O Boletim de Conjuntura (BOCA) publica ensaios, artigos de revisão, artigos teóricos e empíricos, resenhas e vídeos relacionados às temáticas de políticas públicas.

O periódico tem como escopo a publicação de trabalhos inéditos e originais, nacionais ou internacionais que versem sobre Políticas Públicas, resultantes de pesquisas científicas e reflexões teóricas e empíricas.

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratizacão mundial do conhecimento.



BOLETIM DE CONJUNTURA

BOCA

Ano VI | Volume 19 | Nº 57 | Boa Vista | 2024

http://www.ioles.com.br/boca

ISSN: 2675-1488

https://doi.org/10.5281/zenodo.14029461

BOLETIM DE CONJUNTURA

www.ioles.com.br/boca

CUIDADO DA SAÚDE DA CRIANÇA NA EXPERIÊNCIA DE FAMÍLIAS EM PROCESSO MIGRATÓRIO

Eliana Gonçalves Coimbra[1]

Gabriela Dominicci de Melo Casacio[2]

Suzana I. Segura-Muñoz[3]

Reinaldo Antônio da Silva-Sobrinho[4]

Rosane Meire Munhak da Silva[5]

Resumo

A realidade complexa e multifacetada do processo migratório revela muitos desafios que impactam a vida e a saúde das famílias, sobretudo das crianças que se encontram vulnerabilizadas. Este estudo teve por objetivo apreender as experiências de famílias migrantes internacionais para promover a saúde dos filhos e prevenir agravos. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, fundamentada no conceito de Vulnerabilidade. Realizou-se entrevistas em profundidade com 15 famílias migrantes internacionais, entre maio e dezembro de 2022. Para a análise dos dados utilizou-se a Interpretação de Sentidos, sendo identificadas três diferentes categorias de análise: Demandas e Facilidades na Atenção à Saúde da Criança Migrante; Contrastes na Assistência à Saúde da Criança: Oportunidades e Fragilidades no Acesso aos Serviços de Saúde no Brasil em Relação aos Países de Origem; e Presença de Elementos Culturais na Prática do Cuidado à Saúde da Criança. Apreendeu-se que a cobertura assistencial dos serviços de saúde brasileiro é adequada, bem como acolhimento e humanização do cuidado à saúde de crianças migrantes, mas situações como morosidade nos atendimentos, diferenças por ser estrangeiro, impaciência para compreender o idioma, falta de confiança e receptividade estiveram presentes na assistência a essa população. Conclui-se, portanto, que é fundamental implementar políticas e oportunidades que atendam às particularidades culturais e às necessidades específicas dessa população, principalmente durante o processo de adaptação ao novo país.

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

Abstract

The complex and multifaceted reality of the migration process reveals many challenges that impact the lives and health of families, especially the children who are vulnerable. This study aimed to understand the experiences of international migrant families to promote the health of their children and prevent health issues. It is an exploratory research with a qualitative approach, grounded in the concept of Vulnerability. In-depth interviews were conducted with 15 international migrant families between May and December 2022. For data analysis, the Interpretation of Meanings method was used, identifying three different categories of analysis: Demands and Facilitators in the Health Care of Migrant Children; Contrasts in Health Care for Children: Opportunities and Fragilities in Accessing Health Services in Brazil Compared to Countries of Origin; and Presence of Cultural Elements in the Practice of Health Care for Children. It was found that the coverage of health services in Brazil is adequate, as is the welcoming and humanization of care for migrant children. However, issues such as delays in service, differences faced as foreigners, impatience in understanding the language, lack of trust, and receptiveness were present in the care provided to this population. Therefore, it is concluded that it is essential to implement policies and opportunities that address the cultural particularities and specific needs of this population, especially during the process of adapting to a new country.

Keywords: Border Health; Childcare; Emigration and Immigration; Family.

[1] Mestre em Saúde Pública em Região de Fronteira pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). E-mail: eliana_coimbra@yahoo.com.br

[2] Doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). E-mail: gabrieladominicci@gmail.com

[3] Professora da Universidade de São Paulo (USP). Doutora em Ciências. E-mail: susis@eerp.usp.br

[4] Professor da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Doutor em Ciências. E-mail: reisobrinho@yahoo.com.br

[5] Professora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Doutora em Ciências. E-mail: zanem2010@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O processo migratório é frequentemente motivado pela busca de melhores condições de vida e oportunidades, porém, muitas vezes, é marcado por uma dimensão coletiva de adversidades que emergem durante essa transição. Nesse processo, protagonizar a proteção da família nem sempre está vinculado a uma trajetória de vida individual. Pelo contrário, as vulnerabilidades múltiplas sobrecarregam a experiência migratória e exigem, além do esforço pessoal, a responsabilidade do Estado. A superação dos desafios que surgem demanda tanto empenho quanto organização familiar.

Para a criança, a migração é marcada pela submissão a uma realidade desafiadora, repleta de dificuldades ao deixar seu ambiente familiar. A sua saúde física e mental poderá sofrer as consequências das condições vulneráveis a que será submetida. Portanto, compreende-se que a criança que vivencia o trânsito migratório quase sempre é colocada em uma condição de desigualdade social e em circunstâncias de vulnerabilidades.

Essas crianças ficam expostas a experiências que podem produzir um impacto significativo no seu desenvolvimento cerebral, fragilizando a construção e a elaboração das emoções, da aprendizagem e do comportamento. É nesta fase que elas arquitetam suas habilidades cognitivas e emocionais para enfrentar o mundo de forma independente, reelaborando de forma criadora as novas situações experienciadas.

A infância é considerada o período essencial para o desenvolvimento do ser humano, desse modo, em todo o globo, são necessários mais debates para garantir que a criança possa crescer em segurança e se desenvolver de forma plena. Os direitos das crianças à saúde e aos cuidados de saúde foram inclusos na Convenção da Organização das Nações Unidas, a qual considera que a criança precisa ser sustentada por um princípio de não discriminação, e isto implica em garantir seus direitos, independentemente do status legal. O Comitê Permanente dos Direitos da Criança esclarece que os direitos citados na Convenção se aplicam a todas as crianças que vivem em determinado país, incluindo aquelas que requereram asilo, as refugiadas e migrantes.

No Brasil, uma importante conquista dos direitos infantis foi a Lei do Marco Legal da Primeira Infância, que estabeleceu o desenvolvimento de políticas públicas, programas e serviços para assegurar o desenvolvimento integral das crianças. Importante destacar que, no que se refere aos migrantes, a Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017) descreve a garantia de acesso aos serviços públicos de saúde, de assistência social e à previdência social, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória. Portanto, torna-se premente garantir cuidados integrais a criança migrante,

independentemente do contexto vivenciado, para assim, assegurar que essa criança desenvolva todo o seu potencial.

Somado às fragilidades para o desenvolvimento infantil, o processo migratório pode desencadear prejuízos para o cuidado físico/biológico da saúde da criança, que inclui o acesso aos atendimentos médicos e hospitalares, medicamentos, imunização, assistência odontológica, entre outros. Essas situações, já identificadas na literatura nacional e internacional, podem produzir um impacto direto na qualidade de vida dessas crianças e de suas famílias. Isso acontece porque ao procurar por ações de promoção da saúde e prevenção de agravos aos filhos, ou mesmo para o tratamento de problemas já consolidados no novo território, as famílias migrantes poderão se deparar com situações vulneráveis, que incluem preconceito, discriminação, barreiras linguísticas e burocráticas que tornam o cuidado à saúde do filho uma difícil realidade.

As vulnerabilidades nesse contexto surgem em uma relação sistêmica com os riscos e danos à saúde, nas esferas familiar e individual, nos territórios e nos serviços de saúde ou sociais, que podem ou não estar acessíveis. Assim, dimensionar as vulnerabilidades de migrantes internacionais, especialmente das crianças, promove a compreensão dos caminhos que elas encontram para enfrentar os desafios e os fatores que as colocam em situação de vulnerabilidade.

Por compreender que a saúde das crianças de famílias migrantes internacionais são expostas as situações vulneráveis emanadas pelo processo migratório, em um primeiro momento, este estudo destacou a importância de conhecer a experiência das famílias migrantes no cuidado com a saúde de seus filhos, ao chegar no novo país, especialmente na busca por ações de promoção da saúde e prevenção de agravos oferecidas pelos serviços públicos brasileiros, tendo em vista a relevância do desenvolvimento infantil e do cuidado à saúde. Para explicitar esse cenário, firmou-se como objetivo de estudo apreender as experiências de famílias no processo migratório para promover a saúde das crianças e prevenir agravos.

O referencial teórico detalhou o conceito de vulnerabilidades, ressaltando que, muitas vezes, as famílias migrantes não são vulneráveis, mas se encontram vulnerabilizadas pela situação de migração, seja no componente individual, social ou programático/institucional, as quais permanecem constantemente interligadas. Além disso, o referencial discorreu sobre a problematização da situação da criança no contexto migratório e as condições de vulnerabilidades a que está exposta, trazendo experiências nacionais e internacionais, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, todas quais concretizam as Vulnerabilidades em Saúde.

A pesquisa exploratória de abordagem qualitativa foi o método empregado para concretizar o fenômeno do estudo, cuja coleta de dados aconteceu por meio de entrevistas em profundidade com

famílias migrantes internacionais, domiciliadas no momento em um município de tríplice fronteira – Brasil, Paraguai e Argentina, provenientes de países da América Latina. A organização dos resultados e a análise dos dados, por intermédio da Interpretação de Sentidos descrita por Romeu Gomes, buscou reunir os sentidos subjacentes aos depoimentos das famílias que incluíram neste estudo: as necessidades de cuidados; facilidades e fragilidades para acessar os serviços de saúde; diferenças na prática assistencial; e presença da cultura na prática e no cuidado à criança. Os aspectos elencados trouxeram os sentidos das experiências dessas famílias no que concerne as vulnerabilidades, os danos e as potencialidades, que aconteceram em uma relação sistêmica para o cuidado da saúde da criança.

Desse modo, a partir da interpretação e reinterpretação dos sentidos, foi possível organizar três categorias de análise: Demandas e Facilidades na Atenção à Saúde da Criança Migrante; Contrastes na Assistência à Saúde da Criança: Oportunidades e Fragilidades no Acesso aos Serviços de Saúde no Brasil em Relação aos Países de Origem; e Presença de Elementos Culturais na Prática do Cuidado à Saúde da Criança.

E separadamente, a discussão dos achados trouxe comparações com a literatura nacional e internacional sobre os problemas e os aspectos que impactam o cuidado da saúde da criança em um novo território, tendo em vista a interpretação e sentidos dos participantes, destacando o caráter acolhedor do sistema público de saúde brasileiro. Nesta sessão foi também destacado o contexto pandêmico da COVID-19 experienciado no período da coleta de dados, visto que os migrantes sofreram os impactos das precárias condições econômicas e o distanciamento de sua terra natal, ficando expostos aos riscos à sua saúde e a de seus filhos.

Por fim, foi destacado a necessidade de novos estudos, considerando que a migração se encontra em ascendência em todo globo, potencializada por razões climáticas, econômicas, perseguições, guerras e conflitos armados.

O CONCEITO DE VULNERABILIDADE

O termo vulnerabilidade pode ser utilizado em diversos campos, sejam políticos, sociais, científicos ou da sociedade em geral. A identificação de suas características e das situações que a evidenciam pode ser baseada em três elementos fundamentais: a exposição de um ou mais indivíduos a determinados eventos de risco, a capacidade de enfrentá-los e o potencial desses riscos para gerar consequências. A vulnerabilidade também apresenta outro aspecto que se mostra a partir da incapacidade de uma pessoa de aproveitar-se da oferta de oportunidades disponibilizadas socialmente e

que poderiam melhorar seu bem-estar, ou não permitir que essa condição se deteriore (AYRES *et al*., 2006).

Outros pesquisadores sustentam esse conceito, afirmando que a vulnerabilidade envolve a relação entre a suscetibilidade e a resposta à exposição ao risco, experienciada de diversas formas por indivíduos, famílias, comunidades e territórios, em âmbitos social, histórico, cultural, político e econômico. Para eles, a vulnerabilidade abrange fatores que tornam o indivíduo, a família ou o território mais sensível a riscos e danos. Ao conhecer esses elementos, é possível compreender as características dos sistemas e das ameaças, influenciando decisões de curto prazo (THEKDI; AVEN, 2021; BRITO *et al*., 2024).

As situações ou aspectos que envolvem a vulnerabilidade foram se propalando para outros grupos e esferas sociais. Pesquisas desde os anos de 1980 até os dias atuais apontam ser os fatores de risco os provocadores dessas vulnerabilidades, presentes em toda parte. Esses fatores podem ser elencados pelas situações de pobreza, desemprego, dificuldade de inserção social, doenças, violência, ausência de planejamento urbano, entre outros multicausais manifestados numa ordem estrutural originada de diversos problemas (AYRES *et al*., 2006; WISE, 2023).

Outra apreensão sobre vulnerabilidade se refere à falta de acesso a oportunidades do mercado, Estado ou sociedade – o que ressalta a ausência de um conjunto de atributos necessários para o aproveitamento da estrutura de oportunidades existentes (DIMENSTEIN; CIRILO NETO, 2020; THEKDI; AVEN, 2021).

A partir dessas perspectivas, as inúmeras 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 se destinam a questionar: Vulnerabilidade de quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições? (AYRES *et al*., 2006).

Os componentes da vulnerabilidade individual, que têm sido sinalizados por pesquisadores, são basicamente de ordem cognitiva: quantidade e grau de qualidade de informação que os indivíduos apresentam e a capacidade de absorvê-la; e de ordem comportamental: capacidade de incorporar métodos para transformar preocupações em atitudes e ações preventivas e de proteção (AYRES, 2022). Nesta dimensão, segundo o referido autor, conceitua-se que a vulnerabilidade esteja associada, fundamentalmente, a comportamentos ou situações que possibilitem a oportunidade para que o sujeito contraia doenças. Esse movimento, no entanto, nem sempre decorre de vontade própria, mas pode estar associado a elementos externos como os ambientais, culturais e sociais, e com o grau de consciência que essas pessoas têm sobre esse comportamento e sua proporção.

Ainda sobre o eixo individual, cabe questionar sobre o papel inclusivo dessas práticas em motivar no indivíduo a vontade de reconhecer-se como uma pessoa, com comportamentos saudáveis desenvolvidos e difundidos em condutas educativas, no qual alcance a capacidade de enfrentar os desafios postos na educação em saúde, ou então, contribuir para o aumento da vulnerabilidade experimentada por sujeitos que não se encaixam em suas descrições (AYRES. 2022).

No eixo do componente social da vulnerabilidade compreende-se a maneira de se aproximar de conteúdos informativos, transformar e integralizá-los a práticas cotidianas de conversões, com a possibilidade de acessar recursos materiais, culturais, políticos, morais, educacionais, disponibilizados em serviços de saúde, instituições sociais e educacionais. Somado a esses aspectos, o direito de se manifestar em decisões políticas, de estar preparado para prováveis dificuldades determinadas no contexto social, de estar liberto de constrangimentos violentos e de poder se defender deles em todas as relações e comportamentos possíveis de acontecer, incluídos em análises de vulnerabilidade e aos projetos educativos sustentados por elas (AYRES, 2022; MOHAMMADI; SALMANI; FARAHMANDNIA, 2024).

O componente programático ou institucional da vulnerabilidade articula os eixos individual e social, compreende o grau e a qualidade de compromisso, o empenho e o direcionamento de esforços institucionais, especialmente de serviços de saúde, educação, bem-estar social e cultural, para atuar como agentes de reprodução ou aprofundamento das condições socialmente ofertadas por meio de subsídios, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado, importantes para identificar as demandas, direcionar os recursos existentes e potencializar seu uso (AYRES, 2022).

Ao refletir sobre as crianças migrantes, um estudo realizado por pesquisadores da Sérvia destacou que elas são consideradas a população mais vulnerável do mundo. Essas crianças estão propensas a más condições de saúde, que incluem agravos clínicos e traumas, além de enfrentarem situações precárias e desassistência à saúde ao longo de sua trajetória de migração (MARJANOVIC *et al*., 2019). As crianças geralmente chegam aos seus destinos mais vulneráveis após jornadas longas e perigosas, com necessidades complexas de assistência médica, de acordo com pesquisadores do Reino Unido (RYAN; KELLY, 2023). Desse modo, compreende-se que a migração infantil pode impactar de forma negativa e colocar a criança em situação de vulnerabilidade nos componentes individuais, sociais e programáticos.

A interconexão dos três componentes que sustentam o quadro conceitual da vulnerabilidade facilita análises e intervenções de múltiplas dimensões. Reconhece-se que as pessoas não são intrinsecamente vulneráveis; ao contrário, todas podem se encontrar em situações de vulnerabilidade em

diferentes momentos, como ocorre com crianças no contexto migratório (FLORÊNCIO; MOREIRA, 2021). Ao identificar situações de vulnerabilidade em saúde, é possível destacar os desafios enfrentados e, assim, construir oportunidades para atender essa população com dignidade (PAIVA; AYRES, 2023).

A VULNERABILIDADE DA CRIANÇA MIGRANTE INTERNACIONAL

As situações de vulnerabilidade, sobretudo social, estimulam os movimentos migratórios em busca de melhores condições de vida e de saúde, uma vez que estão relacionadas à fragilidade material ou moral de indivíduos e/ou grupos (DIMENSTEIN; CIRILO NETO, 2020; AYRES, 2022; WISE, 2023).

Estima-se que no final de 2019, aproximadamente 80 milhões de migrantes se deslocaram ao redor do mundo, com 46% deles sendo crianças (JIMÉNEZ-LASSERROTTE *et al*., 2023). Entre os anos de 2015-2017, cerca de um milhão de crianças solicitaram asilo na União Europeia, incluindo 200.000 que chegaram desacompanhadas de um cuidador. Muitas escaparam da guerra, da pobreza, da exploração e/ou discriminação. É possível que milhares de crianças vivam sem documentos na União Europeia e sem uma autorização de residência (HJERN; KADIR, 2019).

Em países da América Latina como a Venezuela, Haiti e Bolívia, a migração foi extrema devido às condições de vulnerabilidade produzidas pela grave crise política e socioeconômica e, também, pela escassez de cuidados em saúde (ARRUDA-BARBOSA; SALES; SOUZA, 2020; CAVALCANTI; OLIVEIRA; SILVA, 2023). Há registros de que mais de 4,5 milhões de venezuelanos abandonaram o seu país, sendo que pelo menos 178.000 buscaram o Brasil para seu novo lar, e cerca de 20% a 30% correspondiam a crianças e adolescentes (UNICEF, 2023). Com relação aos demais países, estima-se que aproximadamente 160.000 haitianos e 140.000 bolivianos vivam em território brasileiro, com destaque para o aumento do número de mulheres e crianças (CAVALCANTI; OLIVEIRA; SILVA, 2023).

O Brasil tem sido um destino bastante procurado por muitos migrantes da América Latina, impulsionados, em sua maioria, pelas condições vulneráveis em que se encontram no país de origem. Entre 2013 e 2022 foram registrados cerca de 940.000 estrangeiros no país por longo termo e 115.000 temporários, com destaque para os municípios de São Paulo e Rio de Janeiro (CAVALCANTI; OLIVEIRA; SILVA, 2023).

É importante ressaltar que as dificuldades de acesso e inserção social de migrantes se intensificam especialmente para os segmentos de maior vulnerabilidade, como as crianças (UNICEF, 2023). A vida de crianças migrantes envolve desafios de aprender a língua portuguesa, de se adaptar a

uma nova cultura e, muitas vezes, com uma trajetória itinerante permeada por moradias precárias e insalubres, ou mesmo abrigos públicos, podendo desencadear agravos à sua saúde física e mental, bem como para seu desenvolvimento a longo prazo (HJERN; KADIR, 2019; MARTIN *et al*., 2022). Na partida repentina, os recursos materiais são deixados no país de origem, juntamente com documentos oficiais, seus costumes e cultura. Sem sua história, as crianças não se sentem pertencentes a um lugar.

Ao buscar cuidados à saúde dos filhos, as famílias migrantes adentram o campo dos serviços públicos e vivenciam inúmeras dificuldades, caracterizando o eixo da vulnerabilidade institucional. Nessa trajetória, eles esperam serem tratados com respeito, levando em consideração seus padrões éticos e religiosos, estrutura familiar e suas crenças de cuidado. Esse processo de inserção a um novo modelo de cuidado exige do profissional de saúde maior sensibilidade no acolhimento das necessidades sanitárias, considerando que os aspectos religiosos, financeiros e culturais impactam na interação entre profissionais de saúde e usuários, como mostrou um estudo norte americano (PARTHA, 2024).

Em um contexto geral, os desafios experienciados para o acesso aos serviços de saúde podem aumentar o risco de evoluírem para condições ou doenças debilitantes. Esses desafios se relacionam ao acesso físico e outras situações que fragilizam a qualidade da atenção, como o acesso relacional. Essas relações, marcadas por discriminação, preconceito e falta de reconhecimento dos aspectos culturais e religiosos impactam na qualidade do atendimento, na conscientização sobre a importância de medidas preventivas e nos cuidados com a saúde (ARAÚJO *et al*., 2021).

Na Dinamarca, uma pesquisa verificou que mais da metade das crianças migrantes buscaram atendimento em clínicas da Cruz Vermelha para imunização e outros serviços preventivos. Esse fato destaca como as limitações legais relacionadas à falta de documentos impedem o acesso aos serviços primários de saúde, que podem gerar consequências graves à saúde infantil. Os pesquisadores que conduziram este estudo também identificaram que as crianças migrantes enfrentam outros desafios relacionados aos custos para o deslocamento para centros de saúde, medicamentos e demais suprimentos médicos, idioma, diferentes expectativas culturais durante os atendimentos e, principalmente, o medo de prejudicar sua permanência no país (HJERN; KADIR, 2019).

Estudo de revisão conduzido por pesquisadores canadenses apontou barreiras relacionadas ao baixo status socioeconômico, idioma, ausência de seguro saúde e apoio social, falta de conhecimento sobre a organização dos serviços, medo de provedores de serviços/autoridades e discriminação (ALSHAMARY; BASHIR; SALAMI, 2024). Outro estudo internacional acrescentou ainda a falta de sensibilidade cultural e compreensão de diferentes práticas culturais para o cuidado (DOUGHERTY *et al*., 2020).

No Reino Unido, um estudo cujo objetivo foi explorar as experiências dos pais no uso de serviços de saúde infantil para seus filhos em idade pré-escolar, após o processo de migração, evidenciou diferenças relacionadas aos cuidados de saúde dispensados à criança em comparação ao país de origem. Embora manifestaram sentimentos de gratidão com os serviços recebidos, destacaram que as ações para promoção da saúde infantil não eram familiares, pois perceberam certa intromissão em sua na autonomia, necessitando de negociação das diferenças para cuidar entre família e estado (CONDON; McCLEAN; McRAE, 2020).

O resultado dessas barreiras implica na redução das ações para promoção da saúde e prevenção de agravos, como evidenciado no estudo conduzido em Portugal, que verificou que as crianças migrantes internacionais receberam menos cuidados em comparação às crianças não migrantes (MUGGLI *et al*., 2023), assim como no estudo realizado nos Estados Unidos da América (SULEMAN; CHAMBERLAIN, 2024).

No Marrocos, um estudo com mães migrantes subsaarianas, identificou que mais da metade das crianças migrantes foram vacinadas de forma incompleta ou não vacinadas. Os fatores levantados pelos autores para esta situação foram baixo nível educacional materno, trabalho precário e desconhecimento sobre a importância da imunização e calendário vacinal, somado as barreiras administrativas emanadas à população migrante (ESAKO TOIRAMBE *et al*., 2021).

Importante destacar que, mesmo diante desses empecilhos relacionados ao acesso à saúde, um estudo chinês mostrou que migrar com os pais melhora significativamente a saúde dos filhos e reduz sua frequência de doenças. Embora essas crianças possam sofrer consequências negativas relacionadas a discriminação, preconceito e dificuldade para acessar serviços de saúde, elas têm melhores níveis de cuidado parental e relacionamentos familiares, mostrando que a separação de seus pais pode ser mais prejudicial para o seu desenvolvimento saudável (ZHANG; ZHENG, 2022).

A separação familiar é uma experiência devastadora na primeira infância, pois interfere de maneira crítica no apego, nos vínculos e no ambiente da criança. Além disso, está relacionada ao desenvolvimento de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático na criança, conforme descrito por pesquisadores do Novo México e da América Latina (SHADID; SIDHU, 2021; SILVA *et al*., 2022). Outro estudo chinês reforçou que a comunicação entre pais e filhos e o calor parental são determinantes para reduzir os efeitos negativos sofridos da situação econômica difícil e para a solidão experienciadas pelas crianças migrantes (YING *et al*., 2019).

Ademais, no contexto vivenciado pela pandemia da COVID-19, as normas nacionais e internacionais recomendaram que as crianças permanecessem com os cuidados contínuos, priorizando as consultas pediátricas, de puericultura e imunização, com especial atenção às rotinas no atendimento e

ações que contemplem a saúde integral da criança (FIOCRUZ, 2020). Entretanto, observou-se no cenário global uma evasão na busca por atendimentos de promoção e prevenção, tanto por parte das famílias quanto na oferta dos profissionais e serviços de saúde (HELMYATI *et al*., 2022; GEBREEGZIABHER *et al*., 2022).

A falta de conhecimento, a propagação de *fakenews*, a falta de medicamentos e equipamentos, em consonância com as manifestações negacionistas em alguns setores, tornaram-se determinantes para a evasão de famílias em unidades de saúde, levando a um cenário de vulnerabilidades. O temor de se contagiar, de infectar a família e o medo da morte trouxeram prejuízos para o cuidado, especialmente quando comparado a outras classes sociais e étnicas (CAVALCANTE; OLIVEIRA, 2020).

Condições vulneráveis do processo migratório foram potencializadas no período da pandemia da COVID-19, visto que esses grupos correram um risco maior de experimentar a desassistência à saúde, decorrente da invisibilidade no contexto público e/ou por parte de alguns profissionais do setor. Nesse espaço, as crianças foram, e ainda são, as mais susceptíveis aos agravos de saúde física, mental e comportamental (SALAMI *et al*., 2020).

Um estudo europeu também identificou esses resultados, visto que refugiados e outros migrantes enfrentaram maiores dificuldades para acessar os serviços para cuidados de saúde e para ações preventivas durante a pandemia da COVID-19. Desse modo, experienciaram pior saúde mental e maior discriminação, cujos efeitos negativos foram mais fortes para migrantes com moradia insegura devido à falta de documentação (MARCHI *et al*., 2022). Esses dados foram corroborados por uma pesquisa de revisão que estudou a migração interna na Índia (TRIVEDI *et al*., 2024).

Além disso, o fato de residir em uma região fronteiriça, mesmo que temporariamente, pode potencializar as dificuldades para acessar os serviços de saúde e receber atendimento. As práticas de promoção e vigilância à saúde e prevenção de agravos, que inclui o seguimento do crescimento e desenvolvimento infantil, são mais deficientes nessas regiões, como mostrou um estudo brasileiro em um município de tríplice fronteira (BERRES; BAGGIO, 2020), dada a fragilidade de recursos humanos e estruturais no âmbito da atenção primária (FEITOSA; SILVA; MARTINS, 2022).

Outro estudo também conduzido em região de tríplice fronteira identificou situações vulneráveis para a criança que nasceu prematura, nas dimensões individuais, sociais e institucionais, interligadas. Os autores enfatizaram a relevância da responsabilidade de profissionais e gestores de saúde em não ampliar as vulnerabilidades já existentes, mas promover cuidados culturalmente competentes e reduzir situações que levem a danos à saúde da criança e de suas famílias (SILVA *et al*., 2020).

Nesse contexto, de acordo com Feitosa, Martins e Jaqueira (2020) as relações e interrelações próprias dessas regiões abrigam fatores socioculturais e econômicos que precisam ser considerados ao

pensar nas práticas em saúde. Especificamente em região de tríplice fronteira, cenário do presente estudo, as disparidades nos sistemas de saúde entre países influenciam a busca por atendimento a nível primário e secundário, sobretudo diante de crises sanitárias como a pandemia da COVID-19, tendo em vista que esta elevou o estado de vulnerabilidade da população migrante.

Para que os sistemas de saúde se tornem verdadeiramente acolhedores para migrantes internacionais, é essencial abordar e superar as lacunas culturais e linguísticas que frequentemente os excluem. Isso envolve o fortalecimento das competências culturais dos profissionais de saúde e dos serviços oferecidos, garantindo que eles possam atender adequadamente as necessidades diversificadas dessa população. Além disso, é crucial aprimorar o letramento em saúde dos migrantes, levando em conta sua rica diversidade étnico-cultural, a fim de promover uma integração mais eficaz e um atendimento de saúde mais inclusivo (BARRIENTOS *et al*., 2023).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Delineamento da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, fundamentada no quadro conceitual da vulnerabilidade (AYRES *et al*., 2006; AYRES, 2022).

Local da Pesquisa

O presente estudo foi desenvolvido em Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, município de tríplice fronteira Brasil-Paraguai-Argentina (FOZ DO IGUAÇU, 2021), a qual dispõe de 32 Unidades Básicas da Saúde (UBS), duas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e dois hospitais do sistema público de saúde. Para a assistência social, existem cinco Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e dois Centros de Referência Especial da Assistência Social.

Quando chegam a Foz do Iguaçu, as famílias migrantes em situação de vulnerabilidade são encaminhadas ao Centro Especializado de Assistência Social para a População em Situação de Rua (Centro Pop), sendo acolhidas e triadas para uma das três Casas de Passagem que funcionam como abrigos temporários. Nesses abrigos, as famílias podem permanecer por 90 dias, momento oportuno para receber orientações e demais encaminhamentos. O acesso da população a esses centros pode acontecer por iniciativa própria ou pelo serviço de abordagem social.

Participantes

Famílias estrangeiras, com idade superior a 18 anos, com um ou mais filhos menores de 12 anos, residentes em Foz do Iguaçu, e com pelo menos um membro da família que compreendesse o idioma português. Os critérios de exclusão foram: famílias com algum problema de saúde mental e/ou clínico que impedisse sua participação na pesquisa. Ressalta-se que nenhuma exclusão foi realizada com base nos critérios previamente definidos, uma vez que todos os participantes atendiam aos requisitos estabelecidos para inclusão no estudo.

Procedimentos e Coleta de Dados

A busca pelos dados ocorreu de forma intencional, entre maio e dezembro de 2022, por meio dos Centros de Assistência Social do município. A coleta ocorreu durante período pandêmico, porém com maior controle do vírus devido ao início da imunização.

O primeiro contato com as famílias migrantes foi estabelecido nos CRAS e nos Centro Pop. Neste momento, as famílias foram convidadas a participar da pesquisa e, após explicar os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado em duas vias - uma ficou em posse do participante e a outra do entrevistador. Em seguida, foram agendadas as entrevistas na própria instituição de assistência social.

As entrevistas e a abordagem dos participantes foram realizadas em português, pela primeira autora, que atua na assistência social e que compreende a língua espanhola, portanto não houve necessidade de tradutores. Esta autora foi previamente treinada para a realização das entrevistas pela pesquisadora responsável, a qual é profissional da saúde com experiência em pesquisa qualitativa. Para garantir rigor, foram realizadas duas entrevistas piloto, possibilitando pequenos ajustes ao roteiro de entrevista, sendo posteriormente incluídas nos resultados.

Como instrumento de coleta de dados, elaborou-se 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 migração”. O roteiro 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.

As entrevistas em profundidade foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Ao término de cada entrevista, 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 ao objetivo da pesquisa (BRAUN; CLARKE, 2021).

Análise de dados

Elegeu-se para análise dos dados a Interpretação de Sentidos, com o objetivo de compreender a complexidade das experiências das famílias migrantes no cuidado à saúde de seus filhos, bem como o contexto social e cultural em que estão inseridas, possibilitando uma interpretação mais profunda e contextualizada dos dados. Para isso, buscou-se apreender os sentidos e significados atribuídos pelos participantes a partir de suas experiências, valores e percepções.

O método de interpretação dos sentidos tem sido utilizado com base no princípio hermenêutico-dialético para interpretar o contexto, as razões e a lógica dos discursos, buscando significados socioculturais acerca do assunto estudado e de seu referencial teórico (GOMES; DESLANDES; MOREIRA, 2020).

A análise foi organizada a partir de quatro etapas: i) leitura compreensiva do material da pesquisa; ii) identificação dos sentidos atribuídos pelos cuidadores sobre o cuidado e a atenção à saúde de seus filhos; iii) elaboração de indicadores qualitativos e das estruturas de análise a partir dos depoimentos; e iv) elaboração de síntese interpretativa, buscando aproximar o objeto de estudo ao marco teórico-conceitual de vulnerabilidade (GOMES, 2010). Assim, a interpretação de sentidos possibilitou a construção de três categorias de análise.

O quadro 1 apresenta um recorte da organização dos dados. Primeiramente foram separados os temas gerais a partir de leituras repetidas, em seguida, foram delineadas as primeiras categorias de análise e seu respectivo subtema. Para cada categoria, os depoimentos foram agrupados com maior representação e profundidade para, assim, proceder com a interpretação e reinterpretação, possibilitando a compreensão dos sentidos mais amplos dos resultados e, finalmente, estruturar as categorias apresentadas no estudo.

Quadro 1 - Fragmento do mapa construído para organização dos resultados

Categoria de Análise	Subtema	Depoimentos dos participantes	Interpretação e Reinterpretação
Cultura e crenças	Práticas/costumes para o cuidado	*Sim, praticamos muito as ervas naturais.* (F4P2) *Às vezes na verdade, nós usamos alguns remédios caseiros um chá só às vezes, é que na verdade eu e meu filho aí olha não é facilmente nada, às vezes.* (F5P1) *Às vezes quando meu filho mais velho, quando ele tem coisas, sempre quando ele tem gases no Haiti pegar óleo e água quente eu fiz para ele também ajudou.* (F5P2) *Eu usei muitos remédios caseiros da minha mãe. Com os meus filhos eu fiz, por exemplo, uma faringoamigdalite, que usa sal com limão. Fazer com uma gaze, sal e limão, e você coloca-se e limpa toda a amígdala dessa forma seca. Realmente a penicilina é uma sal. E você usá-la de forma natural, e isso é espetacular.* (F7P1)	Elementos culturais para cuidar

Fonte: Elaboração própria.

Aspectos Éticos

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

RESULTADOS

Participaram do estudo 15 famílias migrantes, das quais 15 eram mães e 14 pais, residentes há aproximadamente dois anos no Brasil e provenientes da Colômbia, Cuba, Haiti e Venezuela. As famílias possuem entre um e três filhos, com idades entre sete meses e 12 anos. As motivações reportadas para iniciar o processo migratório incluíram melhor acesso à saúde e educação, qualidade de vida, segurança e proteção social.

Com a organização do material coletado e a análise dos dados por meio da interpretação de sentidos, foi possível construir uma nuvem de palavras, que identificou os termos mais frequentes nos discursos das famílias migrantes. Esses discursos abordaram o acesso aos serviços de saúde e medicação, a qualidade do atendimento, as dificuldades enfrentadas e outras referências importantes ao cuidado (Figura 1). Esse processo permitiu reconhecer alguns sentidos expressos pelos participantes, entre os quais se destacam: as facilidades encontradas na assistência, a continuidade do cuidado, os contrastes com o país de origem e a valorização das práticas culturais como complemento ao cuidado.

Figura 1 – Nuvem de palavras construída a partir dos discursos dos participantes da pesquisa



Fonte: Elaboração própria.

Com base na análise das estruturas de relevância, foi possível organizar três categorias de análise, quais sejam: Demandas e Facilidades na Atenção à Saúde da Criança Migrante; Contrastes na Assistência à Saúde da Criança: Oportunidades e Fragilidades no Acesso aos Serviços de Saúde no Brasil em Relação aos Países de Origem; e Presença de Elementos Culturais na Prática do Cuidado à Saúde da Criança.

Demandas e Facilidades na Atenção à Saúde da Criança Migrante

Um dos sentidos atribuídos pelos participantes à atenção à saúde de seus filhos foi a facilidade de acesso aos serviços no Brasil. As famílias identificaram essa característica como um aspecto positivo, especialmente em comparação com o país de origem, destacando a abrangência e a cobertura dos serviços disponíveis. As motivações para buscar atendimento incluíram consultas médicas, imunização, atendimento odontológico, além da aquisição de medicamentos e vitaminas.

> Muitas vezes eu procuro o médico geral para acompanhar a minha filha que sofre de asma. O dentista e as vacinas daqui do Brasil são muito bons, pois você vai ao posto de saúde e consegue tudo o que você precisa, coisa que você não tem no seu próprio país [Venezuela] (F9P1).
>
> Eu levo meus filhos no pediatra e também para fazer a vacina (F1P1).
>
> Eu consigo vacinação, medicamentos para meu filho e para mim, tudo para as doenças comuns (F8P2).

As orientações sobre o funcionamento do sistema de saúde, fornecidas pelos centros de assistência social, foram consideradas essenciais para garantir o acesso aos serviços. Essas informações facilitaram a navegação no sistema, permitindo que as famílias migrantes compreendessem melhor seus direitos e as opções disponíveis. Além disso, a humanização no cuidado à saúde foi assegurada, com um atendimento que não faz distinção entre nacionais e estrangeiros, promovendo um ambiente inclusivo e acolhedor para todos os pacientes. Essa abordagem garantiu que as necessidades de saúde das famílias migrantes fossem tratadas com dignidade e respeito, reforçando a confiança no sistema de saúde local.

> Na casa de passagem, me deram um documento que tinha que mostrar lá na unidade de saúde, que prova que estou vivendo aqui, como um comprovante de residência. Me indicaram com quem eu tinha que falar e fui lá. Ao chegar, a doutora me atendeu muito bem (F4P1).
>
> Chegamos na unidade, pegamos a senha e já somos atendidos. Eles não discriminam por sermos venezuelanos, nos atendem igual a todos (F3P2).
>
> Eu levei a criança um dia para saber como é a consulta. A experiência foi interessante para meu filho. O que me nutriu foi a humanização (F7P1).

> As pessoas ajudam muito, eles orientam o que você tem que fazer. Se a gente cumprir com o horário da consulta é muito bom, porque eles vão apreciar que você é uma pessoa responsável e acabam ajudando a todos nós (F9P1).

As práticas implementadas nos serviços de atenção primária para atender às demandas de cuidados foram fundamentais para a adaptação das famílias migrantes. Essas famílias relataram que o acolhimento por parte de um profissional sensível às diferenças culturais é crucial para estabelecer uma relação de confiança, permitindo que elas expressem suas vivências e necessidades de forma mais aberta. Esse acolhimento não apenas facilita o diálogo, mas também contribui para o fortalecimento do cuidado longitudinal, criando um vínculo mais duradouro entre os profissionais de saúde e as famílias, e promovendo um atendimento que considera a totalidade das experiências e contextos culturais dos pacientes.

> Confio plenamente nos profissionais. Obviamente eles têm outra metodologia, mas a qualidade da saúde e do profissional é muito alta (F2P2).
>
> São pessoas que estão preparadas para a assistência, para a sociedade. São pessoas que estudam para isso, que têm uma vocação. Acredito que fazem isso com dedicação, porque gostam, porque sentem essa necessidade de ajudar o próximo, de oferecer melhor qualidade de vida, melhor saúde (F12P1).
>
> No posto de saúde sempre me perguntam como nos sentimos aqui no Brasil, quanto tempo temos, de onde viemos, sempre nos fazem essa pergunta (F13P1).
>
> Às vezes tenho um pouco de dificuldade com o Português, mas graças a Deus eles são muito pacientes e atendem muito bem. Eles entendem que a gente é estrangeiro, então eles tentam nos ajudar também (F9P1).
>
> Eu estou no Brasil há três anos. Minha filha teve asma e eles me ajudaram muito. Ela estava a ponto de falecer, mas hoje ela já tem dois anos de idade (F9P1).

Embora o idioma tenha sido identificado como uma barreira para o cuidado em saúde, as famílias relataram que a utilização de múltiplas estratégias de comunicação, juntamente com a disposição dos profissionais em ajudar nesse processo, foram elementos importantes para otimizar o atendimento e reduzir suas vulnerabilidades.

> Eu não entendia nada do que ela [médica] me dizia. Eu acho que esse é o único problema, pois nem todos toleram que venham de outro país, por causa do dialeto (F4P1).
>
> Quando eu falo, eu faço gestos, então eles compreendem tudo (F5P2).
>
> No princípio não conhecíamos muito o idioma, mas eles sempre encontram um jeito de falar com a gente (F6P2).

A interpretação e reinterpretação das narrativas revelou que as demandas na atenção à saúde das crianças de famílias migrantes abrangeram aspectos importantes para promoção da saúde e prevenção de

agravos, como consultas básicas, busca por medicamentos e imunização. Os sentidos atribuídos por essas famílias externaram demandas e facilidades, visto que o suporte oferecido pelos centros de assistência social, aliado à qualidade dos profissionais de saúde, foi fundamental para garantir não apenas o acesso, mas também a qualidade das práticas assistenciais. A humanização do cuidado se destacou como um componente essencial, promovendo um ambiente acolhedor e inclusivo que favoreceu a confiança e a comunicação entre as famílias e os profissionais de saúde. Desse modo, fica evidente que a combinação desses fatores não só atendeu às necessidades de saúde das crianças, mas também contribuiu significativamente para a efetividade do atendimento e para a adaptação das famílias ao novo contexto, minimizando situações vulneráveis.

Contrastes na Assistência à Saúde da Criança: Oportunidades e Fragilidades no Acesso aos Serviços de Saúde no Brasil em Relação aos Países de Origem

Para as famílias que vivenciaram o processo migratório, a vulnerabilidade social, expressa por dificuldades econômicas e as fragilidades das políticas de saúde dos países de origem reduziu o acesso à assistência, levando ao agravamento de enfermidades. Nesse contexto, os migrantes reconheceram aspectos positivos da assistência à saúde no Brasil, como a disponibilidade de médicos para atendimento, além de serviços acessíveis e organizados. A interpretação de sentidos evidenciou que essa nova realidade de acesso à saúde foi percebida como uma oportunidade de melhoria nas condições de vida, proporcionando esperança e segurança em um ambiente que, embora desafiador, ofereceu cuidados e suporte, os quais não estavam disponíveis anteriormente.

> Em comparação aos serviços, os médicos do Brasil estão muito acima em relação à qualidade e organização do que a saúde em meu país. Efetivamente muito mais organizada e acessível. No meu país, os serviços mais básicos são os que mais necessitam de profissionais (F2P2).
>
> Há muita diferença, a medicina era muito boa no meu país, de um tempo para cá é patética. Mas aqui no Brasil, a gente tem encontrado excelentes pessoas (F13P1).

Somada às diferenças relacionadas à organização dos serviços de saúde, os participantes relataram que a oferta de medicamentos, insumos e as oportunidades disponíveis no Brasil tiveram um impacto positivo, influenciando o orçamento das famílias em situações de vulnerabilidade social. Essa percepção destaca a importância do acesso a recursos de saúde adequados, que não apenas aliviam as dificuldades enfrentadas, mas também contribuem para uma gestão financeira mais equilibrada em meio a desafios sociais.

> Eu acho melhor aqui no Brasil do que na Venezuela, porque lá não tem remédios. Já aqui tem remédio de graça, uma vez ou outra. Lá tem que comprar tudo e eu vejo que aqui a saúde é gratuita, na Venezuela não. Aqui, por exemplo, a odontologia em posto de saúde é totalmente de graça, na Venezuela não (F1P2).
>
> Aqui no Brasil tudo tem sido excelente. Na Venezuela, se você quiser colocar a primeiras vacinas em um bebê não é como aqui (F2P1).
>
> Na Venezuela o remédio é muito caro. E aqui no Brasil é uma benção de Deus, porque às vezes precisamos de remédio e na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é de graça (F6P2).
>
> Minha família na Venezuela está em situação bastante crítica. Aqui no Brasil, de certa maneira, a gente consegue ter um pouco mais (F12P1).

A qualidade do atendimento no Brasil, caracterizada pelo acolhimento, humanização e competência dos profissionais de saúde, foi amplamente reconhecida como positiva, em contraste marcante com as experiências vividas nos países de origem dos participantes. Essa percepção revela que a abordagem dos profissionais brasileiros não se limita ao êxito técnico, mas envolve o sucesso prático das ações em saúde, ao considerar o respeito às vivências dos pacientes. A humanização do atendimento proporciona um ambiente dinâmico e acolhedor, que contribui para a construção da confiança entre os migrantes e os profissionais de saúde. Assim, essa diferença na qualidade do cuidado médico à criança se tornou importante para a adaptação e o bem-estar das famílias migrantes em seu novo contexto.

> Há uma grande diferença. Na Venezuela, na hora de tratar o paciente, eles são muito duros, especialmente quando a mulher está grávida, são muito desrespeitosos. Não é nem metade do que eu tive aqui (F4P1).
>
> Aqui no Brasil é muito melhor do que na Venezuela, claro. Antes, a Venezuela era muito boa em relação à parte médica, mas a situação é terrível em relação à saúde agora lá. Minha mãe morreu na Venezuela devido à má assistência, lamentavelmente (F12P1).
>
> Aqui no Brasil os profissionais estudam. Tínhamos bons médicos lá, só que já acabou tudo. A gente vai a um posto de saúde e não tem sequer algodão, não tem nada. Tudo diferente daqui (F14P1).

Ainda que algumas famílias tenham relatado facilidades no acesso aos serviços de saúde no Brasil, outras expressaram preocupações sobre fragilidades no sistema, destacando aspectos como a morosidade no atendimento e o tratamento diferenciado que enfrentam por serem migrantes internacionais. A impaciência em relação à compreensão do idioma e a percepção de falta de acolhimento foram elementos que impactaram negativamente a experiência desses indivíduos no sistema de saúde. Esses desafios, identificados no componente da vulnerabilidade institucional, não apenas afetam a qualidade do atendimento, mas também influenciam a confiança e a sensação de pertencimento das famílias migrantes em um novo ambiente.

> Na Venezuela não tem médicos para atender e quando tem, não estão atendendo como deve ser. Aqui no Brasil tem médicos, mas não atendem bem os migrantes (F1P1).
>
> Nós vamos direto lá posto e às vezes não tem médico presente e eles nos colocam na fila de espera (F5P1).
>
> Não consigo atendimento rápido. Eu já fui muitas vezes lá e eles falam que não têm médico. Algumas vezes eles nos deixam por último para ser atendido (F1P1).
>
> Minha filha, por ter nascido prematura, teve muitos problemas respiratórios, que geraram problemas cardíacos, [...] e o médico me atendeu muito bem. Mas por parte da recepção, não tive uma receptividade muito boa (F12P1).

A qualidade da atenção e a facilidade de acesso aos serviços de saúde no Brasil contrastam significativamente com a assistência recebida nos países de origem. Nesse contexto, emergem tanto elementos positivos, que ajudam a mitigar a vulnerabilidade social enfrentada pelos migrantes, quanto aspectos negativos, que revelam as desigualdades no cuidado e a vulnerabilidade institucional. Ao interpretar e reinterpretar as narrativas sugere-se que, enquanto os avanços na assistência podem ser sentidos com esperança e segurança, as fragilidades observadas também expressam a necessidade de uma abordagem mais inclusiva e sensível às especificidades da população migrante, a fim de garantir um atendimento equitativo e respeitoso.

Presença de Elementos Culturais na Prática do Cuidado à Saúde da Criança

As famílias migrantes relataram um forte desejo de preservar costumes que influenciam o cuidado à saúde de seus filhos. Nesse contexto, o cuidado cultural se fundamenta na vivência e nos significados associados à sua origem. A utilização de ervas medicinais em infusões como alternativa para prevenir ou tratar doenças não apenas reflete essa tradição, mas também serve como um meio de fortalecer laços culturais e identitários, conectando as famílias a suas raízes e promovendo uma abordagem holística à saúde.

> Bom, nós usamos cânfora com azeite de oliva na Venezuela e esquentamos. Isso esquenta o menino quando está muito frio e eu coloco isso em meu filho (F3P1).
>
> Na verdade, muitos remédios de farmácia eles tiram de plantas. Então, se você dá diretamente a planta, eu penso que pode ajudar. Não para todas as enfermidades, mas uma ou outra eu penso que pode usar a planta diretamente (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 tenha atendimento médico, tem que ir. Mas quando são coisas simples, como febre, dor de garganta ou dor de cabeça, nós usamos medicina natural (F4P2).
>
> Eu acho que temos que nos manter salvos, alimentarmos bem, consumir medicina e sermos limpos. Manter a higiene, se alimentar bem, tomar vitaminas e ser precavido nenhuma enfermidade vai tocar, e se tocar, passa rápido (F4P2).

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

Embora muitas famílias tenham destacado a utilização de sua cultura e costumes, especialmente no uso de plantas e ervas medicinais para o cuidado à saúde, esse manejo não substitui a competência profissional. A combinação de saberes tradicionais com a orientação de profissionais de saúde foi essencial para garantir um cuidado mais eficaz e seguro, evidenciando a importância da conexão entre práticas culturais e intervenções baseadas em evidências.

> Não substituiria um atendimento profissional, só serviria para apaziguar num primeiro momento para buscar a assistência (F2P2).
>
> Eu não posso substituir o medicamento. A cultura pode ser um aliado, mas o medicamento fica com ele todo o tempo (F8P1).
>
> Isso é para solucionar alguma gravidade, ou seja, se começa com um pouquinho de febre, você começa com as plantas antes de levar ao médico. Você pode esperar três dias, porque se é viral você pode resolver isso em casa. Já se a febre persiste, você deve levar ao médico (F8P2).
>
> 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).
>
> Normalmente eu levo ao médico, mas eu adiciono mais isso, essas manzanilhas [camomila], essas coisas (F13P1).
>
> Algumas vezes funcionam mais que os próprios remédios de farmácia, mas às vezes não. Então, temos que primeiro ir ao médico e se não funcionar eu utilizo o natural (F15P1).

Na percepção dos participantes, o saber popular desempenhou um papel significativo no cuidado à saúde das crianças; no entanto, ele não substituiu o conhecimento científico proporcionado pelos profissionais de saúde no Brasil. A interpretação de sentidos revelou que as práticas tradicionais são utilizadas como complemento, enriquecendo a abordagem ao cuidado e refletindo um desejo de preservar laços culturais. Essa integração entre saberes populares e profissionais não apenas valoriza a cultura das famílias migrantes, mas também reforça a importância de uma assistência à saúde que respeite suas experiências, garantindo, ao mesmo tempo, o acesso as intervenções baseadas em evidências.

DISCUSSÃO

O processo migratório impõe diversas transformações na vida das famílias. Durante a adaptação ao novo destino, situações desafiadoras são constantemente vivenciadas, expondo o migrante a

condições de vulnerabilidade, especialmente as crianças. Esses prejuízos são percebidos no fato de estar em um país diferente sem o apoio de familiares e amigos, tendo a necessidade, muitas vezes de aprender um novo idioma e de se adaptar a uma nova cultura (UNITED NATION, 2024).

Outro aspecto destacado pelos participantes e que converge com estudo internacional (IUDICI *et al*., 2024) é o sentimento de rejeição experienciado pelo migrante. Sua própria situação irregular e falta de preparo dos profissionais e serviços de saúde para entender suas diferenças culturais, como idioma e costumes, dificultam o acesso adequado ao sistema público de saúde.

Nesta pesquisa, as famílias ressaltaram ser importante o recomeço da vida em um novo país permeado por paz e acesso à saúde de seus filhos. O processo migratório possibilita o abandono de uma vida marcada por violência, hostilidade e privações, dando lugar a novas possibilidades, inclusive para adquirir recursos financeiros para a melhoria da saúde dos demais familiares que ficaram no país de origem (UNITED NATION, 2024).

A busca por atendimento nos serviços públicos de saúde brasileiros abrangeu consultas médicas regulares, imunização, atenção odontológica, e acesso a medicamentos e vitaminas. Nesses momentos, as famílias experienciaram o acolhimento, uma vez que o atendimento foi sensível às diferenças culturais, o que permitiu o fortalecimento do cuidado integral e longitudinal da saúde da criança. Pesquisadores internacionais salientam que os aspectos facilitadores para o acesso aos cuidados envolvem programas de extensão, benefício social e assistência, treinamento cultural, fortalecimento da educação, e avaliação de saúde no processo inicial do movimento migratório, incluindo imunização básica (ALSHAMARY; BASHIR; SALAMI, 2024; BAAWUM *et al*., 2024).

Importante destacar que durante períodos complexos como o da pandemia da COVID-19, essa parcela mais fragilizada da população sofreu mais com os impactos, devido às condições econômicas e ao distanciamento de seu país de origem, pois ficaram ainda mais expostos aos riscos que prejudicam sua saúde e a de seus filhos. E isso não implicou somente a doença em si, mas comprometeu seu bem-estar físico, mental e social, assim como demonstrado em pesquisa nacional (SANTOS *et al*., 2024).

A COVID-19 foi considerada, em todo o globo, a maior dificuldade sanitária da atualidade, refletindo diretamente no setor da saúde (SULEMAN; CHAMBERLAIN, 2024). As desigualdades expostas pela oferta de bens e serviços evidenciaram as diferentes condições de saúde da população, pois os que vivenciam maior vulnerabilidade social manifestaram maior gravidade do seu estado de saúde. As desigualdades sociais, econômicas, de trabalho, de gênero e de saúde ficaram exacerbadas, com especial desvelo aos coletivos migrantes e refugiados em situação clandestina, os quais sofreram problemas psicossociais, de saúde física e mental, além de estigma, medo e xenofobia (SULEMAN; CHAMBERLAIN, 2024).

Entretanto, situações vulneráveis como as reportadas na literatura não foram relatadas pelos participantes desta pesquisa. Ainda assim, é preciso considerar que a vida das crianças foi afetada por acompanharem as famílias no processo migratório. As crianças são forçadas a abandonar o lar, a infância, os amigos, a escola e suas referências para buscar um país em que a família reconheça como melhor para viver e com mais oportunidades. Ocorre que, uma condição pensada como provisória se transforma numa realidade definitiva e, nesse processo, a vulnerabilidade atinge essas crianças, que passam a demandar cuidados específicos para conseguir se adaptar (HU *et al*., 2024).

Nem sempre os adultos conseguem observar elementos capazes de fundamentar um processo que considere o bem-estar físico e mental da criança, visto que há forte tendência em supor que crianças facilmente se adaptam às novas experiências e lugares. A infância é um tempo de construção, que precisa estar amparada por laços, presença, olhar e cuidado de outros humanos, assim como situações saudáveis, para que esses cuidados aconteçam e possam edificar afetivamente a criança (JOIA, 2021).

Uma barreira importante apontada pelas famílias foi a incapacidade de entender medidas de prevenção, por não assimilar o idioma. A falta de compreensão da língua é a principal barreira para o acesso as ações em saúde, seguida de receio de sofrer xenofobia, estigma e deportação, fatores esses que congregam para um cenário de perturbação (UNITED NATION, 2024).

Os participantes evidenciaram o cuidado com a saúde como estratégia para manter a segurança sanitária, sentindo-se acolhidos durante o período crítico da pandemia. Percebe-se que cuidar da saúde conecta-se ao desejo de inserir-se à nova sociedade e organizar a rotina. Quando essa inserção social redunda da necessidade de reparar danos manifestados por sentimentos de angústia e sofrimento na busca por integração, o processo de saúde e doença torna-se concreto. Nesse contexto, as Unidades de Atenção Primária podem desempenhar papel importante no contato com a população migrante (MARTIN *et al*., 2022).

A qualidade dos serviços público brasileiros, em comparação ao que dispunham em seu país de origem, foi destacada pelas famílias como positivas, com ênfase no acolhimento, humanização e competência profissional. Essas observações ocorreram no momento das consultas médicas, atendimento odontológico, imunização, e ao adquirir medicamentos e vitaminas. Ações sensíveis culturalmente e que compreendam as especificidades das famílias não podem ser garantidas apenas com a leis e políticas públicas, visto que é necessário muito mais. É preciso, portanto, investir nas condições estruturais e organizacionais de trabalho dos profissionais, para que disponham de empatia para com a população migrante (SAADI *et al*., 2024).

Embora as famílias tenham se mostrado satisfeitas com a atenção à saúde proferida pelos serviços brasileiros, houve relatos sobre dificuldades ao requerer esses recursos clínicos, tendo em vista

as condições de dor e sofrimento. O migrante adentra a porta do serviço público e se vê envolto por outro processo que vai incluí-lo ao contexto social. Ou seja, apresentar o cartão do Sistema Único de Saúde (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, o migrante também desconhece a organização do sistema de saúde brasileiro e como funciona esse cuidado (ARRUDA-BARBOSA; SALLES; TORRES, 2020).

Assim, novos desafios são enfrentados pelo migrante que, geralmente, não conhece o novo idioma e não entende as diferenças de hábitos e cultura. São pessoas que também apresentam demandas na saúde alheias ao conhecimento dos profissionais, sendo que a maior parte dessa população chega ao país vivenciando um contexto social e sanitário complexo, com dificuldades em expressar suas necessidades e acessar os serviços (RECKZIEGEL; WENCZENOVICZ, 2022).

Ao tratar da capacidade de o profissional de saúde desenvolver saberes e habilidades para atender populações migrantes, também é importante que adquiram conhecimentos dos processos que influenciam a saúde e os cuidados em saúde dessa população com características próprias, buscando entender sua história de vida e avaliando a própria compreensão do cuidado a ser prestado, sem permitir que esse sentimento influencie ou resulte em preconceitos ou estereotipagem (DELAMUTA *et al*., 2020).

Ao se depararem com enfermidades sem demandas especiais, alguns participantes reforçaram que buscaram na tradição e cultura de seus países, tratamento e cura do filho por meio do uso de ervas medicinais. A falta de recursos financeiros, a situação vulnerável, o receio de endividar-se em farmácias e/ou a falta de confiança no sistema público fazem com que a infusão de chás e xaropes feitos com 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 barato e saudável para tratar e amenizar problemas (SILVA *et al*., 2021).

Apesar das observações quanto à eficácia de plantas e ervas medicinais como uma alternativa popular, menos onerosa e acessível, os participantes evidenciaram que esses recursos caseiros não substituem o saber médico/profissional – apenas aliviam sintomas leves e sem gravidade clínica. Importante destacar que mesmo que 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 da ciência para os cuidados à saúde da criança, em consonância com os relatos dos participantes (SILVA *et al*., 2021).

E por fim, por compreender que a migração infantil é um fenômeno recente ou por considerar que as crianças têm pouco poder de mobilização, torna-se relevante a união de esforços universais para proteger e garantir os direitos fundamentais na primeira infância.

CONCLUSÃO

Na experiência das famílias migrantes, as barreiras enfrentadas no percurso brasileiro foram superadas pela oportunidade de escolher como destino um país que promove melhores condições de vida e saúde. A precariedade financeira e de políticas públicas adequadas em seus países de origem determinaram a necessidade de migrar, visto que operam no processo de doença e na fuga de violação de direitos. Mesmo experienciando situações vulneráveis em todo esse processo, a disposição dos serviços de saúde para promover o cuidado de filhos sobressaiu-se às dificuldades, reduzindo as adversidades encontradas no caminho.

As facilidades relatadas pelos participantes transcendem as inconveniências decorrentes das fragilidades do SUS e das barreiras que aprofundam as diferenças culturais, de idioma, de percepção de cuidado e estrutural dos serviços. Foram enaltecidos os aspectos positivos e a adequada cobertura em serviços organizados, acolhedores e de fácil acesso. Essa deferência foi direcionada 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 às remanescentes memórias, o migrante busca na farmácia afetiva suas crenças e culturas, pois entende que conectar-se à sua essência o fortalece para os desafios.

Portanto, observa-se que, embora ainda existam fragilidades no cuidado à saúde da população migrante, especialmente das crianças que vivem nesse contexto, o sistema de saúde brasileiro tem garantido a assistência, contribuindo para a redução de suas vulnerabilidades individuais e sociais. No entanto, destaca-se a necessidade de políticas e oportunidades que considerem as especificidades culturais e as demandas diferenciadas dessa população, particularmente durante o processo de adaptação ao novo país. Estudos que explorem essas necessidades e particularidades são essenciais para assegurar a garantia de seus direitos e a equidade no atendimento, possibilitando um acompanhamento contínuo e sensível às dimensões culturais que afetam a saúde e o bem-estar das crianças migrantes.

As limitações do estudo são inerentes à abordagem qualitativa, tendo em vista a dificuldade para generalizar seus achados. Além disso, o idioma também pode ser compreendido como fator que limita a extensão das entrevistas, condição esta que pode fragilizar os resultados seguindo o rigor metodológico adotado.

REFERÊNCIAS

ALSHAMARY, S.; BASHIR, E.; SALAMI, B. "Barriers and facilitators to health care access for migrant children in Canada: a scoping review". **Journal of Pediatric Nursing**, vol. 77, 2024.

ARAÚJO, T. N. *et al*. "Health Care for Haitian Immigrants in Different Countries Today: An Integrative Review". **Informação e Inovação em Saúde**, vol. 15, n. 1, 2021.

ARRUDA-BARBOSA, L.; SALES, A. F. G.; SOUZA, I. L. L. "Reflections on Venezuelan Immigration and Health Care Assistance at the Largest Hospital in Roraima: A Qualitative Analysis". **Saúde e Sociedade**, vol. 29, n. 2, 2020.

ARRUDA-BARBOSA, L.; SALES, A. F. G.; TORRES, M. E. M. "Impact of Venezuelan Migration on the Routine of a Reference Hospital in Roraima, Brazil". **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 24, n. 1, 2020.

AYRES, J. R. "Vulnerability, care, and integrality: conceptual reconstructions and current challenges for HIV/AIDS care policies and practices". **Saúde em Debate**, vol. 46, n. 7, 2022.

AYRES, J. R. C. M. *et al*. "Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS". **American Public Health Association**, vol. 96, n. 6, 2006.

BARRIENTOS, D. M. S. *et al*. "Captar y comprender la realidad de los inmigrantes sudamericanos a partir del análisis del discurso". **Contribuciones a Las Ciencias Sociales,** vol. 16, n. 11, 2023.

BERRES, R.; BAGGIO, M. A. "(Dis)continuation of care of the pre-term newborn at the border". **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 73, n. 3, 2020.

BRAUN, V.; CLARKE, V. "To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales". **Qualitative Research in Sport**, **Exercise and Health**, vol. 13, n. 2, 2019.

BRITO, D. S. *et al*. "SituaSUS – Identificação de vulnerabilidades, riscos e potencialidades no sistema único de assistência social". **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 19, n. 57, 2024

CAVALCANTE, L.; OLIVEIRA, W. F. "The Effects of the COVID-19 Pandemic on Immigration and Refuge in Brazil: An Initial Examination Based on Administrative Records". **Périplos: Revista de Estudos Migratórios**, vol. 4, n. 2, 2020.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; SILVA, S. L. **OBMigra 10 years**: research, data, and contributions to policies. Migration Series. Brasília: OBMigra, 2023.

CONDON, L.; McCLEAN, S.; McRAE, L. "Differences between the earth and the sky': migrant parents' experiences of child health services for pre-school children in the UK". **Primary Health Care Research and Development**, vol. 21, 2020.

DELAMUTA, K. G. *et al*. "Health Care Experiences of Bangladeshi Immigrants Among Primary Health Care Workers in Paraná, Brazil". **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 36, n. 1, 2020.

DIMENSTEIN, M.; CIRILO NETO, M. "Conceptual Approaches to Vulnerability in Health and Social Assistance". **Revista de Pesquisas e Práticas Psicossociais**, vol. 15, n. 1, 2020.

DOUGHERTY, L. *et al*. "Access to appropriate health care for non-English speaking migrant families with a newborn/young child: a systematic scoping literature review". **BMC Health Services Research**, vol. 20, n. 1, 2020.

ESAKO TOIRAMBE, S. *et al*. "Facteurs prédictifs de la non-complétude vaccinale chez des enfants migrants de moins de 5 ans, Maroc". **Sante Publique**, vol. 33, n. 3, 2021.

FEITOSA, T. V. N.; SILVA, G. K.; MARTINS, W. "Health at the Borders: Examining the Challenges Faced by Brazilian Migrants in Accessing Health Services". **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 12, n. 34, 2022.

FEITOSA, T.V. N.; MARTINS, W.; JAQUEIRA, M. "O acesso à saúde em região de fronteira: a tríplice fronteira Argentina, Brasil e Paraguai em meio a pandemia do coronavírus". **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 4, n. 11, 2022.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. **Crianças na pandemia COVID-19**. Brasília: Fiocruz, 2020.

FLORÊNCIO, R. S.; MOREIRA, T. M. M. "Health vulnerability model: conceptual clarification from social subjects' perspective". **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 34, 2021.

FOZ DO IGUAÇU. "A cidade/População". **Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu** [2021]. Disponível em: <www.pmfi.pr.gov.br>. Acesso em: 22/05/2024.

GEBREEGZIABHER, S. B. *et al*. "Assessment of maternal and child health care services performance in the context of COVID-19 pandemic in Addis Ababa, Ethiopia: evidence from routine service data". **Reprod Health**, vol. 19, n. 1, 2022.

GOMES, R. "Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa". *In*: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F.; MOREIRA, M. C. N. "As abordagens qualitativas na Revista Ciência e Saúde Coletiva (1996-2020)". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 25, n. 12, 2020.

HELMYATI, S. *et al*. "Monitoring continuity of maternal and child health services, Indonesia". **Bull World Health Organ**, vol. 100, n. 2, 2022.

HJERN, A.; KADIR, A. "Health care for migrant children without legal residency". **Acta Paediatr**, vol. 108, n. 12, 2019.

HU, J. *et al*. "A Randomized Controlled Trial of Two Parent-Child Parallel Interventions to Enhance Positive Adaptation of Immigrant Families in Hong Kong: The Moderating Role of Depressive Symptoms". **Behavior Therapy**, vol. 55, n. 5, 2024.

IUDICI, A. *et al*. "The Invisible Discrimination: Biases in the Clinical Approach Regarding Migrants: A Study to Help Ethnopsychology Services and Clinicians". **Behavioral Sciences**, vol. 14, n. 3, 2024.

JIMÉNEZ-LASSERROTTE, M. D. M. *et al*. "Experiences of Healthcare Providers Who Provide Emergency Care to Migrant Children Who Arriving in Spain by Small Boats (Patera): A Qualitative Study". **Children**, vol. 10, n. 6, 2023.

JOIA, J. H. "Infâncias imigrantes, silêncios e fronteiras do cuidado em um CAPS infanto-juvenil". **Estilos Clínica**, vol. 26, n. 1, 2021.

MARCHI, M. *et al*. "Experience of discrimination during COVID-19 pandemic: the impact of public health measures and psychological distress among refugees and other migrants in Europe". **BMC Public Health**, vol. 22, n. 1, 2022.

MARJANOVIC, Z. *et al*. "Child Migrant Health: The Role of Pediatric Surgery in the Migrants' Route across Balkan Countries to North-West Europe" **European Journal of Pediatric Surgery**, vol. 29, n. 5, 2019.

MARTIN, D. *et al*. "Migration and Refuge: Essential Topics for Nursing Education in the Time of COVID-19". **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol 75, n. 2, 2022.

MOHAMMADI, D.; SALMANI, I.; FARAHMANDNIA, H. "Social vulnerabilities among immigrants and refugees in emergencies and disasters: a systematic review". **Frontiers Public Health**, vol. 11, 2024.

MUGGLI, Z. *et al*. "Patterns of healthcare use among children with immigrant and non-immigrant backgrounds in 2019 and 2020: evidence from the CRIAS cohort study in the metropolitan area of Lisbon, Portugal". **BMC Public Health**, vol 23, 23, 2023.

PAIVA, V. S. F.; AYRES, J. R. C. M. "Human Rights, Vulnerability, and Critical Reflection on HIV/AIDS Prevention in a Syndemic Context". **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 39, 2023.

PARTHA, I. S. "Cultural considerations in healthcare for older Asian Indian US Adults". **The American Journal of Medicine**, vol. 137, n. 5, 2024.

RECKZIEGEL, J.; WENCZENOVICZ, T. J. "Debates on Migration and the Right to Health in Light of Human Dignity During the COVID-19 Pandemic". **Revista de Direitos Culturais**, vol. 17, n. 41, 2022.

RYAN, A.; KELLY, A. "Fifteen-minute consultation: what do paediatricians need to know about child refugee and migrant health needs?" **Archives of Disease in Childhood - Education and Practice**, vol. 108, 2023.

SAADI, A. *et al*. "Partnering with immigrant patients and families to move beyond cultural competence: a role for clinicians and health care organizations". **Academic Pediatrics**, vol. 24, n. 5, 2024.

SALAMI, B. *et al*. "Access to healthcare for immigrant children in Canada". **International Journal of Environmental Research and Public Health**, vol. 17, n. 9, 2020.

SANTOS, K. C. D. *et al*. "Lessons from the COVID-19 pandemic: the unequal burden of COVID-19 on vulnerable populations in the Brazilian Central-West". **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 40, n. 8, 2024.

SHADID, O.; SIDHU, S. S. "The Mental Health Effects of Migrant Family Separation". **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, vol. 60, n. 9, 2021.

SILVA, E. D. *et al*. "The Importance of Using Medicinal Plants in Light of the Current SARS-CoV-2 Pandemic". **Research, Society and Development**, vol. 10, n. 11, 2021.

SILVA, M. A. *et al*. "Unaccompanied migrant youth from Central America: Challenges and opportunities". **Current opinion in psychology**, vol. 47, 2022.

SILVA, R. M. M. *et al*. "The vulnerabilities of premature children: home and institutional contexts". **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 73, 2020.

SULEMAN, S.; CHAMBERLAIN, L. J. "Impact of covid-19 on the health of migrant children in the United States: from policy to practice". **Pediatric Clinics of North America**, vol. 71, n. 3, 2024.

THEKDI, S. A.; AVEN, T. "A Risk-Science Approach to Vulnerability Classification". **Risk Analysis**, vol. 41, 2021.

TRIVEDI, P. *et al*. "Socio-Economic and Health Consequences of COVID-19 on Indian Migrants: A Landscape Analysis". **International Journal of General Medicine**, vol. 17, 2024.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para Infância. "Crise migratória venezuelana no Brasil. O trabalho do UNICEF para garantir os direitos das crianças venezuelanas migrantes". **UNICEF** [2023]. Disponível em: <www.unicef.org>. Acesso em: 15/04/2024.

UNITED NATIONS. "Migration". **United Nations** [2024]. Disponível em: <www.un.org>. Acesso em: 10/06/2024.

WISE, P. H. "Advocacy for Unaccompanied Migrant Children in US Detention". **Pediatric Clinics of North America**, vol. 70, n. 1, 2023.

YING, L. *et al*. "Economic Pressure and Loneliness in Migrant Children in China: The Mediating Roles of Parent-Child Communication and Parental Warmth". **Child Psychiatry and Human Development**, vol. 50, n. 1, 2019.

ZHANG, Y.; ZHENG, X. "Internal migration and child health: An investigation of health disparities between migrant children and left-behind children in China". **PLoS One**, vol. 17, n. 3, 2022.



BOLETIM DE CONJUNTURA (BOCA)

Ano VI | Volume 19 | Nº 57 | Boa Vista |2024

http://www.ioles.com.br/boca

Editor chefe:

Elói Martins Senhoras

Conselho Editorial

Antonio Ozai da Silva, Universidade Estadual de Maringá

Vitor Stuart Gabriel de Pieri, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Charles Pennaforte, Universidade Federal de Pelotas

Elói Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima

Julio Burdman, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Patrícia Nasser de Carvalho, Universidade Federal de Minas Gerais

Conselho Científico

Claudete de Castro Silva Vitte, Universidade Estadual de Campinas

Fabiano de Araújo Moreira, Universidade de São Paulo

Flávia Carolina de Resende Fagundes, Universidade Feevale

Hudson do Vale de Oliveira, Instituto Federal de Roraima

Laodicéia Amorim Weersma, Universidade de Fortaleza

Marcos Antônio Fávaro Martins, Universidade Paulista

Marcos Leandro Mondardo, Universidade Federal da Grande Dourados

Reinaldo Miranda de Sá Teles, Universidade de São Paulo

Rozane Pereira Ignácio, Universidade Estadual de Roraima