica pediátrica: estudo seccional dos casos e fatores associados Síndrome aos óbitos durante a pandemia de COVID-19 no Brasil, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, p. e2021267, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2021.v30n4/e2021267/pt/>. Acesso em: 06 jan. 2022.

BRITO, M. R. M. dos G. et al. **O direito da criança ao respeito, à participação e à liberdade em discursos de professores/as**. Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Rondonópolis, 2015. Disponível em: <https://ri.ufmt.br/handle/1/641>. Acesso em: 26 jan 2022.

BROOKS, S. K. et al. O impacto psicológico da quarentena e como reduzi-lo: revisão rápida das evidências. **The Lancet**, London, v. 395, n. 10227, p. 912-920, 2020. Disponível em: <https://evidenceaid.org/resource/impacto-psicologico-da-quarentena-e-como-reduzi-lo-na-covid-19/>. Acesso em: 12 jan. 2022.

CALMON, T. V. L. As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. **NAU Social**, Salvador, v. 11, n. 20, p. 131–136, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/36543>. Acesso em: 15 jan. 2022.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. As ciências da AIDS & a AIDS das ciências: o discurso médico e a construção da AIDS. **História Social da AIDS**, p. 207, 1994.

CANÇADO, T. C. L. **A vulnerabilidade social no contexto metropolitano de Brasília: um estudo de caso na UNAF (Areal-DF)**. 2013.

CANÇADO, T. C. L.; SOUZA, R. S. de; CARDOSO, C. B. de S. Trabalhando o conceito de Vulnerabilidade Social. XIX ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. **População, governança e bem-estar**. Brasília: Universidade de Brasília (DF), 2014. Disponível em: http://www.abep.org.br/~abeporgb/abep.info/files/trabalhos/trabalho_completo/TC-10-45-499-410.pdf. Acesso em: 14 fev.2022.

CARRARA, M. L. **Dificuldade de aprendizagem e vulnerabilidade social sob a percepção da comunidade escolar**. Dissertação (Pós-graduação em Educação e Direitos Humanos) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2016. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/Artigo-Mariane.pdf>. Acesso em: 24 fev.2022.

CARVALHO, R.A. S; SANTOS, V; MELLO, C. M. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo (SP), v. 49, n. 1, p. 5. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2015.v49/5/pt/>. Acesso em: 22 fev. 2022.

CASTELLI, A. C. et. al. **Cartilha Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19: pessoas migrantes, refugiadas, solicitantes de refúgio e apátridas**. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41690>. Acesso em: 22 fev. 2022.

CAVALCANTE, Z. V; SILVA, M. L. S da. A importância da revolução industrial no mundo da tecnologia. **Revistas Científicas UniCesumar**, Maringá, 2011. Disponível em: https://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/6395/1/zedequias_vieira_cavalcante2.pdf. Acesso em: 26 fev.2022.

CAVALCANTI, L; DE OLIVEIRA, W. F. 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**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 11-34, 2020. Disponível em:

https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/view/35907. Acesso em: 21 fev. 2022.

CHAMBERS, R. **Introdução editorial**: vulnerabilidade, enfrentamento e política, 1989.

Disponível em:

https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/9551/IDSB_20_2_10.1111-j.1759-5436.1989.mp20002001.x.pdf?sequence=1. Acesso em: 25 fev. 2022.

CHAVES, E; COSTA, L. F. Doutrina da Proteção Integral e o Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes. **Avances em Psicología Latinoamericana**, Bogotá, v. 36, n. 3, p. 477-491, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242018000300477. Acesso em: 15 fev. 2022.

CHAVES, J. A atuação da Defensoria Pública da União em favor de imigrantes durante a pandemia de covid-19: um relato de campo. **Migrações internacionais e a pandemia de Covid-19**. Campinas, NEPO/Unicamp e Observatório das Migrações de São Paulo, 2020.

Disponível

em: <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/75574/Migraciones%20internacionales%20y%20Covid-19.pdf?sequence=1#page=62>. Acesso em: 13 jan. 2022.

CHIARETTI, D; LUCHINI, N; CARVALHO, L. B. Mobilidade humana internacional em tempos de pandemia: reflexos da covid-19 nos direitos dos migrantes e refugiados. **Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro (RJ)**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 48, p. 59-90, 2020.

CIEGLINSKI, A. Infância refugiada: 10 mil crianças venezuelanas já entraram no Brasil.

Agência Brasil, 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2019-10/infancia-refugiada-10-mil-criancas-venezuelanas-ja-entraram-no>. Acesso em: 18 jan. 2022.

COLUCCI, M.G; TONIN, M. M. A pessoa em condição especial de desenvolvimento e a educação com direito fundamental social. XXII CONPEDI, 2013, Curitiba (PR). **Anais do XXII**, 2013.

COSTA, J. D. Crianças com deficiência e seus cuidadores durante a pandemia. **Informa SUS UFSCar**, 2020. Disponível em: <https://www.informasus.ufscar.br/criancas-com-deficiencia-e-seuscuidadores-durante-a-pandemia/>. Acesso em: 14 jan.2022.

CURY, M. J. F. Territorialidades transfronteiriças: as interconexões socioambientais, econômicas, políticas e culturais na tríplice fronteira Foz do Iguaçu (BR), Ciudad del Este (PY) e Puerto Iguazú (AR). **Territórios e Fronteiras: (Re)arranjos e perspectivas** Florianópolis (SC). Insular, 2011.

DANIEL, H. **Vida antes da morte**. 2. ed. ABIA: Rio de Janeiro, 1994, 61p.

FASANI, F; MAZZA, J. **Estar na linha de frente?** Trabalhadores imigrantes na Europa e a pandemia de COVID-19.2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10195694/>. Acesso em: 22 mar. 2022.

FEIGENBLATT, J. A. Imigração e infância em tempos de pandemia. **Coletivos, mulheres e crianças em movimentos:** na pandemia, do Podcast ao livro. Disponível em: www.researchgate.net/profile/Marcia-Gobbi/publication/349009481_Coletivos_mulheres_e_crianças_em_movimento_-_na_pandemia_do_podcast_ao_livro/links/601b465192851c4ed54909d2/Coletivos-mulheres-e-criancas-em-movimento-na-pandemia-do-podcast-ao-livro.pdf#page=281. Acesso em: 13 fev.2022.

FLORÊNCIO JÚNIOR, P.G; PAIANO R; COSTA A. S. Isolamento social: consequências físicas e mentais da inatividade física em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 25, n.1, p. 115, 2020.

FOZ DO IGUAÇU. Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. **A cidade/População**. 2020. Disponível em: <http://www.pmf.foz.gov.br/conteudo/?idMenu=1004>. Acesso em: 18 mar. 2023.

FOZ DO IGUAÇU. Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. **Unidade de Acolhimento – Casa De Passagem Para Adultos E Famílias I – Foz do Iguaçu (PR)**. 2023. Disponível em: <https://acolhimento.municipal.com.br/acolhimento-unidade-de-acolhimento-casa-de-passagem-para-adultos-e-familias-i-foz-do-iguacu-pr/>. Acesso em: 18 mar. 2023.

FRANÇA, E.B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, p. 46-60, 2017. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00046.pdf. Acesso em: 15 jun.2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A quarentena na covid-19: orientações e estratégias de cuidado**. 2020a. Disponível em:https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf. Acesso em: 10 out. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Pessoas migrantes, refugiadas, solicitantes de refúgio, apátridas**. 2020b. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41690/2/CartilhaMigranteRefugiados.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia**. 2020c. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia>. Acesso em: 16 dez. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid 19: crianças na Pandemia Covid-19**. 2020d. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/crianc%CC%A7as_pandemia.pdf. Acesso em: 4 jan. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-**

P). Rio de Janeiro, 13 jan. 2022. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/sim-p-covid-19-grave-criancas/>. Acesso em: 10 out. 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Crise migratória venezuelana no Brasil**: O trabalho do UNICEF para garantir os direitos das crianças venezuelanas migrantes. 2019a. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-](https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-brasil#:~:text=Um%20total%20de%2097%20professores,crian%C3%A7as%20e%20adolescentes%20foram%20matriculados)

[brasil#:~:text=Um%20total%20de%2097%20professores,crian%C3%A7as%20e%20adolescentes%20foram%20matriculados](https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-brasil#:~:text=Um%20total%20de%2097%20professores,crian%C3%A7as%20e%20adolescentes%20foram%20matriculados). Acesso em: 10 set. 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Mortalidade materna e na infância**: mulheres e crianças estão sobrevivendo cada vez mais. 2019b. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/mortalidade-materna-e-na-infancia-mulheres-e-criancas-estao-sobrevivendo-cada-vez-mais>. Acesso em: 29 out. 2021.

GAETA, R.; SILVEIRA JUNIOR, C.; OLIVEIRA, G. L., et al. A implantação da política municipal de saúde para imigrantes e refugiados na cidade de São Paulo/SP. **Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo**, p. 26, 2016. Disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34091/OPASBRA17011-por.pdf?sequence=5#page=41>. Acesso em: 22 jan. 2022.

GALINA, V. F. et al. A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. **Interface-Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 21, p. 297-308, 2017.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/bYJGXPKXXnjwvMtxcBX8MXP/?lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2022.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. v.29. Petrópolis: Vozes, 2010.

GONÇALVES, G. A criança como sujeito de direitos: limites e possibilidades. **Reunião científica regional da ANPED, UFPR**. Curitiba, 2016. Disponível em:

http://www.anpedsul2016.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2015/11/Eixo-5_GISELE-GON%C3%87ALVES.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

GORBALENYA, A. E. et al. **Coronavírus relacionado à síndrome respiratória aguda grave**: a espécie e seus vírus - uma declaração do Grupo de Estudos de Coronavírus. 2020. Disponível em: <https://www.biorxiv.org/Content/10.1101/2020.02.07.937862v1.full>. Acesso em: 12 jul. 2023.

GOROVITZ S. **Reflections on the vulnerable. Poverty, vulnerability and the value of human rights a global agenda for bioethics**. Genebra: Council for International Organizations of Medical Science, 1995.

GÖTZINGER, F. et al. COVID-19 in children and adolescents in Europe: a multinational, multicentre cohort study. **The Lancet Child & Adolescent Health**, London, v. 4, n. 9, p. 653-661, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7316447/>. Acesso em: 25 abr. 2022.

GRINBERG, L; GRINBERG, R. **Migración y Exilio**: Estudio psicoanalítico. Psicoanálisis, p.222, 1996.

GUEDES, F. B. et al. Os adolescentes portugueses e a igualdade de oportunidades dos migrantes. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, Lisboa, v. 10, n. 1, p. 95-105, 2019. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/38096/1/Adolescentes_portugueses.pdf. Acesso em: 26 fev.2022.

HABIBI, R. et al. Não viole o Regulamento Sanitário Internacional durante o surto de COVID-19. **The Lancet**, London, v. 395, n. 10225, p. 664-666, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30373-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30373-1/fulltext). Acesso em: 19 fev.2022.

HEYWOOD, C. **Uma história da infância**: da idade média à época contemporânea no ocidente. Trad. Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cp/a/TQgx5RMHkwGHdJXJtN6ynVg/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 24 jan. 2022.

HOFFMAM, F; CEOLIN, R. F. A tutela dos direitos humano-fundamentais dos imigrantes e nova lei de migração sob a ótica do acesso à justiça. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE)**, Bebedouro, v. 8, n. 1, p. 203-244, 2020. Disponível em: <https://fafibe.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/523>. Acesso em: 18 jan. 2022.

HON, K. L. et al. Overview: The history and pediatric perspectives of severe acute respiratory syndromes: novel or just like SARS. **Pediatric Pneumology**, [S.I], v. 55, n.7, p.1584-1591, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ppul.24810>. Acesso em: 15 fev. 2022.

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. v. 26. Cortez Editora, 2000.

IMOH, T. A. From the singular to the plural: Exploring diversities in contemporary childhoods in sub-Saharan Africa. **Childhood**, [S.I], v. 23, n. 3, p. 455-468, 2016. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0907568216648746>. Acesso em: 13 jan.2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em: 13 out. 2021.

INSTITUTO BUTANTAN. **Covid-19 já matou mais de 1.400 crianças de zero a 11 anos no Brasil e deixou outros milhares com sequelas**. 2022. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/covid-19-ja-matou-mais-de-1.400-criancas-de-zero-a-11-anos-no-brasil-e-deixou-outras-milhares-com-sequelas#:~:text=S%C3%ADndrome%20leva%20%C3%A0%20interna%C3%A7%C3%A3o%20e,quais%20722%20evolu%C3%ADram%20para%20%C3%B3bito>. Acesso em: 10 jan. 2022.

JAQUEIRA, M. M; DIALLO, M. A. **Migração Contemporânea na América Latina: Direito a ter Direitos**. Portal Eletrônico da UNILA, 2017.

JENG, M. J. Coronavirus disease 2019 in children: Current status. **Journal of the Chinese Medical Association**, Taiwan, v. 83, n. 6, p. 527-533, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7199766/>. Acesso em: 26 jan. 2022.

JODELET, D. Abordagem psicossociológica sobre ameaças e seus usos sociais. **Sociedade e Estado**, v. 34, n. 1, p. 287-305, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/9RKx5XjMdb98qHWfDrnDVxQ/?format=pdf&lang=pt> <<http://www.scielo.br/j/se/a/9RKx5XjMdb98qHWfDrnDVxQ/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2022.

KALICHMAN, A. O. **Vigilância Epidemiológica de AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas**. Dissertação (Mestrado) - São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1993. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/crt-19>. Acesso em 22 abr. 2022.

KATZMAN, R. Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social 5 Taller regional. **La medición de la pobreza: métodos y aplicaciones (continuación) Aguascalientes**, México, v. 6, p. 275-301, 2000.

KOUIDER, E. B; KOGLIN, U; PETERMAN, F. Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in Europe: a systematic review. **European Child & Adolescent Psychiatry**, [S.I.], v. 23, n.6, p.373-391, 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-013-0485-8>. Acesso em: 10 jan. 2022.

LOADES, M. E. et al. Rapid systematic review: the impact of social Isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. **The Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, [S.I.], v. 59, n.11, p.1218-1239, 2020. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856720303373>. Acesso em: 26 jan. 2022.

LUDWIG, S; ZARBOCK, A. Coronaviruses and SARS-CoV-2: a brief overview. **Anesthesia & analgesia**, Cleveland (EUA), 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7173023/>. Acesso em: 24 jan.2022.

MAMELUND, S. E. Social inequality – a forgotten factor in pandemic influenza preparedness. **Tidsskrift dennorskelegeforening**, 2023. Disponível em: <https://tidsskriftet.no/2017/05/global-helse/social-inequality-forgotten-factor-pandemic-influenza-preparedness>. Acesso em 02 fev. 2023.

MANN, M. A. The formation and development of individual and ethnic identity: insights from psychiatry and psychoanalytic theory. **The American Journal of Psychoanalysis**, [S.I], v. 66, n.3, p. 211-224, 2006. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11231-006-9018-2>. Acesso em: 24 jan. 2022.

MAGALHÃES, M; BARBOSA, A. A concepção de infância na visão Philippe Ariès e sua relação com as políticas públicas para a infância. **EXAMÃPAKU**, Universidade Federal de Roraima (RR), v. 1, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revista.ufr.br/examapaku/article/viewFile/1456/1050>. Acesso em: 06 jan.2022.

MARTIN, D; GOLDBERG, A; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 27, n.1, p. 26-36, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2018.v27n1/26-36/pt/>. Acesso em: 22 jan.2022

MEDEIROS, L. S. de. Os movimentos sociais como campo de pesquisa nas ciências humanas. **Revista Mundos do Trabalho**, Florianópolis, v. 4, n. 7, p. 7-31, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/1984-9222.2012v4n7p7>. Acesso em: 21 jan. 2022.

MEHTA, N. et al. Association of use of angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers with testing positive for coronavirus disease 2019 (COVID-19). **JAMA Cardiology**, [S.I.], 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/article->. Acesso em: 15 fev. 2022.

MELLO, F; VICTORA, C. G; GONÇALVES, H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil, 2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 2135-2145, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n7/2135-2145/>. Acesso em: 26 fev. 2022.

MELLO, S. A. Infância e humanização: algumas considerações na perspectiva histórico-cultural. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 83-104, 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/1630>. Acesso em: 01 mar. 2022.

MENÉNDEZ, E. L. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 109-118, 2016.

MEYER, D. E. E. et al. " Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1335-1342, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/k5gxyfQdHPLf9nBv6knHRvv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 dez. 2021.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MIRANDA, H. **Como fazer pesquisa com/sobre/para as crianças em tempos de pandemia do Covid-19?** Seminário Virtual. Canal: prioridade absoluta. 2020. Disponível em: <https://prioridadeabsoluta.org.br/>. Acesso em: 15 jan.2022.

MURAHOVSKI, J. Uma nova pediatria para crianças que vão viver 100 anos ou mais: a puericultura como ciência e arte em transição. **Pediatria (São Paulo)**, p. 286-288, 2006. Disponível em:<https://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Pediatria-Na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-Ci%C3%A2ncia-e/568203.html>. Acesso em: 18 dez. 2021.

NEUMANN, A. L. et al. Impacto da Pandemia por Covid-19 sobre a saúde mental de crianças e adolescentes: uma revisão integrativa. **Pandemias: impactos na sociedade**. Belo Horizonte: Synapse, p. 56-66, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Luciano-Pinto-2/publication/346440254_IMPACTO_DA_PANDEMIA_POR_COVID-19_SOBRE_A_SAUDE_MENTAL_DE_CRIANCAS_E_ADOLESCENTES_UMA_REVISAO_INTEGRATIVA/links/5fe8809592851c13fec4e137/IMPACTO-DA-PANDEMIA-POR-COVID-19-SOBRE-A-SAUDE-MENTAL-DE-CRIANCAS-E-ADOLESCENTES-UMA-REVISAO-INTEGRATIVA.pdf. Acesso em: 10 jan. 2022.

OLIVEIRA, J. V. de. Atravessar fronteiras e transpor barreiras: desafios e deslocamentos de crianças e adolescentes venezuelanos em Roraima-Brasil. **Revista Electrónica de Divulgación Científica de la Infancia y la Juventud- Desidades**, Rio de Janeiro (RJ); n. 30, p. 124-141, 2021.

OLIVEIRA, K. T. **O fluxo migratório dos venezuelanos retratado pelo Nexo Jornal à luz do Jornalismo para a Paz**. 2020. Dissertação de Mestrado (Bauru-SP). Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/202507>. Acesso em 29 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Demanda novo acordo global sobre refugiados**. 2020. Disponível em: <https://pt.unesco.org/covid19/educationresponse/globalcoalitionpt.unesco.org/news/covid->

19-como-coalizao-global-educacao-da-unesco-esta-lidando-com-maior-interruptao-das-oes em 2017. Acesso em: 16 dez. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Coronavirus disease 2019 (Covid-19).**

Situation Report. 2020a. Disponível em:

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/situation-reports>. Acesso em: 06 dez. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório de situação do novo**

coronavírus2020. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde, 2020b. Disponível em <https://royalsocietypublishing.org/doi/full/10.1098/rstb.2020.0265#RSTB20200265C1R>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Histórico da pandemia de COVID-19**. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 29 out. 2021.

OROZCO, C. S; ONAGA, M; LARDEMELLE, C. Promoting academic engagement among immigrant adolescents through school-family-community

collaboration. **Professional School Counseling**, v. 14, n. 1, 2018. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2156759X1001400103>. Acesso em: 03 jan.2022.

PAIM, J. **O que é o SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

PASTORE, M. N. Infâncias, crianças e travessias: em que barcos navegamos? **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 29, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/YH4Ln7JjzzQn3CdhCskYpCz/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 18 jan. 2022

PERREIRA, K. M; ORNELAS, I. J. The physical and psychological well-being of

immigrant children. **The Future of Children**, v. 21, n.1, p. 195-218, 2011. Disponível em:

<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt->

BR&as_sdt=0%2C5&q=PERREIRA%2C+K.+M.%2CORNELAS%2C+I.+J.+The+physic
al+and+psychological+well-
being+of+immigrant+children.+The+Future+of+Children%2C+&btnG=. Acesso em: 22
fev. 2022.

PINTO, M. **A infância como construção social**. p. 33- 79, 1997.

PINTO, L. C; OBREGON, M.F. Q. A crise dos refugiados na Venezuela e a relação com o
Brasil. **Derecho y Cambio Social**, Lima, n.1, p. 1-21, 2018. Disponível
em:[https://www.derechoycambiosocial.com/revista051/A_CRISE_DOS_REFUGIADOS_
NA_VENEZUELA.pdf](https://www.derechoycambiosocial.com/revista051/A_CRISE_DOS_REFUGIADOS_NA_VENEZUELA.pdf). Acesso em: 10 jan.2022.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório
Anual**. 2017. Brasília: PNUD. Disponível em: <http://relatorio.binn.com.br>. Acesso em: 27
jan.2022.

RAFFOUL, J. **A vulnerabilidade da criança venezuelana em busca de refúgio no
Brasil**: fatalidade ou possibilidade de mitigação? Dissertação (Especialização) - Centro
Universitário de Brasília – UniCEUB, 2019. Disponível em:
<https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/14512>. Acesso em: 22 fev.2022.

RAMOS, N. Desafios globais contemporâneos da comunicação e da saúde das populações
migrantes e refugiados. **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**, São
Paulo, v. 19, n. 35, 2020, p. 38-49. Disponível em:
<https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/10554>. Acesso em: 14 de Jun 2023

RISSON, A. P; MATSUE, R. Y; LIMA, A. C. C. Atenção em Saúde aos imigrantes
haitianos em Chapecó e suas dimensões étnico-raciais. **O social em questão**, Rio de
Janeiro, v. 21, n. 41, p. 111-130, 2018.

ROCHA, L. S; CALGARO, C; SOBRINHO, L. L. P. **COVID-19**: Democracia e poder.
Itajaí – SC. UNIVALI, 2020. Disponível em: [https://www.univali.br/vida-no-
campus/editora-univali/e-books/Documents/ecjs/E-book%202020%20COVID-](https://www.univali.br/vida-no-campus/editora-univali/e-books/Documents/ecjs/E-book%202020%20COVID-)

19%20%E2%80%93%20DEMOCRACIA%20E%20PODER.pdf.Acesso em: 12 nov. 2021.

RODRIGUES, I. A; CAVALCANTE, J. R.; FAERSTEIN, E. Pandemia de Covid-19 e a saúde dos refugiados no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, 2020.Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/physis/a/KJshrr5QR8hXFFRqhy6Qv3g>.Acesso em: 22 jan.2022.

SAETA, B. R. P. História da Criança e do Adolescente no Brasil. In: **VIII Congresso Luso-Afro-brasileiro de Ciências Sociais**. Coimbra, p. 1-12, 2004. Disponível em:
<https://www.ces.uc.pt/lab2004/inscricao/pdfs/painel23/beatrizSaeta.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2022.

SANTOS, H. S; MEDEIROS, A. A. Migração e acesso aos serviços de saúde: a necessidade da pauta intercultural para o cumprimento dos direitos humanos. **XV Semana de Relações Internacionais**, p. 1-19, 2017.

SANTOS, F. V. dos. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.23, n. 2, p. 477-494, 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/58z9csfWSTJnw9dnqnvfmfQb/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **DC Pneumologia**. Residência Pediátrica. v. 10, n.2, p. 154-167, 2020. Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatria.com.br/pdf/v10n2a25.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SHEKERDEMIAN, L.S. et al. Características e resultados de crianças com infecção por doença de coronavírus 2019 (COVID-19) internadas em unidades de terapia intensiva pediátrica dos EUA e Canadá. **JAMA Pediatría**, [S.I], v. 174, n. 9, pág. 868-873, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2766037>. Acesso em: 23 jan.2022.

SCHUMANN, I.A **multidimensionalidade da construção teórica da vulnerabilidade: análise histórico-conceitual e uma proposta de índice sintético**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) – Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares, Universidade de Brasília, Brasília (DF). 2014.

SILVA, D. I. da. et al. Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência das iniquidades sociais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 58-66, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40842428008.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2021.

SILVA-SOBRINHO, R. A. et al. Enfrentando a COVID-19 em uma região de fronteira internacional: saúde e economia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/H4fqkQHNBCkrVqdDxtxyvWj/?lang=en&format=html>. Acesso em: 13 jan. 2022.

SILVA, E. A da; OLIVEIRA, V.R de. **Proteção de crianças e adolescentes no contexto da pandemia da Covid-19: consequências e medidas necessárias para o enfrentamento**. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10041>. Acesso em: 10 jun. 2023.

SMITH, J; DAYNES, L. Borders and migration: an issue of global health importance. **The Lancet Global Health**, London, v. 4, n. 2, p.85-86, 2016. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)00243-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)00243-0/fulltext). Acesso em: 28 dez. 2021.

SOARES, J. A. **A saúde pública na tríplice fronteira: estrutura de atendimento e estratégias de usuários fronteiriços para acesso à saúde**. 2017. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/handle/tede/2981>. Acesso em: 24 out. 2021.

TAVARES, M. D. F. L; ROCHA, R. M. D; BITTAR, C. M. L; PETERSEN, C. B; ANDRADE, M. D. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a

necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.6, p. 1799-1808, 2016.

TEBAR, W. B. C; MACHADO, E. D. Os migrantes e refugiados, os impactos da covid-19: resposta, por meio de planos e dados. **Colloquium Socialis**, Presidente Prudente, v.4, n.4, p.148-162, 2020. Disponível em: <https://journal.unoeste.br/index.php/cs/article/view/3774>. Acesso em: 15 dez.2021.

TUMMALA-NARRA, P. A identidade cultural no contexto do trauma e da imigração na perspectiva psicanalítica. **Psicologia Psicanalítica**, [S.I], v. 31, n. 3, p. 396, 2014.

ULLAH, A; NAWAZ, F; CHATTORAJ, D. Locked up under lockdown: The COVID-19 pandemic and the migrant population. **Social sciences & humanities open**, Holanda, v. 3, n. 1, p. 100126, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S259029112100022X>. Acesso em: 15 dez.2021.

VENTURA, R. N. et al. Condições de vida e mortalidade infantil no município do Embu, São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo (SP), v. 26, n. 3, p. 251-257, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/C6NGjVHh7Yp4dhTWrqxfr8P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jan.2022.

VIGNOLI, J. R. Segregación residencial socioeconómica:¿ qué es?,¿ cómo se mide?,¿ qué está pasando?,¿ importa?. **Cepal**, 2001.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 21 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 1998: Life in the 21st century a vision for all. In: **The world health report 1998: life in the 21st century A vision for all**. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public.** 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>. Acesso em: 19 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preparedness, prevention and control of coronavirus disease (Covid-19) for refugees and migrants in non-camp settings: interim guidance,** 17 April 2020. World Health Organization, 2020b.

ZIMMERMANN, P; CURTIS, N. COVID-19 in children, pregnancy and neonates: a review of epidemiologic and clinical features. **The Pediatric infectious disease journal,** [S.I], v. 39, n. 6, p. 469, 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada(o) participante,

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa **“Cuidados da saúde infantil entre famílias imigrantes em tempos de pandemia”**, da pesquisadora Eliana Gonçalves Coimbra, sob orientação da Prof^a Dra. Rosane Meire Munhak da Silva. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa que tem a função de proteger eticamente o participante da pesquisa.

Este estudo tem por objetivo compreender a configuração dos cuidados de saúde da criança em tempos de pandemia na perspectiva das famílias imigrantes.

Você está sendo convidada (o) a participar da pesquisa, pois é um cuidador parental de uma criança imigrante. A sua participação consistirá em responder a algumas perguntas e/ou conversar com a pesquisadora a respeito do acesso aos serviços de atenção primária e dos cuidados ofertados para promoção da saúde e prevenção de agravos à criança.

Você não terá nenhum gasto com a pesquisa e não será remunerada (o) por sua participação, que deve ser voluntária. Sendo assim, não existe obrigatoriedade em participar deste estudo e você está livre para decidir se quer ou não participar, bem como, para se retirar a qualquer momento. Você não será penalizada (o) de nenhuma forma caso não queira participar. Mesmo que já tenha começado a responder as perguntas, você poderá parar a qualquer momento. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você apresentadas. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meios de contato descritos neste termo. Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme a resolução 466/2012 e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa.

Os riscos decorrentes desta pesquisa são mínimos, uma vez que será apenas conduzida entrevista e os nomes dos participantes não serão identificados, sendo mantidos em anonimato. A entrevista será conduzida em local privativo, com presença apenas da pesquisadora. Caso você sinta-se desconfortável, cansada (o) ou constrangida (o), há a opção de interromper a entrevista a qualquer momento. Os benefícios esperados com esta pesquisa são de corroborar para a manifestação de ações inovadoras e o aprimoramento do cuidado a criança imigrante, minimizando as dificuldades que surgem em sua busca por assistência à saúde na cidade fronteira de Foz do Iguaçu-PR.

Informamos ainda que os resultados desta pesquisa têm objetivos acadêmicos/científicos e serão divulgados na dissertação da pesquisadora e em artigos científicos, bem como, serão disponibilizados para o gestor deste município.

Caso você queira se comunicar com a pesquisadora o endereço é: Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Foz do Iguaçu, Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300, Jardim Universitário, Cep: 85.851-100, Telefone: (45) 99128-1222. Caso você precise informar algum fato ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar a pesquisadora, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 8h as 15h30, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na Rua Universitária, 1619, bairro Universitário, Cascavel-PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via internet pelo *e-mail*: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Este documento que você vai assinar contém 1 página. Você deve firmar com a mesma assinatura registrada no cartório (caso tenha). Este documento está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua e a outra da pesquisadora. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Foz do Iguaçu, __/__/____

APÊNDICE II: Caracterização das famílias imigrantes participantes da pesquisa

Identificação da Família:	
Residentes em Foz do Iguaçu:	
Pai () Mãe () Filhos () Quantos?..... Outros membros da família:	
Residem na mesma casa? () Sim () Não	
Idade: Pai: Mãe: Filhos: Outros:	
País de origem:	Há quanto tempo chegou ao Brasil?
Membros da família que participarão da entrevista:	
Pessoas que possuem trabalho formal na casa:	
Qual trabalho?	
Pessoas que possuem trabalho informal na casa:	
Qual trabalho?	
Renda familiar:	
Auxílio do governo: () Sim () Não Qual:	
Residência: () Própria () Alugada () Cedida () Invasão () Outra Qual:	
Utilizam o sistema público de saúde? () Sim () Não Qual:	

APÊNDICE III: Instrumento de coleta de dados – Roteiro para conversar

Questões norteadoras: *Como as famílias imigrantes organizam o cuidado à saúde dos filhos? Quais as vulnerabilidades dessas famílias em tempos de pandemia da COVID-19?*

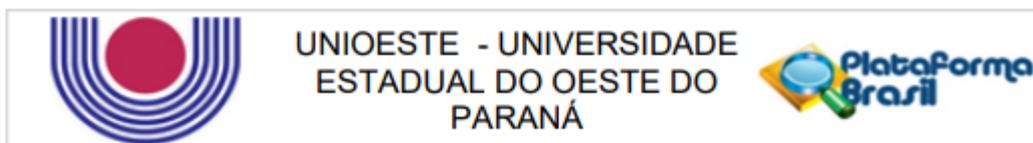
Processo migratório	<ul style="list-style-type: none"> - Conte-me sobre a migração de sua família. Por que a escolha por Foz do Iguaçu? - Me fale como é experimentar essa nova realidade em outro país. - Quais fatores motivaram a saída de seu país? - Pretendem retornar ao seu país de origem? Por quê? - Fale-me sobre a composição familiar. Vocês têm filhos nascidos no Brasil? - Vocês enfrentam dificuldades na condição de imigrante no Brasil? Fale-me sobre essas dificuldades.
Assistência social	<ul style="list-style-type: none"> - Vocês recebem assistência do serviço social brasileiro? Que tipo de assistência? - Como vocês consideram o atendimento dos serviços de assistência social? - Conte-me quais são os problemas identificados no cotidiano de sua família. - De que forma vocês resolvem esses problemas? Como a família se organiza? - Vocês têm famílias e ou indivíduos (fora do serviço de assistência social) que os ajudam? De que forma é essa ajuda? - Algum membro da família tem trabalho fixo e remunerado atualmente? Se sim, foi difícil para conseguir? Fale-me um pouco sobre isso. - Caso não tenha trabalho remunerado, como a família mantém o sustento cotidiano?
Cultura e crenças	<ul style="list-style-type: none"> - Fale-me sobre as práticas/costumes que sua família mantém para o cuidado dos filhos. - Fale-me se você costuma trocar experiências de cuidado à saúde com outras mães de sua nacionalidade. - Conte-me se já trocou experiências ou ações de cuidados com mães brasileiras. - Vocês acreditam que, ao ter em casa uma criança doente, esse evento possa causar dificuldades para a família? Quais são elas? - A cultura e tradição de seu povo influenciam nas práticas e/ou cuidados de saúde da criança? - Diga-me se esses costumes são baseados em crenças religiosas, populares ou receitas caseiras. Esse manejo substitui o atendimento de um profissional de saúde? Por quê?
Assistência à saúde em serviços de atenção primária	<ul style="list-style-type: none"> - Sempre que seus filhos precisam, vocês conseguem atendimento no posto de saúde? - Fale-me sobre esse atendimento. Vocês encontram barreiras ao buscar atendimento para seu filho? Conte-me se houve e quais foram as situações que causaram desconforto ao buscar atendimento de saúde. - Fale-me como é a comunicação com os profissionais do posto de saúde. - O idioma dificulta ou causa equívocos de interpretação? - Quais são os serviços públicos de saúde que você mais acessa para o cuidado de seu filho em Foz do Iguaçu? Faz puericultura? Vacinas? Dentista? Recebe suplementos vitamínicos? Outros... - Conte-me como esses serviços são ofertados e quais diferenças vocês encontram em relação ao seu país de origem. Em relação ao acesso as consultas, a puericultura, o esquema vacinal, dentista, etc. - Para você, existe distinção no atendimento às crianças brasileiras e imigrantes? Consegue identificá-las e nos dar exemplos? - Você pode nos contar, por relevância, quais dificuldades você percebe que o imigrante encontra no cuidado à saúde da criança no Brasil? - Você confia nos profissionais de saúde que atendem seu filho? Para você, eles conhecem a história de vida e saúde do seu filho? - Se você pudesse indicar melhorias no atendimento à saúde da criança imigrante, quais seriam? E por quê?
Assistência às urgências e emergências	<ul style="list-style-type: none"> - Descreva se a UPA foi acessada para o atendimento ao seu filho? Em qual situação? - Seu filho já apresentou agravos à saúde? Como foi resolvido o problema? - Em Foz do Iguaçu, seu filho já precisou ser hospitalizado? Fale-me dessa experiência. - Você se sente amparada, no que diz respeito ao atendimento do seu filho, pelos serviços públicos ofertados ao imigrante em Foz do Iguaçu?

	<ul style="list-style-type: none"> - Vocês encontram barreiras para acessar os serviços de urgência e emergência para seu filho? Se sim, quais foram essas barreiras? - Você gostaria de sugerir melhorias para o atendimento de urgência ao imigrante?
Pandemia da COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> - O processo migratório de sua família ao Brasil ocorreu em período de pandemia? - O que vocês entendem sobre essa pandemia? - A COVID-19 provocou mudanças na rotina da sua família, sobretudo para o cuidado da criança? Quais foram? - Com relação ao seguimento da saúde do seu filho no posto de saúde, houve mudanças com a pandemia da COVID-19? Se sim, fale-me sobre essas mudanças. - Sua família foi afetada pela pandemia? (Situação financeira, moradia, saúde, etc) - Sua família está imunizada contra a COVID-19? - Alguém da sua família foi afetada pela COVID-19? Qual a situação de saúde desse indivíduo? - Quais medidas de proteção sua família adotou contra a COVID-19?

Legenda: Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

ANEXOS

ANEXO I: Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidados da saúde infantil entre famílias imigrantes em tempos de pandemia

Pesquisador: Rosane Meire Munhak da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58883322.6.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.440.262

Apresentação do Projeto:

"A imigração é um fenômeno crescente em todo o globo, fomentado ainda mais neste período de pandemia da COVID-19, evento que transformou as relações e exigiu um nível de atenção mundial com profundas fissuras entre as populações, sobretudo entre os segmentos mais vulneráveis. A situação de famílias imigrantes no Brasil é permeada por um processo de desigualdades sociais, financeiras, humanas e de acesso à saúde. No cenário ora vivenciado pela pandemia, a continuidade dos cuidados à criança, especialmente de famílias imigrantes, aponta para a evasão na busca por atendimentos de promoção e prevenção, tanto por parte das famílias quanto na oferta pelos profissionais e serviços de saúde. Diante do exposto, este projeto de pesquisa buscará compreender a configuração dos cuidados de saúde da criança em tempos de pandemia na perspectiva das famílias imigrantes. Para tanto, será realizada uma pesquisa descritiva, exploratória de abordagem qualitativa, com famílias imigrantes no município de Foz do Iguaçu, PR. Serão realizadas entrevistas em profundidade com as famílias e a análise dos dados compreenderá a interpretação de Sentidos. Espera-se com este estudo compreender e analisar o processo de fragilização social que a família imigrante enfrenta em municípios de fronteira, em especial no que concerne às ações de promoção da saúde infantil e prevenção de agravos. A partir dessa análise espera-se construir e reestruturar estratégias para assistir integralmente à saúde da criança imigrante e reduzir suas vulnerabilidades."

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

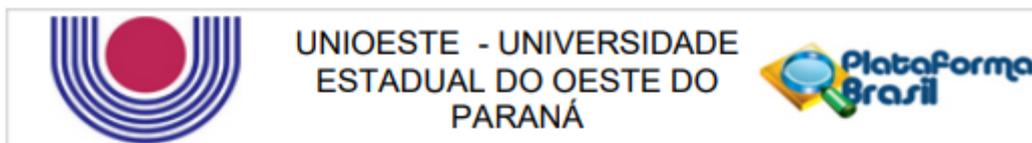
CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 5.440.262

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

- Compreender a configuração dos cuidados de saúde da criança em tempos de pandemia na perspectiva das famílias imigrantes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apreender as experiências das famílias imigrantes para promover a saúde dos filhos e prevenir agravos;
- Descrever as preocupações e vulnerabilidades de famílias imigrantes para o cuidado do filho em tempos de pandemia da COVID-19;
- Analisar a rede de apoio social às famílias imigrantes para o cuidado da criança em tempos de pandemia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

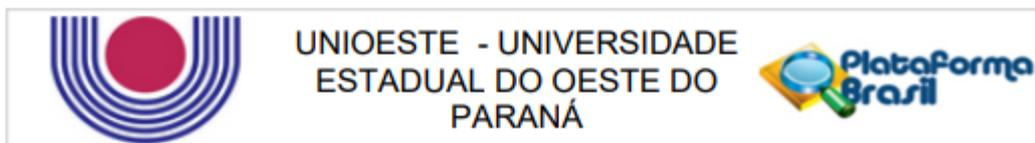
Riscos:

"A entrevista será conduzida em local privativo e/ou por meio remoto, com a presença apenas do pesquisador..." "Por envolver apenas entrevista com as famílias, a pesquisa compreenderá riscos mínimos, considerando o constrangimento, cansaço, tristeza, receio ou ansiedade no momento de discorrer sobre os eventos relacionados a busca por atenção à saúde dos filhos. Neste momento, para amenizar esses riscos, o pesquisador se mostrará disposto a apoiá-lo; a dar um momento para o participante se reestabelecer psicologicamente; permitir o agendamento de uma nova data para a entrevista; e até mesmo interromper a entrevista, caso o participante prefira não continuar."

Benefícios:

"Ao buscar entender como as práticas de cuidados a criança imigrante são concebidas em lócus público e quais estratégias são constituídas para se reconhecer e acolher as demandas e necessidades desse segmento infantil em tempos de COVID-19, em detrimento ao sentimento de não pertencimento dessa representação na busca por cuidados de saúde, pretende-se contribuir no processo de ruptura de um círculo constante de invisibilidade e exclusão dessa população, o que facultaria no estabelecimento da equidade e no fortalecimento de vínculos entre profissionais e população. Visto que o SUS tem como premissa consolidar, por meio da universalização do acesso e a garantia da integralidade, a equidade nos atendimentos públicos, reconhecendo os usuários como sujeitos com direito a saúde." "Assim, espera-se que este estudo possa corroborar

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069	CEP: 85.819-110
Bairro: UNIVERSITARIO	
UF: PR	Município: CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3092	E-mail: cep.prpgg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 5.440.262

para a manifestação de ações inovadoras e o aprimoramento do cuidado a criança migrante abarcando as dificuldades que surgem em sua busca por uma assistência que, muitas vezes, é pautada em um padrão de atendimento que seleciona por classe, raça, gênero e geração, e que desconsidera a criança como um sujeito de direitos (PASTORE, 2021).

"Nesse contexto, é possível, ainda, obter-se o risco de não alcançar a profundidade exata desses sentimentos ou anseios da criança migrante, haja vista a dinâmica trazida pela COVID-19 e seus contrastes. No entanto, por meio dessa interpretação, podem surgir novas ações que venham implantar uma política pública sem acarretar barreiras e que suporte as dimensões emanadas dos sentimentos dessa população quando impelida a recorrer a um atendimento que está embutido numa rotina profissional de atividades, que nem sempre, vislumbram a diversidade, mas ao contrário, revelam dispositivos promotores de desigualdades."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Dissertação de Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira, Unioeste Foz do Iguaçu, Pesquisa de relevância para área da Ciências da Saúde, Saúde Coletiva, Saúde Pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de Rosto – de acordo;
2. TCLE - de acordo.
3. Termo de Ciência do estudo de campo: de acordo
4. Instrumento de Coleta de Dados: de acordo
5. Termo de não início da coleta de dados: de acordo.
6. Termo de Dados de Arquivo: de acordo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Relembramos a necessidade o relatório parcial/final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1949830.pdf	20/05/2022 15:45:19		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	17/05/2022 15:00:40	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

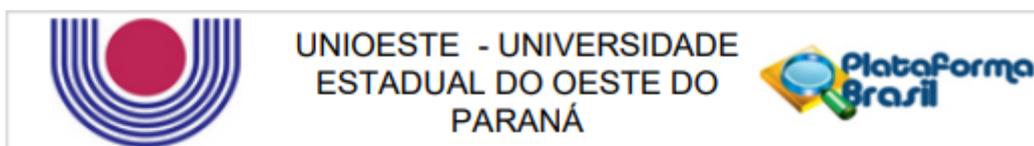
CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 5.440.262

Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesq_nao_iniciada.pdf	17/05/2022 10:41:52	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_saude.pdf	17/05/2022 10:39:28	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_final.docx	17/05/2022 10:38:56	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/05/2022 10:38:22	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 31 de Maio de 2022

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069
 Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110
 UF: PR Município: CASCADEL
 Telefone: (45)3220-3092 E-mail: cep.prppg@unioeste.br

ANEXO II – Comprovante de submissão à Physis – Revista de Saúde Coletiva

Manuscrito **PHYSIS**-2023-0148 submetido à **Physis** Revista de Saúde Coletiva | Manuscript **PHYSIS**-2023-0148 successfully submitted

AG

Ana Sílvia Gesteira <onbehalf@manuscriptcentral.com>

Para: Você

Cc: Você; eliana_coimbra@yahoo.com.br; reisobrinho@yahoo.com.br; aazilly@hotmail.com



Ter, 25/07/2023 16:04

[Versão em português | English version below]

Prezado(a) Rosane Meire Munhak Silva,

Seu manuscrito intitulado "Processo migratório no Brasil experienciado por famílias em vulnerabilidade social" foi submetido com sucesso à **Physis** Revista de Saúde Coletiva.

O código identificador da submissão é **PHYSIS**-2023-0148. Ele deverá ser utilizado nas correspondências relativos ao manuscrito.

Você pode checar a situação de sua submissão a qualquer momento acessando o portal ScholarOne (<https://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>) com seu login e senha.

Caso haja alguma alteração de seus dados cadastrais, por gentileza, acesse o portal e edite-os conforme a necessidade.

Agradecemos seu interesse em publicar pela **Physis** Revista de Saúde Coletiva.

Atenciosamente,

Setor de Publicações
Physis Revista de Saúde Coletiva

ANEXO III – Comprovante de submissão à Revista Saúde em Debate

[SD] Agradecimento pela submissão

M Mariana Chastinet via Saúde em Debate <saudeemdebate-bounces@emnuvens.com.br>
Para: Você

Seg, 24/07/2023 18:14

Rosane Meire Munhak Silva,

Agradecemos a submissão do trabalho "Processo migratório, cuidado à saúde e a pandemia da COVID-19: Migração, saúde e pandemia" para a revista Saúde em Debate. Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/authorDashboard/submission/8815>

Login: rosanemeire

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Editoras científicas

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Ana Maria Costa

Leda A. V. N. de Gouvêa

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato