



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Marcela Possato Correa da Rosa**

**Rotinas de promoção da saúde de famílias venezuelanas que participaram da Estratégia  
de Interiorização da Grande Florianópolis**

**FLORIANÓPOLIS  
2022**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Marcela Possato Correa da Rosa**

**Rotinas de promoção da saúde de famílias venezuelanas que participaram da Estratégia de Interiorização na Grande Florianópolis**

Dissertação submetida ao Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. **Área de concentração:** Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem. **Linha de Pesquisa:** Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem. **Laboratório de Pesquisa:** Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (LAPEPS). **Orientadora:** Profa. Dra. Gisele Cristina Manfrini.

**FLORIANÓPOLIS  
2022**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

da Rosa, Marcela Possato Correa  
Rotinas de promoção da saúde de famílias venezuelanas que  
participaram da Estratégia de Interiorização da Grande  
Florianópolis / Marcela Possato Correa da Rosa ;  
orientador, Gisele Cristina Manfrini, 2022.  
123 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Rotinas de Saúde. 3. Saúde da Família.  
4. Promoção da Saúde. 5. Refugiados. I. Manfrini, Gisele  
Cristina. II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Marcela Possato Correa da Rosa

**Rotinas de promoção da saúde de famílias venezuelanas que participaram da Estratégia de Interiorização na Grande Florianópolis**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Rosane Gonçalves Nitschke, Dr.(a)  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Janaina Medeiros de Souza, Dr.(a)  
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

---

Prof.(a) Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dr.(a).  
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof.(a) Gisele Cristina Manfrini, Dr.(a).  
Orientador (a)

Florianópolis, 2022.

**Dedico este trabalho a todas as pessoas que,  
em algum momento, precisaram recomeçar suas vidas do zero.**

## **Agradecimentos**

Ao final desta jornada, agradeço a Deus, por ter me concedido a graça de poder estudar e trabalhar com um tema que tanto me cativa. Agradeço pela força nestes dias, que também foram difíceis.

Minha gratidão às famílias que aceitaram compartilhar comigo um pouco dessa trajetória e conversar sobre aspectos dolorosos e íntimos das suas histórias. Obrigada por me ajudarem a construir este trabalho que é de vocês.

À minha mãe Inês, meu irmão Pedro e meu pai Luiz por estarem ao meu lado durante minha trajetória acadêmica.

Aos meus parceiros caninos, tão amorosos, Chico e Thaller por me acompanharem nas noites de estudo e escrita e por me chamarem para jogar bolinha quando eu precisava descansar um pouco.

À família Matos-Ávila pelo acolhimento da minha família em São José. Em especial à senhora Dalva Matos Ávila, a quem dedico este trabalho, que vem foi uma forma de retribuir ao Universo a recepção que tive logo que chegamos aqui, como família migrante também. Minha formação pessoal e profissional aconteceu graças à contribuição de vocês. Serei eternamente grata por isto.

Aos meus amigos, Kamila V., Camila D., Fernanda e João Alfaya, eu amo vocês de todo meu coração. Vocês foram luz nos dias mais turbulentos. Obrigada por estarem comigo em todos os momentos e me motivarem. Não tenho palavras para dimensionar a importância de vocês na minha vida.

Gostaria de agradecer a minha querida orientadora, Professora Gisele Cristina Manfrini, pelo conhecimento compartilhado comigo. Carrego uma grande admiração pelo trabalho e pela mulher inteligente, talentosa e forte que és.

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem e aos professores por me acolherem. Aos membros do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde - LAPEPS, que proporcionaram momentos de interação e partilha de saberes. Aos colegas da pós, Perla e Angélica com quem pude conviver durante as aulas online e que sempre estiveram disponíveis para me ajudar.

À Círculos de Hospitalidade, em especial a Bruna, por me aproximar e despertar em mim o amor e a vontade de atuar pela causa humanitária e a equipe em geral, pelas horas de trabalho síncrono e assíncrono e que trabalhou sem descanso durante a pandemia.

À Pastoral do Imigrante, onde pude atuar como voluntária nas aulas de Língua Portuguesa e me aproximar ainda mais da realidade de vida dos imigrantes.

À CAPES e ao CNPQ pelo auxílio financeiro que permitiu que esta pesquisa acontecesse.

## RESUMO

Objetivo: Conhecer as rotinas de promoção da saúde em famílias venezuelanas no contexto de passagem pela estratégia de interiorização, na Grande Florianópolis. Método: pesquisa qualitativa, a partir abordagem de estudo de casos múltiplos, utilizando a técnica de photovoice e entrevista semiestruturada, com 4 famílias venezuelanas, residentes nas cidades de Biguaçu, São José, Florianópolis e que participaram do Programa de Interiorização do Exército Brasileiro e agências internacionais de ajuda humanitária. Resultados: Apresentados no formato de dois manuscritos. O primeiro manuscrito: Redes de apoio de famílias migrantes venezuelanas, teve objetivo de apresentar práticas de promoção da saúde e as redes de apoio às famílias. A partir dos dados coletados foram elaborados mapas de rede e genogramas para entender como as famílias estavam estruturadas e suas redes de apoio durante a migração e em Santa Catarina. Os resultados apontaram para uma rede apoio informar forte formada pelas famílias nuclear e estendida, ampliada e ainda que amigos e conhecidos são a principal rede no destino, influenciando na escolha de qual cidade migrar. A figura da avó aparece como um membro de apoio forte, porém sem uma rede de apoio própria. As redes formais ainda são formadas por igrejas, escolas e organizações não governamentais, sendo que os órgãos e instituições governamentais se apresentam como uma rede fraca, sendo os serviços de saúde pouco procurados. O segundo manuscrito: Rotinas de cuidado em famílias venezuelanas na trajetória migratória forçada, teve objetivo de identificar características e fatores que influenciam a organização das rotinas cotidianas das famílias venezuelanas fixadas na Grande Florianópolis, no estado de Santa Catarina. A partir das fotos e entrevistas foi realizada triangulação de dados. Foram elaboradas linhas do tempo de cada uma das famílias e foram categorizados temas para responder como as rotinas estavam estruturadas e quais os fatores influenciavam estas rotinas. Os resultados apontaram para o dia a dia voltados para o cuidado com as crianças e para o trabalho fora de casa. Na atividade laboral, embora tenham qualificação técnica e experiência no cargo, os integrantes das famílias estavam em funções que não consideravam ideias. Isto afetava as famílias, na medida em que era preciso trabalhar muitas horas e não havia tempo para reuniões sociais nem para procura de serviço médico. A presença de avó, embora marcante, demonstra uma dependência dos casais em relação à criação dos filhos e pode ser um fator que impede que os ciclos familiares possam fluir. Situações de xenofobia, preconceito e pobreza menstrual aparecem nas rotinas das mulheres em situação de fluxo migratório. A partir dos resultados alcançados é possível observar que famílias imigrantes vivenciam situações que perpassam questões de saúde física e que há lacunas no atendimento destas pessoas, mesmo tendo isso garantido como direito. Pesquisas como saúde e rede de apoio de idosos imigrantes, saúde da mulher podem oferecer boas respostas para profissionais da área da saúde.

Palavras chave: Rotinas de saúde; Migração forçada; Saúde da família; Promoção de saúde.

## ABSTRACT

Objective: To know the health promotion routines in Venezuelan families in the context of passing through the interiorization strategy, in Greater Florianópolis. Method: qualitative research, from a multiple case study approach, using the photovoice technique and semi-structured interview, with 4 Venezuelan families, living in the cities of Biguaçu, São José, Florianópolis and who participated in the Brazilian Army Interiorization Program and agencies international humanitarian aid. Results: Presented in the format of two manuscripts. The first manuscript: Support networks for Venezuelan migrant families, aimed to present practices of health promotion practices and support networks for families. From the data collected, network maps and genograms were prepared to understand how families were structured and their support networks during migration and in Santa Catarina. The results pointed to a strong support network formed by nuclear and extended families, extended and even that friends and acquaintances are the main network in the destination, influencing the choice of which city to migrate. The grandmother figure appears as a strong support member, but without a support network of its own. Formal networks are still formed by churches, schools and non-governmental organizations, and government agencies and institutions present themselves as a weak network, with health services being little sought after. The second manuscript: Routines of care in Venezuelan families in the forced migratory trajectory, aimed to identify characteristics and factors that influence the organization of the daily routines of Venezuelan families settled in Greater Florianópolis, in the state of Santa Catarina. From the photos and interviews, data triangulation was performed. Timelines were drawn up for each of the families and themes were categorized to answer how the routines were structured and what factors influenced these routines. The results pointed to the day-to-day focused on caring for children and working outside the home. In the work activity, although they have technical qualifications and experience in the position, the family members were in functions that they did not consider ideas. This affected families, as they had to work long hours and there was no time for social gatherings or for seeking medical services. The presence of a grandmother, although notable, demonstrates the dependence of couples on child rearing and may be a factor that prevents family cycles from flowing. Situations of xenophobia, prejudice and menstrual poverty appear in the routines of women in situations of migratory flow. From the results achieved, it is possible to observe that immigrant families experience situations that permeate physical health issues and that there are gaps in the care of these people, even though this is guaranteed as a right. Researches such as health and support network of elderly immigrants, women's health can offer good answers for health professionals.

Keywords: Health routines; forced migration; Family Health; Health promotion.

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ACNUR** - Alto-comissariado das Nações Unidas para os Refugiados

**CadÚnico** - Cadastro Único

**CEM** - Centro de Estudos Migratórios

**CNBB** - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

**CRAI** - Centro de Referência de Atendimento ao Imigrante

**CONARE** - Comitê Nacional para os Refugiados

**ESFs** - Equipes de Saúde da Família

**FHI** - Fraternidade Humanitária Internacional

**LGBT** - Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros

**MSF** - Médicos Sem Fronteiras

**ODS** - Objetivos Globais para o Desenvolvimento Sustentável

**OIM** - Organização Internacional das Migrações

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**ONG** - Organização Não Governamental

**ONU** - Organização das Nações Unidas

**OPAS** - Organização Pan-Americana de Saúde

**RR** - Roraima

**R4V** - *Response for Venezuelans*

**SAMU** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UFSC** - Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	12
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	12
1.2 PROBLEMA E JUSTIFICATIVA	16
1.3 MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO	20
<b>2. OBJETIVOS</b>	22
2.1 OBJETIVO GERAL:	22
2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA</b>	23
3.1 SAÚDE NO CONTEXTO DOS FLUXOS MIGRATÓRIOS	23
3.2 A AJUDA HUMANITÁRIA COMO CONTEXTO DE REDE ÀS POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS	30
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	35
4.1 ROTINAS E RITUAIS FAMILIARES	35
4.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE	37
<b>5. MÉTODO</b>	40
5.1 TIPO DE ESTUDO	40
5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	41
5.4 COLETA DE DADOS	42
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	43
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	46
<b>7. RESULTADOS</b>	47
MANUSCRITO 1 – REDES DE APOIO DE FAMÍLIAS MIGRANTES VENEZUELANAS	48
MANUSCRITO 2 - ROTINAS DE CUIDADO EM FAMÍLIAS VENEZUELANAS NA TRAJETÓRIA MIGRATÓRIA FORÇADA	66
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	91
<b>REFERÊNCIAS</b>	93
<b>ANEXO 1 - Fotos retiradas pelas famílias</b>	102
<b>APÊNDICE A - Convite para seleção de participantes</b>	106
<b>APÊNDICE B - Orientação para utilização de câmera descartável</b>	107
<b>APÊNDICE C - Roteiro da entrevista semi-estruturada</b>	109
<b>APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido</b>	111
<b>APÊNDICE E - Termo de cessão de imagem e voz para fins educacionais</b>	115
<b>APÊNDICE F - Genogramas das famílias entrevistadas</b>	117
Genograma Família 1 (F1)	117

Genograma Família 1 e 2 (F1 e F2)	117
Genograma - Família 4 (F4)	118
<b>APÊNDICE G - Ecomapas das famílias entrevistadas</b>	<b>119</b>
Ecomapa - Família 1 (F1)	119
Ecomapa - Famílias 2 e 3 (F2, F3)	120
Ecomapa - Família 4 (F4)	121
<b>APÊNDICE H - Linha do tempo das famílias entrevistadas</b>	<b>122</b>
Linha do tempo da Família 1 (F1)	122
Linha do tempo das Famílias 2 e 3 (F2, F3)	122
Linha do tempo da Família 4 (F4)	122

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Os fluxos migratórios são fenômenos históricos que movimentam milhões de indivíduos todos os anos. Mover-se é uma ação intrinsecamente humana. Pessoas saem de seus locais de origem para buscar melhores condições de trabalho, para encontrar familiares, para estudar e, em casos mais extremos, para fugir de perseguições políticas, de conflitos armados e crises humanitárias.

O primeiro marco legal para a proteção internacional de grupos deslocados, em função de violação de direitos humanos, foi o Estatuto do Refugiado de 1951 (ALMEIDA; MINCHOLA, 2015). Este documento foi elaborado com o objetivo de resolver a situação de refugiados na Europa, após a Segunda Guerra Mundial. Como havia a previsão de proteção apenas para eventos ocorridos antes de 1º de janeiro de 1951 foi necessária a adoção de um protocolo que abrangesse novos casos de conflitos. Assim, publicou-se o Protocolo de 1967 através do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) (ACNUR, 1951; 1967).

Segundo os dois documentos iniciais, refugiado é a pessoa que em razão de fundado temor relacionado à perseguição por razões de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a grupo social ou opinião política se encontra fora do país de sua nacionalidade e não pode retornar, ou ainda, que sem nacionalidade esteja fora de seu país de residência habitual e a ele não possa retornar (ACNUR, 1967).

No Brasil, durante o período da ditadura militar entre 1964 a 1985, se elaborou o chamado Estatuto do Estrangeiro. A Lei 6.815, de 19 de agosto de 1980, define a situação jurídica de todos os estrangeiros (cidadãos não brasileiros), ou seja, tinha caráter mais regulatório do que de direitos das pessoas que chegavam ao país (BRASIL, 1980; SOARES, 2020).

Com o advento de novos conflitos nas Américas e Caribe houve a necessidade de ampliar o conceito de refugiado, para que pessoas em privação de seus direitos fossem protegidas. E em 1984, foi instituída a Convenção de Cartagena, adicionando uma definição ampliada de refúgio na qual se inserem as possibilidades de fuga do país de origem em razão de violência generalizada, conflitos internos, e violação maciça dos direitos humanos, bem como perturbação grave da ordem pública (ACNUR, 1984; ALMEIDA; MINCHOLA, 2015).

Atualmente, o Brasil adota o conceito ampliado de refúgio, de acordo com a Lei n. 9.474 de 1997 (Lei do Refúgio) e a Lei n. 13.445 de 2017 (Nova Lei da Migração), que engloba o conceito primário, segundo o Estatuto do Refugiado e seu Protocolo, e também, a Declaração de Cartagena (WALDELY *et al.*, 2014). Por esse motivo é reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um dos países mais modernos quanto à legislação sobre o assunto (ACNUR, 2020a; BRASIL, 1997; BRASIL, 2017).

De acordo com o Relatório anual do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), *Global Trends 2021*, até o final do mesmo ano existiam 82 milhões de pessoas em situação de deslocamento forçado no mundo, estimando-se que 30% desse número sejam crianças. No mesmo relatório, os países com maior número de deslocados são Síria, Venezuela, Afeganistão, Sudão do Sul e Myanmar (ACNUR, 2020b).

Segundo o Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE), no Brasil existem atualmente por volta de 11.231 refugiados reconhecidos, de 80 nacionalidades distintas e, ainda, aproximadamente 161.057 pedidos de refúgio em andamento, aguardando uma decisão. (OLIVEIRA, 2020).

Chama atenção nos últimos anos a situação venezuelana que, agravada pela crise econômica seguida de uma crise humanitária, é denominada como um dos maiores êxodos da história na região, com 5 milhões de deslocados forçados (ACNUR, 2020c).

Para auxiliar na coleta e divulgação de dados sobre os venezuelanos deslocados, foi criada a *Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V)*. O site criado pela parceria entre Organização Internacional das Migrações (OIM) e ACNUR fornece informações atualizadas sobre os números de venezuelanos deslocados nos países das Américas e as ações realizadas pelos países receptores. Dados oficiais divulgados pela página apontam que os países que mais receberam migrantes venezuelanos foram Colômbia (1,84 milhão), Peru (1,29 milhão) e Equador (513,9 mil). Embora o fluxo de migrantes no Brasil seja intenso, o país não aparece entre os primeiros na lista dos que mais receberam venezuelanos, tendo apresentado um total de 345 mil registros até agosto de 2020 (ACNUR, 2020d).

Nesse sentido, organizações internacionais ligadas à ajuda humanitária, em conjunto com o Governo Brasileiro têm feito esforços para acolher a população que chega cruzando as fronteiras, principalmente pelo estado de Roraima (RR). Entre as estratégias do governo para acolher e organizar esta chegada está a Operação Acolhida, que oferece atendimento para emissão de documentação, vacinação e operação de controle da fronteira (BRASIL, 2018).

Logo após chegarem a Roraima, os imigrantes são direcionados a abrigos coletivos, que são oferecidos pela prefeitura das cidades no estado e também por outras organizações. A Operação Acolhida em conjunto com a ACNUR disponibiliza 13 abrigos temporários, separados para migrantes solteiros, famílias e pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero (LGBT'S). Após o período de acolhimento, os migrantes passam por avaliação clínica de saúde e são apresentados ao termo de voluntariedade que, se assinado, direciona-os para a participação nas ações de interiorização (BRASIL, 2018).

O objetivo do processo de interiorização é oferecer maiores oportunidades de inserção socioeconômica aos venezuelanos e diminuir a pressão sobre os serviços públicos do estado de Roraima. Existem diferentes modalidades, que incluem: saída de abrigos em RR para abrigos em uma das cidades de destino; reunificação familiar; reunião social; e com vaga de trabalho sinalizada (BRASIL, 2018).

A organização internacional Médicos Sem Fronteiras (MSF) que desenvolve ações de saúde no local de acolhimento de migrantes, aponta que muitos dos venezuelanos que chegam ao Brasil trazendo suas famílias, vão para abrigos, estes na sua maioria em condições precárias, e ali vivem com outras famílias migrantes (MSF, 2020a; DIAS 2019).

O relatório mensal do período de mar-abril de 2021, da Operação Acolhida junto à ACNUR, informa que dos 76.398 migrantes que optaram pela estratégia de interiorização, 87% eram pessoas viajando em grupos familiares. Deste total, desde abril de 2018, o estado de Santa Catarina recebeu 13.361 venezuelanos pelo programa, sendo o segundo estado em nível nacional que mais recebeu imigrantes venezuelanos (BRASIL, 2022).

Números oficiais, fornecidos pela Polícia Federal do Brasil em novembro de 2019, apontam para um número total de 64 mil migrantes em Santa Catarina, sendo 21,8 mil vindos de países da América do Sul (GUAGLIANO, 2020). Destes, 5.762 possuem registro no Cadastro Único (CadÚnico) da Assistência Social (SANTA CATARINA, 2020).

Na maioria dos contextos de fluxo migratório intenso as organizações da sociedade civil e religiosas, a partir de parcerias com organizações oficiais, têm papel determinante no atendimento das demandas dos migrantes (ATIYEH; GUNN, 2017; JOZAGHI; DAHYA, 2020).

Várias são as organizações responsáveis pelo acolhimento das populações migrantes no estado de Santa Catarina, entre elas estão a Pastoral do Migrante, Cáritas e a Organização Não governamental (ONG) Círculos de Hospitalidade. Esta última atua na integração social de populações migrantes, oferecendo serviços de auxílio na regularização migratória e emissão de documentos brasileiros, acesso a direitos, como educação e saúde, inserção laboral, aulas de Língua Portuguesa e palestras educativas com temas relacionados à saúde mental, saúde da mulher e violência de gênero. Além disso, durante a pandemia foram realizadas rodas de conversas virtuais com grupos de mulheres, mediados pela equipe de assistência psicossocial (CÍRCULOS DE HOSPITALIDADE, 2020).

A Pastoral do Migrante, em parceria com a Cáritas e a Organização Internacional para as Migrações, atua oferecendo aulas de Língua Portuguesa, elaboração de currículos e distribuição de doações. No dia 31 de outubro de 2019, a instituição inaugurou na cidade de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina (SC), a Casa do Migrante que acolhe venezuelanos vindos de Boa Vista capital do estado de Roraima (RR), através do processo de interiorização federal em parceria com a ACNUR e Cáritas Suíça (SPM/SC, 2020a).

Neste contexto, a cidade de Florianópolis/SC, de forma inovadora, aprovou no ano de 2020 a Política Municipal do Migrante, tornando-se a segunda cidade no país a dispor de uma política para o atendimento desta população, atrás apenas da cidade de São Paulo (GUAGLIANO, 2020).

A Lei n. 10.735, de 2020, prevê, como obrigação do município, a garantia de acesso universal à saúde ao migrante, conforme suas especificidades e capacitação de pessoal para atendimento a este público nos serviços de referência e serviço social (FLORIANÓPOLIS, 2020).

Alguns estudos sobre populações imigrantes têm sido realizados em Florianópolis, sendo em sua maioria sobre aspectos psicológicos relacionados aos processos de fluxos migratórios. Entre eles, o trabalho de Lodetti e Borges (2020) sobre os impactos psicológicos da migração em refugiados sírios que residem em Florianópolis e a pesquisa realizada por Faqueti (2019), sobre a trajetória de cuidados à saúde de estudantes haitianos da Universidade Federal de Santa Catarina.

No que se refere às questões sobre o acesso à atenção primária em saúde por migrantes, destaca-se a monografia desenvolvida por Datolli, Lucio e Chaves (2019) sobre a utilização da atenção primária em saúde por imigrantes na capital do estado de Santa Catarina.

## 1.2 PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Atenção Primária à Saúde se caracteriza por um atendimento humanizado, baseado na pessoa e não no processo de adoecimento e ainda, que seja voltado para o contexto familiar e comunitário onde o usuário se insere (OPAS/WHO, 2019).

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata trouxe a consolidação sobre o pensamento de saúde voltado aos cuidados e à Atenção Primária (GIOVANELLA; RIZZOTO, 2018). Além disso, o mesmo documento entende o acesso à saúde como direito humano básico, porém, mesmo que assim conste, muitas pessoas ainda continuam sem acesso ao mesmo (KROENING; DAWSON-HAHN, 2019).

Com a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, e seu olhar voltado para a saúde coletiva em detrimento do modelo biomédico-curativista, o conceito amplo e que considerava a saúde a partir de seus determinantes sociais ganhou destaque a partir dos modelos de saúde da família focados na dinâmica interna dos seus membros, a rede de cuidado informal, elucidando explicações a partir de diferentes referenciais: clínico, de desenvolvimento funcional, adaptativo e de resiliência (HECK et al, 2011).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) coloca como bases para o desenvolvimento da Promoção da Saúde no Brasil, entre outros que

“As ações de saúde devem ser centradas na qualidade de vida das pessoas e no seu meio ambiente, bem como nas relações da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com as famílias” (BRASIL, 2006)

Para diminuir a disparidade nos serviços de saúde oferecidos às populações migrantes e de refugiados, em janeiro de 2019 a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu um Plano Global de Promoção da Saúde voltado exclusivamente para estas populações vulneráveis. O plano estabelece metas a serem alcançadas entre 2019 e 2023.

O documento faz parte da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que propõe 17 Objetivos Globais para o Desenvolvimento Sustentável (ODS). Entre eles estão: erradicar a pobreza, promoção de saúde e bem-estar, igualdade de gênero e redução das desigualdades (WHO, 2021).

Em um contexto de migração, questões relacionadas à saúde podem ser permeadas por diversos problemas, como desafios econômicos, barreiras linguísticas, transição cultural, origem geográfica, e as condições de vida nos abrigos coletivos (EFIRD; BITH-MELANDER, 2018). Sabe-se, por exemplo, que são encontradas elevadas taxas de estresse pós-traumático e depressão em populações que enfrentam deslocamento forçado (LI et. al., 2016; LIDDELL, et. al., 2016), além de problemas relacionados à perda de apetite, peso e sintomas somatizados, como gastrite (BOEIRA; MARTINS, 2020).

Entre as principais dificuldades em saúde enfrentadas pelos migrantes estão a desnutrição, falta de acesso à água potável, doenças crônicas prévias não tratadas adequadamente, ausência de atendimento pré e pós-natal, imunização incompleta, violência de gênero e xenofobia. Além disso, as múltiplas realocações e mudanças de residência, também estão negativamente associadas à saúde mental de refugiados (KROENING; DAWSON-HAHN 2019).

Pesquisas relacionadas a eventos de transição inesperada revelam a importância de olhar para as famílias em situações de saúde no contexto de vulnerabilidade.

Para Manfrini (2005), eventos de transição podem gerar crises em ambiente familiar, o que também pode ser considerado um ponto de mudança à família, levando-a a readaptações em seus padrões de interação e a uma melhora ou piora no seu funcionamento. De acordo com Denham (2002a), o ambiente é onde as ações, interações e processos dos diferentes membros buscam organizar a vida coletiva diária, ao estabelecerem rotinas, distribuir tarefas e administrar os recursos de acordo com as situações que acontecem.

Situações de ambiente familiar como as vivenciadas por pessoas em fluxo migratório podem alterar rotinas de alimentação, sono e ingestão correta de medicamentos, ocasionando doenças crônicas como a obesidade.

McDonald e Kennedy (2005) já apontavam, por exemplo, um aumento nas taxas de obesidade em populações migrantes devido às dietas ditas ocidentalizadas, com grande quantidade de gordura e sal. Resultados assim estão relacionados às escolhas e práticas alimentares e, portanto, crenças e comportamentos alimentares podem ser aspectos importantes a serem analisados (HIGGINBOTTOM et al. 2014).

Para Ramos (2008), a cultura tende a produzir diferentes percepções do mundo de acordo com os valores pessoais, crenças e atitudes. O resultado disso são visões diferentes sobre questões como saúde, doença e práticas de proteção, que variam de acordo com cada indivíduo, grupo cultural, classe social e contexto do desenvolvimento. Para o autor, ignorar a importância destas diferenças pode reforçar estereótipos e preconceitos.

Os comportamentos relacionados às rotinas fornecem informações valiosas sobre um imigrante e o bem-estar geral da criança e funcionamento familiar. Em crianças mais novas, por exemplo, atenção aos padrões de alimentação, sono e ida ao banheiro pode revelar estressores psicológicos (KROENING; DAWSON-HAHN, 2019).

No que se refere aos cuidados em saúde de imigrantes venezuelanos, a principal porta de entrada para o sistema de saúde são as unidades básicas de saúde e serviços de urgência e emergência. No estado de Roraima, as equipes de saúde do Exército atendem aos refugiados dentro dos abrigos ligados à Operação Acolhida e as Equipes de Saúde da Família assistem os que estão em abrigos públicos mantidos por outras organizações e pela prefeitura. É o caso, por exemplo, de abrigos em outros estados do país (DIAS, 2019).

Comumente, um dos principais entraves para desenvolver vínculo nos atendimentos das equipes de saúde com os usuários imigrantes é a linguagem e com isso o desconhecimento sobre os aspectos culturais do cuidado em saúde. Através da linguagem, abrem-se os espaços para a comunicação, a escuta e o acolhimento das necessidades de saúde. Dias (2019), em sua pesquisa com agentes comunitários de saúde, na cidade de Pacaraima, em Roraima, revela este problema no trabalho das equipes de saúde com populações venezuelanas.

Um estudo realizado por Dattoli (2019), na cidade de Florianópolis/SC, identifica as dificuldades que causam sobrecarga de trabalho às equipes de saúde da família na abordagem com os imigrantes, tais como: falta de conhecimento sobre as demandas de saúde/doença; pouca informação sobre a chegada constante de novas pessoas; dificuldade linguística com os diferentes idiomas; e, divergências culturais dos variados povos que habitam o território.

Nesse contexto surgem dificuldades e conflitos relacionados aos cuidados profissionais. O impacto cultural, que se manifesta em termos linguísticos frente aos procedimentos de saúde, exige tempo para que conflitos e dificuldades na relação de cuidado sejam amenizados. Esse fato pode ser potencializado quando não há formação adequada da equipe de saúde para lidar com essas especificidades da migração, repercutindo diretamente na qualidade da assistência prestada a esse grupo em especial (JAROCHINSKI-SILVA, 2017).

Estudos realizados com refugiados e migrantes têm em sua maioria o foco sobre o processo de adoecimento, como por exemplo, a incidência de doenças crônicas transmissíveis (HIV, tuberculose, sífilis), tabagismo, uso abusivo de álcool, outros ainda, procurando entender mais sobre as portas de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que estudos sobre as rotinas culturais de cuidado ainda são incipientes (GRANADA et al., 2017)

Pesquisas com migrantes e refugiados usuários do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), como exemplo, não foram encontradas e não há estudo sobre o assunto publicado para conhecimento de demandas desta população em urgências neste contexto de atenção à saúde no Brasil.

Como mencionado anteriormente, uma das barreiras enfrentadas durante o período de fluxo migratório é a linguagem e, por consequência, a comunicação com os profissionais de saúde. Neste sentido, o atendimento médico realizado por profissionais do Programa Mais Médicos – com uma parcela significativa de profissionais cubanos – teve um papel de importância no acolhimento dos migrantes. Embora tenha agido instintivamente, o governo federal prorrogou a permanência dos profissionais durante o período da pandemia, amenizando problemas relacionados à falta de profissionais em alguns municípios (ABDENUR; CARDIM; BRASIL, 2020).

Famílias que passam pelos processos de deslocamento forçado são obrigadas a deixar para trás suas histórias, hábitos e rotinas de cuidado cotidianas, anteriormente contextualizadas em seus ambientes culturais, sociais, políticos dos países de origem e ao chegarem ao país de acolhimento, deparam-se com muitas necessidades, dentre as quais a adaptação à cultura de cuidado à saúde. Esta situação é observada com frequência durante os atendimentos realizados pela pesquisadora, onde atua como voluntária, em projetos de inserção de venezuelanos em Florianópolis, na Pastoral do Imigrante e na ONG Círculos de Hospitalidade.

Acredita-se que desenvolver pesquisas voltadas ao entendimento e à aproximação do processo de viver familiar e seus contextos podem auxiliar os profissionais de saúde no planejamento de ações de saúde e envolver as equipes intersetoriais das comunidades. Outro ponto importante é a coleta de dados consistentes para a formulação de novas políticas públicas que estejam de acordo com as necessidades específicas das famílias.

Além disso, compreender como ocorre o desenvolvimento das famílias, levando em consideração o novo ambiente, as singularidades culturais e a diversidade das populações acolhidas, podem diminuir o estresse e os problemas de saúde relacionados aos dolorosos caminhos do refúgio e do deslocamento forçado, bem como evitar preconceitos e a violência no país receptor.

Considerando os singulares contextos de vida familiar, pressupõe-se que haja uma diversidade de hábitos cotidianos, conectados com fatores culturais e que tais rotinas e rituais estejam ligados aos fatores que alterem a saúde e desencadeiam doenças nestas populações. Todavia, o desconhecimento e as dificuldades de informações relacionadas aos sistemas de saúde, típicos das populações em situação de fluxo migratório, fazem com que as famílias procurem portas de entradas voltadas ao atendimento médicos de urgência e emergência ou com foco no modelo biomédico, cujas ações são meramente curativas, em detrimento da atenção primária humanizada e ações de promoção de saúde integradas.

Então, a partir das experiências de atuação da pesquisadora junto às ONGs, observação do contexto das famílias em fluxo migratório e suas dificuldades enfrentadas, propõe-se a pergunta norteadora do presente estudo: **Quais são as rotinas cotidianas de promoção de saúde em famílias venezuelanas que participaram da Estratégia de Interiorização, fixadas na Grande Florianópolis?**

### 1.3 MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

Entre os principais enfoques relacionados aos aspectos de saúde dos migrantes e refugiados, Ventura e Yujra (2019) apontam três principais: “Risco ou Ameaça”; “Saúde Pública” e “Direitos Humanos”. Enquanto, os dois primeiros se relacionam, principalmente com a segurança da população do país de acolhida, a manutenção da força de trabalho e redução das despesas públicas, o terceiro entende a saúde como um direito de todos, independentemente da situação migratória.

O ano de 2020 foi marcado por uma pandemia global, por uma doença de disseminação rápida e padrão de contaminação global. Estudos históricos revelam que há uma tendência de procurar um culpado, como forma de tornar compreensível um fenômeno ainda desconhecido. No caso de doenças com altas taxas de contaminação, os potenciais culpados são viajantes, estrangeiros, ou pessoas que não estão integradas às comunidades (VENTURA; YUJRA, 2019). Desenvolver estudos e publicações que permitam entender padrões e desmistificar ideias relacionadas aos contextos migratórios podem auxiliar na integração das comunidades que vivenciam esta situação, permitindo novas abordagens em saúde e políticas públicas.

Adotando o sentido de saúde como um direito de todos e dever do Estado em conformidade com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 2019 um documento com um plano global de objetivos a serem

alcançados para melhorar as ações de promoção à saúde na comunidade de refugiados e migrantes. Este documento prevê ações a serem desenvolvidas entre 2019 e 2023.

Entre os objetivos estão: I. Promover a saúde de migrantes e refugiados através de ações de curto e longo prazo; II. promover a continuidade e qualidade de serviços essenciais e saúde; III. desenvolver ações de *Advocacy* para integração de refugiados e migrantes, incluindo intervenções para prevenir e mitigar o impacto de iniquidades de gênero; IV. Aumentar a capacidade de enfrentamento dos determinantes sociais de saúde e acelerar o progresso para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, incluindo a cobertura universal (WHO, 2019).

Sabe-se que grande número de pessoas em deslocamento forçado é de famílias e que há uma parcela significativa de mulheres e crianças em situação de vulnerabilidade. Nesse sentido, o presente estudo pretende identificar as redes que estão ligadas às famílias, além de, identificar as práticas de promoção de saúde de famílias que vivenciam o fluxo migratório. Pretende-se com isso oferecer novos conhecimentos aos profissionais de saúde e contribuir para que se alcancem os objetivos acima propostos.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL:**

Conhecer as rotinas cotidianas de promoção da saúde em famílias venezuelanas migrantes, no contexto de passagem pela Estratégia de Interiorização, na Grande Florianópolis, no estado de Santa Catarina.

#### **2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar características e fatores que influenciam a organização das rotinas cotidianas das famílias venezuelanas fixadas na Grande Florianópolis, no estado de Santa Catarina.

Identificar rotinas domésticas de promoção da saúde e redes de apoio à saúde das famílias venezuelanas migrantes, quando no contexto de vulnerabilidade.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 SAÚDE NO CONTEXTO DOS FLUXOS MIGRATÓRIOS

Populações afetadas por conflitos armados, desastres ambientais e perseguições políticas têm seus direitos severamente afetados, entre eles o direito à saúde, mesmo estando protegidas pelo direito humanitário internacional (RIBEIRO; CASTRO, 2020).

Sabe-se, no entanto que a correlação entre migração e saúde é complexa e permeada por fatores sociais como desigualdades socioeconômicas, preconceito, discriminação, iniquidades no acesso ao trabalho, moradia, educação e diferenças culturais entre os países (FAQUETI, 2019).

Com intuito de mapear e entender as questões relacionadas à saúde das populações em fluxo migratório se realizou uma revisão da literatura narrativa, com busca de artigos completos sobre a temática e dispostos *on-line*. As buscas foram feitas utilizando as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), PubMed e Scopus. As palavras chaves utilizadas foram “migração e saúde” e “migrantes”. Embora a revisão bibliográfica tenha incluído artigos que foram publicados há mais de cinco anos, o que se justifica pela relevância do estudo na área, a preferência foi por trabalhos posteriores a 2015.

O primeiro momento da pesquisa objetivava conhecer as principais necessidades de saúde das populações em situação de fluxo migratório e suas dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Sabe-se que migrantes apresentam altas taxa de doenças não notificadas, entre elas hipertensão, diabetes e doenças crônicas respiratórias (MÜLLER *et al.*, 2018) e que na maioria das vezes, adotam menos medidas de saúde de promoção e preventivas de doenças, recorrendo, sobretudo, aos médicos e hospitais em caso de emergência ou em estado avançado de doença (GRANADA *et al.*, 2017).

No atual momento de pandemia, por uma doença infectocontagiosa como a COVID-19, que requer cuidados específicos de higiene e prevenção, como o isolamento social e que, a depender do estado de saúde do indivíduo pode levar à hospitalizações, a situação de deslocamentos e migração vem chamando atenção de forma globalizada.

No que concerne aos processos de deslocamentos forçados, na tentativa de conter a disseminação da COVID-19, muitos países limitam a circulação de pessoas em seus territórios, com isso os processos de reassentamento também param, o que força muitas famílias a permanecer em abrigos e campos de migrantes e refugiados, até que a situação se estabilizasse (RIBEIRO; CASTRO, 2020).

No Brasil e no Mundo, grande parte das pessoas, nesta situação, encontra-se em campos de refugiados e abrigos coletivos, sendo que estes locais, na maioria das vezes, oferecem recursos precários para proteção de doenças infectocontagiosas. Frequentemente, não há água suficiente e as condições de acesso aos alimentos e medicamentos, também não é adequada; além da impossibilidade de realização do isolamento social (POOLE et.al, 2020; KLUGE et al, 2020).

Situações como estas são evidenciadas reiteradamente a partir da perspectiva dos noticiários internacionais, quando há um evento mais desastroso como o incêndio no campo de refugiados de *Mória*, na Grécia, um dos maiores da Europa e que abriga refugiados vindos da Síria. O incêndio ocorreu justamente durante a pandemia da COVID-19 e interrompeu todos os serviços oferecidos pela organização Médicos Sem Fronteiras, incluindo os relacionados ao isolamento médico de doentes pelo novo coronavírus (MSF, 2020b).

Embora pouco anunciada fora dos contextos jornalísticos, a frequência de surtos de doenças infectocontagiosas é alta e epidemias são bem comuns nas circunstâncias de migração forçada.

No Iêmen, desde 2017, um surto de cólera já atingiu mais de 1 milhão de pessoas e vitimou mais de 2.000, a maioria dos casos é de crianças (WHO, 2020). Desde 2015, o país vive um conflito que já provocou o deslocamento interno (dentro do próprio território) e externo (para fora do país) de 3,6 milhões de pessoas. Devido aos ataques que aconteceram, os equipamentos de saúde foram destruídos, impedindo a prevenção e recuperação de doentes (FEDERSPIEL; ALI, 2018).

De 2013 até 2016, a epidemia do vírus Ebola na República Democrática do Congo assustou o mundo frente à possibilidade de uma pandemia. A doença teve seu início em uma região de conflito armado, antes das eleições. Embora o surto tenha sido controlado, novas ondas da doença têm afetado o país, que passa por uma crise humanitária severa. A situação é ainda mais complexa por ser tanto um país que recebe refugiados de outros países africanos, como também pelo deslocamento de pessoas de sua origem. Da mesma forma, que outros locais que enfrentam crises políticas, o sistema de assistência à saúde está destruído, além de ser controlado por forças armadas rebeldes (KALENGA et al., 2019; INUNGU et al., 2019).

Outra situação que chama atenção foram os fluxos em direção à Europa. A partir de 2011, o fluxo de imigrantes, já existente, rumo aos países europeus se intensificou pela chegada maciça de pessoas fugindo da guerra civil na região da Síria, fato que gerou episódios de xenofobia e mesmo de políticas mais restritivas de acesso aos serviços nos países europeus (RUFFATO, 2015).

A partir da avaliação de registros médicos de um centro de atendimento ambulatorial para refugiados localizado na cidade de Colônia, na Alemanha, um estudo apontou que entre os principais motivos dos atendimentos realizados estavam as doenças respiratórias, do aparelho locomotor e doenças de pele. Como dificuldades apontadas no atendimento, estavam os traumas psicológicos e dificuldades com o idioma (BORGSCHULTE et al., 2018).

Pavli e Maltezou (2017) encontraram resultados semelhantes para refugiados recém-chegados à Europa. Adicionalmente às doenças anteriormente citadas, menciona o estado de saúde de mulheres e crianças, que apresentavam problemas relacionados à gestação, ao pós-parto, à violência sexual sofrida durante o percurso, além da imunização incompleta como quadro geral da população recém-chegada.

Refugiados e migrantes forçados estão expostos a experiências como guerra, fome, abusos físicos e sexuais, que refletem em alta incidência de doenças psicológicas que perduram mesmo depois do processo de reassentamento (LI et al., 2016; LIDDELL et al., 2016). Dificuldades de linguagem, questões culturais e religiosas, racismo e desemprego podem agravar ainda mais os problemas mentais (PAVLI; MALTEZOU, 2017; MÜLLER et al., 2018).

O continente americano, também sempre foi território de movimentos migratórios intensos, com um contingente grande de pessoas de países da América Latina e Caribe para os Estados Unidos e Canadá, porém, nas últimas décadas algumas populações têm chamado maior atenção. Entre elas os bolivianos, haitianos, mexicanos e, mais recentemente, venezuelanos (BRITO, 2020).

Como tradição de país desenvolvido, os Estados Unidos sempre recebeu grande contingente de migrantes de todo mundo, entretanto, nos últimos anos com a adoção de políticas migratórias mais restritivas, tanto a entrada como permanência de migrantes têm sido dificultadas. Para que imigrantes - refugiados ou não - possam acessar os Estados Unidos de forma legal, antes e depois de sua chegada é realizada uma triagem médica. O objetivo desta triagem é impedir a entrada de doenças infecciosas no país. Entre estas, os principais impedimentos na triagem são para pessoas com tuberculose (ZEIDAN et al., 2019).

Além de doenças infectocontagiosas, sabe-se que refugiados e migrantes tendem a ter risco alto de desenvolvimento de doenças crônicas, que está ligado ao processo de aculturação (TERASAKI et al., 2015).

Golub et al. (2018), publicaram um estudo sobre a incidência de diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a relação com o tempo de chegada aos Estados Unidos. A pesquisa aponta uma alta significativa dessas doenças em refugiados que vivem no país após um ano de residência. Entre as causas apontadas estão o estresse pelo processo de adequação

cultural, barreiras de comunicação, doenças e traumas anteriores, insegurança alimentar, adoção de uma dieta ocidentalizada e falta de atividades físicas. Entre os fatores socialmente ligados às doenças há ainda o nível social e educacional. Além disso, os autores indicam uma relação entre os efeitos do estresse pós-traumático sofridos pela migração forçada e a incidência de doenças crônicas.

Para os migrantes recém-chegados aos Estados Unidos, além dos processos típicos de adaptação com a língua e a cultura, também há a dificuldade de entender como o sistema americano de saúde funciona. Esta situação pode ser complexa, para migrantes que enfrentam problemas financeiros, pelos valores altos de seguros, o que resulta na demora pela procura de ajuda para prevenir, diagnosticar e tratar problemas de saúde (ZEIDAN et al., 2019).

Embora se tenha uma população muito diversa em fluxos migratórios sul-americanos, os problemas de saúde são semelhantes aos demais países no mundo. Nas Américas, particularmente na América Central e América do Sul, a migração entre os países assume um padrão bem distinto de outros continentes, isto é, associa-se, fundamentalmente, às precárias condições de vida, marcada por perfis importantes de desigualdade social entre as regiões (CARNEIRO JUNIOR et.al., 2018).

Conforme os números divulgados pelo relatório anual da ACNUR, o *Global Trends* (2021), países como a Colômbia e o Peru estão entre os mais afetados nos últimos anos, principalmente pela chegada de grandes levas de venezuelanos, vindo de uma situação de crise política e humanitária.

Dois estudos foram realizados por Fernández-Niño et. al. (2018; 2019). Os autores procuraram delimitar o perfil de migrantes vindos da Venezuela e suas condições de vida na Colômbia. Com objetivo de analisar a condição de saúde pública de um assentamento urbano, onde viviam famílias de imigrantes venezuelanos na cidade de Barranquilla (Colômbia), a pesquisa realizada em 2018, aponta para diversos problemas enfrentados nos assentamentos ilegais. Falta de acesso ao esgoto sanitário, coleta de lixo regular e infestação por roedores estavam entre as difíceis condições de vida que frequentemente ocasionam diarreias aguda e hepatite, além de doenças de pele. Entre as possíveis explicações para a ausência de atendimento médico estava a falta de regularização migratória (FERNÁNDEZ-NIÑO, 2018).

Considerando que apenas a Colômbia recebeu nos últimos anos mais de 1 milhão de venezuelanos, dos quais, cerca de metade do número de migrantes estão em situação irregular ou em vias de regularização. Grande parcela destes é do sexo feminino. Um segundo estudo foi realizado para entender as condições de saúde de mulheres migrantes venezuelanas grávidas que entraram no país. Os resultados encontrados evidenciam a falta de atendimento básico, que

inclui consultas e exames pré-natais, suplementos alimentares e proteção social (FERNÁNDEZ-NIÑO, 2019).

No Peru, segundo país que mais recebeu venezuelanos, a dificuldade de acesso aos sistemas de saúde e insegurança social também fazem parte da vida de migrantes. Além de doenças como depressão e ansiedade, chama atenção no contexto, a situação de crianças em situação de desnutrição, bem como de mulheres lactantes que necessitam suplementação alimentar (HERNÁNDEZ-VÁSQUEZ et al., 2019; FIGUEROA-QUINONES et al., 2019; VARGAS-MACHUCA et al., 2019), corroborando os mesmos resultados encontrados nas pesquisas realizadas na Colômbia.

O Brasil tem se destacado na rota migratória de várias populações. Em especial nas cidades com maiores oportunidades de emprego, como São Paulo e outras com grandes empresas frigoríficas (GRANADA et al. , 2021).

Ganha destaque a população vinda do Haiti, a partir de 2010, após o terremoto que abalou o país, que já passava por crise política e humanitária. Pesquisas acerca das necessidades de saúde nesse grupo demonstram a importância da abordagem cultural para os processos de saúde e doença. Entre as questões levantadas está a religião, que tem papel central nos assuntos sobre saúde entre os haitianos, sendo que, em alguns casos; isto pode dificultar a aderência ao tratamento médico. Além disso, questões relativas à dificuldade na linguagem e o preconceito racial, também fazem parte do cotidiano de saúde de migrantes haitianos (SANTOS, 2016; FAQUETI et al. 2020; ALVES et. al.; 2019).

Para a população boliviana, que tem grande contingente vivendo principalmente no estado de São Paulo, dois estudos evidenciam as necessidades de saúde ligadas às condições de trabalho e moradia.

O primeiro, realizado por Aguiar e Mota (2014) em um bairro da cidade de São Paulo, apontando para problemas de saúde relacionados às jornadas exaustivas de trabalho nas oficinas de costura, gestantes que não realizam o pré-natal, além de doenças como tuberculose, hepatites e HIV. O mesmo estudo, que contou com a participação de profissionais de saúde, indica que entre as principais dificuldades no atendimento estão notadamente a linguagem e o medo do comprometimento do trabalho, identificado nas consultas e visitas das Equipes de Saúde da Família (ESFs).

Mais recentemente, um estudo sobre migração boliviana e doença de chagas realizado por Carneiro Jr. et al. (2018), corrobora os resultados encontrados por Aguiar e Mota (2014). Além da alta incidência de tuberculose, também há predominância de agravos respiratórios, dermatológicos, gastrointestinais e casos de violência de gênero. A falta de regularização

migratória faz com que estes migrantes evitem procurar os serviços de saúde e, ainda, o contato com as ESF.

Finalmente, a população venezuelana, com maior número de migrantes nos últimos anos. São aproximadamente 266 mil somente no Brasil, quinto país que mais recebeu pessoas dessa nacionalidade (ACNUR, 2020c).

Desde 2013, a população venezuelana tem se deslocado na América do Sul, predominantemente entre os países fronteiriços. No Brasil, a entrada acontece pela Região Norte do país, em especial pelo estado de Roraima. Dados da Polícia Federal e do Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE), indicam que o número de pedidos de refúgio teve crescimento importante entre 2016 e 2018, ou seja, houve uma entrada massiva em um curto período de tempo, o que é típico para o mundo todo em situações onde pessoas estão em deslocamento forçado por crises humanitárias (ARRUDA-BARBOSA et al., 2020a; 2020b). Em 2017 a situação fez o estado de Roraima decretar situação de emergência por 180 dias, em decorrência da grande demanda de migrantes.

Em 2020, um estudo realizado com profissionais de saúde em uma maternidade de Boa Vista/RR, aponta os impactos sofridos nos serviços de saúde. O número crescente de migrantes internadas acarretou a superlotação dos leitos e o aumento de cesáreas realizadas desencadeou, nos profissionais de saúde, uma carga de trabalho exaustiva. Os profissionais ainda relatam o problema da comunicação como uma dificuldade na prestação do atendimento, já que o idioma dos migrantes é composto por vários dialetos. Quanto às mães, o alerta é para o grau de vulnerabilidade, pacientes desnutridas, com pré-natal incompleto, aumento de partos prematuros e da mortalidade neonatal, e ainda o fato de muitas mulheres não terem para onde ir pós-alta hospitalar. O mesmo estudo, aponta as diferenças culturais como desafios a serem superados para um atendimento mais humanizado e integral (ARRUDA-BARBOSA, et al., 2020a).

No que diz respeito às doenças infectocontagiosas, foi identificada alta prevalência de doenças como tuberculose, pneumonias e malária. É considerado um problema de saúde pública os casos de sarampo que chegam ao país com os imigrantes. Como as demais populações em situação de crise, o sistema de saúde venezuelano colapsou e, por esse motivo, o sistema de vigilância em saúde e de imunização também não funciona. Pacientes com doenças crônicas, neoplasias e HIV estão à procura de tratamento no Brasil (ARRUDA-BARBOSA et al., 2020b).

Assim, como em outras situações, no caso venezuelano há uma tendência dos migrantes em procurar os serviços médicos de urgência e emergência, em detrimento de serviços de

Atenção Primária, o que acarreta na sobrecarga dos atendimentos de Média e Alta Complexidade (ARRUDA-BARBOSA, et al., 2020a, 2020b).

No contexto sobre a COVID-19 e as migrações no Brasil, uma pesquisa realizada via questionário eletrônico nos estados brasileiros, buscou conhecer a situação de vida dos refugiados e migrantes no contexto da pandemia. A pesquisa contou com 2.474 respostas, sendo que 1.209 eram venezuelanos. (FERNANDES et al., 2020).

Em Santa Catarina, a pesquisa teve destaque na região de Chapecó, em decorrência das agroindústrias (FERNANDES et al., 2020; BORDIGNON, et. al., 2020). Observou-se que o perfil desses migrantes estava voltado à força de trabalho em frigoríficos e na prestação de serviços. O trabalho aponta que há uma desvalorização do trabalho realizado por migrantes, por serem considerados como contratações temporárias (BORDIGNON et. al., 2020).

A partir da revisão bibliográfica realizada neste estudo, tanto para questões ao redor do mundo quanto de forma mais regionalizada, é possível inferir que populações em situação de fluxo migratório enfrentam dificuldades comuns às crises humanitárias, que vão além dos problemas fisiológicos de saúde. Entre as adversidades apontadas em nível mais interno familiar está a insegurança alimentar, problemas financeiros e moradias precárias. Em nível mais externo, encontram-se as dificuldades de comunicação e adaptação à nova cultura, regularização migratória e acesso aos serviços públicos de saúde e educação.

### 3.2 A AJUDA HUMANITÁRIA COMO CONTEXTO DE REDE ÀS POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS

Em decorrência das crises humanitárias no Brasil e no mundo é comum que os fluxos migratórios aconteçam em grandes levas e em curtos períodos de tempo.

Diante disso, países receptores frequentemente não estão preparados para acolher e integrar os migrantes que chegam, muitas vezes em situações precárias e com necessidades básicas a serem atendidas. Situações como estas se agravam ainda mais porque, ao contrário do que se pensa, os maiores contingentes em deslocamento forçado estão em países em desenvolvimento (ABUBAKAR, et al., 2018).

Além dos órgãos oficiais, como as organizações internacionais de ajuda humanitária ACNUR e a Organização Internacional das Migrações (OIM), entidades como a Cruz Vermelha e Médicos Sem Fronteiras estão frequentemente ligadas aos contextos de ajuda em crises humanitárias. Outras organizações têm papel crucial no recebimento destas pessoas, em geral são estruturadas nas cidades de chegada dos migrantes, como igrejas e organizações da sociedade civil, em especial as ONGs (SILVA, 2017).

Segundo Weiss (2014), a ação humanitária consiste no provimento de alívio emergencial para o salvamento das vidas de pessoas ameaçadas e na proteção dos direitos humanos fundamentais dos migrantes e refugiados. Situações como as vivenciadas em conflitos armados e perseguições a grupos específicos têm características muito comuns, entre as quais está a destruição dos equipamentos de saúde e de educação, além de problemas políticos que afetam a resolução de problemas e que adiam resoluções dos conflitos. Nas últimas décadas, além da proteção em zonas de conflitos, a atuação de instituições também está ligada ao atendimento de pessoas atingidas por desastres naturais como terremotos, enchentes e também aos desastres ocasionados pela ação humana, como é o caso do rompimento das barragens nas cidades de Brumadinho e Mariana no estado de Minas Gerais, no Brasil.

Os órgãos oficiais como ACNUR e OIM passaram a realizar parcerias, a partir do financiamento de instituições locais. Diante dessa realidade, instituições com objetivos ligados à causa humanitária e com posicionamento neutro têm importância no atendimento de pessoas em situação de fluxo migratório.

Criada em 1863, a Cruz Vermelha está entre as entidades mais atuantes em situações de conflitos e desastres e foi o primeiro grupo criado de ajuda humanitária. Historicamente, sua criação está associada ao filantropo suíço Henry Dunant que, ao presenciar a Batalha de Solferino (1859), organizou um livro que conta sobre o sofrimento de militares e civis durante a guerra. Dunant solicitou uma convenção extraoficial com a comunidade para discutir ações de serviços sanitários nos conflitos e guerras (CICV, 2020a).

Em 1864, de forma oficial, com participação de outros países, ocorreu a Primeira Convenção de Genebra, que seria seguida por outras, com o objetivo de proteger as vítimas de guerra. O documento é precursor do Direito Humanitário Internacional (CICV, 2020a).

Atualmente, a Cruz Vermelha atua em países atingidos por guerras civis, dando apoio logístico em campos e abrigos e fornecendo serviços de saúde, está entre as entidades que auxiliam no combate a COVID-19 as populações em situação de fluxo migratório, atuando em países como Síria, *Myanmar*, República Democrática do Congo, Iêmen, Sudão do Sul e Brasil. Neste, atua fornecendo itens de higiene e realizando a limpeza dos abrigos nas cidades de Roraima que recebem os migrantes (CICV, 2020b)

Ainda no contexto de atendimento à saúde, a organização Médicos Sem Fronteiras (MSF) atua, oferecendo serviços de saúde e assistência onde há uma insuficiência de atenção por parte dos estados. Um exemplo, é a inauguração em 2003, do Centro de Atenção Integral à Saúde na comunidade de Marcílio Dias, na cidade do Rio de Janeiro, que oferece clínica geral, ginecologia, pediatria, saúde mental e serviço social na comunidade conhecida como Complexo da Maré. Em 2011, a MSF respondeu a uma crise humanitária, envolvendo imigrantes haitianos na cidade de Tabatinga, no estado do Amazonas, com a distribuição de itens de primeira necessidade e a realização de atividades de promoção de saúde (MSF, 2020c).

Algumas instituições que atuam nestas configurações, se destacam pela origem religiosa, porém se diferenciam pelo trabalho humanitário não ligado necessariamente aos aspectos religiosos.

A Fraternidade Humanitária Internacional (FHI), que atua em mais de 18 países, por exemplo, tem atuado em situações de crises humanitárias na América do Sul e África, desenvolvendo ações de saúde e também de abrigo, além de cuidado aos animais e ao meio ambiente (FHI, 2020a).

No Brasil, a FHI está entre as instituições que atuam nos desastres ambientais nas cidades de Mariana e Brumadinho, em Minas Gerais, além de missão humanitária permanente na região de seca e no sertão nordestino (FHI, 2020a).

A partir de 2006, a FHI iniciou o trabalho de atendimento emergencial aos refugiados e migrantes vindos da Venezuela. Mais tarde, com o aumento do fluxo migratório em parceria com ACNUR, OIM e o Exército Brasileiro, a FHI passou a gerenciar os abrigos na cidade de Boa Vista e Pacaraima, em Roraima. Atualmente, a instituição é responsável pelo gerenciamento de cinco abrigos que atendem homens solteiros, famílias, mulheres em situação de vulnerabilidade, populações indígenas e população LGBTI. Além das ações de saúde, são oferecidas aulas de Língua Portuguesa, espaço para artesanato e cursos de capacitação profissional. Com a pandemia, foi instalado um hospital de campanha para atendimento dos doentes da COVID-19 (FHI 2020a; 2020b).

Em 2020, a FHI firmou parceria com o CICV e a ACNUR, para tradução em língua portuguesa do Manual Esfera, com as normas de atenção humanitária em campos e abrigos coletivos nas situações de crises humanitárias. O manual estipula normas mínimas para fornecimento de água, proteção e recuperação à saúde (desnutrição, saúde sexual, violência de gênero, entre outros), e também adequação de espaços de convivência comunitária (FHI, 2020c).

Ainda, em relação à ajuda humanitária, porém, voltado em contexto de menor urgência, algumas instituições ganham destaque pelo acolhimento de migrantes e refugiados e pelas ações de proteção de direitos.

A Missão Paz, criada em 1939, na cidade de São Paulo, é uma instituição filantrópica, de apoio e acolhimento a imigrantes e refugiados, criada por Missionários de São Carlos (Scalabrinianos). A Congregação dos missionários é uma comunidade internacional de religiosos que acompanha os migrantes das mais diversas culturas, crenças e etnias. A organização surgiu com o objetivo de acolher imigrantes italianos no Brasil. Foi responsável pela criação do Centro de Estudos Migratórios (CEM) e pela casa do imigrante em São Paulo (MISSÃO PAZ, 2020).

Sua importância se dá pelo trabalho de *Advocacy*, que consiste no conjunto de ações que visam influenciar a formulação, aprovação e execução de políticas públicas junto aos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário e à sociedade por meio do trabalho em rede e da mobilização da mídia. Dessa forma, a equipe da Missão Paz, através da atuação em rede com organizações parceiras, incide nas esferas municipal, estadual, federal e internacional, levando as contribuições e demandas observadas nos atendimentos aos imigrantes e refugiadas, além de monitorar a aplicação de políticas públicas voltadas para esta população (MISSÃO PAZ, 2020).

Entre as redes criadas estão o Conselho Municipal de Imigrantes (CMI), a Comissão Municipal de Erradicação do Trabalho Escravo, a Rede para Cuidados em Saúde de Imigrantes e Refugiados e o Grupo de Trabalho – interiorização de imigrantes venezuelanos (MISSÃO PAZ, 2020).

A partir da iniciativa, outras pastorais foram se estabelecendo ao longo da história e formaram uma rede de acolhimento importante entre imigrantes, sendo frequentemente o primeiro serviço procurado por pessoas em situação de fluxo migratório. Isso se deve, em parte, pela função de defesa dos direitos humanos que estas pastorais prestam, além das redes que encaminham os migrantes para a inserção laboral e articulam ações com escolas para realização de matrícula de crianças e adolescentes (SILVA, 2017).

Em cidades como Tabatinga e Brasileia, respectivamente, no estado do Acre (AC) e Manaus (AM), após o ano de 2010, com o aumento do fluxo migratório, principalmente de haitianos, e com a incapacidade dos estados de lidarem diretamente com a situação, a Pastoral do Imigrante teve papel determinante nas ações sociais de acolhimento. Além de doação de alimentos, acolhimento em casas de passagem, a pastoral realiza o encaminhamento para vagas de emprego, mediante assinatura de um termo de responsabilidade pelo empregador. Esta ação visa ao cumprimento das leis trabalhistas (SILVA, 2017).

No estado de Santa Catarina, foi criada, em 2019, a Pastoral do Imigrante, gerida pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Atualmente, a organização oferece aulas de língua portuguesa, ações de encaminhamento para inserção laboral e doações de alimentos. A partir de parceria instituída com a OIM, foi aberta na cidade de Florianópolis a primeira Casa do Imigrante, que tem recebido venezuelanos vindos a partir do processo de interiorização (SPM/SC, 2020).

Além da Pastoral do Imigrante, a ONG Círculos de Hospitalidade, que atua em parceria com a OIM, também tem realizado ações de acolhimento e integração de migrantes. Inicialmente voltada para o atendimento de sírios que chegavam em busca de uma nova vida, a instituição passou a atender as demandas de outras nacionalidades. De forma complementar aos serviços oferecidos pela pastoral, a Círculos de Hospitalidade atua oferecendo serviços de regularização migratória, encaminhamento e fornecimento de informações sobre serviços e cursos de empreendedorismo (CÍRCULOS DE HOSPITALIDADE, 2020).

A partir da organização e parceria entre instituições como Cáritas, Pastoral do Imigrante, Círculos de Hospitalidade e da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) por meio do Centro de Pesquisas e Práticas Decoloniais e Pós-coloniais, e também, da Defensoria Pública

da União foi aprovada em 2020 a Lei 10.175/2020, ou Lei dos Migrantes, em Florianópolis (CENTRO DE PESQUISAS E PRÁTICAS DECOLONIAIS E PÓS-COLONIAIS, 2022)

Em Santa Catarina, o fechamento em 2019 do Centro de Referência de Atendimento ao Imigrante (CRAI) gerou grande frustração na população que dependia dos serviços oferecidos. Mais recentemente, com a paralisação dos serviços da Polícia Federal, muitos imigrantes que esperavam pelo processo de regularização migratória, tanto à espera do documento novo ou renovação, foram prejudicados. Esta situação se agrava pelo fato de que muitos deles dependem do documento para conseguir um emprego formal e se inserir no mercado de trabalho. Em uma situação de crise econômica e de pandemia, muitas pessoas que se encontram em situação de migrante foram prejudicadas, sendo que o papel das redes de atendimento, em especial as organizações da sociedade civil, foi determinante para que a situação não se agravasse.

Cabe ressaltar, que embora seja possível observar a atuação de instituições civis nas causas humanitárias, ainda é preciso que haja atuação forte do estado.

## 4. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste estudo, baseou-se nos conceitos e estrutura conceitual do referencial das Rotinas e Rituais de Famílias de Sharon A. Denham (2002a; 2020b) e também de Promoção de Saúde.

### 4.1 ROTINAS E RITUAIS FAMILIARES

Historicamente, estudos com rotinas familiares apontam a importância da dinâmica familiar como fonte de segurança para adaptação às mudanças e também como os padrões de comportamento podem influenciar os processos de saúde e adoecimento (FERNANDES, 2011; MANFRINI, 2005; JORGE, 2007; SILVA, 2010; SILVA & CAVALCANTE, 2015; SILVA & PONTES, 2018). Em contextos de fluxo migratório, entender as rotinas das famílias pode oferecer respostas importantes para auxiliar nos processos de cuidados, principalmente por que migrantes podem ter fatores culturais e sociais fortemente marcados pelas vulnerabilidades típicas dos processos de deslocamento forçado.

Um dos primeiros estudos realizados nesta área foi o de Boyce *et al.* (1983) que propuseram, a partir da observação da rotina da vida de famílias americanas, um Inventário de Rotinas. Com os resultados encontrados, os autores concluíram a importância dos rituais para ter sentido de estabilidade e segurança aos membros da família e, ainda, que mudanças e acontecimentos, como o luto, podem ser interpretados como afetantes à saúde por meio do enfraquecimento do senso de permanência e estabilidade do indivíduo. Por outro lado, também evidenciou o papel protetor de estruturas sociais de apoio.

Sharon A. Denham, uma enfermeira americana, dedicou suas investigações aos rituais e rotinas familiares a partir de um olhar cultural que considerava o contexto em que a família estava inserida. Seus estudos buscavam entender como as rotinas e rituais familiares influenciam nos processos de saúde e doenças. Os estudos realizados pela autora contribuíram para a formulação do Modelo de Saúde da Família (FERNANDES, 2011).

Neste estudo o conceito de família utilizado será o definido por Denham (2002), segundo o qual:

Família é um sistema de interações, relacionamentos e processos dos seus diferentes membros, com características que mudam de acordo com seu contexto histórico, socioeconômico e cultural e com potencial de maximizar o bem-estar individual e coletivo, favorecendo a produção de saúde familiar.

O conceito de Rotinas Familiares utilizado pela autora considera o proposto por Boyce et al. (1983) e é determinado como

Aqueles comportamentos observáveis, repetitivos que envolvem dois ou mais membros familiares e que ocorrem com preditiva regularidade no andamento da vida familiar. (BOYCE *et al.*, 1983, p. 194.)

Em seus estudos etnográficos, a autora avaliou as rotinas das famílias, categorizando em rotinas de autocuidado, segurança e prevenção, comportamentos de saúde mental, cuidado familiar, cuidado na doença e cuidado entre os membros (DENHAM, 2002a).

Neste estudo será considerado como Rotina de Saúde em Família o conceituado por Denham (2002a, p. 12), entendido como:

Padrões dinâmicos de comportamento relevante para a saúde dos membros que os aderem consistentemente, e são estruturados na vida diária onde podem ser lembradas, descritas e discutidas para o indivíduo, família e nas diversas perspectivas ambientais.

Desse modo, Elsen, Althoff e Manfrini (2001) mencionam, como medidas de impacto de saúde no ambiente interno da família: organização interna flexível para atender às necessidades de seus integrantes; estímulo ao diálogo, à existência, compartilhamento, transmissão e recriação de valores, crenças, conhecimentos e práticas; busca de um crescimento e desenvolvimento saudável de seus membros; o cuidado aos seus na saúde e na doença. Já os fatores relacionados aos ambientes externos à família são: a interação dinâmica com outras famílias e comunidade; exercício do controle social; busca de melhores condições de vida através de movimentos organizados da sociedade; participação consciente nos programas de saúde.

Neste ponto, observa-se a intersecção entre as teorias propostas neste estudo. Para Denham (2002, 2003), a construção social de saúde da família é uma experiência que reflete crenças, valores e conhecimentos sobre saúde e doenças, bem como, ideologias e padrões de comportamento.

Os membros da família interpretam eventos ocorridos de forma única e que podem afetá-los, tanto em nível individual como no coletivo familiar. Experiências da vida familiar que interferem na construção social do conceito de saúde da família podem ser percebidas como normativas (produção e manutenção da saúde) ou não normativas (situações de doença ou risco para à saúde) (DENHAM, 2002b).

Conhecer as rotinas e rituais familiares pode ser útil às enfermeiras, para dialogar com as famílias sobre sua saúde, identificar o impacto de estressores, determinar intervenções em doenças crônicas e promover estilos de vida saudável (DENHAM,1995). Contudo, o referencial das rotinas e rituais familiares é também aplicado na área da psicologia, através de estudos da pesquisadora Barbara Fiese e colaboradoras (2006). Demais estudos de outras áreas também aplicam o referencial, como na Terapia Ocupacional com artigos publicados por Silva e Cavalcante (2015); Silva e Pontes (2018) e na Nutrição no estudo de Jorge (2007).

## 4.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Em 1978, em Alma-Ata (URSS) ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, trazendo o conceito de saúde positivo e ampliado.

[...] estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde (BRASIL, 2002).

Quase dez anos depois, em Ottawa, no Canadá ocorreu a Primeira Conferência Mundial de Promoção da Saúde, que reafirmou o conceito de saúde a partir de uma visão que levava em conta a determinação social do processo de adoecer.

A partir do primeiro encontro também foi estabelecido o conceito de Promoção de Saúde como

[...] nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. (BRASIL, 2002, p. 19).

Em sua Carta de Intenções, o documento traz como pré-requisitos para a saúde: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade, dando especial atenção para a determinação social como parâmetro para medir saúde.

Além disso, foram propostos cinco campos de atuação para atingir o objetivo de movimento Saúde para Todos no Ano 2000.

## CONSTRUÇÃO POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS

Coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis (BRASIL, 2002).

## CRIAÇÃO AMBIENTES FAVORÁVEIS

As inextricáveis ligações entre a população e seu meio-ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde. A conservação dos recursos naturais do mundo deveria ser enfatizada como uma responsabilidade global. Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável. A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis (BRASIL, 2002).

## REFORÇO DA AÇÃO COMUNITÁRIA

O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado (BRASIL, 2002).

## DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES PESSOAIS

A promoção da saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação e informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais (BRASIL, 2002).

## REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde. O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais (BRASIL, 2002).

No contexto familiar, Bomar (1990) coloca a promoção de saúde como um conjunto de iniciativas e comportamentos que visam melhorar o bem-estar da família e sua qualidade de vida, além de se ocupar com a doença, sendo influenciada por fatores econômicos, políticas de saúde, normas culturais e sociais, ambientais e científicos, como avanços tecnológicos.

Fernandes (2011) aponta que ações com intuito de promover saúde se dão no ambiente familiar interno, a partir das interações dos membros e, no ambiente externo, nas relações da unidade familiar e dos membros com o contexto mais amplo (vizinhança, amigos, comunidade, serviços de saúde e demais instituições e políticas públicas).

Ao observar que a vida cotidiana dos migrantes é voltada para o trabalho e provisão de recursos, a promoção de saúde nem sempre é tema central desses indivíduos. Mesmo enfrentando desafios que incluem desde as circunstâncias da viagem, adaptação à nova sociedade, estresse do trabalho e as novas condições de vida, pouco se fala em ações que possam ir além da doença e que contemplem ações integrais de cuidado (PADILHA, 2013), prevenção e promoção de saúde, tanto no contexto interno familiar, como externo que é o caso da interação comunitária e com serviços de saúde e educação.

## 5. MÉTODO

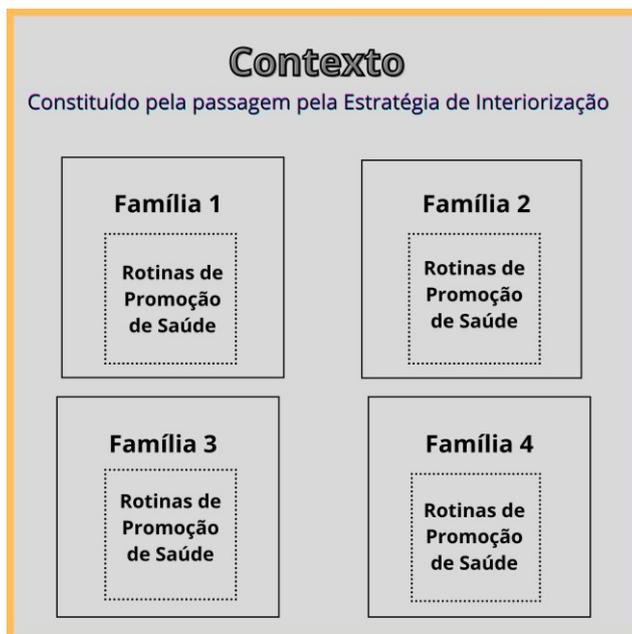
### 5.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é de abordagem qualitativa, utilizando estudo de múltiplos casos. A escolha pela abordagem qualitativa se justifica, principalmente, pela sua essência de buscar compreender, interpretar e dialetizar; de forma aprofundada, as diferentes experiências e vivências relacionadas aos contextos (MINAYO, 2012).

Segundo Yin (2015), a utilização de estudo de caso, investiga um fenômeno contemporâneo, em seu contexto real, especificamente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não estiverem tão claramente evidentes. Considera-se esta abordagem como sendo ideal para uma descrição em profundidade e que utiliza múltiplas fontes de coleta de dados (CRESWELL, 2014). Conforme o objetivo deste estudo delimita-se também como um estudo de caso instrumental, sendo este voltado a entender uma questão ou problema específico (STAKE, 1995).

Delimitou-se então que para esta pesquisa, cada família iria compor um caso de estudo e que o contexto seria a passagem pela Estratégia de Interiorização. (FIGURA 1).

Figura 1 - Tipo de estudo de caso adotado para a pesquisa.



Fonte: elaborado pelas autoras.

## 5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, primeiro estado que mais recebeu venezuelanos interiorizados no Brasil (BRASIL, 2022).

A Estratégia de Interiorização é um programa de reassentamento desenvolvido pelo Exército Brasileiro em parceria com organizações internacionais e da sociedade civil, tem como principal objetivo oferecer oportunidades de inserção socioeconômica aos migrantes e refugiados venezuelanos e diminuir a pressão sobre os serviços públicos do estado de Roraima.

As possibilidades de saída vão dos abrigos-em Roraima, para os abrigos em uma das cidades de destino; reunificação familiar; reunião social e com vaga de trabalho sinalizada. A Operação Acolhida, iniciada em 2018, até o momento, já promoveu a interiorização de aproximadamente 77 mil venezuelanos para mais de 200 cidades brasileiras (BRASIL, 2022).

A partir de dados extraídos dos relatórios da Estratégia de Interiorização, divulgados mensalmente na plataforma *Response for Venezuelans* (R4V), sabe-se que Santa Catarina está em primeiro lugar na lista de estados que receberam maior número de venezuelanos, desde o início do programa em 2018. O total é de 13.361 mil venezuelanos, sendo Chapecó a cidade que mais recebeu (n= 2.614), seguida de Joinville (n= 1.244 ). Na Grande Florianópolis, a cidade de Florianópolis recebeu 882 venezuelanos, seguida pelas cidades de São José 541 venezuelanos, Palhoça 205 venezuelanos e Biguaçu 27 venezuelanos (BRASIL, 2022).

Em função do contexto de pandemia e para que a pesquisa não tivesse custos adicionais para os participantes, pois a pesquisa não está sob financiamento, as coletas de dados foram realizadas na área externa da residência dos participantes, seguindo regras de distanciamento social e higiene.

## 5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população deste estudo foi constituída de pessoas adultas (acima de 18 anos de idade) de núcleos familiares venezuelanos. Foram incluídas as famílias com residência atual em Florianópolis/SC e que tenham entrado no Brasil pelo estado de Roraima, considerando-se a Estratégia de Interiorização da Operação Acolhida. Tem-se, que as famílias venezuelanas possam estar representadas na pesquisa independente da configuração e arranjo familiar.

Os convites para participação na pesquisa foram divulgados pelas redes sociais, conforme modelo apresentado no apêndice A, de maneira que foram selecionados dois informantes-chave, a partir do qual se prosseguiu com a seleção de participantes pela indicação técnica de bola de neve. Ocorreu, também, a busca ativa e divulgação em grupos e associações coletivas de venezuelanos constituídas nestas redes.

Os informantes indicados, a partir da técnica de seleção de amostragem em bola de neve são uma amostra não probabilística, identificada pela cadeia de referência, útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados. É um processo de permanente coleta de informações, que parte de uma “semente de contato” identificada em algum documento, referência, grupo ou rede de pessoas e se traça um quadro de potenciais novos contatos, respeitando-se um perfil de seleção de contatos que se aproxime da proposta da pesquisa. Este processo pode ser finalizado quando alcançar o ponto de saturação para a coleta de dados (VINUTO, 2014; MINAYO, 2017).

Os contatos iniciais dos participantes com a pesquisadora foram virtuais, através das redes sociais e serviram para apresentação da proposta de estudo, para proceder com os combinados de coleta dos dados e do agendamento do primeiro encontro, para entrega da câmera descartável e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice D) e do Termo de Cessão de Imagem (Apêndice E).

Inicialmente foram distribuídas 5 câmeras descartáveis, sendo que 1 delas não funcionou corretamente, duas delas não foram devolvidas e perdeu-se o contato com a família. Em função do tempo para saída de campo e, também dos custos envolvidos na pesquisa, foi dada a opção às famílias de continuar no estudo, utilizando as câmeras de celular, o que as famílias 1 e 4 aceitaram.

#### 5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados para o presente estudo ocorreu a partir do uso da técnica de *photovoice*, com aprofundamento de coleta de dados posterior, através de entrevista semiestruturada com cada família. Por se tratar de população que vivencia grande vulnerabilidade social, com maior probabilidade de dificuldade no acesso às tecnologias e à *internet*, e considerando-se o contexto atual da pandemia, definiu-se que o trabalho de campo aconteceria de forma presencial. Os combinados sobre data, horário e local para as entrevistas foram adaptados a cada situação.

*Photovoice* é usado em pesquisa qualitativa, mediante oferta de câmeras fotográficas a cada participante, o qual registra por fotografia suas experiências, analisadas em ciclos de reflexão, avaliação e ação (FERNANDES, 2019). No estudo, a coleta de imagens sobre rotinas cotidianas de cuidado à saúde das famílias venezuelanas ofertou a oportunidade de, ao retratar aspectos de expressão cultural dos participantes, ampliar as possibilidades de diálogo acerca do tema em estudo.

Segundo Meirinho (2017), o uso de fotografias tiradas pelos participantes propõe–a partir do interesse pela própria representação comunitária, uma perspectiva diferente do oferecido pelas mídias sociais e tem como objetivo criar competências nos participantes, com o propósito de utilizar imagens fotográficas para documentar e refletir sobre as necessidades e os recursos comunitários. Foram providenciadas câmeras fotográficas (n= 5), entregues a cada família no momento do primeiro encontro presencial, após assinatura dos TCLs, para permanecer com a mesma por pelo menos 15 dias consecutivos e assim, fazer seus registros.

As famílias foram orientadas sobre o uso da câmera e seus aspectos éticos. Uma orientação para utilização de câmera descartável (APÊNDICE B), em espanhol foi entregue e também a pergunta norteadora “ *Quais rotinas de sua família representam o cuidado à sua saúde?*”

Após coleta das imagens, com as fotos já impressas, foram agendadas entrevistas semiestruturadas, presenciais e individuais com cada família participante. Cada entrevista teve em média uma hora de duração. Sendo estas audiogravadas e transcritas, sendo usado um roteiro de questões norteadoras para o aprofundamento dos dados, de maneira a buscar atender aos objetivos do estudo. (APÊNDICE C).

Os encontros presenciais para entrevista foram agendados em local de melhor acesso para ambas as partes (pesquisador e família), preferencialmente em espaço arejado, de menor ruído ambiental para facilitar a comunicação e gravação. Respeitaram-se as precauções atuais para redução de risco de contágio pela COVID-19, a saber: uso de máscara, distanciamento adequado e higienização das mãos com álcool gel.

As entrevistas foram posteriormente transcritas em espanhol e português, com ajuda de um tradutor apoiador do projeto de pesquisa. Julga-se que, para a validação dos dados por parte dos participantes, é importante a fidedignidade das informações no idioma dos entrevistados. Os participantes tiveram acesso à transcrição de sua entrevista para validação das informações.

## 5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Considerando as características específicas relacionadas às vidas de pessoas em fluxo migratório, opta-se pela Análise Temática, a partir das narrativas das imagens retratadas pelas fotografias tiradas pelos participantes, complementadas pelos dados das entrevistas.

Os dados coletados na discussão em grupo foram transcritos e inseridos em um *software* para auxiliar na organização e categorização das informações. O programa escolhido para o trabalho foi o *Atlas.TI*. Dentre suas diversas funcionalidades está a possibilidade de construir estados da arte, análise multimídia de imagens, áudios e vídeos, tratamento estatístico de dados, análise de *surveys*, codificação de base de dados e, como se propôs no estudo, a sistematização de todas as etapas da Análise Temática (SILVA JR; LEÃO, 2018).

Segundo Minayo (2008), a Análise Temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, em que a presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico.

Para realização da análise, a partir da técnica, seguiram-se três etapas:

1) Pré-Análise: Acontece com a escolha do material a ser analisado e com retomada aos objetivos e hipóteses. Nesta fase ocorre a *Leitura Flutuante*, lê-se o material coletado e liga-o às hipóteses e às teorias inicialmente propostas, também ocorre aqui a *Constituição do Corpus* que se refere ao universo que se está estudando. Para que se obtenham dados válidos é necessário que algumas normas sejam observadas, entre elas: exaustividade (que o material contemple todos os aspectos levantados no roteiro); representatividade (que ele contenha características essenciais do universo pretendido); homogeneidade (que obedeça aos critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados; pertinência (que os documentos analisados sejam adequados e sejam analisados para dar respostas aos objetivos de trabalho. Na mesma fase de análise, ocorre também a *Formulação e reformulação de Hipóteses e Objetivos*, onde o pesquisador retoma à etapa inicial exploratória. Na pré-análise ocorre a determinação da *unidade de registro* ou palavras-chaves, a *unidade de contexto* ou delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro, as *formas de categorização*, a *modalidade de codificação* e os *conceitos teóricos* mais gerais.

2) Exploração do Material: nessa fase ocorre a classificação dos dados com objetivo de determinar o núcleo de compreensão. Para isso, buscam-se expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

3) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: nesse momento, os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas simples que permitem destacar as informações principais e, então, realizar inferências e interpretações, cruzando os dados obtidos e as teorias inicialmente desenhadas.

A partir das análises de dados e de acordo com os objetivos deste estudo, foram encontradas 3 categorias principais e 15 subcategorias (TABELA 1).

Tabela 1 - Categorias e subcategorias resultantes da análise de dados coletados.

Categoria	Subcategoria
Redes de apoio	Rede familiar
	Rede de amigos/conhecidos
	Rede comunitária (trabalho/ONGS/igrejas/escola)
	Redes de saúde
Características estruturais das rotinas	Começar do zero
	Rotinas diárias das crianças
	Rotinas diárias de trabalho
	Rotinas de cuidado durante COVID-19
Condições para a organização das rotinas familiares e fatores que influenciam na saúde das famílias	Condição de vida dos filhos
	Condições de moradia
	Situação da mulher migrante

Fonte: elaborado pelas autoras.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

No primeiro contato da pesquisadora os participantes foram informados sobre a pesquisa, seus objetivos, a forma como seria realizada a coleta de dados, e que os documentos entregues estariam em espanhol. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Cessão de Imagem, conforme os apêndices D e E.

Aos participantes foi explicado a respeito dos cuidados relacionados às imagens, como exemplo, evitar que outras pessoas que não estejam participando da pesquisa apareçam, ou se, caso as imagens contenham crianças e adolescentes das famílias, serão utilizados recursos digitais para desfavorecer a identificação dos mesmos nas imagens, respeitando o sigilo e o anonimato.

Os benefícios aos envolvidos no presente estudo se relacionaram com a oportunidade de reconhecimento das práticas de promoção da saúde nas famílias em fluxo migratório, dificuldades enfrentadas, assim, como as percepções sobre o cuidado familiar, podendo servir de fonte de pesquisa na implementação de políticas públicas mais inclusivas e que, também ajude os profissionais em diversos cenários no atendimento às demandas das famílias.

Entre os possíveis riscos quanto à participação na pesquisa estavam os desconfortos ligados a sentimentos, lembranças e/ou recordações de ordem emocional. Caso os participantes manifestassem desconfortos ou se percebessem abalados emocionalmente durante os procedimentos, a equipe de pesquisa poderia ofertar escuta e proceder apoio, ou encaminhamento para ajuda relacionada ao desconforto manifestado em sua participação.

Os procedimentos utilizados na pesquisa obedecem aos Critérios de Ética na Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, localizado em Brasília, no Distrito Federal, e teve início mediante parecer de aprovação. Todas as famílias foram informadas sobre a possibilidade de indenização de eventuais danos ou custos decorrentes da pesquisa.

Todos ficaram cientes acerca do sigilo e confidencialidade, sendo que as informações fornecidas seriam utilizadas, somente para trabalhos, eventos científicos ou produtos de pesquisa científica, e que a participação seria gratuita, não sendo pago nenhum valor ou remuneração pela atividade ou despesa. Além disso, cada família foi informada sobre a liberdade de recusar o consentimento e se retirar do estudo sem qualquer penalidade.

## **7. RESULTADOS**

O presente capítulo foi organizado conforme a Instrução Normativa nº 01/PEN de 17 de agosto de 2016. A Instrução Normativa altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

Neste sentido, a apresentação dos resultados da dissertação é na forma de manuscritos científicos. Foram elaborados dois manuscritos como resultados do estudo:

## MANUSCRITO 1 – REDES DE APOIO DE FAMÍLIAS MIGRANTES VENEZUELANAS

### RESUMO

Em situações de deslocamento forçado, muitas pessoas deixam para trás seu lar e suas redes de apoio; adaptam-se e constroem novos laços nos países receptores. Este estudo objetiva apresentar rotinas cotidianas de promoção da saúde e as redes de apoio de famílias imigrantes venezuelanas a partir de uma abordagem qualitativa utilizando estudo de caso. A coleta de dados foi em cidades da Grande Florianópolis. Serviu-se das técnicas de *photovoice* e de entrevista semiestruturada. O material destas entrevistas foi transcrito e categorizado com a ajuda do *software Atlas.ti*. Foram elaborados genogramas e ecomapas. A principal rede de apoio formal ainda é a família nuclear e estendida e informal, as escolas, igrejas e sociedade civil. Essas famílias estavam com filhos pequenos, sendo a avó a responsável pelos cuidados, embora sua própria rede fosse limitada. Conclui-se os motivos de migração estão ligados à contextos de referência e que embora existam redes formais ainda há lacunas de acesso e integração destas populações.

**Palavras-chaves:** Famílias; Migração forçada; Redes sociais; Photovoice, Direito Humanos

### INTRODUÇÃO

Cenários de crises humanitárias são frequentemente associados ao fluxo migratório em massa. Em um contexto global, países do Oriente Médio e Norte da África estão entre os mais afetados. No continente americano, o Haiti, a Venezuela e o México, embora por razões diferentes, figuram entre os que deslocam maior número de pessoas nos últimos anos (ZACCARA; GONÇALVES, 2021; ACNUR, 2020a). Em função da crise política, econômica e humanitária, a migração de venezuelanos por toda América Latina soma um total de 4 milhões de migrantes, sendo considerado o maior êxodo da história da região (OKUMURA et al., 2021).

A *Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela* (R4v) fornece dados do contexto migratório e foi criada para o monitoramento da população deslocada, como forma de subsidiar a tomada de decisões tanto políticas, por parte dos países receptores, quanto humanitárias, por parte das agências internacionais e organizações não governamentais (ACNUR, 2020b). Segundo informes divulgados pela R4V, a Colômbia, o Peru, o Chile e o Equador são os países que mais recebem pessoas vindas da Venezuela. Nessa lista, o Brasil aparece em 5º lugar com 345.0 mil migrantes e refugiados (ACNUR, 2020b).

No Brasil, sabe-se que essa população tem como principal porta de entrada o estado de Roraima (BARBOSA et al., 2020; ALVES; PEREIRA, 2020). Após a passagem pela fronteira

brasileira, muitos recém-chegados não encontram uma rede de apoio em solo brasileiro, cuja situação evidencia o despreparo para o acolhimento do grande contingente de pessoas que chega em um curto espaço de tempo. Muitos migrantes acabam sendo desassistidos pelos serviços, fazendo das ruas o local de moradia, ocasionando episódios de enfrentamento com a comunidade local (ALVES; PEREIRA, 2020 ; DIAS, 2019).

A partir de 2018, o governo brasileiro, junto a organizações religiosas, organizações não governamentais e agências internacionais, inicia a Operação Acolhida, com objetivo de oferecer ordenamento nas fronteiras, abrigamento e interiorização (BRASIL, 2018).

O Programa de Interiorização é voltado aos imigrantes que, voluntariamente, querem sair do estado de Roraima para outros estados brasileiros. Para isso, há o fornecimento de passagens aéreas a indivíduos e suas famílias que se encaixam em alguma das categorias do programa, sendo estas: institucional (abrigo-abrigo), reunião social, reunião familiar e com vaga de emprego sinalizada (BRASIL, 2018). Desde 2018 foram interiorizados aproximadamente 70 mil imigrantes, dos quais 88% viajavam em grupos familiares. O estado de Santa Catarina é o segundo estado que mais recebe venezuelanos, atrás do Paraná (BRASIL, 2022).

O processo migratório envolve distintos riscos à saúde das pessoas e, voltando-se para o contexto familiar, a migração pode ser considerada um processo não normativo (inesperado no ciclo vital), em que permeiam situações de estresse, violência ou perseguição, em que a pessoa ou grupo migra de forma não planejada (SAMPAIO CAVALCANTE NETO; OLIVEIRA, 2022; WALSH, 2016).

Levando-se em conta os possíveis impactos que o fluxo migratório forçado tem para as famílias, consideram-se as redes sociais e de apoio como potencialidades à saúde e bem-estar, servindo de referência e de suporte no enfrentamento das dificuldades encontradas pelas famílias (TRUZZI, 2008), atuando nas funções de integração e ajuda (OKUMURA et al., 2021), inclusive para acesso e informações sobre as redes profissionais de cuidado e assistência.

Neste sentido, o estudo teve por objetivo apresentar aspectos da fase de desenvolvimento do ciclo vital de famílias migrantes venezuelanas e a sua acolhida pelas redes de apoio.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa utilizando-se estudo de casos múltiplos. O local de estudo foram as cidades da Grande Florianópolis: Biguaçu, Florianópolis e São José, no estado de Santa Catarina. A escolha dos locais se deu pelo número de venezuelanos interiorizados na região e, também, pela possibilidade de deslocamento da pesquisadora para melhor condução do trabalho de campo.

A população do estudo foi constituída de núcleos imigrantes de nacionalidade venezuelana, idade superior a 18 anos e que participaram do Programa de Interiorização da Operação Acolhida. Excluíram-se do estudo, as famílias venezuelanas que não haviam participado da Estratégia de Interiorização. Considerando a importância das redes de apoio formais e informais como categorias da interiorização, optou-se por incluir neste estudo somente as famílias que participaram do programa. Foram contatadas mais 50 pessoas de nacionalidade venezuelana para seleção dos participantes, através de divulgação de chamadas *on-line* para a pesquisa via redes sociais.

A partir de três informantes-chave(s) iniciais, encontrados nas redes sociais, foram indicadas outras famílias que participaram do Processo de Interiorização. Do total de 12 famílias indicadas pelos informante-chave(s), cinco aceitaram inicialmente participar da pesquisa, sendo que duas destas desistiram por indisponibilidade de tempo para entrevistas. O contato inicial se deu por busca ativa em redes sociais, em perfis e comunidades que tinham objetivo de reunir venezuelanos, assim como, comunicações por meio de aplicativo de mensagens.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e novembro de 2021, nos domicílios das famílias. Foram usadas as técnicas de *photovoice* e entrevista semiestruturada, compondo dois momentos: o primeiro, a coleta de dados através de imagens (fotos), mediante distribuição de uma câmera descartável por família participante. No segundo momento, após obtidas as imagens e feita a revelação dos filmes fotográficos, procedeu-se com entrevistas semiestruturadas, nos domicílios de cada família. Respeitaram-se os cuidados de precaução, devido ao período de pandemia: conversa em ambientes abertos e ventilados, utilização de máscaras e álcool em gel.

As câmeras descartáveis para coleta de imagens permaneceram ao longo de duas semanas em cada família. Foi entregue um manual de utilização das câmeras, no idioma espanhol, e se orientou a atividade a partir da questão norteadora aos registros familiares: *“Quais rotinas de sua família representam o cuidado à sua saúde?”*

Devolvidas as câmeras, a pesquisadora agendou a entrevista com cada família, onde eram apresentadas as fotos reveladas. As entrevistas de 30-50 minutos foram audiogravadas e posteriormente transcritas e traduzidas para o idioma espanhol, de maneira a privilegiar o rigor na validação dos dados com os migrantes. Colhidos os dados de genogramas e ecomapas de cada família, posteriormente foram elaborados os diagramas pelo *software* GenoPro.

A análise de dados seguiu as etapas da Análise Temática de Minayo (2014), cujo processo de organização dos dados e categorização foi auxiliado pelas ferramentas do *software* *Atlas.ti*. As categorias foram descritas e discutidas à luz da literatura.

Os participantes receberam codinomes de acordo com a numeração de identificação de cada família F1/F2/F3/F4 e dos membros que participaram das entrevistas: (A) avó, (F) filha, (M) mãe, (P) pai. (TF1) = tia da família 1.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob Parecer nº 4.706.585/2021. A todos os participantes adultos foi apresentada a proposta do estudo e solicitada assinatura de Termo de Consentimento Livre Esclarecido e do Termo de Cessão de Imagens, ambos os termos traduzidos para o idioma espanhol.

## RESULTADOS

### COMPOSIÇÃO E FASE DE DESENVOLVIMENTO FAMILIAR

A partir dos dados de estrutura familiar de quatro núcleos imigrantes venezuelanos, totalizando nove pessoas adultas participantes do estudo, identificaram-se aspectos, especialmente, ligados à rede de apoio, composição familiar e fase de desenvolvimento.

Os núcleos familiares eram compostos de 4 casais heterossexuais, sendo que em um deles a esposa residia em Santa Catarina e o esposo ainda estava vivendo em Manaus. Um dos núcleos era monoparental feminino. Em todas as famílias participantes do estudo haviam crianças entre 0 e 10 anos, ao todo eram 8 crianças. Embora as crianças estivessem presentes no ambiente nos momentos de coleta de dados (tanto nas imagens registradas pelas famílias, quanto nas conversas com a pesquisadora), teve-se o cuidado de manter sigilo e anonimato.

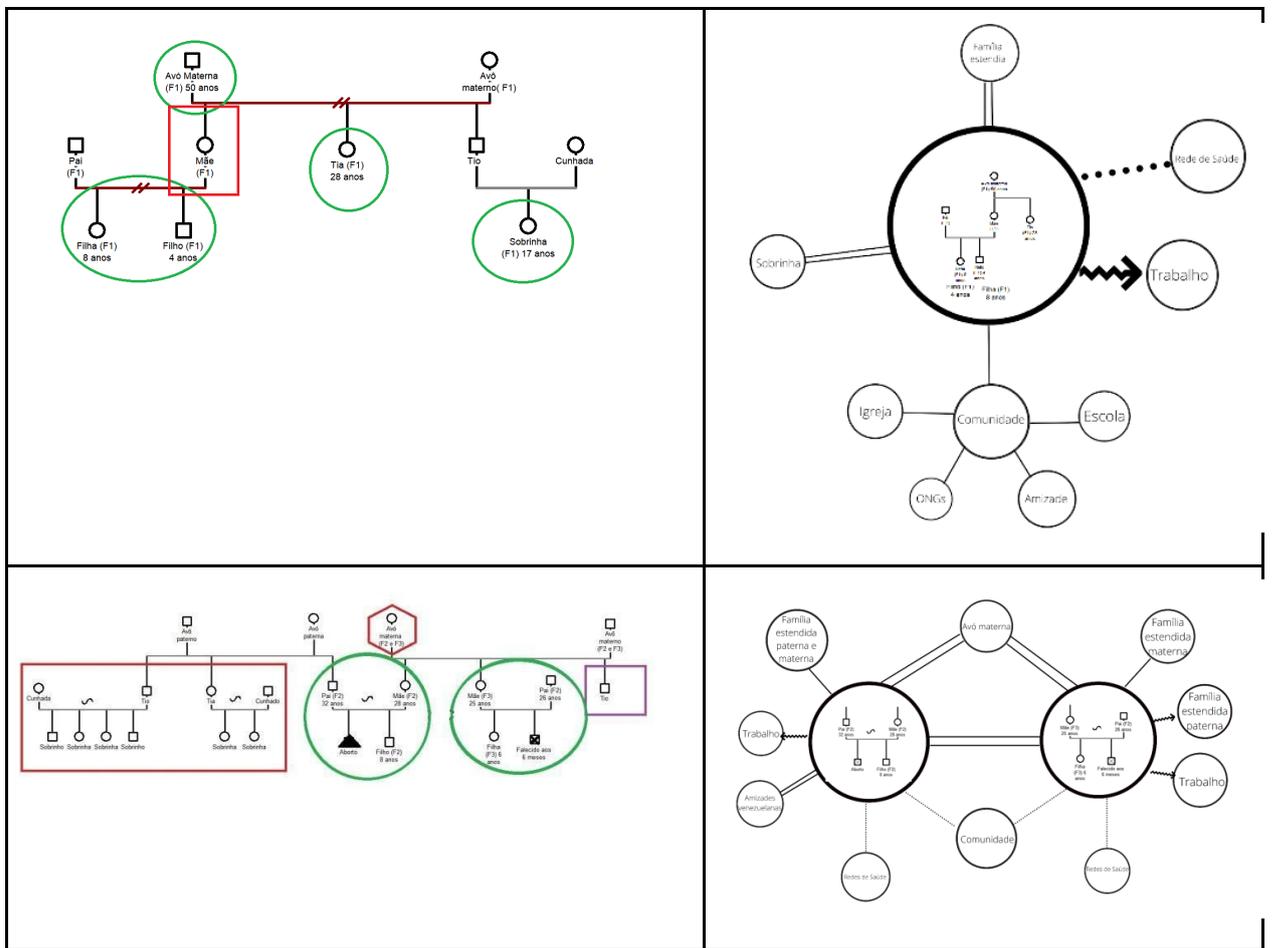
Com relação à escolaridade dos participantes que forneceram entrevista (n= 7), todos tinham nível superior incompleto e duas, nível superior completo.

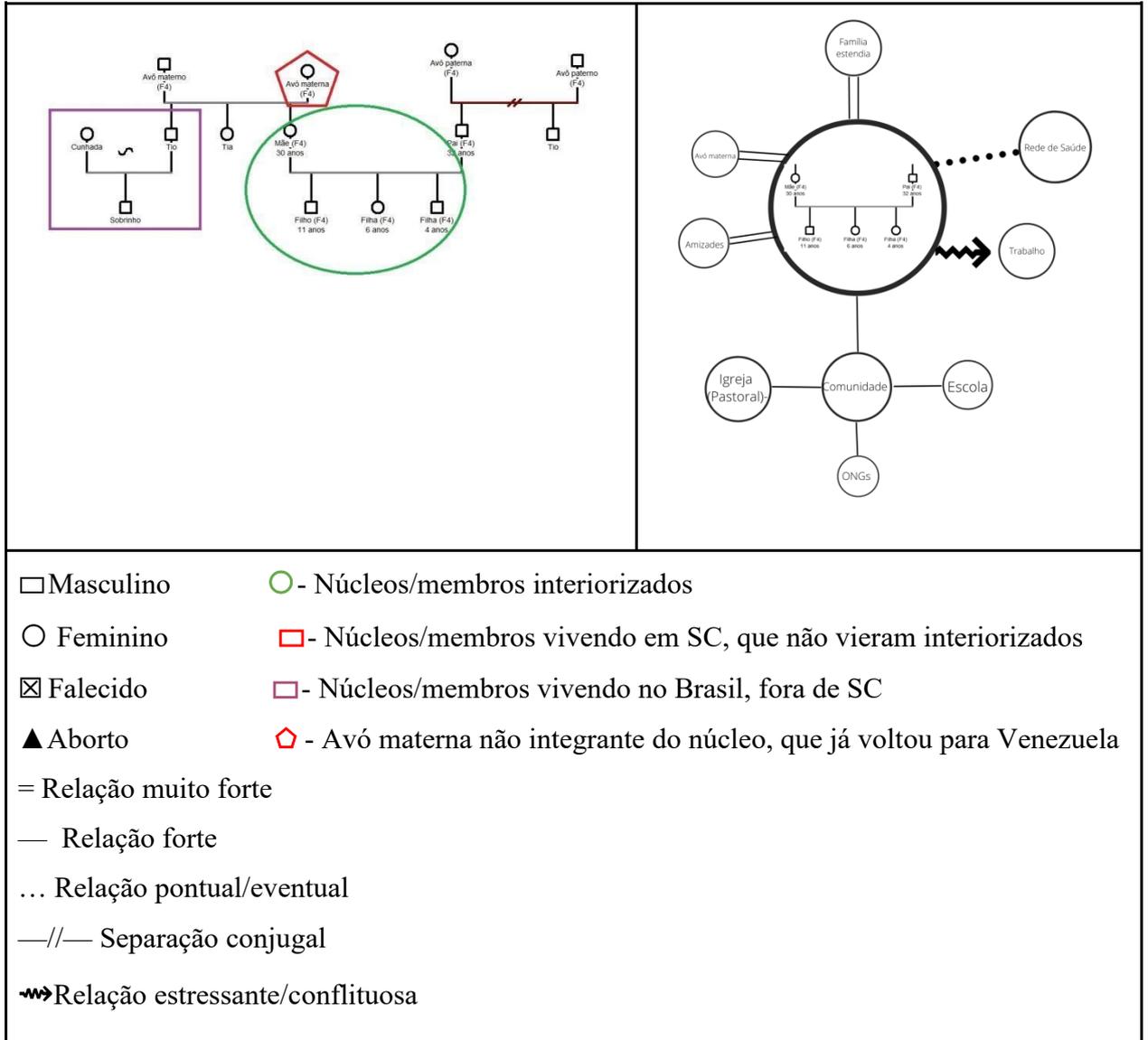
No quadro 1 são apresentados os genogramas e ecomapas construídos com as cinco famílias venezuelanas participantes. Os diagramas fornecem dados que estão descritos no quadro 1 e caracterizam os núcleos quanto à fase de desenvolvimento familiar, que se

encontram no momento da migração. Os arranjos nucleares, em maioria, compõem-se de casais com filhos pequenos e, e em um deles, monoparental materno.

Outro achado interessante, ilustrado nos genogramas é a identificação dos núcleos migrantes das famílias, cujos fluxos de migração estão discriminados, conforme as cores indicadas na legenda: núcleos que vivem atualmente em Santa Catarina pelo processo de interiorização, núcleos que vivem atualmente em Santa Catarina, não interiorizados, núcleos que vivem no Brasil e fora de Santa Catarina. Neste sentido, percebeu-se que as migrações são transições que acontecem em diferentes núcleos das famílias ampliadas no ciclo vital.

Quadro 1 - Genogramas e ecomapas das famílias participantes do estudo.





Fonte: elaborado pelas autoras.

No que se refere à categoria temática de redes de apoio dos migrantes, constata-se nos ecomapas e entrevistas informações que distinguem 4 subcategorias: 1) Rede Familiar, 2) Rede de amigos/conhecidos, 2) Rede Comunitária (trabalho/Organizações Não Governamentais /Igrejas/escola), 4) Redes de Saúde.

### Rede Familiar

Entre as famílias entrevistadas, a principal rede de apoio se dá pela articulação direta dos próprios membros, independente se migraram no mesmo momento da Venezuela para o Brasil. A rede promove segurança emocional durante a trajetória de migração e nos períodos de adaptação, após a chegada ao (s) destino (s).

A função de apoio da rede familiar está tanto para o núcleo mais próximo, como, também da família ampliada que vive em outro estado ou país. Dentro do núcleo familiar migrante, a figura da avó materna expressa um papel essencial nas atividades domésticas cotidianas, de educação, de cuidado direto dos netos, mas, também é respeitada por transmitir valores, cuidados culturais de saúde e manter rituais religiosos.

“A mãe fica responsável de tudo que tem a ver com as crianças, fazer o café da manhã, o almoço, dar banho ou auxiliar no banho, porque eles tomam o banho sozinhos, mas mesmo assim ela têm que ajudar [...] e tem que fazer o almoço, sentar com ele (a criança). Então, principalmente quem fica com mais estresse da casa é a mãe (avó da criança).” (TF1)

“Se a minha mãe vai embora, eu não vou ter quem cuide da minha filha, né? Nem do neném, nem dela. Porque ela vai na escola só meio turno, de manhã e à tarde não vai ter quem cuide dela. Daí eu acho que vou ter que sair do trabalho e ficar com eles.” (MF3)

“Ele (o neto) é muito educado. Como se diz? Não sei se é cultura. É uma educação assim que não se aprende na escola. É muito obrigado, que para nós é *gracias* e também, *permiso*. Mas sempre de casa, essas coisas se aprende de casa. Eu falo assim, porque eu dei criação para elas e minha mãe deu criação para mim, então isso é de geração em geração. E o menino tem só quatro anos e usa tudo isso: por favor, obrigado [...] e gostam de fazer orações de noite, têm costume, né?” (AF1)

A rede familiar estendida fornece apoio menos recorrente, contudo os membros parecem exercer um papel fundamental na ajuda financeira para a continuidade da transição dos núcleos em fluxo migratório.

“Vai embora” e eu falava: não vou embora sozinha, não vou embora para outro país sozinha. Aí, ele (marido - PF2) me falava: “vai embora”. Aí, eu falava – não vou, vai tu. Aí, a gente ficou assim. A irmã dele foi e deu para ele um presente, que foi a passagem dele, e a gente veio.” (MF2)

“A tia dele que morava aqui e falou que aqui tinha um emprego, que a gente ia ganhar, não lembro, na época, 2 mil reais por mês, em 2016 [...] então, a gente falou: vamos para o Brasil e depois de seis meses a gente volta.” (MF4)

Na experiência de migração de algumas das avós maternas, cuja importância de sua função familiar reflete na adaptação à nova etapa da vida em outro país, emergem relatos da lacuna de integração e de socialização das idosas com a comunidade. Na menção das famílias,

a falta de adaptação à cultura, à língua e de uma rede de apoio e social, às avós favoreceu o isolamento social durante o período crítico da pandemia da COVID-19. Coincidente ao período da pesquisa, em duas das famílias onde as avós maternas decidiram por retornar para a Venezuela, e em outra família houve relato da avó, também ter retornado ao país de origem.

"Ela veio em 2017 e passou 3 meses, depois ela veio em 2018, passou 6 meses, em 2019, ela passou um pouco mais, acho uns 7 ou 8 meses, mas ela não se adaptou. Ela disse que não conseguia se adaptar. Ao idioma também, então voltou. A intenção era de ficarem, mas não se adaptaram. Minha mãe, ela falou que não gostava da forma como a gente era humilhado, então ela não queria isso também pra ela, então ela foi." (MF4)

"Uma das coisas que minha mãe deseja é ir embora, porque ela quer voltar para Venezuela. Ela fala assim: "eu lá na Venezuela, saía, trabalhava, eu procurava alguma coisa para fazer e aqui não, aqui não conheço, aqui não entendo, não sei falar, aqui quero sair e não posso sair porque não conheço nada." (MF3)

A coesão do casal, também aparece como fator importante para apoio no núcleo familiar ao longo do percurso migratório, sendo que para uma das famílias, as dificuldades encontradas fortaleceram o relacionamento conjugal.

"Sabe aquele parceiro que tu tem, que passou muita dificuldade contigo e mesmo assim a gente se uniu mais e aqui estamos, né." (MF2)

"O meu esposo é que transmite paz e segurança pra gente. A gente fica tranquilo com ele, a gente fica em paz." (MF4)

Por outro lado, os desencontros no processo de migração apontam a frustração, como exemplo da família F1, monoparental, em que ambas as filhas adultas passaram por separações conjugais. No caso dessa família, a separação afeta a rede de apoio para cuidado das crianças, exigindo que assumam papéis e tarefas familiares sozinhas.

"Minha filha é uma criança muito feliz, apesar de sentir muita falta do pai dela. Ele é presente na vida das crianças. Só em mensagem e áudio. Mas economicamente não." (TF1)

Nesse arranjo monoparental familiar, percebe-se a coesão entre as irmãs adultas para suporte financeiro, de cuidado às crianças e sustento da avó. A irmã mais velha é a chefe de família por ter iniciado a migração, através de meios próprios e foi responsável pela vinda,

posteriormente, de outros membros da família: a filha mais nova, a avó, as crianças filhas da irmã mais velha e a sobrinha que é filha de um irmão que mora no Equador, pelo Processo de Interiorização.

“Eu tenho 27 anos e todo mundo “ah, é pra quando os filhos, quando vai casar?”. Então eu digo assim “por enquanto, eu não estou querendo. Eu estou querendo namoro. Mas bem de boa. Cada um no seu lado. Porque eu não posso deixar minha irmã assim, sabe? Porque ela trabalha, ela recebe bem, mas é uma coisa que ela não vai conseguir dar conta. Eu não posso deixar as crianças assim. Até porque eles me chamam de mãe. Então, eu recebo amor e carinho deles como mãe, então eu tenho a responsabilidade.” (TF1)

### **Rede de amigos conhecidos**

Enquanto a rede familiar apresenta-se como o apoio psicossocial mais interno, a rede de amigos e conhecidos está ligada ao projeto de migração. Realizam contatos com pessoas já estabelecidas e que comentam sobre as características dos estados e municípios é tomada a decisão de migrar e, na chegada, eles são recebidos e apoiados por estas redes.

“Quando a gente veio para o Brasil, a gente tinha uma amiga lá em Roraima. Já vai fazer cinco anos, né? Aí estava começando a complicar na Venezuela, mesmo assim eu trabalhava, meu esposo trabalhava e mesmo assim não estava dando rendimento do dinheiro. Aí a gente pensou, a gente tem que ir embora. [...] Aí, a gente chegou em Roraima e eu lembro muito [...] Aí, ela falou “Tu tem dinheiro para pagar o aluguel?” Eu disse não. [...] Aí ela falou “Tudo bem, vamos para minha casa”. Meu Deus! Eu sou muito agradecida a ela. Porque foi por ela que a gente não ficou na rua, né? O irmão da mulher que me recebeu lá, eles vieram para cá (Santa Catarina), todos eles. Aí ela me ligou: “Oi, vem para cá, vem ficar aqui, tem muito trabalho, a gente vai seguir adiante. Eu te ajudo, e tal”. Daí eu falei, ele está me oferecendo ajuda, o que que a gente vai fazer? Ele disse, “Vamos, vamos lá?” (MF2)

“Eu já tinha pesquisado antes, em 2017, 2018, que eu queria sair de Roraima, mas assim não tinha... eu pesquisei em relação aos estados do Brasil. Eu não tinha decidido vir para Santa Catarina, agora eu tenho uma amiga. Ela foi mostrando as fotos, as fotos também mostram que aqui é bem melhor, bem tranquilo, a segurança, e assim, eu fui me interessando, até vir pra cá.” (MF4)

Apesar de esta rede se mostrar importante no processo de migração, algumas situações de desamparo provocam vulnerabilidade, principalmente na chegada ao destino, onde podem ocorrer desencontros entre os migrantes conhecidos, ou mesmo vivenciar frustração quando não atendidos no destino escolhido.

“Aí, o rapaz que ia me receber aqui me disse, tu tem que chegar na sexta, porque eu vou para a Venezuela. Se tu não chegar na sexta, tu não vai ter onde dormir, porque eu quero deixar você com meu filho aqui. Eu falei, ah tudo bem. E atrasou para sábado[...]só que o filho dele nunca apareceu. Eu escrevi, escrevi, escrevi e nunca apareceu. A gente chegou no sábado e ele apareceu na terça.” (MF2)

"Eu não gostava de lá, as oportunidades assim, eu não achava legais, para os meus filhos também, a educação. E a questão do emprego, também, e isso. A gente combinou que quando chegasse em Manaus iria para outro estado, que inicialmente iria ser Curitiba ou São Paulo. Que eu tenho conhecidos lá, eu tinha oferta de emprego, mas acabou que a gente morou dois anos e pouco em Manaus.” (MF4)

### **Rede Comunitária em Santa Catarina**

A estruturação da nova vida, em Santa Catarina, mobiliza que se busque por contatos pessoais locais, acessar equipamentos sociais e estabelecer uma rede comunitária, especialmente, representada pelo apoio recebido no ambiente de trabalho, nas igrejas, escolas e em Organizações Não Governamentais/ ONGs.

As ONGs desempenham suporte fundamental nos primeiros dias da chegada das famílias e ajudam na construção de uma realidade concreta de fixação local, seja realizando doações de móveis, ou a locação de moradia, informações sobre ofertas de emprego, além do auxílio nos primeiros dias.

“Daí o pastor falou assim, olha só “quem tem família aqui? Aí muita gente falou, eu, eu. Aí eu chorava. Eu falava, eu não tenho ninguém. Estava um frio, um frio, um frio. Aí o pastor falou assim: “então eu vou deixar 3 pessoas para pagar o hotel, só que amanhã de meio dia vocês tem que sair”. (MF2)

"Na igreja me ajudaram com o segundo mês de aluguel, né? Aí uma senhora da igreja me convidou para trabalhar com ela, vendendo pão.” (MF3)

Para as crianças, os pais reconhecem que a rede de maior importância e que promove a integração foram as escolas. O papel do professor e dos colegas como integradores da nova cultura pode ser um fator amenizante durante o processo de migração, considerando que as famílias passam por mais de um lugar/cidade.

“A menina fala espanhol, mas às vezes ela fala se esquece, mas ela é bem desenrolada no português. Essa semana que fiquei bem surpresa, porque nós fizemos uma cartinha para uma colega [...] O que você quer colocar ali, eu pergunto, né, pra fazer? “Você sempre será minha melhor amiga”. (resposta da sobrinha). Muito fofa.” (TF1)

“É porque assim, ela estuda em uma escola e o transporte quem ajuda é uma professora de lá, e ela vem trazer aqui e ela demora mais um pouquinho pra sair daqui porque tem que esperar a profe.” (TF1)

Por outro lado, situações de xenofobia ocorrem, mesmo dentro das escolas, como a relatada por uma das famílias.

“Até que a gente sentiu pena dela, porque dia do Índio, parabenizaram ela. Aí parabenizaram ela. “Ah parabéns!” e ela “ué, mas hoje não é meu aniversário”, “ah, mas é o dia do índio”. (TF1)

### **Rede com serviços de saúde**

As famílias venezuelanas acessam de maneiras diferentes os serviços de saúde, predominantemente motivadas por situações específicas como acompanhamento de gestação, alguma situação de doença ou uma emergência que necessite de atendimento médico. É frágil o vínculo das famílias com os centros de saúde, sendo que a porta de entrada dos serviços públicos da rede costuma ser a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e urgência/ emergência de hospitais.

Durante a pandemia, todas as famílias relataram que algum membro foi infectado pelo coronavírus, o que os ajudou a procurar pelos serviços de saúde. Na família 2 (F2), a mãe foi contaminada com o vírus durante a gestação.

“Eu acho que eu já te contei que a gente passou pelo COVID e nós passamos todos e eu fiquei internada e fiquei até na UTI e a mãe não quis ir para o hospital.” (FF1)

“Inclusive, ele foi na UPA. Uma noite, demorou bastante, a gente chegou umas 10 horas e a gente saiu umas 5 ou 4 horas da manhã.”  
(MF2)

Houve membros das famílias que, ao adoecerem por Covid-19, optaram em não buscar atendimento nos serviços de saúde, na insegurança de serem hospitalizados e não poderem retornar aos seus familiares, de não serem compreendidos pelos profissionais devido ao idioma. O idioma se mostra uma barreira para a decisão de buscar pelos serviços de saúde, inclusive em outras situações de cuidado. Contudo, os entrevistados afirmam que o acesso aos serviços de saúde, de forma geral, é influenciado pela facilidade de acolhimento profissional, entretanto a disponibilidade de tempo para ir até o serviço devido à rotina estar centrada no trabalho dificulta a ida.

“Eu pensava que todos que iam, tinham que ficar na UTI, então eu pensava assim “E as crianças?” Entende? Então, estava muito mal, mas assim agradecer primeiramente a Deus, e assim, elas cuidaram de mim também. Ela (menina) tem 7 anos e ele (menino) tem 4, mas eles passam no quarto, na cama, a cada momento. Como...como...me traziam água. Sempre estavam ali, então, eu estava um pouco mais tranquila, nesse aspecto, porque pelo menos eu podia ver as crianças, eu estava aqui, eu podia estar com eles.” (AF1)

“[...] para dor nas cólicas, dor de barriga. Tem um monte de coisa ali. A minha irmã tinha que tomar insulina, porque ela tem... uma coisa... como diz... [...] diabetes [...]. Ela ainda não se preocupou com essa parte. E ela tem outras coisas, que ela fez cirurgia e eu, também tenho que ir para o médico e eu fui deixando, fui deixando, então aí [...]”  
(TF1)

“Tem um médico aqui, que é colombiano. E é ele que me vê né? E ele deixa mais em conta pra mim, por eu ser estrangeira, e ele tomou essa, isso como parceria. Como ele é estrangeiro, também. E ele deixa mais em conta. Daí, às vezes, eu vou lá e ele me olha e me faz ultrassom de mama, ultrassom daqui, ultrassom dali pra me cobrar R\$ 120,00. Tudo isso de medicação, ou um ou outro. Em outro médico vou gastar R\$ 500,00 reais. E nele é só isso.” (MF2)

As famílias comparam o acesso aos serviços de saúde entre os locais que transitaram ao longo do trajeto de migração, considerando melhorias para acessar os serviços, ainda que sem uma equipe de saúde referenciada em suas experiências de cuidado em saúde. Em parte, justifica-se pelas mudanças constantes de residência, em função da busca por condições de moradia mais compatíveis economicamente às suas realidades de renda familiar.

“Eu mudei muito o posto de saúde, porque como a gente mudou. Estava se mudando, né? Eu fui primeiro em Coqueiros e depois por último, terminei aqui (Areias) o pré-natal. Aqui em São José.” (MF3)

## DISCUSSÃO

A fase do ciclo vital das famílias migrantes venezuelanas predomina pela presença de filhos pequenos, cuja caracterização evidencia as particularidades do processo migratório com crianças e suas necessidades de cuidados e presença de rede de apoio informal, fortemente representado pela figura das avós.

Crianças migrantes precisam se adaptar à nova cultura e à convivência com a nova sociedade, o que pode ser benéfico para o contexto familiar, por ser uma ponte para integração, mas oferece obstáculos à criança, entre eles o aprendizado de uma outra língua e a criação de novos laços de amizade.

No que se refere ao contexto educacional, Guerra et al. (2019) aponta os efeitos negativos da percepção de discriminação e o desempenho na escola, influenciando, também na interação entre crianças migrantes e seus pares nativos. Ao analisar esta situação, em um contexto familiar, é possível inferir que isto pode dificultar o processo de integração da família, tendo em vista que a própria escola se configura como uma rede de apoio.

Segundo, pesquisa realizada na cidade de Florianópolis no estado de Santa Catarina (SC), o número de matrículas escolares de estudantes imigrantes, em 2019 foi de 1.102 inscritos, sendo 750 oriundos de outros países do continente americano. O estudo busca entender as trajetórias de vida de estudantes migrantes do ensino fundamental e médio de Florianópolis. Considerando a influência do contexto escolar na vida dos alunos, alguns participantes veem a escola como uma extensão da família. Os resultados apontam para dificuldades no acesso à educação com relação às violações dos direitos básicos e o olhar sensível para as características de suas famílias transnacionais, as rotas percorridas e as redes envolvidas como forma de mitigar os impactos da migração (CURCI, 2020).

Crianças estão entre os grupos mais vulneráveis dentro dos processos de fluxo migratório, sendo que muitas vivenciam a separação de seus familiares mais próximos e, também a passagem por mais de uma cidade, tendo que reconstruir as redes de apoio social (CURCI, 2020).

A presença das avós garante o cuidado doméstico com as crianças e o apoio informal aos casais para o trabalho fora de casa. Percebe-se que são inexistentes os contatos sociais fora

do domicílio e tal situação torna-se ainda mais drástica no período da pandemia, considerando os idosos como grupo vulnerável ao contágio pelo vírus da COVID-19. Embora, os idosos migrantes viajem com seus filhos e netos possibilita definir menor isolamento social, fatores como rearranjo na estrutura familiar e diferenças culturais podem ocasionar conflitos geracionais. A sensação de perda do papel social ligada à falta de proficiência na língua do país acolhedor e o tempo de permanência contribuem para o isolamento desse membro da família (JOHNSON et al., 2021).

Quanto às características gerais dos adultos participantes do estudo, a média de idade é entre 25 e 32 anos, uma das participantes, tia da família 1 (TF1), completou ensino superior e o casal da família 2 possui ensino superior incompleto. A participante da família 4 (MF4) têm ensino técnico completo em Mecânica Eletrônica. Os demais participantes cursaram o ensino médio.

Embora os participantes com ensino superior completo e incompleto estejam empregados no momento da pesquisa, a ocupação atual não é na área de formação, até mesmo para a tia da família 1 (TF1) que têm vasta experiência na área de recursos humanos.

Entre as possíveis explicações, é que, migrantes com melhores níveis de educação têm acesso mais fácil ao mercado de trabalho formal, porém, em ocupações que não em suas áreas de formação.

No caso da mãe da família 4 (MF4), a situação relatada é o sentimento de preconceito e de xenofobia, mas inclusive o machismo enfrentado por sua formação ser em uma área que comumente emprega mais homens.

As redes de suporte social podem ser um amparo frente às situações adversas enfrentadas, uma vez que imigrantes e refugiados estão mais propensos a desenvolver transtornos emocionais e psicológicos relacionados ao processo de migração. (REVENS, 2021). Embora estejam dentro de um programa que lhes proporciona uma mudança nas expectativas de vida, as redes de apoio ainda exercem um papel fundamental na integração das famílias no novo território.

De forma geral, o apoio social é reconhecido pelas famílias venezuelanas no processo migratório, caracteriza-se em Redes Informais e Redes Formais (DENHAM, 2002b). A família nuclear se mostra o ponto de apoio informal mais próximo para os imigrantes, em especial, a avó e o casal, seguido de amigos. Nas relações formais, as igrejas, enquanto instituições sociais, e as escolas estão presentes no destino das famílias como redes formais de apoio.

Embora, conflitos com a família estendida possam ocorrer, ela aparece como apoio social, sendo frequentemente acionada e, em alguns casos, oferecem o aporte financeiro para

que a viagem ocorra da Venezuela para o Brasil, ou para os membros da família não interiorizados virem até Santa Catarina. Os resultados estão de acordo com os encontrados por Revens et al. (2021), com a constatação de que a rede social familiar pode sofrer alterações ao longo do processo migratório, sendo influenciada pelo tempo de permanência no local de destino. Houve uma diminuição no contato entre famílias com a estabilização no novo destino.

Silva (2017), buscando entender as redes migratórias de haitianos chegadas no norte do Brasil, constata que o projeto de migrar em si é familiar, sendo que a rede se forma a partir de migrantes que já chegaram ao local, assim obtém-se mais informações. Isto pode ser explicado pelo sentimento de pertencimento cultural e linguístico, e de compartilhamentos das mesmas experiências do grupo conterrâneo que migra, vivenciado na sensação de entendimento mútuo das dificuldades passadas durante a trajetória (SILVA, 2017; REVENS et al, 2021; OKUMURA et al., 2021).

Estudos apresentam informações idênticas quanto aos laços de amizade com venezuelanos, também pode ser visto em dois momentos em nosso estudo (SILVA, 2017; REVENS, 2021; SILVA et al. 2020). O primeiro, a partir de uma rede de informação sobre as características do local onde se pretendia migrar, como oportunidades de emprego, moradia, escola, segurança. O segundo, no acolhimento inicial nos destinos, oferecido nos primeiros dias de abrigo e na articulação local.

Os resultados corroboram com as explicações de Truzzi (2008), justificando que a escolha de destino de migrantes nem sempre é feita a partir de análises financeiras, mas sim, de redes sociais que geram contextos sociais de referência. Esta pode ser uma das prováveis explicações sobre o maior número de interiorizações terem ocorrido por meio da opção “Reunião Social”.

Estudos realizados pelo mundo, inclusive no Brasil, sobre migrantes e suporte social, apontam que, de forma geral, a rede de apoio social formal está ligada ao suporte oferecido por igrejas e ONGs. (REVENS et al, 2021; DOCUMENT; TROYER; MACIA, 2021; SILVA, 2017, SILVA; BARRETO; COSTA BARRETO, 2020), para as famílias participantes do estudo esta situação também ocorre.

Em situações de crises humanitárias é comum que a sociedade civil acabe por se organizar e absorver a demanda por ajuda. A crise causada pelo terremoto de 2010, que devastou a região no norte do Haiti, levou muitos haitianos a migrarem para o Brasil. Em Santa Catarina, a criação da Casa do Imigrante em 2019, foi um dos movimentos importantes frente ao desamparo sofrido pela população durante o fluxo migratório (SILVA, 2017). No caso venezuelano, o mesmo ocorreu em Roraima, onde os abrigos foram inicialmente administrados

por organizações como Fraternidade Humanitária Internacional, Cáritas Brasileiras e Pastoral do Imigrante (FHI, 2020).

Todas as entidades têm particular importância na modalidade de interiorização institucional (abrigo-abrigo). No caso de Santa Catarina, a Casa do Imigrante é administrada pela Pastoral do Imigrante, vinculada à Arquidiocese de Florianópolis. (SPM/SC, 2020). Além disso, as instituições acabam por prestar serviços de apoio, como busca por vagas de emprego, fiscalização de situação de preconceito e exploração laboral. Situações comuns vivenciadas em todas as famílias de nosso estudo, que demonstraram uma relação conflituosa e estressante com os empregos.

Além disso, no que se refere à própria rede familiar, a separação dos membros das famílias é uma situação recorrente em contextos de fluxo migratório forçado. O fato aconteceu em todas as famílias venezuelanas imigrantes entrevistadas, por exemplo, em momentos diferentes da vida dos filhos pequenos. Nesse sentido, a Cruz Vermelha vem atuando como rede formal de apoio aos migrantes, criando o programa de "O Restabelecimento de Laços Familiares" (RLF), com objetivo de localizar pessoas, reunificar famílias e esclarecer o paradeiro das pessoas desaparecidas (ICRC, 2022).

Em Santa Catarina, a Organização Círculos de Hospitalidade desenvolve um projeto semelhante, estimulando a reunião de famílias que estão separadas. (CÍRCULOS DE HOSPITALIDADE, 2022).

Na análise das redes informais, percebe-se que há a falta de preparo para situações frente ao fluxo migratório em massa. As principais redes de apoio acabam vindo da própria sociedade civil, que se organiza para absorver as demandas das populações. A situação tem sido comum, tanto para a população migrante venezuelana quanto à haitiana.

Em relação ao suporte social oferecido às famílias pelas redes de saúde, os pontos apontados com mais frequência foram: diferença entre o acesso em saúde nos estados de Roraima e Santa Catarina, pela não vinculação a nenhuma equipe de saúde e, mais recentemente, o receio em procurar serviços médicos durante a pandemia. Embora o sistema de saúde no estado de Roraima já enfrentasse uma grave crise, a chegada de um fluxo muito grande de venezuelanos agravou a situação. Unido a isso, o despreparo por parte dos profissionais de saúde acabou por vulnerabilizar ainda mais esta população (ARRUDA-BARBOSA et al, 2020a; 2020b; 2020c)

A relação entre migrantes e profissionais de saúde tem sido estudada no Brasil e no mundo, como forma de mitigar os impactos das crises humanitárias. Assim, como para os resultados encontrados nas famílias entrevistadas, tem-se que os serviços de saúde são

procurados em momentos de emergências, em detrimento às ações de promoção de saúde, linhas de cuidado e à vinculação dos pacientes. (DELAMUTA et al, 2020; SAMPAIO CAVALCANTE NETO; OLIVEIRA, 2022; KROENING; DAWSON-HAHN, 2019)

Em relação, às explicações pela busca de atendimento nas UPAS e nas emergências/urgências dos hospitais realizada pelos imigrantes venezuelanos entrevistados em nosso estudo e instalados na Grande Florianópolis, podemos apontar: a priorização do trabalho, em detrimento aos cuidados em saúde; a falta de atendimento sensível às questões sociocultural de cada família migrante e as dificuldades de comunicação, causada pela barreira do idioma, ocasionam medo de não ser entendido e/ou acolhido por ser um imigrante. Os motivos apontados podem estar ligados a dificuldade de acesso e a criação de vínculo nos serviços dos centros de saúde da Atenção Primária.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permite conhecer as redes de apoio de famílias imigrantes venezuelanas que participaram do Programa de Interiorização e que fixaram residência na cidade de Florianópolis, no estado de Santa Catarina. É possível observar que a principal rede de apoio formal é a família nuclear, estendida e informal, as escolas, as igrejas e a sociedade civil.

Embora os esforços para oferecer ajuda por parte das redes formais sejam bem-vindos, é possível notar que ainda há uma série de lacunas a serem preenchidas no acolhimento e integração na sociedade, inclusive no acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde, visto que a rede é apontada como uma das mais frágeis.

Com relação à fase do ciclo vital, todas as famílias estão na fase considerada de famílias com filhos pequenos, sendo a avó a principal responsável pelos cuidados diários das crianças e da casa, muito embora sua própria rede seja limitada. A situação desse membro na família imigrante, aponta para a necessidade de realização de pesquisas tendo como foco essa figura.

Entre os fatores detectados no estudo percebe-se que houve pouca/ nenhuma integração local com os vizinhos da própria comunidade. Nesse sentido, identifica-se que estudos possam ser realizados para entender essa falta de integração nas relações sociais.

## REFERÊNCIAS

ACNUR. **Global Trends Forced Displacement In 2020**. 2020a. Disponível em: <https://www.unhcr.org/flagship-reports/globaltrends/>. Acesso em: 08 fev. 2022.

ACNUR. Plataforma R4V - Resposta a Venezolanos y Venezolanas. **Informe de Interiorização de dezembro de 2020**. 2020b. Disponível em: <https://r4v.info/es/situations/platform/location/7509>. Acesso em: 20 abr. 2022.

ALVES, J. Q.; PEREIRA L.. Cotidiano e coletividade: dinâmicas nos abrigos para refugiados venezuelanos em Roraima. **Revista Cadernos de Pesquisa da Escola da Cidade**, v. 9, p. 127-143, 2020. Disponível em: <http://ojs.escoladacidade.org/index.php/cadernos/article/view/25/24>. Acesso em: 08 fev. 2022

ARRUDA-BARBOSA, L.; SALES, A. F. G.; TORRES, M. E.M.. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. *Interface (Botucatu)*, v. 24, 2020a.

ARRUDA-BARBOSA, L.; et al. Reflexos da migração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa. *Saude Soc., São Paulo*, v. 29, n. 2, 2020b.

ARRUDA-BARBOSA, L.; et al. Aspectos gerais da vida de imigrantes em abrigos para refugiados. **Rev. Bras. Promoç. Saúde.**, p. 1-11, 2020c.

BRASIL. Exército Brasileiro. **Operação Acolhida**. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/acolhida/sobre-a-operacao-acolhida-2>. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA CIDADANIA. (org.). **Painel de Interiorização**. 2022. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/painel-interiorizacao/>. Acesso em: 29 jun. 2022.

CÍRCULOS DE HOSPITALIDADE. **Campanha: Humanize seu olhar**. 2021. Disponível em: <https://circulosdehospitalidade.org/tag/campanha-de-reuniao-familiar/>. Acesso em: 14 fev. 2022.

CURCI, N. B. Z. **Jovens migrantes transnacionais na escola: o que (não) nos contam**. 2020. Dissertação (Mestrado em Educação) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2020.

DENHAM S. A. **Family health: a framework for nursing**. Philadelphia: F. A. Davis, 2002.

DELAMUTA, K.G. et al. Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, 2020

DIAS, R. de S. **As implicações da migração venezuelana sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde do município de Pacaraima**. 2019. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

DOCUMET P.I.; TROYER M.M.; MACIA L. Social Support, Health, and Health Care Access Among Latino Immigrant Men in an Emerging Community. **Health Educ Behav.**; n.1 v. 46., p. 137-145, 2019.

FRATERNIDADE HUMANITÁRIA INTERNACIONAL. **Missão Roraima**. Disponível em: <https://www.fraterinternacional.org/quem-somos/>. Acesso em: 30 nov. 2020.

GUERRA, R. et al. School achievement and well-being of immigrant children: The role of acculturation orientations and perceived discrimination. **Journal of school psychology**, v. 75, p. 104-118, 2019.

INTERNATIONAL COMMITTEE OF THE RED CROSS (ICRC). **Restoring family links**. 2022. Disponível em: <https://www.icrc.org/en/what-we-do/restoring-family-links>. Acesso em: 14 fev. 2022.

JOHNSON, S. et. al. *Competing challenges for immigrant seniors: Social isolation and the pandemic*. **Healthcare management fórum**, v. 34, n. 5, p. 266-271, 2021.

KROENING, A.; DAWSON-HAHN, E. Health Considerations for Immigrant and Refugee Children. **Adv Pediatr**, v. 66, p. 87-110, 2019.

MCGOLDRICK, M. **Etnicidade e o Ciclo de Vida Familiar**. In: Carter, B. & McGoldrick, M. *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar – Uma Estrutura para a Terapia Familiar*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 2001.

OKUMURA, A. et al. Venezuelan forced migration to Peru during sociopolitical crisis: an analysis of perceived social support and emotion regulation strategies. *J Int Migr Integr.*, v. 1, n. 34, 2021.

REVENS, K. et al. “Social Support and Religiosity as Contributing Factors to Resilience and Mental Wellbeing in Latino Immigrants: A Community-Based Participatory Research Study.” **Journal of immigrant and minority health**, vol. 23 n. 5, p: 5904-916, 2021.

SAMPAIO CAVALCANTE NETO, A.; OLIVEIRA, M. A. C. O. Saúde dos imigrantes venezuelanos: revisão de escopo/Health of venezuelan immigrants: scoping review. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 20, 2022.

SERVIÇO PASTORAL DOS MIGRANTES DE SANTA CATARINA (SPM-SC) (Santa Catarina). **Pastoral dos Imigrantes de Florianópolis**. 2020. Disponível em: <https://www.spm-sc.com/pastoral-dos-migrantes-de-florianop>. Acesso em: 23 nov. 2020.

SILVA L. N. B.; BARRETO F.; MILLENE T.; COSTA A. Saúde e migração em Roraima: rede social migratória e impactos psicossociais na vida do migrante venezuelano enquanto trabalhador informal. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 6, p: 2017–221, 2020.

SILVA, S. A. da. Imigração e redes de acolhimento: o caso dos haitianos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 34, n. 1, p. 99-117, 2017.

TRUZZI, O. Redes em processos migratórios. **Tempo social**, v. 20, n. 1, p. 199-218, 2008.

ZACCARA, L.; GONÇALVES, M. C. Migrantes, refugiados e deslocados no Oriente Médio e Norte da África: uma abordagem do Sul Global. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, v. 29, n. 63, pp. 13-20, 2021.

WALSH, F. **Processos Normativos da Família: Diversidade e Complexidade**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 608 p.

MANUSCRITO 2 - ROTINAS DE CUIDADO EM FAMÍLIAS VENEZUELANAS NA  
TRAJETÓRIA MIGRATÓRIA FORÇADA

**RESUMO**

A Interiorização é um programa desenvolvido no Brasil, que visa à transferência de venezuelanos dos estados de Roraima e Amazonas para outros estados. No contexto migratório forçado, o cuidado com a saúde frequentemente é deixado em segundo plano. O objetivo foi identificar características e fatores que influenciam a organização das rotinas cotidianas das famílias venezuelanas fixadas na Grande Florianópolis, no estado de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a partir da abordagem de estudo de caso. Utilizadas as técnicas de photovoice e de entrevista em profundidade, o exame de dados ocorreu através de análise narrativa com auxílio do software Atlas.ti, considerando a triangulação entre as informações. Foram entrevistadas 4 famílias. As rotinas de saúde estavam organizadas em torno dos cuidados dos filhos e das jornadas de trabalho. A avó apresentou-se como ponto de apoio. Horários de trabalho extensos, mudanças de residência constantes e a falta de domínio do idioma estavam entre os problemas relacionados ao acesso aos serviços de saúde.

**PALAVRAS-CHAVES:** Migração forçada; Promoção de saúde; Rotinas de saúde, Saúde da Família.

## INTRODUÇÃO

O conceito de refugiado existe desde o Estatuto do Refugiado de 1951. O Protocolo relativo ao mesmo foi firmado em 1967, onde define que qualquer pessoa em razão de fundado temor relacionado à perseguição por razões de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a grupo social ou opinião política, se encontre fora do país de sua nacionalidade e não possa retornar, ou ainda, que sem nacionalidade esteja fora de seu país de residência habitual e a ele não possa retornar (ACNUR, 1967).

Na Convenção de Cartagena amplia-se o conceito, incluindo as possibilidades de fuga do país de origem em razão de violência generalizada, conflitos internos, violação maciça dos direitos humanos, bem como, perturbação grave da ordem pública (ACNUR, 1984). Para a Organização Internacional das Migrações (OIM), os termos deslocado, forçado, engloba os requisitos discriminados para o conceito de refugiado, nos documentos antes mencionados. (OIM, 2009).

O mundo vive situações extremas que levam às migrações forçadas de grupos para diferentes países. Conforme dados do Relatório Anual da ACNUR, entre as nacionalidades que mais foram deslocadas nos últimos anos estão sírios, venezuelanos e afegãos (ACNUR, 2020). Além dos conflitos e crises já existentes em todo mundo, no ano de 2020 com a saída do exército americano do Afeganistão e a tomada de poder por grupos extremistas, a situação se agravou ainda mais, chamando atenção pela fuga de cidadãos do país. Mais recentemente, a crise política e humanitária que se instalou na Ucrânia, fez com que mais 1 milhão de pessoas fugissem em menos de 10 dias do conflito (CICV, 2021; ACNUR, 2022). Há inúmeras implicações nestes

eventos geopolíticos que afetam a saúde das pessoas e influenciam na vida familiar dos migrantes. A exemplo, o caso da Ucrânia, que tem sido pauta atual e mundial, em função da Lei Marcial, instituída pelo presidente, há o impedimento de homens entre 18 e 65 anos de saírem do país, sendo que o maior fluxo de refugiados é de mulheres e crianças. (ORTIZ, 2022).

O cenário brasileiro vem recebendo imigrantes sírios, haitianos, congoleses, colombianos, argentinos, venezuelanos, entre outros, fugindo de seus países em situação de crise econômica, guerras ou desastres naturais. Os venezuelanos atingidos pela crise social e econômica têm migrado para fugir desta situação, se estima que mais de 5 milhões de venezuelanos saíram da Venezuela (ACNUR, 2020).

No contexto de migração forçada é comum que as famílias acabem se separando, ou ainda, que tenham que lidar com desafios de reconstrução das vidas em novas circunstâncias, muitas vezes sem amparo legal e institucional. O acesso aos serviços no país que os recebem, depende de informações em idiomas diferentes, a cultura local pode ser pouco receptiva e os casos de xenofobia e preconceitos não são raros. (MÜLLER et al., 2018; ZEIDAN et al., 2019).

Na perspectiva construcionista de saúde da família, rotinas representam componentes de funcionamento para o cotidiano de vida familiar, caracterizadas por práticas individuais, ritualizadas e de complexa interação entre os membros e suas redes, em resposta às necessidades imediatas de adaptação ou para sua manutenção (DENHAM, 2002) Dentre os “fatores que afetam as rotinas das famílias estão: acesso à informação, interações relacionais, adaptação ao imprevisível, contexto ecológico, padrões temporais e crenças e valores” (DENHAM, 2002, p.162).

Considerando a problemática das migrações e a importância do contexto familiar, há programas criados de reassentamento e reunião familiar visando proporcionar melhoria da qualidade de vida, como a Autorização de Residência por Reunião Familiar, do Governo Brasileiro e o Programa de Restabelecimento dos Laços Familiares, da Cruz Vermelha (BRASIL, 2018, ICRC, 2022).

Em 2018, aconteceu a criação da Operação Acolhida no Brasil, destinada a ordenar, acolher e interiorizar migrantes. No que se refere ao Programa de Interiorização, quatro são as modalidades: institucional (abrigo-abrigo), reunião social, vaga de emprego sinalizada (VES) e reunificação familiar. (BRASIL, 2018). Até o mês de março de 2022, 68 mil venezuelanos foram interiorizados, sendo que 89% viajam em grupos familiares (BRASIL, 2022).

Os cenários vivenciados por famílias em situação de fluxo migratório forçado e sua interface com a saúde ampliam o sentido de bem-estar físico, mental e social, corroborando com as questões de promoção da saúde, os determinantes sociais da saúde e os objetivos de

desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2002). Nos territórios, os migrantes expressam suas vulnerabilidades subjacentes ao processo de viver e os desafios às rotinas para saúde familiar noutro país.

O presente estudo objetiva identificar características e fatores que influenciam a organização das rotinas cotidianas das famílias venezuelanas fixadas na Grande Florianópolis, no estado de Santa Catarina.

## MÉTODO

Pesquisa qualitativa, do tipo descritivo exploratória. Segundo Minayo (2014; 2018), a pesquisa qualitativa tem como sua matéria prima um conjunto de substantivos, a saber: experiência, vivência, senso comum e ação e ainda, baseia-se em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar. Optou-se pela abordagem de estudo de caso pela sua característica de descrição e investigação em profundidade, utilizando mais de uma fonte de coleta de dados (YIN, 2015).

A escolha do local da pesquisa foi em municípios localizados na região da Grande Florianópolis, no estado de Santa Catarina, Sul do Brasil, considerando o Programa de Interiorização. A escolha se deu pelo número de famílias interiorizadas no estado de Santa Catarina, contabilizado como o primeiro estado que mais recebeu famílias interiorizadas e pela proximidade da pesquisadora para realização da coleta de dados (BRASIL, 2022).

Participaram do estudo quatro famílias venezuelanas migrantes, que foram interiorizadas entre os anos de 2019 e 2021. As quatro famílias saíram de Roraima para Santa Catarina, sendo que uma das famílias realizou a trajetória pelo estado de Roraima, fixou-se por dois anos na cidade de Manaus, no estado do Amazonas, até chegar em Santa Catarina. A seleção de participantes partiu da busca ativa em redes sociais de grupos que objetivavam reunir venezuelanos. Realizaram-se contatos para apresentação da proposta de pesquisa, e após a primeira entrevista, a seleção prosseguiu com a técnica de amostragem em bola de neve. Cada entrevistado, de cada família, foi identificado pela posição e número de código anônimo (por exemplo: F1 - Família 1, MF1 - mãe da família 1).

A coleta de dados se deu no período de abril a novembro de 2021, mediante coleta de imagens sobre as rotinas familiares através do *photovoice*, seguido de entrevistas semiestruturadas, audiogravadas presencialmente nos domicílios, sendo respeitadas as medidas de precaução para Covid-19 (ambiente arejado, distanciamento social, uso de máscaras). O

intervalo entre as técnicas de coleta de dados foi de duas semanas para cada uma das famílias. Câmeras descartáveis foram entregues individualmente a cada família, após uso e a devolução das câmeras pelas famílias procedeu-se à revelação das imagens fotográficas de maneira a integrar o momento da entrevista. Em função do tempo para saída de campo e os custos envolvidos na pesquisa, foi dada a opção às famílias de utilizarem a câmera do celular, o que as famílias 1 e 4 aceitaram.

As famílias foram estimuladas a produzir imagens, a partir da pergunta geradora: “*Quais rotinas de sua família representam o cuidado à sua saúde?*”

Segundo Alves (2021), métodos visuais aumentam a qualidade dos dados descobrindo camadas adicionais de significado, adicionando validade e profundidade à criação de conhecimento. Quando se pensa em grupos sociais vulnerabilizados, a utilização do recurso fotográfico passa a ser uma estratégia que supera as limitações de expressão, por forma textual ou linguística, como no caso dos migrantes (MEIRINHO, 2017).

Os dados colhidos foram organizados em documentos *Microsoft Word* e armazenados digitalmente. As etapas da análise seguiram o método de Análise Temática (MINAYO, 2014): pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Os dados foram inseridos no *software Atlas.ti*, versão 9.1.3 e a análise considerou a triangulação entre dados transcritos das entrevistas e imagens.

Dentre os aspectos éticos da pesquisa, destaca-se a apresentação de todos os documentos utilizados, como: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e manual de orientação para uso da máquina fotográfica, impressos e traduzidos para o idioma espanhol, inclusive as entrevistas transcritas. O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado sob o número de parecer: CAAE 45602121.6.0000.0121.

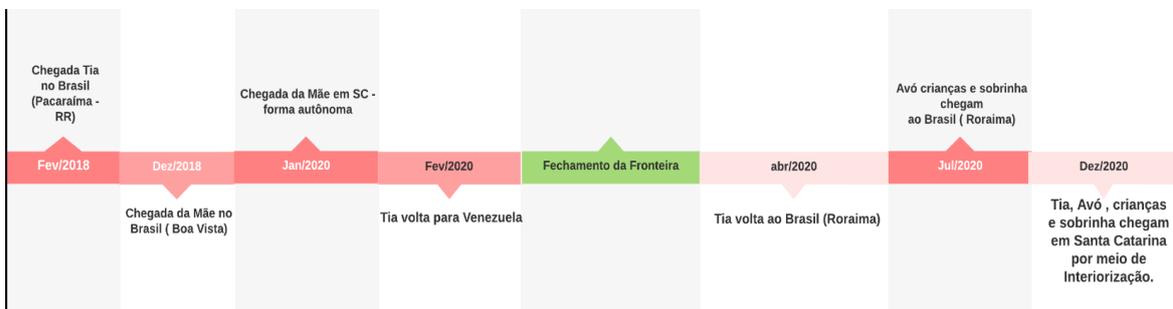
## RESULTADOS

Em novembro de 2021, quando da realização do estudo com as famílias venezuelanas, constatamos que as famílias experimentam rotinas distintas durante o fluxo migratório, caracterizadas pelo tempo e trajetória percorrida. Das quatro famílias entrevistadas, três estão em Santa Catarina há mais de um ano (F1, F2, F3). A outra família (F4) está há 15 dias no

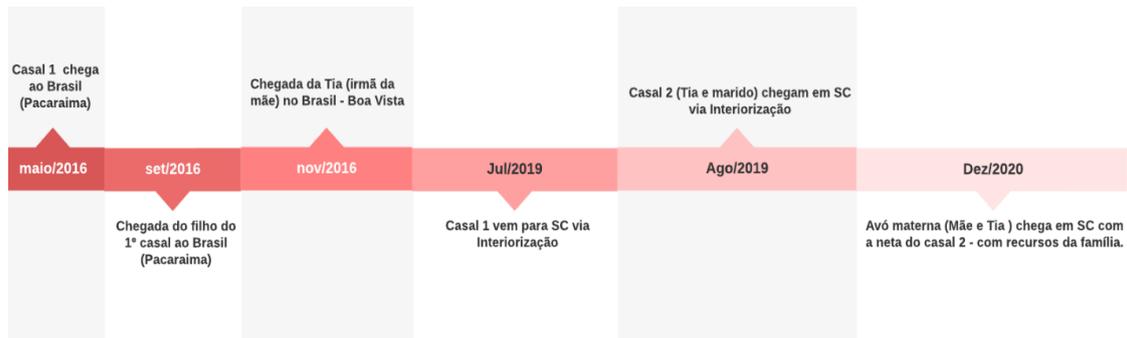
estado. Conforme o fluxograma ilustrativo (figura 1) observa-se que todas as famílias trocam de moradia no Brasil ou retornam para a Venezuela durante o trajeto migratório .

Fluxograma - Linha do tempo das trajetórias migratórias de famílias venezuelanas interiorizadas em Santa Catarina, março de 2022.

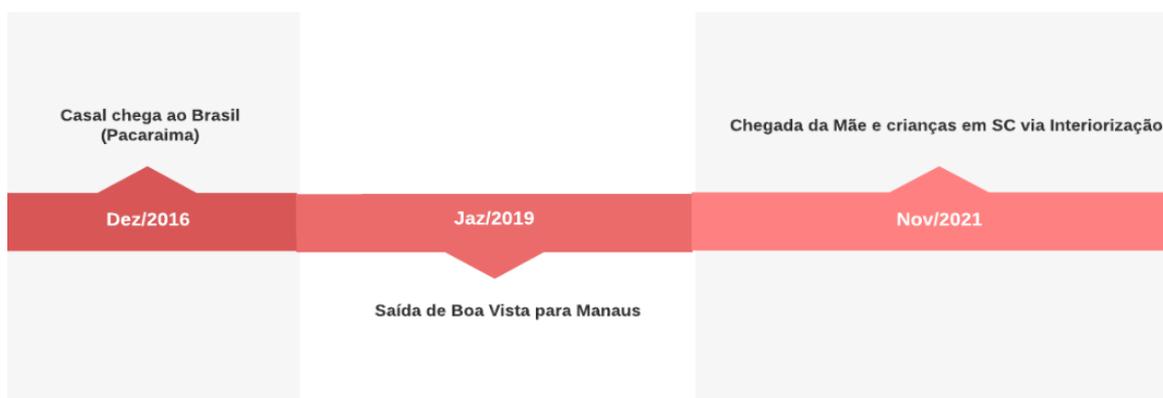
### Linha do tempo e trajetória da Família 1 (F1)



### Linha do tempo e trajetórias das Famílias 2 e 3 (F2, F3)



### Linha do tempo e trajetória da Família 4 (F4):



A partir da análise do conteúdo das fotos tiradas pelos participantes e das entrevistas transcritas, identificam-se duas categorias e sete subcategorias, sinteticamente apresentadas no quadro 1 e posteriormente descritas e discutidas.

Quadro 1 - Categorias e Subcategorias sobre as Rotinas de saúde das famílias venezuelanas.

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
1. Características Estruturais das Rotinas	1.1 Começar do zero
	1.2 Rotinas diárias das crianças
	1.3 Rotinas diárias de trabalho
	1.4 Rotinas de cuidado durante COVID-19
2. Condições para a organização das rotinas familiares e fatores que influenciam na saúde das famílias	2.1 Condição de vida dos filhos
	2.2 Condições de moradia
	2.4 Situação da mulher migrante

Fonte: Das autoras, 2022.

## CATEGORIA 1 - CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS DAS ROTINAS

As famílias revelam características que estruturam suas rotinas diárias-durante o fluxo migratório e na permanência em Santa Catarina, através de quatro subcategorias: Começar do zero; Rotinas diárias das crianças; Rotinas diárias de trabalho; Rotinas de cuidado durante a pandemia COVID-19.

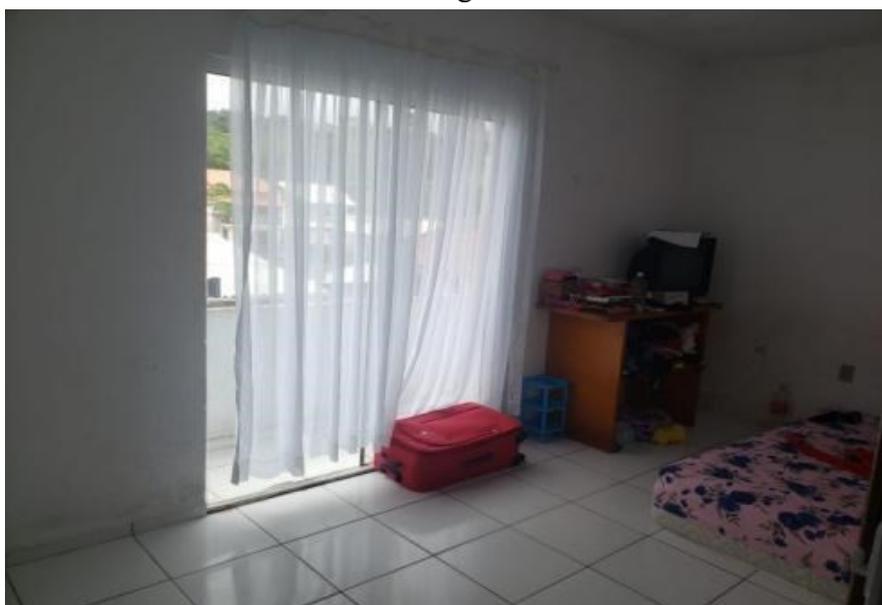
### **Subcategoria 1: Começar do Zero**

Em todas as famílias participantes do estudo, iniciar uma nova vida foi o acontecimento que ocorreu repetidas vezes ao longo do trajeto migratório. Elas reconhecem o recomeçar na chegada ao Brasil, e quando em Santa Catarina.

No caso da F4 houve um período de 2 anos de permanência em Manaus/AM, com recomeços no contexto local. Cotidianamente, as famílias identificam mudanças estruturais nas rotinas a cada novo destino, para atender às necessidades de sono, de alimentação e de adaptação social, ambiental e climática.

“Essa foto eu tirei, mostra um início. Eu estava com tudo arrumado já, tudo organizado e assim, a gente tinha tudo em Manaus, todas as coisas em casa, então começar de novo, assim do nada, do zero. É assim, difícil, então eu vim assim, tudo organizado. E pensei assim, vai dar certo. Tirei a foto pra olhar e pensar, quando eu sentir ansiedade, eu vou ver ela e sentir que está tudo pronto. Então essa foto produz tranquilidade.” (MF4)

Foto 1 - Imagem da F4.



“Depois de 15 dias em Roraima, a gente já foi morar sozinho para um apartamento e foi muito engraçado, porque a gente colocou tudo em um

carrinho de supermercado, imagina né? A gente não tinha nada, só as malas.” (MF2)

### **Subcategoria 2: Rotinas diárias das crianças**

Dentro desta subcategoria, encontram-se os aspectos relacionados à rotina diária das crianças que acompanham as adaptações da família no novo destino e, também têm as suas vidas cotidianas afetadas com a transição migratória e familiar. Percebe-se nas falas dos entrevistados e nos registros das rotinas familiares, que os pais procuram alinhar as rotinas diárias em meio às mudanças constantes na migração, de maneira a preservar a estabilidade nas rotinas de cuidados das crianças.

“ O menino se deu bem! Ele falava que não ia para escola, mas agora ele fica às 12:00, 11:30 no banho e entra na escola às 13:00. A gente leva ele para a escola”. (TF1)

Foto 2: Imagem da Família 1.



“E quando eu trabalho, não vou chegar às 8 horas da noite, 8:30, 9 da noite fazer a tarefa, então eu coloco ela (tia) ou a minha mãe a fazer a tarefa e eu só refaço. “Tu fez isso, e isso aqui. Então tá!”. Mas o dia que ele chega e come e daí ele vai fazer a tarefa. Eu ajudo, ele (Pai) ajuda e ele vai. Quando o pai fica estressado, ele vai para o meu lado e, quando eu fico estressada, ele vai para o lado dele e a gente vai desse jeito.” (MF2)

Foto 3: Imagem da Família 2.



As crianças participam e colaboram nas rotinas com a escola. Os adultos das famílias mencionam compartilhamento de tarefas para manutenção das rotinas escolares dos filhos estudantes.

### **Subcategoria 3: Rotinas diárias de trabalho**

Assim como as rotinas diárias parecem estar ancoradas na garantia de estabelecimento de uma rotina às crianças, a carga horária de trabalho também é determinante, dentro das famílias. Foi possível observar que, além de trabalhar-durante horas seguidas, alguns membros, também possuem ou estão à procura de um segundo emprego. Esta condição determina as horas de descanso, lazer com os demais membros e aspectos de sua própria vida, como alimentação e sono.

“Na questão do tempo, como eu e ele trabalhamos um dia sim, um dia não, a gente trabalha no mesmo plantão. No outro dia, a gente tira para arrumar, meio que para compartilhar (as tarefas) com ele. Passa o tempo, a manhã passa bem rápido. Ele (filho) está na escola. Então, a gente gosta que ele chegue e todo mundo almoça.” (MF2)

Foto 4: Imagem Família 2.



Na família 1 (F1) as duas irmãs adultas trabalham na mesma empresa de *homecare*, alternando as jornadas de trabalho, sendo que muitas vezes não se encontram e a rotina é organizada de maneira distinta para atender às demandas diárias das crianças, contando com o apoio da avó, enquanto no Brasil.

“ Ou está uma, ou está a outra. Nunca estamos as duas, e faz uns 8 meses que eu não vejo a minha irmã junto aqui em casa. Nunca. Porque ela tem que chegar lá no trabalho para eu sair. E, às vezes, a minha irmã (diz) “aí fica aqui” e eu (digo) “ah, eu quero ir pra casa” e ela diz “vamos tomar um café”. A amizade que nós temos é lá no trabalho. Não tem como ficar as duas aqui em casa.” (TF1)

#### **Subcategoria 4: Rotinas de cuidado doméstico durante a pandemia COVID-19**

A pesquisa transcorreu no período da pandemia Covid-19 e os resultados da análise dos registros e entrevistas das famílias expressam as rotinas e implicações à saúde nesse contexto. Cabe mencionar que todas as famílias que participaram do estudo, tiveram em algum momento da trajetória de migração, algum dos membros infectados pelo vírus da COVID-19.

A preocupação das famílias na pandemia esteve voltada aos cuidados de saúde e o manejo do estresse, considerando as medidas de isolamento social, em especial com as rotinas domésticas, de cuidado das crianças, impactadas pela impossibilidade de convívio social e de lazer fora de casa.

“Ele [a criança] ficou muito ansioso com a pandemia. Como a gente não tirava ele da rua e estava acostumado. A gente levava ele no parque,

um momento de lazer. Com a pandemia, a gente ficou muito fechado com ele. Mesmo assim ele foi o primeiro que pegou coronavírus, mas ficou bem tranquilo, foi bem de boa. A gente levou no médico e fez tudo direitinho. Durou 15 dias fechado, toda gente junto aqui. Aí ele ficou muito ansioso, muito ansioso mesmo, não parava. Aí, agora que começou tudo de novo, é que ele está dando esse desestresse. Ele assiste muita TV, gosta de brincar muito com a bola, mas como a gente mora em um prédio, né? É meio complicado, mesmo assim a gente leva ele na rua para que ele brinque um pouco. Mas ele assiste muita TV.”  
(MF2)

Foto 5: Imagem da Família 2.



Foi comum para os membros de duas das famílias a opção de não procurar por serviços médicos de referência. Enquanto que na família 1, a avó e mãe preferiram manter os cuidados em casa, com ajuda das crianças, na família 4 que estava residindo em Manaus/AM durante o período que se infectou, todos os membros optaram por tratar os sintomas da doença com base na medicina tradicional.

“ Ela (neta) tem 7 anos e ele (neto) tem 4, mas eles passam no quarto, na cama, a cada momento. Me traziam água. Sempre estavam ali, então, eu estava um pouco mais tranquila, nesse aspecto, porque pelo menos eu podia ver as crianças, eu estava aqui, eu podia estar com eles.” (AF1)

"Eu e meu esposo tivemos Covid mais grave. A gente teve muita dificuldade para respirar e tudo. Meu filho foi a perda dos sentidos (...) A gente tratou em casa, com remédio naturais, que eu sempre perguntava para minha mãe e ela falava" toma esse, toma o outro e eu tomava.” (MF4)

Entende-se, que a partir das falas dos entrevistados sobre a situação de adoecimento, os recursos caseiros para tratamento dos sintomas parecem ser culturalmente satisfatórios e acessíveis às famílias venezuelanas, ainda que haja riscos elevados em determinadas condições em relação ao coronavírus.

## CATEGORIA 2 - CONDIÇÕES PARA ORGANIZAÇÃO DAS ROTINAS FAMILIARES E FATORES QUE INFLUENCIAM NA ROTINA DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS

A categoria apresenta os resultados da análise de fatores e condições que influenciam as rotinas familiares durante o percurso migratório, especialmente para a organização da vida na chegada ao estado de Santa Catarina.

### **Subcategoria 1: Condição de vida dos filhos**

Um dos principais motivos apontados pelas famílias para a migração, tanto transnacional, como para Santa Catarina, centra-se na situação das crianças. Os pais expressam preocupação com a segurança, o acesso à educação e em um futuro melhor. Nesse sentido, acontecem mudanças intensa e significativas provocadas nas rotinas, a migração é encarada como uma opção para melhoria de vida e da saúde psicossocial.

“Porque eu olho, hoje assim, ele chega da escola, ele tem o quarto dele sozinho, ele fica mais, meio que assim, calmo. A gente não queria que ele tivesse passado por isso, mas agora com tudo que a gente tem, a gente fala que valeu a pena, mesmo que, às vezes, a gente fica meio constrangido, agora está bem melhor. “ (MF2)

"Aí foi lindo, porque as crianças não tinham contato com animais. Não tinha porque Manaus é tão movimentada, quer dizer, eles têm contato com os nossos. Tem os 4 gatos e os 2 cachorros, mas não tem outros assim, então quando eu vejo ele, ele se aproxima e eu vejo eles livres (filhos), que era o que eu queria pra eles desde de sempre.” (MF4)

Foto 6: Imagem Família 4.



### **Subcategoria 2: Condições de moradia**

As condições de moradia são comparadas à vida no país de origem, onde a situação estava insegura economicamente pelas poucas oportunidades de emprego, além dos conflitos e estresse contextual.

No caso das famílias 2 e 3, houve o compartilhamento da mesma moradia com outras famílias migrantes em alguns períodos em Santa Catarina, usando a estratégia adaptativa para minimizar gastos e economizar.

Na família 1, a entrevistada que ocupa a posição de tia, viveu durante algum tempo em abrigo no estado de Roraima e relata tal experiência como desconfortável. Outro membro, mãe na família, permaneceu temporariamente em abrigos municipais em Florianópolis, até se ajustar à rotina na nova cidade e com condições de alugar uma moradia.

Na menção dos entrevistados, as dificuldades com a moradia e as incertezas na chegada ao novo país explicam o atraso na vinda das crianças que, em maioria, não acompanham os pais logo no início da migração.

“Mas quando a gente chegou lá, foi meio constrangedor, porque moravam somente homens. Sabe como que é homem, não está nem aí. Meu Deus!... Daí eu falei para esse aqui (marido/pai/ PF2) “ A gente vai indo, vamos que vamos.” Então, depois de 15 dias a gente já foi morar sozinho.” (MF2)

" A gente, também sofreu de ansiedade em Roraima, sabe? (...) Aqui não me importa pagar R\$ 900,00 reais, mas eu estou tranquilo. Na casa vai muito dinheiro, mas eu estou tranquilo, me sinto tranquilo." (PF2)

"A minha saúde mental foi afetada nesse período em Manaus, então quando eu acordo e vejo essa vista, essa natureza, eu consigo sentir tranquilidade e me manter em calma e sentir paz pra transmitir para os meu filhos, então é isso. Toda vez que eu acordo, eu vejo a natureza né?" (MF4)

Foto 7: Imagem da Família 4.



### **Subcategoria 3: Situação da mulher migrante**

Esta subcategoria emerge nas falas das mulheres das famílias entrevistadas, embora nos registros fotográficos poucas imagens tenham refletido a realidade da rotina de saúde das mesmas.

A pobreza menstrual, lidar com o machismo e o assédio sexual em ambiente de trabalho, se destacam como enfrentamentos biopsicossociais das mulheres venezuelanas. Evento comum entre 3 das 4 famílias (F2, F3, F4), também aconteceu a gestação de uma das mulheres durante a trajetória migratória, durante a pandemia.

Foto 8: Imagem Família 3.



As mulheres revelam que as más condições econômicas influenciaram em alguns cuidados de saúde e autocuidados, assim como nas relações sociais e profissionais das mulheres.

“Quando a gente chegou, eu fiquei nos meus dias de TPM e aí ele não tinha como comprar pra mim absorvente. O que eu fiz, eu fui e tirei uma camiseta dele, e eu cortei e eu dei um jeito, né? Porque tem que ser, né? Para que não falar para esse (marido/pai/ PF2) aqui? Aí, minha mãe me ligava e eu (pensava) não vou chorar”. (MF2)

“Eu faltei 3 dias seguidos para ele me tirar (mandar embora) e ele não me tirava. Ele falava que ia matar esse aqui (marido/pai/ PF2), para ele poder ficar comigo .E eu falava “ta louco, velho? Vai para lá”. Foi muita coisa, entendeu?” (MF2)

“O pessoal falava que não era possível que eu fosse formada em eletrônica, porque eu era mulher, porque eu era venezuelana e toda aquela história, então todo esse tipo de coisa, eu não tentei mais na minha área, então, eu parei, eu não tentei mais.” (MF4)

## DISCUSSÃO

Migrar significa um reinício de vida para as famílias venezuelanas interiorizadas. As trajetórias migratórias têm um ponto de partida comum da Venezuela para o Brasil, mas cada família prossegue ao estado destino em tempos distintos de duração da fase de transição.

Dentro da Teoria de Desenvolvimentos, os períodos de transição inesperados (eventos nodais), como é o caso das migrações forçadas, alteram as funções e estrutura das famílias.

Situações como a separação inicial entre os membros, adaptação a uma cultura nova, convivência em residências compartilhadas, procura por uma nova habitação e emprego, muitas vezes com menor posto ocupacional, interferem nas tarefas consideradas como comuns nas fases dos ciclos de vida familiar (MCGOLDRICK, 1995).

No caso das crianças, a estruturação das rotinas e cuidados de saúde durante a pandemia tinha a finalidade de criar cenários saudáveis e seguros para elas, oferecendo a noção de estabilidade no novo destino.

Embora já identificado na literatura que rotinas muito rígidas podem não ser benéficas para a saúde das famílias, padrões de rotinas de saúde podem promover o senso de estabilidade dentro das mesmas, contribuindo para promoção da saúde e bem-estar geral dos membros (DENHAM, 1995).

Tanto o núcleo adulto da família como as crianças vivenciam dois momentos distintos na rota migratória: momento pré-migratório e pós-migratório. No que se refere aos riscos a que crianças e adolescentes ficam expostos no momento pré-migratório, estão violência de gênero e exposição ao trauma. O momento pré-migratório é marcado por um sentimento de incerteza sobre o futuro, sendo associado às altas taxas de internalização e externalização de sintomas relacionados à saúde mental, como estresse e ansiedade (SPEIDEL et al, 2021).

No momento pós-migratório são comuns os problemas na saúde mental dos adultos em virtude da precarização na situação financeira. No que se refere ao momento pós-migração, um dos fatores positivamente relacionados à saúde mental das crianças está na coesão familiar, na interação e na conexão com a escola, além da presença de suporte dos pares (SCHARPF et al, 2021).

Nesse sentido, as rotinas diárias das famílias estabelecidas em torno da escola e de seus membros como horários de almoço juntos, realização das tarefas e mesmo a ida das crianças à escola acompanhadas de um familiar, parecem oferecer suporte no novo ambiente e fatores de proteção à saúde.

No que se refere aos cuidados em saúde das crianças durante a pandemia, ressaltam-se as medidas de isolamento social e as restrições nos espaços de socialização, lazer e integração nas escolas e creches, considerados espaços sociais de acolhimento, escuta e integração. As famílias precisaram se adaptar e modificar suas rotinas para diminuir o estresse pelo isolamento (LINHARES; ENUMO, 2020).

Outro fator importante que influencia a saúde das famílias se refere a necessidade de meios financeiros e tecnológicos para acompanhar os filhos nas tarefas escolares, inclusive nas aulas remotas durante a pandemia. Além disso, a presença dos pais ou adulto responsável,

implica na atenção e adaptação das atividades de trabalho, conciliando às atividades escolares. (VELOSO, 2020)

O trabalho e o provimento financeiro resgata a tarefa central de desenvolvimento de uma família, constituída por idosos, adultos, jovens e crianças, somada à situação de crise econômica refletida no contexto pandêmico mundial e à própria transição migratória, tendo em vista os custos para transcorrer a trajetória de imigração. Imigrantes têm muitas vezes encontrado posições de trabalho que são insalubres, perigosas, com jornadas exaustivas e altos índices de trabalho informal (BARRETO; SILVA & SILVA, 2021). As rotinas diárias de descanso e a convivência entre os membros das famílias venezuelanas migrantes, são moldadas a partir das relações de trabalho, assim como a busca pelos serviços de saúde.

Para as famílias venezuelanas, após a chegada e instalação em Santa Catarina houve melhora na situação laboral, porém a condição de precisar trabalhar por muitas horas ou ainda em dois empregos é uma situação estressora. O fato pode estar relacionado à disparidade de salários recebidos, mesmo que possuam nível superior e experiência não conseguem um cargo na área.

A atenção despendida para o trabalho, as rotinas de cuidados com saúde, em especial saúde mental, são deixadas em segundo plano, situação constatada quando os membros mencionam a dificuldade de tempo para encontros coletivos (entre os membros do mesmo lar) e/ou de lazer com família e a procura por serviços de promoção da saúde.

A regularização migratória está entre os maiores empecilhos na busca por empregos formais. Durante a pandemia, muitos venezuelanos acabaram sem opções, visto que os protocolos para regularização não estão mais ocorrendo, a situação agravou ainda mais o cenário para aqueles que buscavam emprego, ou ainda, que já estavam com uma vaga sinalizada (PESSOA, 2021).

Em Santa Catarina, o fechamento do Centro de Referência no Atendimento ao Imigrante (CRAI) dificultou ainda mais o acesso à informação e proteção de pessoas em fluxo migratório (BASTOS, 2020). Isso corrobora com a ideia de que o acesso à informação está entre os fatores que modificam a saúde da família, embora a incorporação das informações nas rotinas das famílias, em geral, está relacionada a fatores como disponibilidade de recursos e o tipo de preocupação com a saúde (DENHAM, 2002b).

A atividade laboral é entendida como fator estruturante das rotinas dos imigrantes venezuelanos, o acesso à informação sobre o tema pode estar diretamente ligado aos comportamentos de saúde da família, na medida em que a falta de informações possa impedir o acesso à direitos, como: jornadas de trabalho justas, direito às férias e o acesso aos serviços

de saúde e assistência social em caso de acidentes de trabalho ou demissão injusta. Sabe-se, que os estados do sul do Brasil estão entre os mais procurados pelos migrantes para se fixarem, em função das vagas de trabalho nas agroindústrias (DELAMUTA et al, 2020; NASCIMENTO; BALTAR, 2021). Contudo, é preciso destacar que na mesma proporção, é necessário que sejam desenvolvidas políticas públicas de proteção e de assistência, para que os trabalhadores possam ter acesso aos direitos sociais e ao mercado de trabalho igualitário.

As condições de moradia aparecem como determinantes nas rotinas dos migrantes, em dois aspectos. O primeiro, refere-se aos aspectos mais centrais da família nuclear, onde os membros precisam dividir a moradia com mais pessoas em situações insalubres ou em abrigos coletivos com pouca privacidade e a incerteza sobre o tempo de permanência. O segundo, refere-se ao contexto das cidades, consideradas pelos participantes como inseguras e com poucas oportunidades (DIAS, 2019; ALVES; PEREIRA, 2020). As duas situações são separadas pelas famílias pelo antes e depois da chegada ao destino em Santa Catarina.

Para pessoas em situação migratória a habitação, residência ou casa é, quase sempre, um mover-se continuamente, isso em várias etapas do processo (PUCCI; VÉRAS, 2019). É comum que, quando chegam ao destino, os migrantes precisam buscar um novo local para morar. Por não conhecerem muitas pessoas ou lugares, acabam por alugar um espaço ou tem um local cedido provisoriamente para viver, sendo dividido com outros recém-chegados. (DIAS, 2019). Mais tarde, conhecendo melhor a cidade, buscam locais mais baratos para viver e, assim, a família se adapta ao novo destino.

A rotina de mudanças constantes e divisão das moradias é relatada pelas famílias participantes do estudo, tanto nos estados do Norte do país, como nos primeiros momentos em Santa Catarina. Os fatos podem ser apontados como limitantes quanto ao acesso aos serviços de saúde na atenção primária e de assistência social, visto que as famílias não possuem vínculo com o local por muito tempo.

Dentre os aspectos de convivência familiar e pessoal, a divisão de domicílio com outras pessoas, familiares ou não, está intimamente ligada aos aspectos da rotina da família, visto que quando ocorre a convivência em grupo, horários de alimentação, sono e lazer, podem ser definidos a partir das pessoas que estão a mais tempo no local ou dos proprietários do local. A situação pode causar conflitos dentro das famílias nucleares.

No que se refere às rotinas familiares durante a pandemia, observa-se que enquanto os membros mais jovens saem para trabalhar, os mais velhos (avós) ficam responsáveis pelos jovens e crianças, no entanto, com a movimentação rotineira, o isolamento social já não era mais possível, deixando os membros das famílias vulneráveis.

Com a modificação das funções e tarefas durante o fluxo migratório forçado, as rotinas de trabalho pelos membros mais jovens e a pandemia da COVID-19, se observa o papel central e importante exercido pelo membro mais idoso (avó). Além de responsável pelos cuidados da casa, rotina de cuidados, educação e saúde das crianças, ela é o suporte social para que o casal ou responsável pela casa possa prover o sustento do lar.

Olhando para o ciclo de vida das famílias, observa-se que a fase de transição e fixação no Brasil, desencadeia grau de dependência do casal e/ou chefe da família das avós, quanto à dependência das avós dos filhos. Por outro lado, para as famílias venezuelanas entrevistadas, esse é um fator protetor, no sentido de promover uma coesão familiar.

Uma pesquisa realizada com mulheres idosas imigrantes, mostra que estas sentem com obrigação de auxiliar nos cuidados com os netos para que os filhos possam buscar o sustento da família, e que, na possibilidade participem, também financeiramente. Embora reconheçam que essa responsabilidade iniba a chance de ter um tempo para si mesmas (WANG; CRESWELL; NGUYEN, 2017).

No que se refere à saúde da mulher, dentro do contexto de fluxo migratório, embora o termo “feminização das migrações” tenha ganho destaque após os anos de 1950, a partir de estudo das migrações do norte-sul, houve também um aumento de pesquisas no sul global. As pesquisas apontam para a presença principalmente das mulheres haitianas migrantes em direção à América do Sul, porém, em termos de números, as venezuelanas migrantes foram responsáveis pelos maiores contingentes em deslocamento (TONHATI; PEREDA, 2021).

Sabe-se que as mulheres tendem a migrar a partir do movimento de reunião familiar, trazidas pelos companheiros ou maridos, que se estabelecem primeiro e em seguida trazem as famílias (TONHATI; PEREDA, 2021).

A condição de mulheres migrantes idosas é ainda mais frágil, isto porque envolve a adaptação cultural e a socialização em uma nova cultura. Percebe-se que há um medo em procurar ajuda fora do ambiente doméstico, em função do não domínio do idioma. O fato demonstra ser relevante para os entrevistados, frente ao cenário epidêmico.

Para Miner (2017), a importância das visitas domiciliares aos imigrantes idosos é importante para um olhar no cuidado culturalmente sensível. Para os participantes do estudo, além dos cuidados físicos, os profissionais que visitam os pacientes imigrantes idoso eram “advogados, facilitadores das famílias” no acesso aos sistemas de saúde. Os resultados apontam o programa como uma das soluções para diminuir as barreiras de acesso ao sistema de saúde por parte de imigrantes idosos.

No que se refere às questões de saúde sexual e reprodutiva de mulheres venezuelanas, estudos realizados na Colômbia e Peru, dois países com grande contingente de venezuelanos migrantes buscam compreender a saúde de mulheres grávidas e lactantes. Os resultados encontrados evidenciam a falta de atendimento básico, incluindo as consultas e exames pré-natais, suplementos alimentares e proteção social. Entre os empecilhos para procurar ajuda está a regularização migratória (HERNÁNDEZ-VÁSQUEZ et al., 2019; FIGUEROA-QUINONES et al., 2019; VARGAS-MACHUCA et al., 2019).

Em nosso estudo, uma das migrantes venezuelanas expressa a pobreza menstrual, um desafio enfrentado durante o percurso migratório. O conceito de pobreza menstrual é entendido como um fenômeno complexo, transdisciplinar e multidimensional, vivenciado por meninas e mulheres devido à falta de acesso a recursos, infraestrutura e conhecimento para que tenham plena capacidade de cuidar da sua menstruação (SANTOS, 2022). Assim sendo, a obtenção não apenas de produtos de higiene, mas informação de acesso aos serviços de saúde é essencial para atingir níveis de saúde adequados.

A igualdade de gênero e empoderamento feminino é o quinto Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), também consta na Política Nacional de Promoção da Saúde no país, como adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade e na participação e no controle social (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2022; BRASIL, 2002).

Embora existam políticas públicas que visam garantir o acesso à saúde da mulher imigrante em sua integralidade como um direito universal, percebe-se que ainda existem falhas no atendimento desse público. Nesse sentido, a participação das comunidades na implementação de novos projetos que atendam a esta demanda, também como uma forma de atender aos objetivos de promoção da saúde por meio da participação comunitária, pode ser uma maneira de melhorar o acesso aos serviços de saúde.

## **CONCLUSÃO**

A partir das análises realizadas em nosso estudo, foi possível observar que as famílias migrantes venezuelanas têm suas rotinas estruturadas em torno das crianças e do trabalho dos provedores. A participação das avós nas rotinas é marcante para a organização do lar, embora esse membro receba pouca atenção e esteja em situação de vulnerabilidade dentro do contexto migratório.

Com relação às rotinas de trabalho, observa-se que embora tenha havido uma melhora na qualidade de vida das famílias em comparação à vida no país de origem, ainda há presença de situações de trabalho desgastante e com salário incompatível com o grau de formação dos membros laborais. A situação altera as rotinas, na medida em que dificulta momentos de lazer entre todos os membros da família e coloca a saúde em segundo plano, visto que os horários para cuidados são raros. Como as avós assumem as atividades do lar e as crianças, é importante que haja um espaço e horário para realizar cuidados para si.

Considerando que nosso estudo ocorreu no período de pandemia, é possível ter um panorama de quais foram as estratégias de enfrentamento durante o isolamento social desenvolvidas pelas famílias venezuelanas. Embora a situação de moradia parece ser o fator preocupante pelo número de membros que habitam a mesma residência, entretanto parece ter sido uma estratégia positiva, na medida que evidencia a coesão familiar em momentos de crise.

Ainda sobre o acesso à saúde no período de pandemia, a escassez de informações parece limitar a influência ao acesso aos serviços de saúde prestados na Atenção Primária de Saúde (APS), o que resulta no medo em procurar por serviços, quando um dos membros está doente, escolhendo dirigir-se a um hospital ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

De forma geral, a vida cotidiana dos imigrantes é transpassar as diversas situações que demandam as famílias cotidianamente, precisando se adaptar aos diversos contextos. Como pontos apontados para novos estudos, estão as fontes de informação sobre saúde mental, doenças crônicas e saúde do idoso migrante no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- ACNUR. **Protocolo de 1967 Relativo ao Estatuto Dos Refugiados** . 1967. Disponível em: [https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD\\_Legal/Instrumentos\\_Internacionais/Protocolo\\_de\\_1967.pdf](https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Protocolo_de_1967.pdf) Acesso em: 30 ago. 2020.
- ACNUR. **Declaração de Cartagena de 1984**. 1984. Disponível em: [https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD\\_Legal/Instrumentos\\_Internacionais/Declaracao\\_de\\_Cartagena.pdf](https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Declaracao_de_Cartagena.pdf). Acesso em: 02 set. 2020.
- ACNUR. **Global Trends Forced Displacement In 2020**. 2020. Disponível em: <https://www.unhcr.org/globaltrends2019/>. Acesso em: 21 abril. 2020.
- ACNUR. Organização das Nações Unidas. **ACNUR ativa operação humanitária e capta recursos para apoiar mais de 660 mil pessoas forçadas a se deslocar na Ucrânia e em países vizinhos**. 2022. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2022/03/01/acnur-ativa-operacao-humanitaria-e-capta-recursos-para-apoiar-mais-de-660-mil-pessoas-forçadas-a-se-deslocar-na-ucrania-e-em-paises-vizinhos/>. Acesso em: 06 mar. 2022.
- ALMEIDA, A. J. de; MINCHOLA, L. A. B. O "Espírito de Cartagena" e a Política Brasileira de Refugiados. **Revista Perspectiva**, Porto Alegre, v. 8, n. 15, p. 124-142, 2015.
- ALVES, J. de Q.; PEREIRA L.. Cotidiano e coletividade: dinâmicas nos abrigos para refugiados venezuelanos em Roraima. **Revista Cadernos de Pesquisa da Escola da Cidade**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 127-143, 2020. Disponível em: <http://ojs.escoladacidade.org/index.php/cadernos/article/view/25/24>. Acesso em: 08 fev. 2022.
- ALVES, K. Y. A. et al. Uso da fotografia nas pesquisas qualitativas da área da saúde: revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 02, pp. 521-529, 2021.
- BARRETO, T. A.; SILVA, L. N.B.; SILVA, P. S.. Alterações físicas autopercebidas nos trabalhadores migrantes informais venezuelanos em Boa Vista-RR. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 1, 2021.
- BASTOS, Â.. **Imigrantes declaram preocupação com fechamento do CRAI em Florianópolis**. 2020. Disponível em: <https://www.nscototal.com.br/noticias/imigrantes-declaram-preocupacao-com-fechamento-do-crai-em-florianopolis>. Acesso em: 01 mar. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: MS; 2002.
- BRASIL. **Portaria Interministerial nº 12, de 2018**. Dispõe sobre o visto temporário e sobre a autorização de residência para reunião familiar. Brasília, 13 jun. 2018.
- BRASIL. Exército Brasileiro. **Operação Acolhida**. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/acolhida/historico/>. Acesso em: 03 mar. 2022.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA CIDADANIA. (org.). **Painel de Interiorização**. 2022. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/painel-interiorizacao/>. Acesso em: 29 jun. 2022.
- COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA (CICV). **Afeganistão: Exasperadamente catástrofe provocada pelo ser humano pronuncia enorme sofrimento às famílias afegãs**. 2021. Disponível em: <https://www.icrc.org/pt/document/afeganistao-exasperante-catastrofe-provocada-pelo-ser-humano-prenuncia-enorme-sofrimento>. Acesso em: 06 mar. 2022.
- DELAMUTA, K. G. et al. Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** v. 36, n. 8. 2020. Disponível em: [doi.org/10.1590/0102-311X00087019](https://doi.org/10.1590/0102-311X00087019).
- DENHAM, S. **Family Health a Framework for Nursing**. Philadelphia: F.A. Davis Company, 313p., 2002.

- DIAS, R. de S. **As implicações da imigração venezuelana sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde do município de Pacaraima.** 2019. 79 p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.
- FERNANDES, G. C. M. **Rotinas e rituais de cuidado nas famílias rurais em transição inesperada do pós-desastre.** 2011. 244 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- FIGUEROA-QUINONES, J. et al . Calidad de vida de migrantes venezolanos en dos ciudades del norte del Perú. **Rev. perú. med. exp. salud pública**, Lima , v. 36, n. 3, p. 383-391, 2019.
- HERNÁNDEZ-VÁSQUEZ, A.; et al. Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en inmigrantes venezolanos en Perú. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, v.36, v.4, p.:583-91, 2019.
- INTERNATIONAL COMMITTEE OF THE RED CROSS (ICRC). **Restoring family links.** 2022. Disponível em: <https://www.icrc.org/en/what-we-do/restoring-family-links>. Acesso em: 14 fev. 2022.
- LINHARES, M. B. M.; ENUMO, S. R. F.. **Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil.** Estudos de Psicologia (Campinas) v. 37; 2020. Disponível em: [doi.org/10.1590/1982-0275202037e200089](https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200089).
- MACGOLDRICK, M. Etnicidade e o Ciclo de Vida Famílias. In: CARTER, Betty; MACGOLDRICK, Monica (org.). **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995. p. 510-610.
- MEIRINHO, D. O olhar por diferentes lentes: o photovoice enquanto método científico participativo. **Rev. discursos fotográficos**, Londrina, v.13, n.23, p.261-290, 2017.
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. ed. Sirius. Edição. 2014.
- MINAYO, M.C.S.. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Revista pesquisa qualitativa, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.
- MINAYO, M.C.S.; COSTA, A. P.. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. Revista Lusófona de Educação, v. 40, n. 40, 2018.
- MINER S et al. Somali Older Adults' and Their Families' Perceptions of Adult Home Health Services. **J Immigr Minor Health.** v.20 n.5, p.:1215-122,. 2017.
- MÜLLER, M.; et al. Understanding Refugees' Health. **Semin Neurol.** v .38, n .2, p.152-162, 2018.
- NASCIMENTO, L. A. S. V. do.; BALTAR, C. S. .Migração e Condições de Trabalho dos bengaleses no Norte do Paraná. **E-book**, p. 377-383, 2021.
- IOM - International Organization for Migration. Glossary on Migration. Geneva: IOM, 2019a. Disponível em: [https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_34\\_glossary.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf). Acesso em: 29 jun. 2022.
- ORTIZ, Brenda. Portal G1. **Lei Marcial: entenda por que medida foi decretada por presidente da Ucrânia após ataques da Rússia.** 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2022/02/24/lei-marcial-entenda-porque-medida-foi-decretada-por-presidente-da-ucrania-apos-ataques-da-russia.ghtml>. Acesso em: 06 mar. 2022.
- PESSOA, F. Comissão de Direitos Humanos e Minorias. **Audiência pública reforça a importância da regularização migratória durante a pandemia da Covid-19.** 2021. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/audiencia-publica-reforca-a-importancia-da-regularizacao-migratoria-durante-a-pandemia-da-covid-19>. Acesso em: 01 mar. 2022.

PUCCI, F. M. S. ; VÉRAS, M. P. B. Moradia Provisória entre bolivianos em São Paulo: ambiguidade e contingência. **Caderno CRH** . 2019, v. 32, n. 87, p. 609-622. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i87.25345>.

SANTOS, C. C. M. dos. Fundo de População das Nações Unidas (Unfpa). **Pobreza Menstrual no Brasil: pobreza menstrual no brasil. Pobreza Menstrual No Brasil**. 2022. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/pobreza\\_menstrual\\_no\\_brasil.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/pobreza_menstrual_no_brasil.pdf). Acesso em: 04 mar. 2022.

SCHARPF F. et al. A systematic review of socio-ecological factors contributing to risk and protection of the mental health of refugee children and adolescents. **Clin Psychol Rev**. 2021. Disponível em: doi: 10.1016/j.cpr.2020.101930.

SPEIDEL R., et.al. Refugee Children's Social-Emotional Capacities: Links to Mental Health upon Resettlement and Buffering Effects on Pre-Migratory Adversity. **Int J Environ Res Public Health**; v.22, n. 18, 2021. Disponível em: doi: 10.3390/ijerph182212180.

TONHATI, T.; PEREDA, L.. A Feminização das Migrações no Brasil: A Inserção Laboral das Mulheres Imigrantes (2011-2020). In: CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. **Relatório Anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil. Série Migrações**. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2021. Disponível em: [https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra\\_2020/Relat%C3%B3rio\\_Anuar/Relato%CC%81rio\\_Anuar\\_-\\_Completo.pdf](https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/Relat%C3%B3rio_Anuar/Relato%CC%81rio_Anuar_-_Completo.pdf). Acesso em: 04 mar. 2022.

VARGAS-MACHUCA, R. et al. Situación nutricional de los niños migrantes venezolanos a su ingreso al Perú y las acciones emprendidas para proteger su salud y nutrición. **Rev. perú. med. exp. salud publica**, Lima , v. 36, n. 3, p. 504-510, 2019 .

VELOSO, L. (org.). **Sem aula sem comida: O impacto da pandemia nas crianças imigrantes de Guaianases, na zona leste de SP**. 2020. Agência Mural. Disponível em: <https://www.agenciamural.org.br/especiais/criancas-imigrantes-pandemia-sp/>. Acesso em: 29 jun. 2022.

WANG S.C., CRESWELL J.W., NGUYEN D. Vietnamese Refugee Elderly Women and Their Experiences of Social Support: A Multiple Case Study. **J Cross Cult Gerontol**. 2017 v. 32, n.4, p:479-496. Disponível em: [doi: 10.1007/s10823-017-9338-0](https://doi.org/10.1007/s10823-017-9338-0).

YIN, R.K. **Estudo de Caso. Planejamento e Métodos**. 5ª Edição. Porto Alegre: Bookman. 2015.

ZEIDAN, A. et al. Barriers to Accessing Acute Care for Newly Arrived Refugees. **West J Emerg Med.**, v.20, n.6, p.842-850, 2019.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término do estudo conclui-se que os objetivos de conhecer as rotinas de promoção da saúde, identificar fatores influenciadores na saúde e características estruturais das famílias venezuelanas interiorizadas, foram alcançados, a partir do que se pôde acompanhar nos resultados apresentados.

Sobre o ciclo vital das famílias migrantes venezuelanas, destaca-se a tendência dos casais jovens com filhos optarem pela migração como um projeto de vida, contando com a presença da figura da avó como recurso de rede de apoio ao núcleo familiar no início da transição. Além das tarefas reconhecidas para cada fase do ciclo vital, migrantes com filhos têm adicionadas mais preocupações, como as questões de regularização migratória, inserção laboral em um novo país, busca por informações sobre os serviços, adaptação à nova cultura, entre outros.

Casais jovens migrantes representam força de trabalho ativa para os países que os acolhem, embora os participantes do estudo não estivessem alocados em atividades laborais pertinentes às suas formações, havendo o desejo de trabalhar na atividade. O trabalho constitui em uma das demandas influenciadora no planejamento das rotinas diárias, além da organização em torno da criação dos filhos.

No que se refere ao apoio oferecido às famílias, as famílias nucleares contam com a rede mais próxima, sendo a avó materna a personagem principal. Embora presente nas famílias, sua trajetória migratória é marcada pelo isolamento social, vivenciado, entre outros fatores, pela falta de domínio do idioma e desconhecimento dos recursos da comunidade local.

Considerando esses fatores, os serviços de saúde se constituem como uma rede frágil de ajuda, sendo procurados principalmente para atendimentos de urgência e emergência, consultas médicas e exames, sendo pouco citados como porta de entrada os centros de saúde na promoção da saúde dos membros da família

Os resultados apontam para que novas ações e pesquisas sejam realizadas a fim de que haja uma aproximação entre os profissionais de saúde e a população migrante, chamando atenção até mesmo para a saúde da pessoa idosa migrante que se apresenta invisível às políticas de acesso aos serviços.

Ao olhar para as rotinas de cuidado em saúde, dentro das trajetórias de fluxo migratório forçado, percebe-se um recomeçar constante, exigindo da família estratégias de enfrentamento para a manutenção da coesão familiar.

O medo da separação dos familiares está entre as situações mais temidas, principalmente em relação aos filhos pequenos, sendo que esta condição foi comum em algum momento do percurso, visto que os adultos (pai/membro familiar masculino) costuma vir antes e se estabelecer e, em seguida, trazer o restante da família/filhos. Nesse sentido, os resultados chamam atenção para o cuidado com crianças em situação de deslocamento forçado.

No que se refere à condição de mulher migrante, situações como xenofobia, preconceito, machismo, pobreza menstrual, rotinas de trabalho extenuantes e duplas jornadas, estão presentes durante o período de migração.

Considerando os resultados alcançados, oferecem algumas respostas sobre as condições vida e de saúde das famílias migrantes, e busca aproximar os profissionais de saúde das histórias vividas durante o deslocamento forçado, também se recomenda que sejam feitos mais estudos que busquem entender como as famílias convivem ao se articular diante das dificuldades encontradas no caminho da migração forçada.

## REFERÊNCIAS

- ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR). Organização das Nações Unidas (org.). **Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados 1951**. Disponível em: [https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao\\_relativa\\_ao\\_Estatuto\\_dos\\_Refugiados.pdf](https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf). Acesso em: 30 ago. 2020.
- ACNUR. **Protocolo de 1967 Relativo ao Estatuto Dos Refugiados** . 1967. Disponível em: [https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD\\_Legal/Instrumentos\\_Internacionais/Protocolo\\_de\\_1967.pdf](https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Protocolo_de_1967.pdf) Acesso em: 30 ago. 2020.
- ACNUR. **Declaração de Cartagena de 1984**. 1984. Disponível em: [https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD\\_Legal/Instrumentos\\_Internacionais/Declaracao\\_de\\_Cartagena.pdf](https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Declaracao_de_Cartagena.pdf). Acesso em: 02 set. 2020.
- ACNUR. **Legislação Brasileira e Refúgio. 2020a** Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/acnur-no-brasil/legislacao/#:~:text=Para%20a%20conceito%20estabelecido,generalizada%20viola%20a%20de%20direitos%20humanos>. Acesso em: 12 set. 2020.
- ACNUR. **Global Trends Forced Displacement In 2020b**. 2020. Disponível em: <https://www.unhcr.org/globaltrends2019/>. Acesso em: 21 abril. 2020.
- ACNUR. **Venezuela Situation. 2020c** Disponível em: <https://www.unhcr.org/venezuela-emergency.html/>. Acesso em : 12 set. 2020.
- ACNUR. Plataforma R4V - Resposta a Venezolanos y Venezolanas. **Informe de Interiorização de dezembro de 2020. 2020d**. Disponível em: <https://r4v.info/es/situations/platform/location/7509>. Acesso em: 14 jan. 2021.
- ABDENUR, A. E.; CARDIM, G.; BRASIL, L.. **Migrantes profissionais da saúde ajudam no combate à pandemia. 2020**. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/debate/2020/Migrantes-profissionais-da-sa%C3%BAde-ajudam-no-combate-%C3%A0-pandemia> Acesso em: 22 out. 2020.
- ABUBAKAR, I., et al. The health of a World on the Move. **The Lancet**. The UCL–Lancet Commission On Migration And Health. vol.392, n.10164, p 2606-2654. 2018.
- AGUIAR, M. E.de ; MOTA, A.The Family Health Program in the Bom Retiro district, São Paulo, Brazil: communication between Bolivians and healthcare workers. **Interface (Botucatu)**, vol.18, n.50, p.493-506, 2014.
- ALMEIDA, A. J. de; MINCHOLA, L. A. B. O "Espírito de Cartagena" e a Política Brasileira de Refugiados. **Revista Perspectiva**, Porto Alegre, v. 8, n. 15, p. 124-142, 2015.
- ALVES, J. F. de S. et al. Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4677-4686, 2019.

ARRUDA-BARBOSA, L. de; SALES, A. F.G.; TORRES, M. E.M.. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 24, 2020a.

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

ATIYEH, B.; GUNN, S. W.A.. Refugee camps, fire disasters and burn injuries. **Ann Burns Fire Disasters**. v.30, n.3, p. 214-217, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: MS; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em: 12 jul. 2022.

BRASIL. Exército Brasileiro. **Operação Acolhida. 2018**. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/acolhida/sobre-a-operacao-acolhida-2>. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Roraima tem plano de ações para atendimento aos imigrantes. 2018**. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42320-roraima-tem-plano-de-aco-es-para-atendimento-aos-imigrantes> . Acesso em: 22 out. 2020.

BRASIL. **Lei n. 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. Brasília, DF. Presidência da República, 2017. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2017/lei/113445.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/113445.htm)  
Acesso em : 12 set. 2020.

BRASIL. **Lei 6.815 de 19 de agosto de 1980**. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. Brasília, DF Presidência da República, 1980. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6815.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6815.htm)  
Acesso em : 12 set. 2020.

BRASIL. **Lei n. 9.474, de 22 de julho de 1997**. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. Brasília, DF. Presidência da República, 1997. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9474.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9474.htm)  
Acesso em : 12 set. 2020.

BRASIL. Casa Civil. Ministério do Desenvolvimento Social. **Painel de Interiorização**. 2022. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/painel-interiorizacao/>. Acesso em: 19 abr. 2022.

BOEIRA, L. M.; MARTINS, B. L. Processo migratório de refugiados sírios em Florianópolis (Brasil): significações, fatores de risco e de proteção. **Alterstice**, v. 9 n.1, p. 95-106, 2020.

BOMAR, P. J. Perspectives on family health promotion. *Family Community Health*, Rockville, v. 12, n. 4, p. 1-11, 1990.

BORDIGNON, S. de A. F.; HENZEL, K. A.; PADOVA, R. Resultados da Pesquisa: Imigrantes Internacionais no Estado de Santa Catarina e a Pandemia de Covid-19. *In: FERNANDES, D. ; BAENINGER, R. (orgs.). Impactos da Pandemia de Covid-19 nas Migrações Internacionais no Brasil*. Campinas, SP: Nepo/Unicamp, 2020, p. 477- 502.

BORGSCHULTE H. S., et. al. Health care provision for refugees in Germany - one-year evaluation of an outpatient clinic in an urban emergency accommodation. *BMC Health Serv Res.*; v.18, n.1, 2018.

BOYCE, W. Thomas, et al. The Family Routines Inventory: Theoretical Origins. *Social Science and Medicine*, v. 17, n. 4, p. 193-200, 1983.

BRITO, M. O. COVID-19 in the Americas: Who's Looking After Refugees and Migrants? *Ann Glob Health.*, v.86, n.169, 2020.

CENTRO DE PESQUISAS E PRÁTICAS DECOLONIAIS E PÓS-COLONIAIS (Florianópolis). *Sobre*. 2020. Disponível em: <https://irene.ufsc.br/sobre/>. Acesso em: 13 jun. 2022.

CRESWELL, J.W. *Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa : Escolhendo entre cinco abordagens*. 3ª edição. Porto Alegre: Penso, 2014.

CICV - COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA. *História da Cruz Vermelha*. 2020a. Disponível em: <https://www.icrc.org/pt/o-cicv/historia>. Acesso em: 11 dez. 2020.

COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA (CICV). *Brasil: CICV doa produtos de proteção e de higiene no Amazonas e em Roraima*. 2020b. Disponível em: <https://www.icrc.org/pt/document/covid-19-cicv-doa-produtos-de-protecao-individual-e-higiene-no-amazonas-e-em-roraima>. Acesso em: 17 dez. 2020.

CARNEIRO JUNIOR, et. al. Bolivian migration and Chagas disease: boundaries for the action of the Brazilian National Health System (SUS). *Interface (Botucatu)*, vol.22, n.64, pp.87-96. 2018.

CÍRCULOS DE HOSPITALIDADE. *Projeto Integra*. 2020. Disponível em: <https://circulosdehospitalidade.org/projetos/>. Acesso em: 06 out. 2020.

COSTA, Emily. *Roraima decreta situação de emergência diante de intensa imigração de venezuelanos*. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/roraima-decreta-situacao-de-emergencia-diante-de-intensa-imigracao-de-venezuelanos.ghtml>. Acesso em: 15 nov. 2020.

DENHAM, S. A. Family Routines. A structural perspective for viewing family health. *Adv. Nurs. Sci.* v. 24, n. 4, p.60-74, 2002a.

DENHAM, S. A. **Family Health a Framework for Nursing**. Philadelphia: F.A. Davis Company, 313p., 2002b.

DENHAM, S. Family Routines: A construct to considering family health. **Holist Nurs Pract.** v. 9. n. 4, p. 11-23, 1995.

DENHAM, S. Relationships between family rituals, family routines, and health. **Journal of Family Nursing.** v. 9, n. 3, p305-30, 2003.

DIAS, R. de S. **As implicações da imigração venezuelana sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde do município de Pacaraima. 2019.** 79 p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

EFIRD, J. T.; BITH-MELANDER P. Refugee Health: An Ongoing Commitment and Challenge. **Int J Environ Res Public Health.** v.15, n.1, 2018.

ELSEN, I.; ALTHOFF, C. R.; MANFRINI, G. C.. Saúde da família: desafios teóricos. **Fam Saúde Desenv.** v.3 n.2. p. 89-97, 2001.

FAQUETI, A. **Trajetórias De Cuidado à Saúde de Estudantes Haitianos da Universidade Federal de Santa Catarina.** 2019.104 p. Tese (Doutorado) - Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

FEDERSPIEL, F.; ALI, M,. The cholera outbreak in Yemen: lessons learned and way forward. **BMC Public Health.** v. 8, n.1, 2018.

FERNANDES, C. S. et al. Photovoice como método de pesquisa para educação em saúde: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** v. 21, 2019.

FERNANDES, D. et al. Resultados da Pesquisa: Impactos da Pandemia de Covid-19 nas Migrações Internacionais no Brasil. In: FERNANDES, D.1 ; BAENINGER R. (orgs.). **Impactos da Pandemia de Covid-19 nas Migrações Internacionais no Brasil.** Campinas, SP: NEPO - Unicamp, (2020,)p. 36- 79, 2020.

FERNANDES, G. C. M. **Rotinas e rituais de cuidado nas famílias rurais em transição inesperada do pós-desastre.** 2011. 244 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FERNANDEZ-NINO, J. A. et al . Necesidades percibidas de salud por los migrantes desde Venezuela en el asentamiento de Villa Caracas – Barranquilla, 2018: reporte de caso en salud pública. **Rev. Univ. Ind. Santander. Salud,** Bucaramanga , v. 50, n. 3, p. 269-276, 2018 .

FERNANDEZ-NINO, J. A. et al. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. **Rev. Univ. Ind. Santander. Salud,** Bucaramanga , v. 51, n. 3, p. 208-219, 2019 .

FIGUEROA-QUINONES, J. et al . Calidad de vida de migrantes venezolanos en dos ciudades del norte del Perú. **Rev. Perú. med. exp. salud pública,** Lima , v. 36, n. 3, p. 383-391, 2019.

FLORIANÓPOLIS. **Lei n. 10.735, de 28 de julho de 2020. Dispõe sobre a política municipal para a população migrante, com objetivos, princípios, diretrizes e ações prioritárias.** Florianópolis, SC: Câmara Municipal de Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sc/f/florianopolis/lei-ordinaria/2020/1074/10735/lei-ordinaria-n-10735-2020-dispoe-sobre-a-politica-municipal-para-a-populacao-migrante-com-objetivos-principios-diretrizes-e-acoes-prioritarias>. Acesso em: 23 mar. 2020.

FRATERNIDADE HUMANITÁRIA INTERNACIONAL (FHI). **Missões Humanitárias. 2020a.** Disponível em: <https://www.fraterinternacional.org/quem-somos/>. Acesso em: 30 nov. 2020a.

FRATERNIDADE HUMANITÁRIA INTERNACIONAL. **Missão Roraima. 2020b.** Disponível em: <https://www.fraterinternacional.org/quem-somos/>. Acesso em: 30 nov. 2020b.

FRATERNIDADE HUMANITÁRIA INTERNACIONAL. **O Manual Esfera está disponível em Português Brasileiro. 2020c.** Disponível em: <https://www.fraterinternacional.org/o-manual-esfera-fica-disponivel-em-portugues-brasileiro/>. Acesso em: 15 dez. 2020.

GIOVANELLA, L.; RIZZOTTO, M. L. F.. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 6-8, 2018.

GOLUB, N.; et al. Impact of Length of Residence in the United States on Risk of Diabetes and Hypertension in Resettled Refugees. **J Immigr Minor Health**. v.20,n.2, p.296-306, 2018.

GRANADA, D.; et al. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface (Botucatu)**, vol.21, n.61, p.285-296, 2017.

GUAGLIANO, C.. **Florianópolis se torna o 2º município no Brasil a ter Política Municipal para a População Migrante.** In BLOG MigraMundo [s.l],6 de agosto de 2020. Disponível em: <https://migramundo.com/florianopolis-se-torna-2o-municipio-no-brasil-a-ter-politica-municipal-para-a-populacao-migrante/>. Acesso em: 01 out. 2020.

HECK, R. M. *et al.* Promoção da Saúde e Qualidade de Vida: abordagem de família e do cuidado. In: ELSSEN, I.; SOUZA, A. I. J.; MARCON, S. S.. **Enfermagem à Família: dimensões e perspectivas.** Maringá: Eduem, 2011.

HERNÁNDEZ-VÁSQUEZ, A.; et al. Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en inmigrantes venezolanos en Perú. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, v.36, v.4, p.:583-91, 2019.

HIGGINBOTTOM, G.M. A. et al. “Food choices and practices during pregnancy of immigrant women with high-risk pregnancies in Canada: a pilot study.” **BMC pregnancy and childbirth**, v. 14, n.370, 2014.

INUNGU, J. *et al.* Recurrent Ebolavirus disease in the Democratic Republic of Congo: update and challenges. **AIMS Public Health**, v.6 n.4, p.502-513, 2019.

- JAROSCHINSKI-SILVA, S. A. G. **Dificuldades no atendimento a pacientes estrangeiros em Roraima: Na perspectiva da saúde do trabalhador.** 76 p. Dissertação (mestrado) - Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2017.
- JORGE, C. S. G. **Rotinas familiares: um estudo com famílias de crianças participantes de um programa de suplementação alimentar.** 2007. 180 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2007.
- JOZAGHI, E.; DAHYA, A., Refugees, asylum seekers and COVID-19: Canada needs to do more to protect at-risk refugees during the current pandemic. **Can J Public Health**; v. 111, n.3, p. 413-414, 2020.
- KALENGA, O. I. et al. The Ongoing Ebola Epidemic in the Democratic Republic of Congo, 2018-2019. **N Engl J Med.** v.381, n.4. p.373-383, 2019.
- KLUGE, H. H.; et al. Refugee and migrant health in the COVID-19 response. **Lancet**, v. 395, n.10232, p.1237-1239, 2020.
- KROENING, A. ; DAWSON-HAHN, E. Health Considerations for Immigrant and Refugee Children. **Adv Pediatr**, v.66, p.87-110, 2019.
- LI, S. et al. The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. **Curr Psychiatry Rep.** v.18, n.9, 2016.
- LIDDELL, B.; et al. The generational gap: Mental disorder prevalence and disability amongst first and second generation immigrants in Australia. **J Psychiatr Res.**, v.83: p.103-111, 2016.
- LODETTI, M. B.; BORGES, L. M.. Processo migratório de refugiados sírios em Florianópolis (Brasil): significações, fatores de risco e de proteção. **Alterstice**, v. 9, n. 1, p. 95-106, 2020.
- MANFRINI, G. C. **O cuidado às famílias rurais, com base na Teoria do Desenvolvimento da Família.** 238 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- MCDONALD, J. T.; KENNEDY, S.. Is migration to Canada associated with unhealthy weight gain? Overweight and obesity among Canada's immigrants. **Soc Sci Med.** v.61, n.12. p. 2469-2481, 2005.
- MÉDICOS SEM FRONTEIRAS - MSF (org.). **The struggle of Venezuelan migrants and asylum seekers in northern Brazil. 2020a.** Disponível em: <https://www.msf.org/struggle-venezuelan-migrants-and-asylum-seekers-northern-brazil>. Acesso em: 26 ago. 2020.
- MÉDICOS SEM FRONTEIRAS - MSF. **Grécia: incêndio destrói campo de Moria e deixa 12 mil pessoas desalojadas. 2020b.** Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/grecia-incendio-destroi-campo-de-moria-e-deixa-12-mil-pessoas-desalojadas>. Acesso em: 18 nov. 2020.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS. **Histórico: Projetos no Brasil. 2020c.** Disponível em: <https://www.msf.org.br/projetos-msf/brasil>. Acesso em: 30 nov. 2020.

MEIRINHO, D. O olhar por diferentes lentes: o photovoice enquanto método científico participativo. **Rev. discursos fotográficos**, Londrina, v.13, n.23, p.261-290, 2017.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3 , pp. 621-626, 2012.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. ed. Sirius. Edição. 2014.

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

MINAYO, M.C.S.; COSTA, A. P.. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. Revista Lusófona de Educação, v. 40, n. 40, 2018.

MISSÃO PAZ. **História.** Disponível em: <http://www.missaospaz.org/menu/quem-somos/historia>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MÜLLER, M.; et al. Understanding Refugees' Health. **Semin Neurol.** v .38, n .2, p.152-162, 2018.

OLIVEIRA, W. A. de. **Operação Acolhida: mapeamento informacional de fluxos de acolhimento dos imigrantes venezuelanos no Brasil.** 2020.109 p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós Graduação em Ciência da Informação, Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil.** 2022. Disponível em: [https://brasil.un.org/pt-br/sdgs#:~:text=Os%20Objetivos%20de%20Desenvolvimento%20Sustent%C3%A1vel%20s%C3%A3o%20um%20apelo%20global%20%C3%A0,de%20paz%20e%20de%20prosperidade](https://brasil.un.org/pt-br/sdgs#:~:text=Os%20Objetivos%20de%20Desenvolvimento%20Sustent%C3%A1vel%20s%C3%A3o%20um%20apelo%20global%20%C3%A0,de%20paz%20e%20de%20prosperidade.). Acesso em: 12 jul. 2022.

OPAS/WHO- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. **Atenção Primária à Saúde.** 2019. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843) . Acesso em: 03 out. 2020.

PADILLA, B. Saúde dos Imigrantes: Multidimensionalidade, Desigualdades e Acessibilidade em Portugal. **Remhu - Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, Brasília, v. 40, p. 49-68, 2013.

PAVLI, A.; MALTEZOU, H.. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. **J Travel Med**, v.24, n.4, 2017.

POOLE, D.; et al. Responding to the COVID-19 pandemic in complex humanitarian crises. **Int J Equity Health**; v.19 n.1.p.41. 2020 .

RAMOS, N. Migração, aculturação e saúde. In Ramos, N.(Ed.), **Saúde, migração e interculturalidade**. João Pessoa: EDUEPB, (2008.) p.45-96, 2008.

RIBEIRO, M. R. S; CASTRO, E. L. de F.. A Pandemia da COVID-19 e suas consequências para os movimentos migratórios no Mundo. In: MAGALHÃES, L.F. *et al.* (org.). **Migrações Internacionais e a pandemia de Covid-19**. Campinas: NEPO, 2020. p. 119-131. Disponível em: [http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/\\_miginternacional.php](http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/_miginternacional.php). Acesso em: 18 nov. 2020.

RUFFATO, L. **Imigração e xenofobia**. 2015. Disponível em: [https://brasil.elpais.com/brasil/2015/09/09/opinion/1441811691\\_233922.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2015/09/09/opinion/1441811691_233922.html). Acesso em: 16 set. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria do Desenvolvimento. **Dia do Imigrante: O Governo do Estado já atendeu 5,7 mil pessoas de outros países. 2020**. Disponível em: <https://www.sc.gov.br/noticias/temas/desenvolvimento-social/mais-de-5-mil-imigrantes-sao-atendidos-diretamente-pelo-governo-catarinense>. Acesso em: 02 out. 2020.

SANTOS, F. V. dos. A inclusão dos imigrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, vol.23, n.2, pp.477-494, 2016.

SPM/SC - SERVIÇO PASTORAL DOS MIGRANTES DE SANTA CATARINA. (Santa Catarina). **Pastoral dos Imigrantes de Florianópolis**. 2020a. Disponível em: <https://www.spm-sc.com/pastoral-dos-migrantes-de-florianop>. Acesso em: 23 nov. 2020.

SPM/SC - SERVIÇO PASTORAL DOS MIGRANTES DE SANTA CATARINA. **Casa do Migrante - Scalabrini**. 2020b. Disponível em: <https://www.spm-sc.com/casa-do-migrante-scalabrini>. Acesso em: 01 out. 2020.

SILVA, S. S. da C. et al. Rotinas familiares de ribeirinhos amazônicos: uma possibilidade de investigação. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2. pp. 341-350, 2010.

SILVA, F. H. O. B.; CAVALCANTE, L. I. C.. Rotinas Familiares de Crianças com Necessidades Especiais em Família Adotiva. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 173-180, 2015.

SILVA, S. A. da. Imigração e redes de acolhimento: o caso dos haitianos no Brasil. Revista Brasileira de Estudos de População, **Belo Horizonte**, v. 34, n. 1, p. 99-117, 2017.

SILVA, S. S. da C.; PONTES, F. A. R.. Rotina de famílias de crianças com paralisia cerebral. Educar em Revista, Curitiba, v. 59, p. 65-78, 2018.

SILVA JR., L. A.; LEAO, Marcelo Brito Carneiro. O software *Atlas.ti* como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. **Ciênc. educ. (Bauru)**, Bauru , v. 24, n. 3, p. 715-728, 2018.

SOARES, C. O.. **A proteção internacional dos refugiados e o sistema brasileiro de concessão de refúgio**. 2011. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-88/a-protecao-internacional-dos-refugiados-e-o-sistema-brasileiro-de-concessao-de-refugio/>. Acesso em: 12 set. 2020.

TERASAKI, G. et al. Care of Adult Refugees with Chronic Conditions. **Med Clin North Am**, v.99, n.5, p.1039-58, 2015.

VARGAS-MACHUCA, R. et al. Situación nutricional de los niños migrantes venezolanos a su ingreso al Perú y las acciones emprendidas para proteger su salud y nutrición. **Rev. perú. med. exp. salud publica**, Lima , v. 36, n. 3, p. 504-510, 2019 .

VENTURA, D. F. L.; YUJRA, V. Q. **Saúde do migrante e refugiados**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, SP, v. 22, n. 44, 2014.

WALDELY, A. B. et al. Refúgio e Realidade: Desafios da Definição Ampliada de Refúgio à Luz das Solicitações no Brasil. **Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, Brasília, v. 43, p. 117-131, 2014.

WEISS, T. A Cultura Humanitária Contestada em Zonas de Guerra. **Revista Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 305-348, 2014.

WHO -WORLD HEATH ORGANIZATION. Promoting the health of refugees and migrants: draft global action plan, 2019–2023. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/promoting-the-health-of-refugees-and-migrants-draft-global-action-plan-2019-2023>. Acesso em : 29 jul. 2022.

WHO -WORLD HEATH ORGANIZATION. **Outbreak update – Cholera in Yemen, 12 January 2020**. 2020. Disponível em: <http://www.emro.who.int/pandemic-epidemic-diseases/cholera/outbreak-update-cholera-in-yemen-12-january-2020.html>. Acesso em: 10 nov. 2020.

WHO - WORLD HEATH ORGANIZATION. Objetivos de desenvolvimento sustentável no Brasil. 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/>.

YIN, R.K. Estudo de Caso. Planejamento e Métodos. 5ª Edição. Porto Alegre: Bookman. 2015.

ZEIDAN, A. et al. Barriers to Accessing Acute Care for Newly Arrived Refugees. **West J Emerg Med.**, v.20, n.6, p.842-850, 2019.

**ANEXO 1 - Fotos retiradas pelas famílias**

Fotos tiradas pela família 1 ( F1)



## Fotos tiradas pela família 2 (F2)



Fotos tiradas pela família 3 (F3)



Fotos tiradas pela F4 (F4)





**APÊNDICE A - Convite para seleção de participantes**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Projeto de pesquisa de mestrado: Rotinas de promoção da saúde de famílias venezuelanas que participaram da estratégia de interiorização, na Grande Florianópolis**

**Mestranda: Marcela Possato Correa da Rosa**  
**Responsável pelo Projeto: Prof Dr<sup>a</sup> Gisele Cristina Manfrini**

The poster is a vertical rectangular graphic with a red background. At the top left, there are three overlapping speech bubble icons in light blue and white. To the right of these icons, the text "COLABORE COM A PESQUISA" is written in white, uppercase letters. In the center, the title "ROTINAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM FAMÍLIAS VENEZUELANAS QUE PASSARAM PELA ESTRATÉGIA DE INTERIORIZAÇÃO, NA GRANDE FLORIANÓPOLIS" is written in white, uppercase letters. Below the title, there are two small icons of the Venezuelan flag. Underneath the flags, the text "CRITÉRIOS DE PARTICIPAÇÃO" is written in white, uppercase letters. Below this, three criteria are listed in white, uppercase letters: "Ser venezuelano (+18 anos)", "Ter participado da Estratégia de Interiorização (Operação Acolhida)", and "Possuir núcleo familiar residindo na Grande Florianópolis". At the bottom of the poster, there is a yellow horizontal band. On the left side of this band, the UFSC logo is displayed, including the text "UFSC" and "40 anos". On the right side of the yellow band, the contact information "Mais Informações: 48 998097383" and "marcela.correadarosa@gmail.com" is written in black text.

## APÊNDICE B - Orientação para utilização de câmera descartável



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Vocês estão recebendo uma câmera para uso exclusivo nesta pesquisa em que aceitaram colaborar e participar.

Tenham em mente a seguinte pergunta para representarem em imagens do seu cotidiano: “*O que são rotinas (do dia a dia, ou especiais, ou eventuais) que representam a saúde da família?*”. Após a devolução desta câmera à pesquisadora, teremos uma entrevista para conversar mais sobre este assunto e entender o que as imagens que vocês escolheram podem nos contar.

Este documento também serve como uma Orientação para Utilização de Câmera.

#### **Apresentação da Câmera:**

- Esta é uma câmera descartável que utiliza rolos de filmes para revelação, sendo que o rolo não deve ser retirado na câmera.
- Ela dispõe de 36 fotos coloridas,
- Possui *flash* integrado.
- Pode ser utilizada tanto em ambientes internos como externos.



- 1 - Botão disparador
- 2 - Contador de fotos (inicia em 36 fotos)
- 3 - Luz indicativa de flash pronto
- 4 - Lampada do flash
- 5 - Visor
- 6 - Lente da câmera
- 7 - Botão do flash



- 8 - Visualizador de imagem
- 9 - Disco giratório para avanço de fotos no filme

### **Modo de usar:**

- 1) Verifique as condições de luz do ambiente para escolher se deverá utilizar o *flash*. Ambientes mais claros não necessitam de uso da luz do flash.
  - 2) Para acionar o *flash*, aperte uma vez o botão do *flash* **(número 7)**. Esta ação irá acionar uma luz vermelha **(número 3)**, indicando que o *flash* está pronto para utilização.
  - 3) Gire o disco na parte de trás da câmera **(número 9)** para carregar uma nova foto.
  - 4) Aperte o botão disparador **(número 1)**.
- É necessário repetir esta ação para cada nova foto.

## APÊNDICE C - Roteiro da entrevista semi-estruturada



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Questões após uso das câmeras:

- Conte o que representa cada uma das imagens que sua família tirou com a câmera.
- Como vocês consideram as rotinas para a promoção da saúde da família? Há dificuldades na organização de rotinas para a saúde? Há participação de outras pessoas, redes, serviços, profissionais?

Conhecimento sobre o núcleo familiar que vive no Brasil:

1. Quantas pessoas compõem o núcleo familiar?
2. Qual a idade e sexo dos membros do núcleo familiar? Adultos (quantos, idade e sexo/ gênero); Crianças/adolescentes (quantos, idade, sexo).
3. Há alguma mulher grávida (ou amamentando)?
4. Há algum membro na família com deficiência ou necessidade especial?
5. Raça ou etnias que caracterizam as pessoas da família?
6. Qual a escolaridade das pessoas do núcleo familiar?

Sobre aspectos socioeconômicos do núcleo familiar:

7. Quem é considerado chefe do núcleo familiar?
8. Qual a situação atual da relação do casal/adultos (estado civil)?
9. Filhos/crianças/adolescentes estão matriculados em escola/creche? Indicar quantos sim e quantos não estão matriculados.
10. Qual a renda familiar atualmente?
11. Quantos trabalham e quem está empregado no núcleo familiar?
12. Quais os tipos de emprego/ocupação?
13. Com o que trabalhavam antes, na Venezuela?
14. Sentem algum problema ou dificuldade no trabalho, no Brasil?

Sobre a migração do núcleo familiar para o Brasil – Santa Catarina e condições de habitação:

15. Há quanto tempo chegou a Santa Catarina?
16. Qual o motivo da escolha por Santa Catarina?
17. Em qual bairro de Florianópolis moram atualmente?

18. Qual tipo de moradia viviam antes de chegar a Florianópolis? (Opções:  
abrigo/ casa cedida/alugada)
19. Quais os motivos de a família ter sido realocada dentro do Brasil ou de SC?
20. Encontram apoio comunitário?

## APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

#### **- Rotinas de promoção da saúde de famílias venezuelanas que participaram da estratégia de interiorização da Grande Florianópolis-**

Meu nome é Marcela Possato Correa da Rosa, sou mestranda do curso de Pós Graduação em Enfermagem sendo coordenada pela pesquisadora Dra. Gisele Cristina Manfrini, docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: **“Rotinas de promoção da saúde de famílias venezuelanas que participaram da estratégia de interiorização da Grande Florianópolis.”**

O objetivo da pesquisa **Conhecer as rotinas cotidianas de promoção da saúde em famílias venezuelanas migrantes, no contexto de passagem pela Estratégia de Interiorização, na Grande Florianópolis, no estado de Santa Catarina.**São objetivos específicos:1) Identificar características e fatores que influenciam a organização das rotinas cotidianas das famílias venezuelanas fixadas na Grande Florianópolis, no estado de Santa Catarina. 2)Identificar práticas de promoção da saúde e redes de apoio à saúde das famílias venezuelanas migrantes, quando no contexto de vulnerabilidade.

**Participantes do estudo:** Os participantes do estudo serão os adultos que integram famílias venezuelanas que passaram pela estratégia de interiorização, da Operação Acolhida.

O convite para a sua participação na pesquisa representará a oportunidade de conhecermos as práticas domésticas de promoção da saúde, as vulnerabilidades das famílias, assim como as percepções sobre as práticas profissionais (interdisciplinares) para o cuidado familiar.

Você é livre para aceitar ou recusar o convite de participação na presente pesquisa e tão somente serão realizados os procedimentos de coleta de dados da pesquisa em caso de assinatura deste Termo de Consentimento e do Termo de Cessão de Direitos para Uso de Imagem e de Voz.

A sua participação na pesquisa será através da disponibilização de fotografias tiradas por você e sua família e das informações fornecidas nos encontros que acontecerão de forma presencial.

Os encontros irão ocorrer em data e horário agendado em comum acordo, usando espaço físico do aberto e arejado, respeitando-se e seguindo todas as medidas de precaução orientadas pela administração universitária frente à pandemia Covid-19, pautadas no Ministério da Saúde.

As máquinas fotográficas serão cedidas pela pesquisadora por período de 15 dias, após o qual deverão ser devolvidas, mantidas as imagens no banco de dados da máquina. As fotos serão cedidas de forma gratuita à pesquisadora. Sem cobrança alguma por nenhuma das partes. Conforme o Termo de Cessão de Direitos para uso de imagem e de voz.

Para que seja mantido o caráter sigiloso dos participantes, não deverão ser tiradas fotos de crianças e adolescentes. Em imagens que por ventura possam aparecer deverão ser protegidas as identidades por meio de corte ou embaçamento

As gravações das entrevistas presenciais não serão utilizadas para fins de publicação e estarão ativas somente para a transcrição do conteúdo para documento digital. Cada família participante poderá ter acesso à transcrição de sua entrevista dada à pesquisa em espanhol.

**Envolvimento da pesquisa:** Ao participar da pesquisa você tem liberdade de se recusar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora responsável e, se necessário por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo número de telefone: (48) 3721-6094 ou e-mail [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br). **Riscos e desconfortos:** Esta pesquisa não gerará riscos ou danos aos participantes. Contudo, por tratar um tema que possa suscitar sentimentos, lembranças ou recordações de ordem emocional. Caso os participantes manifestem desconfortos ou se perceberem abalados emocionalmente durante os procedimentos em que estiver envolvido com a pesquisa, a equipe de pesquisa disporá da oferta de escuta e procederá com apoio, ou encaminhamento para ajuda relacionada ao desconforto manifestado em sua participação na pesquisa. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios de Ética na Pesquisa com Seres Humanos, conforme resolução número 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde - Brasília/DF. Este projeto tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFSC e atende à Resolução 466/2012 e suas complementares. **O Termo de Consentimento Livre Esclarecido**, bem como o **Termo de Cessão de Direitos para Uso de Imagem e de Voz**, será entregue a cada participante, antecipadamente à entrevista. Será aguardado o aceite após a leitura e assinatura dos documentos de TCLE para agendamento e/ou realização da entrega das câmera e entrevista.

Os documentos serão apresentados em duas vias impressas para leitura e assinatura. Em ambas as situações o documento estará em espanhol.

**Confidencialidade:** Garantimos que seu nome e qualquer outro dado que o identifique não serão divulgados. As informações fornecidas serão somente utilizadas em publicações de artigos científicos, na divulgação de trabalhos em eventos científicos ou outro produto científico da pesquisa. Para que seu nome ou qualquer outra informação que o identifique não sejam revelados serão utilizados codinomes. **Benefícios:** O processo de desenvolvimento desta pesquisa irá oportunizar reconhecer através de seus participantes, práticas de cuidado nas famílias, contribuindo sobretudo, sobretudo para a promoção da saúde de famílias que estejam em fluxo migratório, e podendo servir de fonte de pesquisa para a implementação de políticas mais inclusivas. Também ajudará aos profissionais em diversos cenários para o atendimento às demandas das famílias. **Pagamento:** Não terá nenhum tipo de despesa ao autorizar a sua participação na pesquisa, bem como nada será pago pela participação.

**Liberdade de recusar ou de retirar o consentimento:** Você tem a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo livre de penalidades. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir sua participação nesta pesquisa. **Indenização:** É garantida indenização de eventuais danos ou custos decorrentes da pesquisa. Será prestada assistência em caso de necessidades físicas, mentais ou emocionais decorrentes da realização desta pesquisa. Portanto, preencha os itens que seguem:

Este documento apresentado será resguardado pela coordenadora de pesquisa, salvaguardando o aceite dos participantes a partir da devolução do documento. As vias impressas para as situações especiais, presenciais, estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo responsável pelo projeto. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante do projeto.

Você poderá entrar em contato com a responsável pelo projeto, Doutora Gisele Cristina Manfrini, docente do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo telefone (48) 91699333 ou (48) 3721-2767, *e-mail* [gisele.manfrini@ufsc.br](mailto:gisele.manfrini@ufsc.br) e endereço profissional Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Bloco H, sala 409, Campus Universitário Trindade, Florianópolis ou residencial Rua Heloisa Rojo Machado, 111, Bloco 3, Campeche, Florianópolis. – e ainda, com a mestrandia Marcela Possato Correa da Rosa telefone: (48) 998097383, *e-mail*: [marcela.correadarosa@gmail.com](mailto:marcela.correadarosa@gmail.com). Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094, *e-mail* [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br), e endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400.

**Consentimento Pós-informação (antes da gravação da entrevista/reunião *on-line*):** Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da responsável pelo projeto todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar do projeto de pesquisa intitulado “Rotinas de promoção de saúde em famílias venezuelanas que passaram pela estratégia de interiorização, em Florianópolis.”

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Instituição em que trabalha: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Telefone de contato: \_\_\_\_\_

*E-mail*: \_\_\_\_\_

---

Dra. Gisele Cristina Manfrini  
Docente do Departamento de Enfermagem  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Responsável pelo projeto pesquisa  
RG 3236800 SSP/SC

---

Mestranda Marcela Possato Correa da Rosa  
Aluna do Curso de Pós Graduação em Enfermagem  
RG5828001 SSP/SC

## APÊNDICE E - Termo de cessão de imagem e voz para fins educacionais



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

#### Rotinas de promoção da saúde de famílias venezuelanas que participaram da estratégia de interiorização da Grande Florianópolis

Nome: \_\_\_\_\_  
 Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 CPF : \_\_\_\_\_  
 Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone:( ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_, ora designado CEDENTE, firma e celebra com a UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde, por meio do PENF – Pós-Graduação em Enfermagem, Campus Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade / Florianópolis/SC - CEP 88040-900, designado CESSIONÁRIO, o presente TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ PARA FINS DE PESQUISA ACADÊMICA mediante às cláusulas e condições abaixo discriminadas, que voluntariamente aceitam e outorgam:

1- Por meio do presente instrumento, autorizo GISELE CRISTINA MANFRINI e MARCELA POSSATO CORREA DA ROSA e a utilizarem minha imagem e/ou voz, captada por meio de fotografias, gravações de áudios e/ou filmagens de depoimentos, declarações, videoconferência, conferência web, entrevistas e/ou ações outras realizadas a serem utilizados com fins educacionais nas redes de ensino público;

2- Autorizo também a utilizar as fotografias que forem tiradas para uso em pesquisa, sendo que não poderão ser utilizadas, de forma alguma, imagens que contenham crianças e adolescentes.

3- Fico ciente de que as fotos tiradas serão cedidas de forma inteiramente gratuita e que deverão ser utilizadas, unicamente, com fins desta pesquisa.

4- Afirmo ter ciência que a transferência é concedida em caráter total, gratuito e não exclusivo, não havendo impedimento para que o(s) CEDENTE(s) utilizem) o material captado como desejar(em);

5- Declaro que GISELE CRISTINA MANFRINI e MARCELA POSSATO CORREA DA ROSA estão autorizadas a serem proprietárias dos resultados do referido material produzido, com direito de utilização, de forma ilimitada e por um prazo indefinido no que se refere à concessão de direitos autorais, utilização e licenciamento a terceiros, para que façam uso, de qualquer forma, no todo ou em parte, deste material ou de qualquer reprodução do mesmo em conexão com o MEC;

6- Declaro, ainda, que renuncio a qualquer direito de fiscalização ou aprovação do uso da imagem e outras informações ou de utilizações decorrentes da mesma. Reconheço que o MEC confiará nesta autorização de forma absoluta e concordo não exigir qualquer indenização relacionada ao exercício das autorizações concedidas por meio deste instrumento;

7- A cessão objeto deste Termo abrange o direito do CESSIONÁRIO de utilizar a IMAGEM E VOZ do CEDENTE sob as modalidades existentes, tais como reprodução, representação, tradução, distribuição, entre outras, sendo vedada qualquer utilização com finalidade lucrativa;

8- A cessão dos direitos autorais relativos à IMAGEM E VOZ do CEDENTE é por prazo indeterminado, a não ser que uma das partes notifique a outra, por escrito, com a antecedência mínima de 90 (noventa dias). Fica designado o foro da Justiça Federal, da seção Judiciária de Santa Catarina, para dirimir quaisquer dúvidas relativas ao cumprimento deste instrumento, desde que não possam ser superadas pela mediação administrativa.

9 - Fica o cessionário responsável por tratar as imagens com efeitos de corte ou embaçamento para fotografia em que, porventura, tenham identificação pessoal de pessoas.

10 - A pesquisadora compromete-se a deixar em uso do cedente 1 (uma) câmera fotográfica descartável, por um período de 15 (quinze) dias, para utilização, sendo esta devolvida após o período estipulado. Não sendo responsabilidade do cedente das imagens o armazenamento ou *backup* das imagens, sendo estas arquivadas, somente no banco de imagens do próprio equipamento.

Assinatura do CEDENTE:

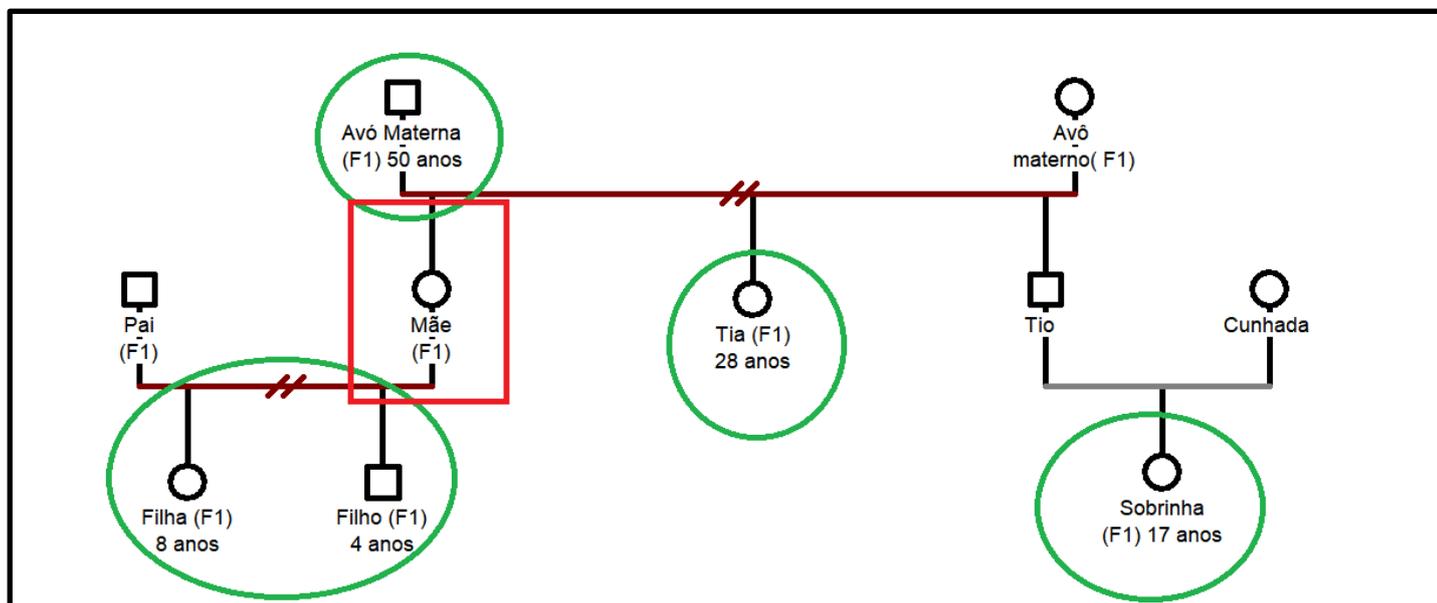
\_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

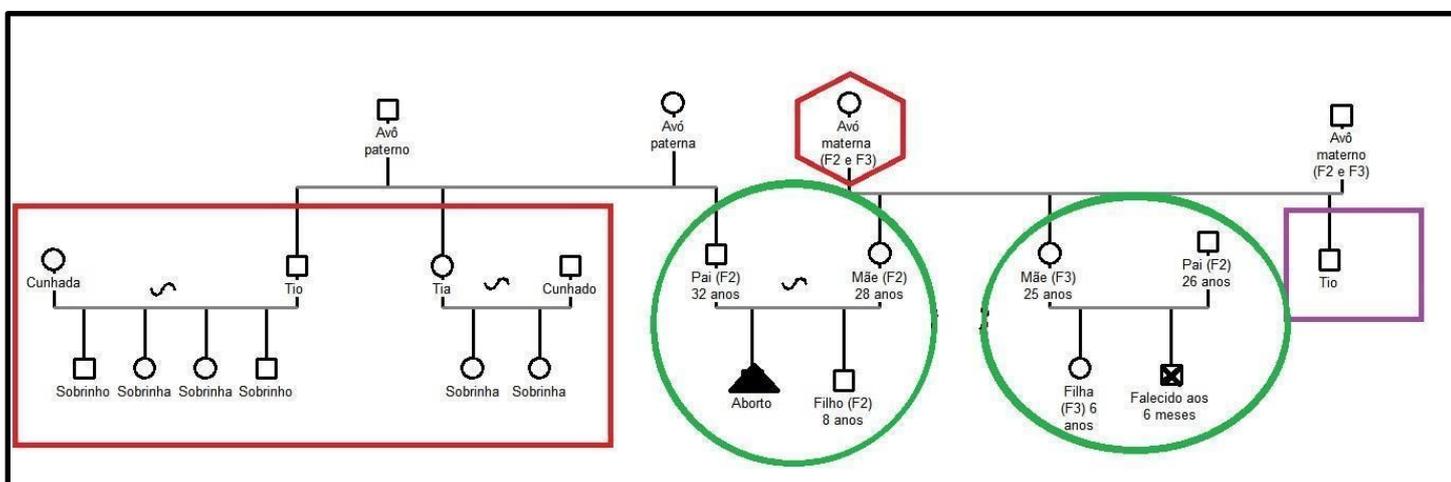
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE F - Genogramas das famílias entrevistadas

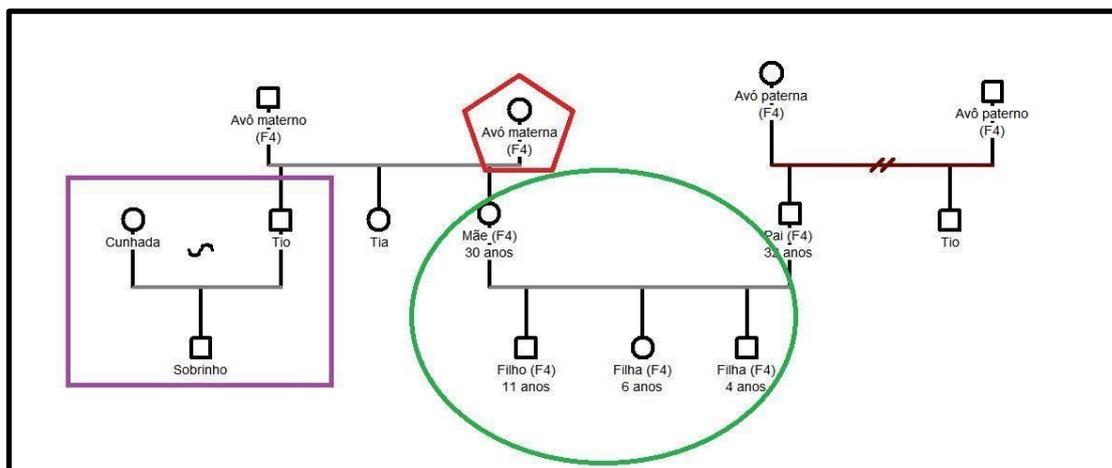
### Genograma Família 1 (F1)



### Genograma Família 1 e 2 (F1 e F2)



## Genograma - Família 4 (F4)



□ Masculino

○ - Núcleos/membros interiorizados

○ Feminino

□ - Núcleos/membros vivendo em SC, que não vieram interiorizados

☒ Falecido

□ - Núcleos/membros vivendo no Brasil, fora de SC

▲ Aborto

◇ - Avó materna não integrante do núcleo, que já voltou para Venezuela

= Relação muito forte

— Relação forte

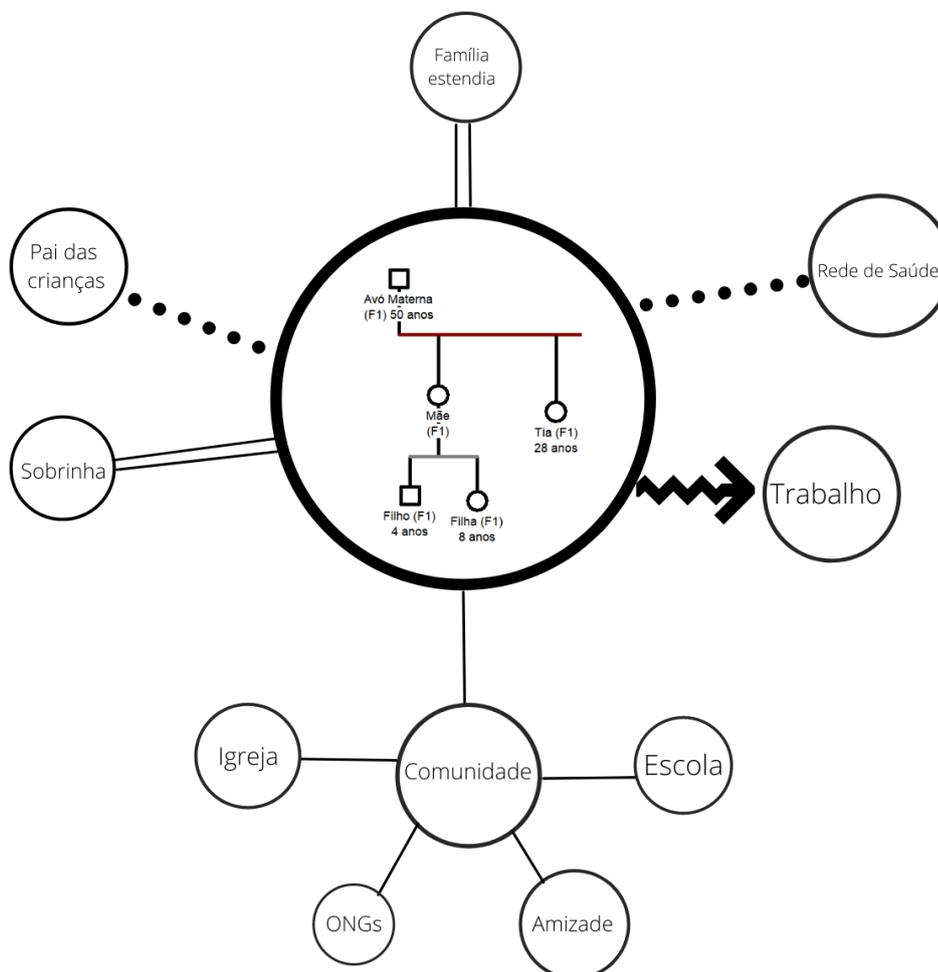
... Relação pontual/eventual

—//— Separação conjugal

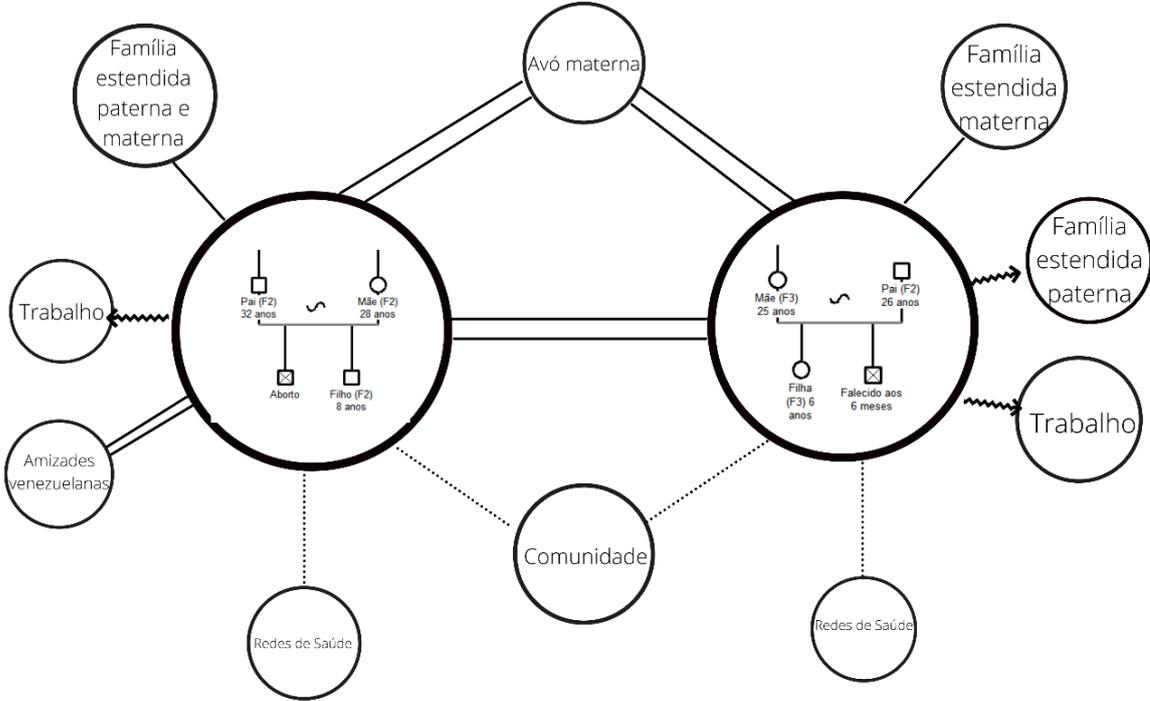
↔ Relação estressante/conflituosa

**APÊNDICE G - Ecomapas das famílias entrevistadas**

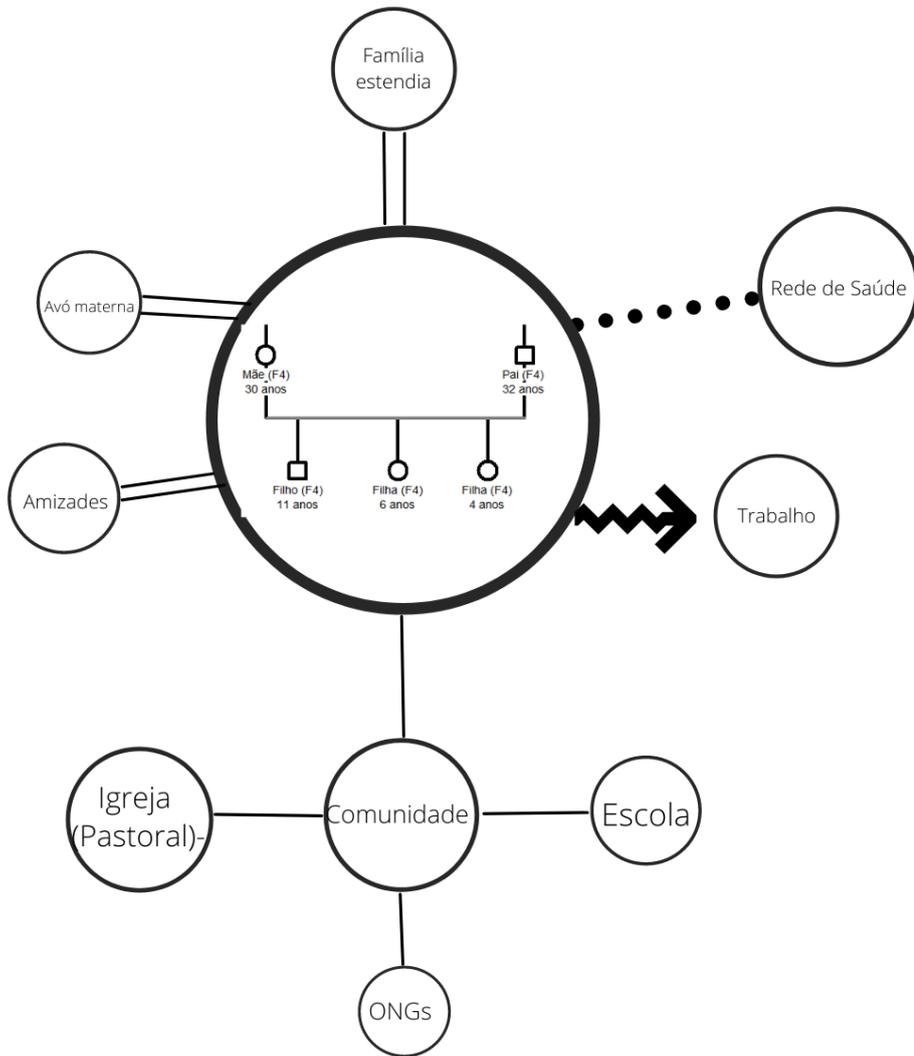
Ecomapa - Família 1 (F1)



Ecomapa - Famílias 2 e 3 (F2, F3)



Ecomapa - Família 4 (F4)



## APÊNDICE H - Linha do tempo das famílias entrevistadas

### Linha do tempo da Família 1 (F1)



### Linha do tempo das Famílias 2 e 3 (F2, F3)



### Linha do tempo da Família 4 (F4)

