

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**ALDA LEONILDE MARIANO CONSTANTINO**

**ACESSO DE IMIGRANTES ANGOLANOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC**

**CRICIUMA**

**2022**

**ALDA LEONILDE MARIANO CONSTANTINO**

**ACESSO DE IMIGRANTES ANGOLANOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Prof. Dr. Jacks Soratto

**CRICIÚMA**

**2022**

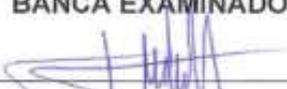
**ALDA LEONILDE MARIANO CONSTANTINO**

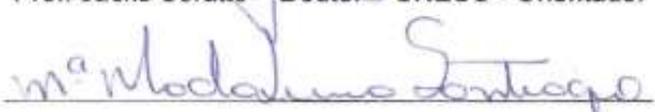
**ACESSO DE IMIGRANTES ANGOLANOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC**

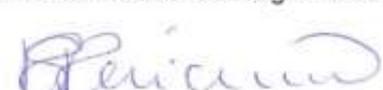
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de bacharel, no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense,UNESC.

Criciúma, 17 de novembro de 2022.

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Jacks Soratto – Doutor – UNESC - Orientador

  
\_\_\_\_\_  
Prof.(ª): Maria Madalena Santiago - Mestra – Unesc

  
\_\_\_\_\_  
Prof.(ª): Susane Raquel Périgo Pavei - Mestra -Unesc

## AGRADECIMENTO

Primeiramente começo por agradecer a Deus pela dádiva que me concedeu de ter chegado até aqui, por sempre me sustentar em meio as tantas circunstâncias, gratidão pela força, gratidão pela coragem e determinação, gratidão por me capacitar almejar está grande conquista que envolveu muitas trajetórias. Obrigada meu Deus pelo processo que foi extremamente necessário, principalmente para me moldar.

Agradeço meus pais, pelo grande incentivo que me proporcionaram ao longo dessa trajetória. Especialmente a minha mãe por ser a primeira pessoa abraçar os meus sonhos e as oportunidades que Deus foi nos concedendo para que eu chegasse até aqui. Obrigada mãe por seres meu pilar e um grande exemplo na minha vida. Agradeço os meus irmãos, Nicodemos, Anderson, Edmar, Cristina, Inácio e o Américo por me impulsionarem e transmitirem-me muita alegria e força mesmo distante. Ao meu esposo Afonso B. Machado, além de esposo é meu melhor amigo, é alguém que tem me ajudado a crescer bastante em vários aspectos, tem me incentivado, me apoiado muito em todas as vezes que precisei. Obrigada por sempre seres o meu ombro amigo. Agradeço o incentivo dos meus familiares, Dádiva, Iriane, Maria. Agradeço com todo carinho duas pessoas especiais que Deus usou para fazer parte da história que ele mesmo traçou, e se consegui chegar aqui é por meio delas, Isabel Monteiro e Margarida Monteiro, gratidão pela grandiosa oportunidade de mudar a minha história. Que Deus possa retribuir tudo em dobro na vida de cada uma. Agradeço a minha mais nova família por parte do meu esposo que mesmo distante proporcionaram-me momentos felizes e de muita alegria.

Agradeço a minha querida família brasileira que me acolheu nos últimos dois anos, Normelia Lalau, Ana P.Lalau, Roberto Farias, Gustavo Farias, obriga pelo carinho, e todo amor que têm nos dado, e por fazer se sentir família.

Agradeço também os meus amigos e colegas por cada apoio que me foi proporcionado durante esse tempo. O meu muito obrigada a Sueli Pombo, Breno Pombo, Ana Falala, Jaira Simões pelo grande suporte ao cuidar do meu filho nas horas que mais precisei para estar indo à universidade.

Agradeço aos meus professores que durante esses cinco anos compartilharam muito dos seus conhecimentos, nos preparando para enfrentar qualquer diversidade no mercado de trabalho.

Agradeço especialmente o meu Orientador por toda força, atenção, apoio e compreensão que me foi dada durante a elaboração do trabalho. Gratidão por seres um orientador comprometido com o trabalho, que fez toda diferença na minha vida. Foi muito bom beber do seu conhecimento. Que Deus cuide muito do senhor, que continue com essa dedicação nas orientações que lhe é confiada.

## RESUMO

**Introdução:** A Saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito. O acesso às ações e serviços de saúde no Brasil deve universal independentemente de sexo, raça, ocupação social. **Objetivo:** analisar a experiência, desafios e possibilidades dos imigrantes angolanos sobre acesso ao SUS no município de Criciúma/SC. **Métodos:** A pesquisa foi de abordagem qualitativa, do tipo característica exploratória descritiva. Para a coleta de dados da pesquisa, foram aplicadas entrevistas via google forms. O questionário foi respondido por 34 participantes contendo resposta muito objetivas que não permitiram fazer inferência com propriedade dos dados, foi realizado uma complementação das informações acerca do objeto investigativo, sendo realizado 11 entrevistas presenciais. Apresentando assim um total de 45 participantes da pesquisa. **Resultados:** os resultados obtidos foram estruturados em três categorias: a) experiência de imigrantes com o Sistema Único de Saúde; b) desafios de imigrantes para atenção à saúde; e, c) possibilidades para melhoria da atenção à saúde de imigrantes. Os imigrantes consideram o acesso ao sistema único de saúde como fácil ingresso, e de excelente qualidade. Os imigrantes também acabam encontrando barreiras estruturas, linguísticas e para ter acesso aos serviços de atenção primária a saúde. **Conclusão:** a experiência dos imigrantes em criciúma ao acessar o sistema de saúde é satisfatória, mas também foram identificadas algumas dificuldades de gestão, processo de trabalho e atuações que indicam preconceito por alguns profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde. Sistema de saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Imigrantes.

## ABSTRACT

**Introduction:** Health is a right of citizenship for all people and it is up to the State to ensure this right. Access to health services in Brazil must be universal regardless of sex, race, social occupation. **Objective:** to analyze the experience, challenges and possibilities of Angolan immigrants regarding access to SUS in the municipality of Criciúma/SC. **Methods:** The research used a qualitative approach, with a descriptive exploratory characteristic. For the collection of research data, interviews were applied via google forms. The questionnaire was answered by 34 participants, containing very objective answers that did not allow inferences to be made with the data. Complementing the information about the research object was carried out, with 11 face-to-face interviews. Thus, presenting a total of 45 research participants. **Results:** the results obtained were structured into three categories: a) experience of immigrants with the Unified Health System; b) challenges of immigrants for health care; and, c) possibilities for improving health care for immigrants. Immigrants consider access to the unified health system to be easy and of excellent quality. Immigrants also end up encountering structural, language and access barriers to primary health care services. **Conclusion:** the experience of immigrants in Criciúma when accessing the health system is satisfactory, but some difficulties in management, work process and actions that indicate prejudice by some health professionals were also identified.

**Keywords:** Health. Health system. Access to Health Services. immigrants.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características dos imigrantes participantes da pesquisa .....	31
Tabela 2- Definição da experiência com o sistema único de saúde por imigrantes angolanos em criciúma/SC .....	35
Tabela 3- Dificuldades de imigrantes do sistema único de saúde no município de criciúma/SC .....	38
Tabela 4- Sugestões para melhoria do sistema único de saúde na perspectiva de imigrantes angolanos no município de criciúma/SC .....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero
APS	Atenção Primária à Saúde
EEP	Escola de Educação Permanente
UPAs	Unidade de Pronto Atendimento
OIM	Organização Internacional para as Migrações
PAB	Piso de Atenção Básica
IMDH	Instituto Migrações e Direitos Humanos
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
NU	Nações Unidas
Prof	Professor
RNE	Registro Nacional de Estrangeiro
RNM	Registro Nacional Migratório
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ASSAC	Associação dos Estudantes Angolanos em Criciúma
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
TCC	Trabalho de Conclusão de curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Profª	Professora

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	15
1.2 PERGUNTA DE PESQUISA .....	15
1.3 OBJETIVOS .....	15
<b>1.3.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>15</b>
<b>1.3.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>15</b>
1.4 PRESSUPOSTOS.....	16
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
2.1 MIGRAÇÃO ANGOLANA NO BRASIL.....	17
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE NO sistema único de saúde.....	18
2.3 HISTÓRICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO .....	19
2.4 IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO. .....	21
2.5 IMPLEMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO.....	23
2.6 GARANTIAS CONCEDIDAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	25
2.7 ASSISTÊNCIA DO IMIGRANTE NO Sistema único de saúde.....	26
2.8 O SISTEMA DE SAÚDE EM ANGOLA .....	29
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>31</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	31
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	31
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	32
<b>3.3.1 Critérios De Inclusão</b> .....	<b>32</b>
3.4 COLETA DE DADOS .....	32
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	34
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	35
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>36</b>
4.1 EXPERIÊNCIA DE IMIGRANTES COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	37
4.2 DESAFIOS DE IMIGRANTES PARA ATENÇÃO A SAÚDE .....	40
4.3 POSSIBILIDADE PARA MELHORIA DA ATENÇÃO A SAÚDE DE IMIGRANTES. .....	46

<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>54</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (BRASIL, 2020).

A criação do SUS, proporcionou à população, um grande acesso universal ao sistema público de saúde. Não só, pelos cuidados assistenciais, mas também pelos direitos de todo povo brasileiro, olhando desde a gestação e pelo decorrer de toda vida deste indivíduo, visando sempre pela prevenção e promoção da saúde.

O Brasil mostrou uma grande importância assistencial no seu sistema único de saúde, primando pela mudança na atenção à saúde, acabando por mostrar a grande expansão na rede pública como serviços ambulatoriais e hospitalar, o sistema acaba dando uma qualidade de vida melhor aos usuários devolvendo a integridade dessas pessoas.

O Sistema Único de Saúde prevê uma nova atenção à saúde a partir da concepção que não compreende a saúde apenas como a ausência de doença, mas parte do entendimento e qualidade de vida. A Constituição Federal de 1988 é o marco inicial para criação deste SUS em que um de seus artigos preceitua que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (ALMEIDA, 2013).

No SUS as ações de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada segundo a complexidade de atenção, baseada nos princípios da universalidade, integridade e equidade. Este Sistema propõe uma mudança profunda no modelo de planejar, organizar e gerir as ações e serviços de saúde. A constituição brasileira prima pelo direito de saúde para todos, criando uma política social e econômica onde reduz o risco de doenças, acabando por promover ações e serviços de maior proteção a saúde (ALMEIDA, 2013).

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde (BRASIL, 2020).

É fundamental que haja solidariedade, colaboração e participação entre os três entes mencionados acima, uma vez que o Brasil é uma República indivisível. Essa colaboração da mobilidade dos cidadãos e o atendimento normal pelo SUS em diferentes regiões do Brasil.

O Sistema Único de Saúde, uma das expressões sociais da transição democrática no Brasil, veio para ficar, mas a democratização da atenção à saúde permaneceu pendente. Embora, democracia e democratização tenham se imbricado historicamente, é relevante, para fins de debate, distinguir a natureza do regime político daquela relativa aos processos de inserção social nas diversas esferas que afetam a vida individual e coletiva (BAHIA, 2018).

Muitos países do mundo buscam ter uma governação que garanta um sistema de saúde que permita a população, o acesso igual para todos. No tocante a garantia do acesso a saúde para imigrante ainda se torna mais difícil.

Os imigrantes internacionais compõem um dos grupos cujo acesso aos serviços de saúde no Brasil embora garantido pela Constituição, é dificultado por uma série de fatores estruturais. Os imigrantes em geral são mais vulneráveis social e economicamente, sobretudo os recém-chegados, que se submetem mais facilmente a postos de trabalho insalubres (SANTOS, 2016).

Segundo *World Migration Report* (2022), a Organização Internacional para as Migrações lançou a mais nova edição de seu Relatório de Migração Mundial, levando em consideração dados coletados em 2020, ocasião em que o mundo registrou 281 milhões de pessoas vivendo como migrantes internacionais. O documento também aponta um aumento dramático de 31,5 milhões para 40,5 milhões de pessoas deslocadas internamente, entre 2019 e 2020, devido a desastres, conflitos e violência, em um momento em que a mobilidade global está paralisada devido às restrições de viagem da COVID-19.

São poucos os países que possuem um sistema de saúde público universal. Reino Unido, Canadá, Austrália, França e Suécia integram, junto com o Brasil, este pequeno grupo. No entanto, o orçamento brasileiro dedicado ao setor é um dos piores da lista. Em 2014, a União investiu 6,7% do orçamento em saúde. Os outros cinco gastam entre 14,9% e 27,9% do orçamento do governo na área (BRASIL, 2016).

Os sistemas universais, a garantia de cuidado integral exige a coordenação entre serviços, organizados em rede, integrados e territorializados, distribuídos com

economia de escala e orientados pela atenção primária à saúde (APS), com predomínio da administração e prestação públicas, resultando em melhor qualidade, menores custos e maior eficiência (GIOVANELLA et al, 2018). O sistema universal busca a integração e cuidados individuais, e ações coletivas que possibilitará a estratégia política da saúde pública na atuação da prevenção e promoção.

Os sistemas universais de saúde representam conquistas civilizatórias do século XX. Inspirados no direito à saúde, tal como cogitado nos movimentos revolucionários europeus dos séculos XVIII e XIX, seus primeiros passos se deram a partir da Revolução Bolchevique, quando a ação estatal substituíu as forças cegas do mercado em uma das iniciativas pioneiras de realização do planejamento (PAIM, 2019). O sistema universal cria estado de bem-estar social, fortalecendo a estratégia de democracia a promoção dos direitos de cidadania, gerando efeito de melhor qualidade de vida para uma determinada população.

A saúde dos imigrantes depende amplamente de fatores estruturais e políticos que determinam a vontade de migrar, condições de trajetórias, bem como os países para os quais se destinam, condições que podem ser agravadas por questões relacionadas às desigualdades nas relações raciais, de gênero, exclusão ou dificuldade de acesso, as políticas públicas podem causar impacto negativo sobre a saúde dos imigrantes (ABUBAKAR et al., 2018, p. 2606-2607 apud FERREIRA e DETONI, 2021). Os autores da obra de Ferreira primam bastante na discriminação de exclusão direcionado a população imigrante, ressaltando a grande importância do fortalecimento das redes de profissionais de saúde e de organizações de prevenção ao racismo e a necessidades de saúde que os imigrantes buscam, visando também nas novas problemáticas políticas de atenção à saúde e formação de profissionais capacitados para o enfrentamento das novas demandas devido ao aumento de imigrantes.

O acesso de imigrantes ao sistema único de saúde é garantido pela constituição como direito de todos, é compreendido como fácil acesso pelos imigrantes. A busca pelo sistema de saúde proporciona melhoria na qualidade de vida a esta população de imigrante. As políticas públicas de saúde acaba se tornando um fator primordial que determina a vontade de imigrar, bem como o país a qual os imigrantes se destinam. Visto que o fenômeno de imigração acarreta impacto social e econômico.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A motivação do tema, surgiu durante o período de estágio. Ao Longo desses anos de faculdade, tive a oportunidade de conhecer melhor o Sistema Único de Saúde e notar a grande importância que o sistema oferece a população brasileira, a maneira diversificada do modelo organizacional que o sistema apresenta, visando sempre em prol a prevenção, promoção e proteção, acabando por dar a população integridade e qualidade de vida do povo brasileiro.

Promover saúde também é aceitar o imenso desafio de desencadear um processo amplo que inclui a articulação de parcerias, atuações intersetoriais e participação popular, que otimize os recursos disponíveis e garanta sua aplicação em políticas que respondam mais efetiva e integralmente às necessidades da sociedade (BRASIL, 2021).

## 1.2 PERGUNTA DE PESQUISA

Quais as percepções de imigrantes angolanos sobre o acesso ao SUS em Criciúma/SC.

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Objetivo Geral

Analisar a experiência, desafios e possibilidades dos imigrantes angolanos sobre acesso ao SUS no do município de Criciúma/SC.

### 1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar a experiência dos imigrantes angolanos com os serviços de saúde do SUS.
- b) Descrever as dificuldades de acesso dos imigrantes angolanos sobre o SUS;
- c) Indicar possibilidade de superação dos desafios para acesso aos imigrantes angolanos no SUS.
- d) Caracterizar os participantes.

#### 1.4 PRESSUPOSTOS

O Acesso aos serviços de saúde é compreendido com de fácil ingresso e excelente qualidade

Os imigrantes angolanos encontram barreiras estruturais, linguísticas e para acesso aos serviços de APS.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 MIGRAÇÃO ANGOLANA NO BRASIL

Tendo como plano de fundo a complexa trama da imigração internacional no mundo globalizado, o Brasil se insere na dinâmica das migrações transnacionais como destino de fluxos migratórios, em especial aqueles de origem do Sul Global, como o caso dos imigrantes angolanos em São Paulo, a migração angolana no Brasil é expressiva desde a década de 1990 (FURTADO, 2020).

A migração, nesse sentido, contribui para a estruturação e dinâmica da sociedade global através da reprodução e transformação do espaço e das relações sociais (GIDDENS, 1986; CANALES, 2019 apud FURTADO, 2020). Baseando-se no raciocínio de Smith 2001, compreende-se que a transnacional global diz respeito aos processos não localizados em um único estado, mas acontecem através de todo o globo de desenvolvimento capitalista, envolvendo relações as fronteiras nacionais e internacionais.

O território angolano e uma caracterização qualitativa da situação do imigrante angolano no Brasil contemporâneo, consecutivamente, propondo dinâmicas territoriais como parte de processo de contradições socio-especiais e econômicas, cujo desenlace se insere na dinâmica de crise do capitalismo financeiro contemporâneo (SILVA, 2020). Esta forte dinâmica migratória tem-se processado de forma não planejada e a sua gestão, fundamentalmente orientada para a questão da soberania nacional, tem assumido um carácter pontual no âmbito da intervenção governativa limitando significativamente o seu potencial de impacto positivo no desenvolvimento e na sociedade, não há ainda uma visão do potencial positivo da migração para o desenvolvimento e a gestão das migrações tem sido tratada como residual no contexto da intervenção governamental que tem limitado substancialmente o seu potencial de impacto positivo no desenvolvimento e na sociedade.

## 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (SHIMAZAKI, 2009). Oferece a entrada ao sistema de saúde, dando integridade a população que procura os serviços, desencadeando novas necessidades ou problema deste indivíduo ou da comunidade, desenvolvendo nesta prática serviços gerenciais, participativos, democráticos, para obter a forma de trabalho em equipe onde cada um assume a responsabilidade de cada delimitação de população ou territorial, de modo a atender a demanda dos problemas de saúde de maior frequência e relevância da população.

O processo do cuidado integral à saúde é missão básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Estratégia Saúde da Família. Ele envolve a promoção da saúde, a redução de risco ou manutenção de baixo risco, a detecção precoce e o rastreamento de doenças, assim como o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013). Atenção Primária a Saúde tem como estratégia de organização a atenção à saúde, voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde populacional, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

As evidências mostram que sistemas de saúde com uma forte base na APS conseguem os melhores resultados, maior equidade, e uma menor taxa de crescimento nas despesas em saúde (BRASIL, 2013). Atenção Primária a Saúde procura proporcionar a população atendimento de qualidade, proporcionando acesso universal e em tempo oportuno aos usuários, oferece um serviço amplo de atenção à saúde, visando em ações a atenção integral, se responsabilizando na coordenação de cuidado dos usuários no encaminhamento de outros serviços ofertado pela rede.

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com

equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2011apud CONASS ,2015).

A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de tele assistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS (CONASS, 2015).

Baseando no raciocínio do artigo CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE 2015, mostra que os cuidados primários de saúde são essenciais, pois está baseado em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.

APS, cujas ações e atividades no SUS são de competência dos municípios, deve-se considerar as características e a diversidade da população de cada local e organizar-se, independentemente do modelo escolhido, respeitando as seguintes diretrizes: territorialização com a descrição de clientela; organização do trabalho com base no perfil epidemiológico da população a descrita; acolhimento do usuário com garantia de atendimento à demanda espontânea; análise de risco nos processos assistenciais; e utilização de dispositivos diversos de gestão do cuidado em saúde, visando garantir a integração das práticas e a continuidade assistencial (LAVRAS, 2011).

### 2.3 HISTÓRICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

A consolidação da saúde como política de saúde, começou depois da Segunda Guerra Mundial, com o advento do "estado de bem-estar social" e dos sistemas de saúde na Europa e nos Estados Unidos (ELIAS, 2001).

No Brasil, ao longo destes anos, o sistema tem mostrado sua evolução política e econômica de acordo com cada momento histórico, dando ênfase satisfatório, em relação a velar pelo bem-estar da população brasileira.

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais desde a constituição em 1988. A saúde, passou a ser um direito do cidadão e um dever do Estado (HUGO, 2012).

De uma forma simples, pode-se dizer que, o direito a saúde acaba definindo a qualidade e universalidade assistencial para todos os brasileiros, promovendo o bem-estar assistido para população.

A Constituição brasileira de 1988 diz que, a Saúde é direito de todos e dever do Estado. Isso deve ser garantido por políticas sociais e econômicas, reduzindo o risco de doença e promovendo acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2011).

A saúde deve ser compreendida como qualidade de vida e não apenas como ausência de doenças. A gestão das ações e dos serviços deve ser participativa e municipalizada (BRASIL, 2011).

A implementação o sistema único de saúde, traz uma série de desafios que envolve mudança no modelo assistencial que acaba estando vinculado aos problemas de saúde da população.

A organização do SUS é regionalizada e hierarquizada, e se dá em níveis de atenção à saúde, com seus serviços divididos em atenção básica ou primária, média e alta complexidade. Registra-se que os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente, contribuíram para o processo de implantação dos princípios e diretrizes do SUS, uma vez que preconizam a ênfase na promoção à saúde, reorientando o modelo de assistência (STARFIELD, 2002; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018 apud MACÊDO, 2020).

No período de 1989/90, foi elaborada a Lei 8.080 e a Lei 8.142, a chamada Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição. Além disso, foram criadas as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios, adaptando-se a legislação em âmbito regional e municipal e repetindo-se o processo de envolvimento da sociedade e pactuação entre as diferentes forças políticas observado na Assembleia Nacional Constituinte. As Leis Orgânicas municipais, promulgadas em 1990, incorporam os princípios constitucionais federal e estadual e trazem para os municípios um novo papel frente ao Sistema Único de Saúde (CHIORO et al, 2022).

AGUIAR (2011), define Política de Saúde como ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social diante dos problemas de saúde e seus determinantes, assim como da produção distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade.

A atenção básica no Brasil, foi se constituindo de maneira heterogênea, estando sistematicamente associada à capacidade fiscal dos municípios, uma vez que não havia, até a construção do SUS, uma política nacional estruturada para atender às demandas locais para o desenvolvimento da atenção básica, e associada a preferências ideológicas dos governantes municipais. Foi apenas em 1996 que o Governo Federal instituiu um mecanismo regular e universal de transferência de recursos aos municípios, condicionados ao porte populacional e à organização e prestação de serviços em atenção básica, o Piso de Atenção Básica (PAB), (SOUSA, 2018).

#### 2.4 IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO.

A importância do SUS para o país, revela-se em sua dimensão. De acordo com MACÊDO (2020), entre as suas competências, conforme preconiza a carta magna, estão ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador, formação de recursos humanos, saneamento básico, desenvolvimento científico e tecnológico, fiscalização e inspeção de alimentos, e colaboração para a proteção do meio ambiente.

Assim, demonstra-se uma abrangência de atuação, mediante a promoção, proteção e recuperação da saúde, em um sistema único e descentralizado (MACÊDO, 2020).

A implementação das políticas de saúde do Brasil, orientada por princípios universalistas, equânimes e democráticos, após a institucionalização do Sistema Único de Saúde, insere-se no espaço de discussão sobre conformação das políticas sociais no capitalismo (PIRES E DEMO, 2006 apud BARROS, 2011).

A política permite maior controle nos conflitos inerente entre capital e trabalho, dando uma relação de determinadas estruturas que atravessam a luta política, constituindo nesse meio, elementos centrais de análise das políticas sociais (BARROS, 2011).

A luta pela ampliação dos direitos sociais, que garantissem o aumento do bem-estar e da capacidade produtiva e de consumo da sociedade, passou a integrar o escopo de condições necessárias para a construção de uma sociedade democrática no Brasil. Nesse contexto, importantes estratégias foram sendo gestadas do âmbito do SUS, com o intuito de promover seus princípios e diretrizes, como a universalidade e a integralidade do cuidado. Dentre elas, a atenção básica se destaca por sua capilaridade e capacidade de produzir um deslocamento de uma dada ênfase do cuidado em saúde, quase que exclusivamente centrada nos serviços, para uma perspectiva que considera que as condições de saúde dos indivíduos estão intimamente relacionadas com as dimensões sociais, políticas e econômicas em que estão inseridos (SOUSA, 2018).

O processo de implementação acaba englobando uma série de avaliações, que permite a classificação e identificação dos problemas populacionais, que são aspectos que trarão certo desenvolvimento de um programa ou projeto de melhoria a assistência, visando sempre pelo crescimento de qualidade.

A implementação de políticas públicas sociais apresenta alguns dilemas: como realizar uma abordagem que considere a intersetorialidade e a regionalização, construindo respostas adaptadas aos problemas complexos das sociedades contemporâneas; como contemplar a diversidade social das populações-alvo, suas características socioculturais, regionais e locais, sobretudo quando se trata de políticas universais, como é o caso da política de saúde; como conciliar interesses das instituições envolvidas na formulação da política pública, principalmente no que se refere à definição da agenda (AGUIAR, 2017).

A saúde coletiva é definida como um campo de produção de conhecimento voltados para a compreensão da saúde e a explicação de seus determinantes sociais, bem como o âmbito de práticas direcionadas prioritariamente para sua promoção, prevenção e o cuidado a agravos e doenças (SILVA et al, 2014).

Pode-se assim, entender que, a saúde coletiva, fornece uma base necessária para construção de melhor qualidade de vida no âmbito populacional, criando bons resultados no que relaciona a produtividade na organização atenta aos cuidados, tendo uma atuação multidisciplinar ampla que busca melhor qualidade de vida.

A saúde pública está voltada nas ações de manutenção da saúde da população, que garante um tratamento adequado e prevenção de doenças. Toda população, acaba tendo acesso ao atendimento médico de qualidade.

A saúde pública é considerada todo o conjunto de medidas executadas pelo Estado para garantir o bem-estar físico, mental e social da população (PAIM, 2019).

## 2.5 IMPLEMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

O desafio, reside, portanto, na garantia de um direito social que deve ser assegurado pelo Estado e que, com as iniquidades que caracterizam o país, precisa ser gerido sob a responsabilidade dos municípios, estados e União, esferas autônomas de governo (VIEGAS E PENNA, 2013 apud GABRIELLA et al, 2017).

Diante da complexidade na construção do SUS como um sistema universal, percebe-se a persistência na organização que permanece em todo território brasileiro, que acaba proporcionando maior inclusão social na história do Brasil.

A construção de um projeto de caráter democrático-popular exige mais do que a oposição pontual a cada iniciativa dos ultraliberais, requer uma estratégia de superação da economia financeirização e de valorização das atividades produtivas (SOUSA et al, 2019).

O SUS apresenta três grandes problemas estruturais: no plano da organização macroeconômica, a segmentação que conduz ao dilema entre a universalização e a segmentação que conduz ao dilema entre a universalização no plano da organização microeconômica a segmentação no plano da modelo de gestão e no plano econômico o seu subfinanciamento. Diante de uma crise como atual, impõe-se inicialmente assumi-la e fazer um correto diagnóstico para a partir dele, definir estratégias de enfrentamento. Também há quase se compreender que as crises são também, momentos de oportunidades. Mudanças que não são possíveis de serem feitas em momentos de bonança podem ser implantadas em momentos de crise.

A superação da crise atual convoca um diagnóstico correto e uma estratégia de ações de curto médio e longo prazo. É comum perguntar-se se os problemas do SUS são de gestão ou de carência de recursos financeiros. Certamente que há um subfinanciamento crítico, mas, também, há problemas de gestão (CONASS, 2016).

O SUS apresenta grandes desafios (BRASIL, 2011):

- a) Financiamento adequado e estável;
- b) Participação e controle social;
- c) Integração das políticas públicas;

- d) Valorização dos trabalhadores;
- e) Redução da violência e dos acidentes de trânsito e do uso abusivo de álcool;
- f) Aperfeiçoamento da gestão e redução das filas;
- g) Redução da mortalidade materna e infantil; e
- h) Maior autonomia na produção de insumos estratégicos e medicamentos.

Algumas conquistas que o SUS obteve durante os 30 anos de funcionamento (BRASIL, 2011):

- a) A saúde é um direito universal garantido na Constituição Federal e o SUS beneficia a todos os brasileiros;
- b) A gestão participativa na saúde congrega 100 mil conselheiros e integra redes e movimentos sociais;
- c) O Brasil erradicou a paralisia infantil;
- d) O Brasil passa a ter o sistema de saúde pela atenção básica e é orientado reconhecido como modelo pela Organização Mundial da Saúde em 2008;
- e) O SUS realizou 75% da atenção de alta complexidade, o que corresponde a mais de 11 milhões de internações hospitalares, 217 mil cirurgias cardíacas e 9 milhões e 700 mil procedimentos de quimioterapia e radioterapia em 2009;
- f) A Lei n.º 10.216/2001 implanta a Política de Saúde Mental, que gradativamente desativa o sistema asilar. São implementados os Centros de Atenção Psicossocial para pessoas com transtornos mentais;
- g) Para atender a população que necessita de transplantes, o Brasil possui um banco com mais de 2,4 milhões de doadores voluntários de medula óssea e a Rede Brasileira de Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário;
- h) A Vigilância Sanitária atua em todo o território nacional, inclusive nos portos, aeroportos e fronteiras, com serviços e fiscalização na qualidade de medicamentos e alimentos;
- i) O sistema privado de saúde é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em defesa dos direitos do consumidor e da qualidade nos serviços;
- j) Existem políticas públicas para crianças, adolescentes, mulheres, homens, idosos, pessoas com deficiência, população negra, indígena, LGBTQIA+, comunidades quilombolas e ribeirinhas, trabalhadores do campo e da cidade,

ciganos, pessoas com transtornos mentais, prostitutas, população de rua e em regime prisional.

Ao examinar o SUS, cabe considerar as condições subjetivas traduzidas em valores, crenças, ideologias e projetos, mas, fundamentalmente, analisar as condições objetivas, tais como o financiamento, a infraestrutura e a organização dos processos de trabalho e das tecnologias que conformam os modelos de atenção (PAIM, 2019).

Esses componentes garantem uma estabilidade na identificação da dinâmica do sistema, dando ênfase na prestação de serviços que envolvem atividades e a combinação desses componentes dá sucesso nas ações de saúde, garantindo condições de trabalho e uma organização de saúde com mais eficácia, buscando sempre assegurar a integralidade da atenção.

Mendes, 2011 apud Silva et al (2014), identifica como seus componentes a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção.

No ponto de vista observacional, a população se torna um componente importante visto que trará a resposta da necessidade de saúde populacional, desencadeando estudos analíticos para então elaborar planos de melhoria, proporcionando uma visão panorâmica das necessidades e do maior enfrentamento desta população, criando um vínculo populacional sistemático que o mesmo engloba planejamntos de prevenção, proteção e avaliação dessa população.

## 2.6 GARANTIAS CONCEDIDAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL, 2020).

O usuário do SUS, irá receber atendimentos básicos e gratuitos, tendo um atendimento de segunda a sexta-feira das 08h às 17h (BRASIL 2020).

Os principais serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) são:

- a) Consultas médicas;
- b) Inalações;

- c) Injeções;
- d) Curativos;
- e) Vacinas;
- f) Coleta de exames laboratoriais;
- g) Tratamento odontológico;
- h) Encaminhamentos para outras especialidades clínicas;
- i) Fornecimento de medicação básica.

De acordo com o Ministério da Saúde, as UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, podendo atender grande parte das urgências e emergências, oferecendo uma estrutura simplificada com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação (BRASIL, 2017 apud RAMOS 2019).

Os usuários devem procurar uma UPA 24h nas seguintes situações:

- a) Pressão alta;
- b) Fraturas e cortes com pouco sangramento;
- c) Infarto e derrame;
- d) Queda com torção e muita dor ou suspeita de fratura;
- e) Febre acima de 39°C;
- f) Cólicas renais;
- g) Intensa falta de ar;
- h) Convulsão;
- i) Dores fortes no peito;
- j) Vômito constante.

As (UBS) fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, estruturando e organizando a rede de urgência e emergência no país, para integrar a atenção às urgências (RAMOS, 2019).

## 2.7 ASSISTÊNCIA DO IMIGRANTE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Institucionalmente, não existe restrição formal que impeça ou dificulte o acesso aos serviços públicos de saúde para imigrante, porém, a esfera legal e administrativa não se faz suficiente no alcance da equidade, trazendo à tona dificuldades específicas enfrentadas por imigrantes, em especial os internacionais (SANTOS et al, 2022).

A concretização dos direitos relacionados aos imigrantes, ainda enfrenta sérios desafios, seja de natureza financeira (hoje fala-se, até numa possível volta da CPMF, como instrumento de financiamento das políticas de saúde pública), seja de natureza estrutural, que perpassa pela formação do profissional, até o remanejamento – ou mesmo a instituição de um novo órgão – responsável pela interface com imigrantes, hoje a cargo da Polícia Federal (PEREZ FILHO, 2015 apud SANTOS et al, 2022).

Em meio a essa realidade, o processo de integração de imigrantes envolve tensões que, por vezes, conduzem à marginalização, aproximando a possibilidade de agravos de saúde (SANTOS et al, 2022).

As Nações Unidas (NU), meio da Coordenação-Geral do Comitê Nacional para os Refugiados, faz o mapeamento em parceria com a Organização Internacional para as Migrações (OIM), com o objetivo de fornecer subsídios para o desenvolvimento de ações, capacitações e políticas para aprimorar o acolhimento em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

As principais nacionalidades atendidas pelas organizações que participaram do levantamento são: venezuelana, haitiana, colombiana, cubana, angolana, senegalesa e peruana (R7, 2021).

A lei que dispõe sobre as migrações é a 13.445/2017, que estabelece direitos e deveres do migrante, bem como regula sua entrada e estada no país. Define como imigrante a pessoa nacional de outro país ou apátrida que trabalha ou reside e se estabelece temporária ou definitivamente no Brasil. Neste campo atua a Organização Internacional para as Migrações [OIM] da ONU, que trabalha em parceria com governos, outras organizações e sociedade civil, fornecendo assistência e assessoramento. Em âmbito local, temos o Instituto Migrações e Direitos Humanos [IMDH], uma entidade filantrópica que visa promover o reconhecimento da cidadania plena de migrantes e refugiados, atuando na defesa de direitos, na assistência sócio jurídica e humanitária, em sua integração social e inclusão em políticas públicas, com especial atenção às situações de maior vulnerabilidade (IMDH, 2014 Apud PRADO E ARAÚJO, 2019).

O protocolo de Assistência a Migrantes em Situação de Vulnerabilidade, é elaborado no âmbito da Ação Global para prevenir e combater o tráfico de pessoas e o contrabando de imigrantes, tem como objetivo ser um instrumento para fortalecer os serviços de assistência a migrantes em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2018).

A implementação de protocolo permite a identificação dos imigrantes, afim de aprimorar as necessidades e coordenar a assistência, garantindo a população migratória habilidades que lhe garantem a superar as dificuldades.

Os problemas relacionados com a imigração, a qualidade de vida e acesso à saúde aumentam com: as dificuldades comunicacionais, linguísticas e de adaptação no país de acolhimento, o confronto com o preconceito, o estereótipo e a discriminação, a aceitação de postos de trabalho pesados e mal remunerados e pouco reconhecidos socialmente (GRANADA et al, 2017). Os imigrantes tem pouco apoio social formal e informal, que acaba criando uma barreira social neles, acabando por criar isolamento social e dificuldade de ter acesso a informações de serviços designados a saúde.

A qualidade de vida associada às condições de trabalho dos imigrantes revela riscos laborais significativos, com repercussões na saúde e segurança no trabalho. A não aplicação de normas de segurança e saúde tem potenciais consequências de acidentes e doenças profissionais. Os trabalhadores imigrantes tendem a estar mais representados em setores sensíveis às flutuações econômicas, mais expostos a trabalhos perigosos e menos saudáveis, com contratos menos seguros, temporários e com menor estabilidade de emprego, em ocupações menos qualificadas (GRANADA et al, 2017).

Os determinantes da saúde dos imigrantes não são só fatores percebidos normalmente como referentes ao âmbito da saúde, mas englobam outros fatores que igualmente têm um impacto na saúde das pessoas que chegam a ser definidos como fatores interligados (PADILLA, 2013).

A vida dos imigrantes está geralmente focada no trabalho, a saúde raramente é pensada como centro em suas vidas, acabando por se dar o caso que os imigrantes são pessoas saudáveis, por terem uma visão diferente que os mesmos são mais fortes e resistentes ou até mesmo por se tratar de pessoas que emigram com objetivo de trabalhar ou estudar.

Esses fatores são geralmente classificados em: fatores constitucionais, estilos de vida, redes sociais e comunitárias, condições de vida e de trabalho e condições socioeconômicas, culturais e ambientais. Eles, estão associados devido a vulnerabilidade de muitos imigrantes (PADILLA, 2013).

## 2.8 O SISTEMA DE SAÚDE EM ANGOLA

A República de Angola, como mencionado anteriormente, é um país localizado na parte ocidental da África Austral, com uma população estima em 34 milhões de habitantes e taxa de crescimento de 2,9 %.

De acordo a Embaixada de Angola no Brasil, Angola possuem uma área superficial de 1.246.700 km<sup>2</sup> e possui 1.650 km de costa marítima. O território angolano é dividido em 18 províncias, sendo que a sua capital é Luanda.

O país faz fronteira com 4 países diferentes, sendo: República do Congo e a República Democrática do Congo a Norte, República Democrática do Congo e a República da Zâmbia a Leste, e a República da Namíbia a Sul (ANGOLA, 2022).

Angola, possui diversos idiomas regionais, falado por uma boa parte da sua população. Porém, assim como o Brasil, o idioma oficial é o português.

Angola e o Brasil, por partilharem o mesmo idioma oficial, ambos fazem parte da Comunidade dos Países de Língua Oficial Português (CPLP). Existem diversos acordos bilaterais entre os membros, e isso favorece a cooperação (CPLP, 2022).

Os países africanos, e Angola não é exceção, apresentam muitas debilidades quanto a prestação de assistência médica. As instituições de saúde em África, em particularmente, em Angola, apresentam diversos problemas, dentre eles: carências de profissionais de excelência, carências de infraestruturas adequadas, falta de financiamento para atender as mais diversas necessidades hospitalares.

A região Africana, por exemplo, tem 24% da carga global de doenças, mas com apenas 3% dos trabalhadores mundiais de saúde, e responde por menos de 1% dos desembolsos mundiais com a saúde. O êxodo de profissionais capacitados em meio a tantas necessidades de saúde não atendidas coloca a África no epicentro da crise global da força de trabalho da área de saúde. Destacam-se particularmente a escassez e/ou má distribuição de profissionais médicos, o que, em grande medida, contribui para a má qualidade de assistência sanitária às populações (DE OLIVEIRA E ARTMANN, 2009).

Em angola, a semelhança do Brasil, o direito a saúde está consagrado na Constituição da República. Existe também um Sistema de Saúde estruturado, porém, na prática, acaba sendo mal aplicado.

A saúde em Angola está assegurada como direito, através do Sistema Nacional de Saúde aprovado em 1992, com princípios de universalidade de acesso, integralidade da atenção e equidade, visando a gestão descentralizada e participativa. Entretanto, a própria legislação indica que pode ser tendencialmente gratuita, considerando as condições sociais e econômicas da população, regulando a participação do mercado privado. Bem como, na Constituição da República de Angola de 2010 que assegura a responsabilidade do Estado na garantia do direito à saúde (CANECA, CHAXIMBE & SARRETA, 2016)

O sistema de prestação de cuidados de saúde em Angola, estratifica-se em três níveis hierárquicos de prestação de serviços (Vicente et al, 2016), que são:

- a) O nível primário - Cuidados Primários de Saúde (CPS) - representado pelos postos, centros de saúde, hospitais municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos, constitui o ponto inicial de contato da população com o sistema de saúde.
- b) O nível secundário ou intermediário, representado pelos hospitais gerais, é o nível de referência para as unidades do primeiro nível.
- c) O nível terciário, representado pelos hospitais de referência mono ou polivalentes diferenciados e especializados, é o nível de referência para as unidades sanitárias do nível secundário.

Embora, teoricamente, o Sistema de Saúde em Angola esteja bem estruturada e recebe o respaldo da lei, não se conseguiu colocar em prática de forma eficiente. “apesar desta clara hierarquização, o sistema de referência não tem sido operacional por vários fatores, principalmente por causa da desestruturação do sistema de saúde e da redução da cobertura sanitária” (VICENTE et al, 2016).

### 3 MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de característica exploratória descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa.

Pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. Geralmente, assume a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso (GIL, 2007) Apud (GERHARDT et al, 2009).

Pesquisa descritiva descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2008).

A abordagem da pesquisa qualitativa tem como objetivo tratar característica premissa de uma determinada população, uma de suas peculiaridades é analisar e interpretar aspectos mais profundos da coleta de dados, descrevendo a complexidade do comportamento humano e ainda fornecendo análises mais detalhadas sobre os dados coletados (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A abordagem da pesquisa quantitativa é uma modalidade de pesquisa que atua sobre um problema humano ou social, é baseada no teste de uma teoria e composta por variáveis quantificadas em números, as quais são analisadas de modo estatístico, com o objetivo de determinar se as generalizações previstas na teoria se sustentam ou não (KNECHTEL 2014 apud RODRIGUES et al, 2021).

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

A comunidade estudantil angolana, residente em Criciúma conta com uma associação denominada Associação dos Estudantes Angolanos em Criciúma (ASSAC), que tem como principal foco, auxiliar os imigrantes estudantes angolanos que residem na referida cidade, a adaptarem-se a sociedade e cultura brasileira, orientar os estudantes quanto a documentação.

A ASSAC, é uma organização sem fins lucrativos, possui uma sala dentro do campus da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) no bloco administrativo.

A pesquisa contou com o apoio da ASSAC, que se mostrou disponível em ajudar na divulgação da mesma e na sensibilização dos imigrantes angolanos (ANEXO A).

O estudo de campo foi na cidade de Criciúma, localizada no extremo sul do estado de Santa Catarina, conhecida por ser a capital brasileira do carvão e do revestimento Cerâmico, mas também se destaca nos setores metalúrgicos, supermercadista, vestuário, construção civil e setor químico (BRASIL, 2013). Segundo os dados apresentados pelo IBGE (2021).

Criciúma está localizada no extremo sul catarinense, a 200 km de Florianópolis, com uma área de 234,865 km<sup>2</sup>, 219.393 habitantes, e densidade demográfica de 815,87 hab/km<sup>2</sup>.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa, foram 45 imigrantes angolanos residentes em Criciúma/SC, vinculados a ASSAC ou a partir da rede de contato da pesquisadora.

Segundo o Sistema de Registro Nacional Migratório (2020), no estado de Santa Catarina, a maior comunidade de angolanos, encontra-se precisamente, na cidade de Criciúma, com 348 angolanos, na sua maioria estudantes que representam cerca de 89%.

#### 3.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão para os participantes foram os seguintes:

- a) Tempo de residência em Criciúma por pelo menos 1 ano.
- b) Maiores de 18 anos.

### 3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre os dias 18 de agosto a 22 de setembro por meio de questionário e entrevista (APÊNDICE A).

Entende-se por questionário um conjunto de questões que serão respondidas pelo pesquisado, sendo esta também a forma mais rápida e barata de obtenção de informações, não exigindo treinamento de pessoal e garantindo o anonimato (GIL 2017, p. 94).

A entrevista é uma das técnicas de coleta de dados considerada como sendo uma forma racional de conduta do pesquisador, previamente estabelecida, para dirigir com eficácia um conteúdo sistemático de conhecimentos, de maneira mais completa possível (ROSA; ARNOLDI, 2006 apud JUNIOR et al, 2011).

Diante da disponibilidade de colaborar da ASSAC e dos serviços de relações internacionais da UNESCO, as mesmas disponibilizaram uma lista que constava os contatos de todos os imigrantes angolanos vinculados a associação. A partir desta foi enviado um e-mail individualmente a cada associado, explicando o objetivo da pesquisa, um convite para participação da mesma, e o critérios de inclusão. Nesse convite teve um link <<https://forms.gle/ApExsdVb3fMa2UVU8>> que direcionou o entrevistado diretamente para o formulário eletrônico *google forms*, composto por perguntas de perfil e que contemplam o objeto investigativo da pesquisa. No formulário eletrônico, a primeira página apresenta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

O consentimento da pesquisa foi obtido via aceite da opção de múltipla escolha que contém as alternativas “aceito participar da pesquisa” e “não aceito participar da pesquisa”. As perguntas não foram obrigatórias, ou seja, considerou-se a possibilidade ao participante de não responder e desistir em qualquer momento da pesquisa.

Para obtenção das respostas foram enviados até três e-mails, com intervalo de sete dias, em horários diferentes. O questionário foi respondido por 34 participantes contendo resposta muito objetivas que não permitiram fazer inferência com propriedade dos dados.

Tendo em vista respostas com redação insuficiente, a pesquisadora precisou contatar com seus conhecidos buscando participante que se adequasse os critérios de seleção seguindo assim os preceitos da amostragem em rede ou o snow ball [bola de neve] (FLICK, 2009; POLIT; BECK, 2011).

Diante do exposto, foi realizada uma complementação das informações acerca do objeto investigativo sendo realizado 11 entrevistas presenciais. As entrevistas

foram realizadas nas casas dos participantes, possuindo um tempo médio de 20 minutos, gravadas com um auxílio de celular. No término da entrevista foi solicitado a assinatura do TCLE.

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo (BARDIN, 2011) dividida em três fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na pré-análise, compreendeu a organização do material a ser analisado com vistas a torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Os dados foram analisados a partir do tratamento das respostas obtidas pelo questionário e entrevista.

O questionário, foi extraído do google forms numa planilha do *Microsoft excel* e as entrevistas foram transcritas em no *Microsoft word*.

Exploração do material, diz respeito a codificação do material e na definição de categorias de análise. A identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. Foi realizado a codificação das respostas de cada entrevistados, com códigos alfanuméricos, onde: E significa entrevistado; Número representa o número de entrevistados seguindo a ordem crescente; P representa os participantes cujo a entrevista foi realizada presencialmente.

A terceira e última etapa foi o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta etapa ocorreu a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; foi o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica. Todo o processo analítico foi conduzindo conforme SORATTO, FRIESE E PIRES (2020)

O suporte teórico que sustentou a análise foram os aspectos legislativos das políticas de saúde vigentes sobre direito a saúde, em especial a reflexão sobre o atributo essencial do acesso da APS; teorias migratórias e racismos e preconceito de imigrantes.

### 3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, com parecer 5.552.123 substanciado pela UNESC (ANEXO B).

Todos os preceitos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos, foram respeitados (BRASIL, 2012). Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa, assinaram um TCLE (APÊNDICE B), que serve de contrato para garantia dos preceitos éticos. O anonimato dos participantes será garantido por meio de inclusão de um código alfa numérico, composto por uma letra e um número cardinal.

Os riscos ao desenvolver a pesquisa foram na perspectiva de abalos emocionais constituem em possíveis desconfortos emocionais durante a realização da entrevista ou aplicação do questionário, sendo amenizado pela garantia de desistência a qualquer momento da pesquisa. Seria ofertado suporte emocional caso necessitasse inicialmente pelos pesquisadores envolvidos, referenciado o Centro de Valorização da Vida (CVV) pelo número 188 ou ainda indicado o serviço de psicologia das Clínicas Integradas da UNESC.

A pesquisa poderá oportunizar benefícios no tocante a melhoria e ampliação do acesso na APS para imigrante.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como é possível observar na tabela 1, houve uma participação equilibrada entre homens e mulheres, embora, os homens tenham participado em maior número, representando mais de 56% dos participantes.

Com relação a faixa etária e estado civil, a maior parte dos participantes têm a sua idade compreendida entre os 25 aos 28 anos de idade representando aproximadamente 58%, e os solteiros representam 84% dos participantes. A categoria escolaridade foi a que apresentou maior equilíbrio entre os participantes, onde 51.11% dos participantes tem o ensino superior completo, e 48.89% dos participantes não têm o ensino superior completo. Já com relação ao tempo de residência no Brasil, 60% dos participantes reside a 2 a 5 anos no Brasil.

Pelo perfil dos participantes, consegue-se perceber que a maior parte dos imigrantes angolanos residentes em Criciúma, são jovens estudantes que vêm em busca de uma boa qualidade de ensino. Isso justifica o facto de somente 15.56% dos participantes serem casados e que a maior parte dos participantes reside no Brasil até 5 anos, uma vez que 5 anos representa em média o tempo de conclusão da graduação.

Na tabela 1, foi caracterizado o perfil dos imigrantes participantes da pesquisa, dividindo-os em cinco categorias que são respetivamente; Sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e tempo de residência no Brasil.

Tabela 1- Características dos imigrantes participantes da pesquisa.

Variáveis de perfil	N	%
Sexo		
Masculino	24	53,3
Feminino	21	46,7
Faixa Etária		
20 a 24 anos	8	17,8
25 a 28 anos	26	57,8
29 a 31 anos	10	22,2
32 a 35 anos	1	2,2
Estado Civil		
Solteiros	38	84,4
Casados	7	15,6

Escolaridade		
Ensino superior completo	23	51,1
Ensino superior incompleto	22	48,9
Tempo de residência no Brasil		
2 a 5 anos	27	60,0
6 a 10 anos	18	40,0

Fonte: dados do autor, 2022.

Os resultados desse estudo foram estruturados em três categorias, a saber: Experiência de imigrantes com o Sistema Único de Saúde, desafios de imigrantes para atenção à saúde e possibilidades para melhoria da atenção à saúde de imigrantes.

#### 4.1 EXPERIÊNCIA DE IMIGRANTES COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Nessa seção, é retratada a experiência que cada um dos participantes teve ao acessar o sistema único de saúde (tabela 1)

Tabela 2 – Definição da experiência com o Sistema Único de Saúde por imigrantes angolanos em Criciúma/SC.

<b>Tipo de experiência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Excelente ou ótima	9	20,0
Boa	10	22,2
Razoável	3	6,7
Ruim	6	13,3
Não sabe ou não usou serviço	17	37,8
Total	45	100

Fonte: dados do autor, 2022.

As experiências dos participantes com o SUS foram heterogêneas. A maioria dos participantes consideram a experiência com o SUS boa ou ótima. Os trechos a seguir ilustram essa constatação:

“Sim já busquei atendimento no SUS, normalmente o atendimento é por ordem de chegada, a experiência foi boa, fui bem atendido como sempre” (E14).

“Já procurei a unidade de saúde várias vezes, a mais recente foi por causa da gestação, fiz o meu pré-natal todo pelo SUS, procurei bastante, tanto as unidades de saúde e quanto ao hospital. O atendimento foi bom, desde o princípio falo sempre que aqui os brasileiros reclamam muito do sus e é algo que não temos lá em Angola e gostaríamos de ter, então foi uma experiencia boa. Fui sempre bem atendida, bem acolhida pelos profissionais e não tenho do que reclamar do SUS” (E35).

Percebe-se que os participantes recebem um bom atendimento e de forma humanizada.

A política nacional de humanização estimula a comunicação entre os gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento das relações de poder, de trabalho e de afeto (FONTES et al., 2017).

Abaixo, segue mais respostas de alguns participantes que demonstraram a sua satisfação, pelo facto de terem encontrado atendimento agradável nas unidades pertencentes ao SUS.

“Já sim, foi muito bom o atendimento, a qualidade de serviços é maravilhosa, é de admirar por ser unidade pública e de graça” (E30).

“Sim, a experiência foi boa, pelo facto de ser bem atendido pelas unidades onde passei” (E16)

É possível perceber que vários imigrantes tiveram experiências positivas por causa do bom atendimento. Como o SUS é um sistema público que oferece a população variedades no seu atendimento na resolução dos problemas e tem uma amplitude diferenciada de serviços prestados que garantem a população imigratória maior qualidade de assistência à saúde e medicamentosa.

O sistema único de saúde é usado como modelo de referência internacional por conta do seu alcance e multiplicidade de serviços de saúde. É de responsabilidade da saúde pública brasileira todas as ações da Vigilância Sanitária e de Zoonoses (imunização de animais; castração; controle de pragas; prevenção e controle de doenças de animais urbanos e rurais, entre outros), além de campanhas de vacinação, prevenção, controle e tratamento de doenças crônicas por meio das equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), além do tratamento oncológico nos seus mais diversos níveis (BRASIL, 2022).

Embora muito dos participantes tenha se mostrado satisfeito com o atendimento recebido no SUS, a maior parte dos participantes não soube classificar a sua experiência ou nunca usou o serviço. Existe também, um número considerável de manifestações negativas da experiência com os serviços de saúde.

Os trechos a seguir, demonstram essa experiência não satisfatória de alguns participantes.

“Sim, no Hospital São José, aguardei por muito tempo e desisti em função da demora. Fui num outro dia à uma unidade básica, também foi muito demorado, mas aguardei a espera porque as dores já eram muito intensas” (E12).

“Sim, um colega/amigo passou muito mal e tivemos a necessidade de procurar por um hospital próximo na região. O acesso e atendimento não foi tão fácil, muito menos acessível infelizmente. Passamos por 3 hospitais públicos e não tivemos grandes sucessos, na última tentativa, fomos aconselhados por um médico a procurar por um hospital privado, a fim de se resolver com maior rapidez a situação do rapaz em questão, pois a nossa situação era de total emergência” (E19).

O que percebe-se na fala dos entrevistados, é o descontentamento em função da sua experiência negativo ao buscar por atendimento no SUS. A demora no atendimento, tem sido um dos maiores desafios atuais do SUS. Nas seções que se

seguem, é discutido de forma mais ampla essa questão, e são também apresentadas sugestões para resolução da mesma.

A percepção de mal atendimento decorre de problemas registrados ao longo do processo, como o tempo de espera para ter uma resposta do SUS para uma demanda encaminhada. Também é visto como vilão a falta de recursos financeiros para o SUS, a falta de médicos e a dificuldade para marcar ou agendar consultas, cirurgias. O tempo de espera é o fator com avaliação mais negativa do SUS (LABOISSIÈRE, 2018).

#### 4.2 DESAFIOS DE IMIGRANTES PARA ATENÇÃO A SAÚDE

Com o intuito de se compreender quais são os desafios enfrentados pelos imigrantes para atenção à saúde, os participantes da pesquisa mencionaram as principais dificuldades encontrados quando procuraram pelos serviços oferecidos no SUS (tabela 3).

Tabela 3 – Dificuldades de imigrantes do Sistema Único de Saúde no município de Criciúma/SC.

Códigos	N	%
Demora no atendimento	15	41,7
Dificuldade para agendar consulta	6	16,7
Xenofobia	5	13,9
Preconceitos não especificados	4	11,1
Racismo	2	5,5
Formas de tratamentos diferentes	2	5,5
Falta de interesse profissional	1	2,8
Falha no cumprimento dos horários	1	2,8
Total	36	100

Fonte: dados do autor, 2022.

Os principais desafios enfrentados pelos participantes para ter acesso ao atendimento do sistema único de saúde foram de certa forma variados, pela diversidade apresentada nos resultados da pesquisa. Maior parte dos participantes da pesquisa relatam demora no atendimento e dificuldades para agendar consultas.

Muitos dos participantes, relataram ter sofrido preconceitos xenofóbicos, racismo e outros tipos de preconceitos não especificados.

Os trechos que indicam dificuldades relacionadas ao campo da gestão e atuação profissional estão descritos a seguir:

“No hospital infantil, espero por horas para ser atendida com o meu filho” (E23).

” Vou contar sobre um episódio que fui a pronto atendimento por conta de um rompimento de um ligamento, cheguei as 8h da manhã no hospital. A demora é frustrante é desgastante” (E29).

“Diria que a maior dificuldade ou problema que mais enfrentei, foi a demora para ser atendido, sendo que é necessário passar pelo posto de saúde do bairro, para só assim ser reencaminhado para o tipo de atendimento/serviço que necessitei no momento, e isso pode levar mais ou menos uma ou duas semanas” (E33).

“A demora do atendimento também é um problema, em alguns posto de saúde há desorganização, não entendo porque marcamos horário se só serás atendido 2h depois do horário marcado” (E29).

Os conflitos decorrentes da insatisfação do usuário do SUS com o tempo de espera por atendimento há anos encontra eco no sistema de justiça. São inúmeras e comuns as ações para obter acesso a serviços de saúde disponíveis, com extenso tempo de espera por atendimento. Os usuários do SUS que buscam o sistema de justiça para questionar a demora em acessar determinado serviço têm um elemento muito importante que postula o cumprimento de uma política pública de saúde, isso em prol dos serviços que o SUS se comprometeu a fornecer. Ou seja, a demanda está inserida na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde. As demandas são levadas ao poder jurídico dependendo da urgência no tratamento do qual depende a vida ou a integridade física do cidadão (FILHO e SANTANAS, 2016).

O SUS tem uma classificação de risco que varia de acordo a situação dos pacientes, o que causa maior tempo de espera por ser de acordo a demanda da classificação, e com o número reduzido de profissionais acaba culminando mais ainda no descontentamento pela busca imediata de atendimento.

Inicialmente, já se percebe que os grupos imigrantes sofrem as mesmas dificuldades enfrentadas pelos cidadãos autóctones. O acesso à saúde e a qualidade dos serviços públicos prestados representam dificuldades com sucessivos governos federais tem se deparados, há décadas. Os Estados enfrentam problemas de investimento e gestão em saúde insuficiente para atingir a equidade (MARTES e FALEIROS, 2013 apud SANTOS e MEDEIROS, 2017).

Juntamente com a demora no atendimento, a dificuldade para agendar consulta é a outra dificuldade que os participantes mais destacaram.

O gerenciamento dos agendamentos é um desafio enfrentado em todo o mundo. A satisfação dos usuários em relação ao acesso aos serviços de APS pode estar relacionada com a sua capacidade de reservar um espaço na agenda no momento mais oportuno para si mesmo POSTAL (et al., 2021).

“Na verdade, não, quer dizer não enfrento, mas como o SUS é público nessa questão você tem que agendar, até aí tudo bem. Só que há certas doenças que você não pode ficar por muito tempo devido a emergência. O SUS atende bem só que a metodologia de tratar a saúde diante as emergências não é muito correto” (E40-P).

“Em questões de agendamento, pra mim como adulta é o que acho difícil, para o meu filho se calhar por ser criança eu consigo com mais facilidade. Mas eu como adulta tenho mais dificuldade, tanto que faz mais de um ano que eu como adulta não consigo fazer uma consulta” (E42).

Mudanças organizacionais são necessárias para lidar com a questão do elevado tempo de espera por um atendimento na APS, que representa a incapacidade dos serviços de saúde em ofertar acesso oportuno e acarreta experiências negativas evitáveis para os usuários. A incerteza do atendimento gera angústia, especialmente entre aqueles que acreditam que sua condição de saúde está em piora progressiva (VIDAL et al, 2019).

A política de agendamento de cada unidade, cria uma sensação de revolta aos participantes devido a demora para ter acesso a uma consulta médica. A demora no atendimento, provoca ainda, de certo modo, angústia nesses pacientes devido a gravidade da situação.

Melhorias no modelo de agendamento podem aumentar o acesso aos serviços de saúde. Uma forma de agendamento efetiva melhora o ambiente de trabalho, a qualidade do cuidado, a segurança do paciente, a satisfação da equipe de saúde, o acesso oportuno e a experiência do usuário (VIDAL et al, 2019).

Além das dificuldades de gestão e atuação profissional mencionadas enfrentados por todos aqueles que buscam atendimento no SUS, os imigrantes, apontam outros desafios mais específicos como xenofobia, racismo, outros tipos de preconceitos não especificados, etc.

“Algumas vezes enfrentei dificuldade porque alguns profissionais mostravam-se sem vontade para atender um estrangeiro. Alguns até diziam em tom de brincadeira que os estrangeiros estavam a beneficiar de forma gratuita de um serviço pago graças aos impostos dos brasileiros (esquecendo-se que os estrangeiros também contribuem muito com impostos e outros emolumentos pagos pelos estrangeiros)” (E11).

“Racismo diretamente não, mas preconceito sim, é uma situação que muito me incomoda, é eu chegar diante do médico e meio que já categorizar nossa tu está aqui a quanto tempo meio que já fala bem o português, e não perguntar da onde eu sou, da onde eu vim e quais são as minhas origens. É como se determinasse o local que eu venho como se todo mundo que vem de fora que é estrangeiro e negro falar uma língua diferente do que ela está ali a falar” (E42).

A xenofobia nas unidades hospitalares pertencentes ao SUS em Criciúma, está associada a falta de interesse cultural, por achar que todo pessoal negro estrangeiro vem da mesma cultura, ou de um único país.

Os entrevistados, mostraram sentir-se desrespeitados pelo facto de lhes ser constantemente atribuído uma identidade sem no mínimo serem questionados de onde vêm, de modos a evitar afirmações e constrangimento ao imigrante. Os mesmos, alegam ainda que isso é recorrente uma vez que todos os negros estrangeiros são associados com os haitianos.

“Racismo não! Mas já me senti desconfortável pelo fato de ficarem perguntando várias vezes se estou entendendo o que falam, mesmo após eu dizer que falo português” (E15).

“Racismo não, preconceito já, porque muitas das vezes aqui no Brasil meio que misturam o cidadão haitianos e angolanos e isso muitas das vezes é complicado porque não são as mesmas pessoas” (E44).

“Creio que sofri racismo, mas foi expresso de forma xenofóbica. Então podemos tanto considerar uma ou ambas” (E12).

A xenofobia pode ser entendida como alteração no tratamento ao estrangeiro, que comine na negativa ou restrição do exercício de direitos humanos e fundamentais, reconhecidos pelo ordenamento jurídico pátrio aos estrangeiros, por receio ou medo de “nocividades” decorrentes do impacto cultural, econômico, social, religioso, que pode ocorrer com a chegada do migrante alienígena. Seguindo esse raciocínio, o autor inova ao explicitar três vertentes, pelas quais a normatividade brasileira se viu influenciada no decorrer dos tempos. Vejamos [...] a) a visão tradicional do estrangeiro como elemento estranho à sociedade brasileira e criador de problemas diplomáticos; b) a visão tradicional do estrangeiro como imigrante, apto a ser integrado por meio de normas de imigração e naturalização; c) a visão contemporânea, quando o estrangeiro é visto como um cidadão, entendendo cidadania como aptidão de exercer direitos (VITORINO, 2018).

O preconceito na saúde, se torna uma situação de extrema preocupação, principalmente no que diz respeito a população imigrante porque acaba criando barreiras que podem comprometer a saúde pública. O enfoque é que ambos precisam de criar vínculos para melhor prevenção e promoção, sem exclusão de pessoas,

procurar sempre inserir esse grupo nos programas de promoção e prevenção a saúde, criando uma relação de respeito de órgão regulador, para que o indivíduo sinta-se acolhido ao recorrer por um atendimento no sistema único de saúde.

O respeito sem preconceito e sem discriminação é valorizado na Política Nacional de Saúde como fundamento para a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde. Este processo deve ser acompanhado, cotidianamente, pelos respectivos Conselhos de Saúde e apoiado, de forma permanente, pela sociedade civil (BRASIL, 2010).

O compromisso do Ministério da Saúde com a redução das desigualdades constitui uma das bases do Programa Mais Saúde - Direito de Todos. Que visa à reorientação das políticas de saúde com o objetivo de ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade. Este Programa, espelhando esta política, apresenta metas específicas para promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com destaques para grupos populacionais de negros (BRASIL, 2008) apud (BRASIL, 2010).

De acordo com os entrevistados participantes da pesquisa, o racismo está muito presente na sociedade brasileira. Isso acaba oprimindo muito o imigrante de nacionalidade angolana, pois os mesmos aprendem a lidar com esse tipo de situação aqui. Na maioria das vezes, sem perceber o ato, acaba passando por despercebido ou camuflado como uma outra forma de preconceito.

O ato racista de certa forma, acaba abalando a saúde mental do indivíduo, podendo estar desencadeando novos quadros emocionais, que dependendo muito de como a pessoa se posiciona ou recebe apoio, pode recorrer a uma mudança comportamental severa.

O reconhecimento do racismo presente na sociedade brasileira ainda que muitas vezes de maneira subliminar e dissimulada e suas implicações, principalmente na forma como essas pessoas acessam e são recebidas no âmbito dos serviços de saúde, ou ainda como vivenciam seus estados de saúde e bem-estar, é um passo fundamental para promover a igualdade racial. Porém, mais que isso, o reconhecimento do racismo como um determinante social da saúde coloca no centro do debate e revela a maturidade das instituições em enfrentar as situações de desigualdade originadas ou determinadas pela raça ou pela cor da pele (BRASIL, 2016).

Os imigrantes participantes da pesquisa, alegam também terem sofrido exclusão. Ou seja, são tratados de forma diferente nas unidades hospitalares por profissionais de saúde, não recebendo o mesmo respeito que os demais.

“Sim já. Uma vez quando um médico do SUS foi exatamente grosseiro com agressões verbais durante a consulta” (E26).

“Já sim. Prioridade há outra pessoa sendo, que eu estava na frente. Várias outras coisas” (E32).

Todo paciente tem direito a um atendimento adequado e humanizado. Respeitando os parâmetros da conduta ética do profissional. Sendo de total liberdade do paciente insatisfeito por um distrato recorrer a uma ouvidoria pra receber o devido apoio e acolhimento da situação.

O preconceito é a falta de empatia pelo paciente, sendo fator que compromete a relação do profissional de saúde ao paciente. Nesse sentido, a satisfação, utilização e a confiança do indivíduo em relação aos serviços de saúde, além da adesão às intervenções propostas pelos profissionais são afetados, de maneira a impactar negativamente a saúde deste indivíduo, comprometendo também a saúde pública SCHLIEMANN (et al; 2020).

#### 4.3 POSSIBILIDADE PARA MELHORIA DA ATENÇÃO A SAÚDE DE IMIGRANTES

A categoria apresentada demonstra a possibilidade de melhorias ao SUS.

Tabela 4 –Sugestões para melhoria do Sistema Único de Saúde na perspectiva de imigrantes angolanos no município de Criciúma/SC.

<b>Códigos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Redução do tempo de espera	8	22,9
Aumentar o número de profissionais de saúde	7	20,0
Empatia e respeito para com os pacientes	6	17,0

Capacitação dos profissionais sobre imigrantes	5	14,3
Mais paciência com os estrangeiros	4	11,4
Agilidade no atendimento	2	5,7
Supervisionar o atendimento	1	2,9
Criar formas de agendamento online	1	2,9
Aumento do número de posto de saúde	1	2,9
Total	35	100

---

Fonte: dados do autor, 2022.

A redução do tempo de espera foi o principal aspecto para melhor o SUS na cidade de Criciúma 22,86%. Em segundo lugar, com 20% das sugestões, é indicado o aumento de profissionais de saúde. A seguir, são sugeridos melhoria de empatia e respeito para com os pacientes, com 17,14% das sugestões; capacitação dos profissionais de saúde sobre imigrantes, com 14,29%; mais paciência com os estrangeiros; supervisionar melhor o atendimento dos profissionais de saúde; avaliação de desempenho; agilidade no atendimento; criar formas de agendamento online e aumento do número de posto de saúde.

“De modo geral, pode-se melhorar incluindo mais profissionais de saúde para reduzir o tempo de espera e aumentar a capacidade de atendimento aos pacientes, visto que o SUS é um projeto muito ambicioso, extremamente importante e que tem ajudado muitos brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil” (E13).

“Acho que o tempo de espera para ser atendido” (19).

“A sugestão seria a fila de espera, tipo atendimento que precisam de emergência e é muito esperado pelo sus, acho que isso devia mudar e ia evoluir mais na saúde” (E38).

Como foi possível perceber nas secções anteriores, tanto para os brasileiros quanto para os imigrantes, a maior preocupação é a redução do tempo de espera. Esse problema, é já conhecido pelos pesquisadores e pelos governantes. Têm havido nos últimos anos, maiores debates sobre os mesmos, com a intenção de se solucionar a questão.

Muitas organizações, alegam que a resolução do referido problema, passa pelo aumento do investimento no sector da saúde. De facto, um maior investimento seria necessário para se implementar as principais sugestões aqui apresentadas.

O investimento brasileiro no setor é pequeno, o que faz com que o serviço fique comprometido: atendimento de baixa qualidade, falta de leitos e um tempo de espera muito longo para realizar procedimentos. Por conta desse descompasso entre oferta e demanda do SUS, o cidadão brasileiro ainda paga a maior parte dos serviços de saúde (Federação Medica Brasileira, 2016).

O sistema único de saúde tem enfrentado grande desafio devido o grande tempo de espera que muitos enfrentam em alguma circunstância na busca pelo atendimento a rede de saúde.

O Brasil é o único país capitalista da região que adotou um modelo de sistema público universal desde 1988. Embora a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tenha sofrido constrangimentos e contradições, o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e a expansão de serviços públicos trouxeram avanços importantes (GIOVANELLA, MACHADO, 2018).

“Que tivesse mais médicos e enfermeiros nas unidades hospitalares. Para poder atender a demanda dos pacientes assim ninguém ficaria na fila de espera para ser atendido ou submeter a um procedimento cirúrgico. E que tratassem todos por igual” (E8).

“Bom é assim, melhorar tem muito que melhorar, tem muitas coisas para melhorar, mas digo para agora está mais por falta de medico porque a gente tenta solicitar está sendo sempre encaminhada para outros lugares, outros postos” (E35).

São vários os participantes que indicam a necessidade de que os serviços precisem estar aumentando a quantidade dos seus servidores, devido aos recorrentes constrangimentos enfrentados pela falta de profissionais em algumas unidades.

Uma estratégia interessante para melhorar os serviços do SUS é a contratação de prestadores de serviços terceirizados, sendo uma das formas de contratação de pessoas, realizar concursos públicos para contratação de funcionários, de modo que tendem a ser mais ágeis (DIAS, 2022).

“A busca por atendimento pelos estrangeiros promove uma pressão nos sistemas municipais de saúde, já com dificuldades em sua organização e com grandes críticas por parte da população. As dificuldades já conhecidas são intensificadas; de um lado, muitas prefeituras se posicionam contra o atendimento de estrangeiros; do outro, o respeito à dignidade da pessoa humana” (E19).

“Minha sugestão é que haja mais empatia, respeito, educação para com as pessoas que buscam os serviços de saúde” (E27).

O profissional da saúde é um profissional acolhedor, que possa estar encaminhando em algumas situações o estrangeiro. Quando o mesmo ao atender não souber se colocar no lugar do outro torna-se um processo dificultoso porque acaba criando distanciamento entre a equipe e a saúde do bem-estar público ou comprometendo a saúde do indivíduo. A empatia faz parte de um atendimento humanizado e dever que todo cidadão deve ter.

A empatia através de sua conceituação, da possibilidade de mensuração, a utilização como ferramenta nas relações profissionais entre servidores e servidores-usuários no cuidado a saúde, e na humanização em Saúde. É notório através dos objetivos e propostas da Política Nacional de Humanização do SUS. Sendo fundamental, no sentido a concepção de empatia adotada pela gestão, principalmente para promover a capacitação dos profissionais da saúde e de um ambiente de trabalho construtivo (SOUZA et al, 2020).

O que gostaria de expressar é a contratação de profissionais que falam o inglês influente para facilitar a comunicação dos imigrantes” (E44).

Nota-se pelas pessoas entrevistadas a pontuação na capitação de profissionais sobre tudo para saber lidar com a população estrangeira. De certo modo evitando constrangimento, que gera algumas vezes desconforto a essas pessoas.

A importância do entendimento sob a visão global de saúde, frisa a importância não só da disponibilidade dos serviços à saúde, médicos e demais profissionais de saúde capacitados e em número suficiente para servir a qualquer eventualidade (SOUZA 2016).

“Acho que o atendimento é bom, só deviam ter mais paciência com o público estrangeiro” (E16).

”Melhorar a maneira de abordagem aos estrangeiros, ter uma abordagem mais profissional de prestadores treinados para lidar com pessoas diferentes e de línguas e sotaques diferentes” (E31).

Pode ter-se a hipótese de proporcionar uma ligação entre os imigrantes e a equipe do sistema único de saúde, destacando a saúde dos imigrantes, criando informativas de como o imigrante pode ter acesso aos serviços do sistema único de saúde. Aos componentes da equipe multidisciplinar procurar ter paciência no atendimento para melhor concepção das informações passada.

O SUS e seus trabalhadores têm muita dificuldade e limitações quando o assunto é imigração internacional, a falta de informação, de compreensão e de entendimento sobre esse fenômeno, explica o desafio na qualidade do atendimento dos serviços públicos de saúde para essa população, desse modo, é importante, discutir, portanto, não somente o caráter estratégico da migração, mas também os conflitos e rearranjos produzidos que o fenômeno acarreta ( RODRIGUES et al, 2021).

“Agilidade nos processos e/ou aumento de profissionais” (E28).

“A melhoria para mudança é evitar a fila para que os pacientes sejam atendidos rápido” (E32).

O profissional optando por buscar mais agilidade e rapidez na jornada do seu paciente é uma excelente forma de maximizar o atendimento, referindo a uma qualidade objetiva e simples no momento do atendimento ao paciente.

A qualidade não pode ser avaliada ou julgada apenas em termos e indicadores técnicos. É preciso reconhecer as preferências individuais e sociais, buscando equacioná-las na garantia da justiça ao acesso. A opinião das pessoas no termo qualidade é um conceito que agrega muitos componentes, dentre os quais se destacam: acessibilidade, eficácia, eficiência e oportunidade (Dirings,2013).

“Praticamente é isso ne ter mais controle das pessoas que vão fazer o atendimento e o plantão e saber dar assistência aos pacientes estrangeiros de maneira individualizada de cada nacionalidade saber que tem países que falam também o português isso também acaba confortando do paciente” (E44).

A supervisão dos atendimentos aos profissionais, gera uma credibilidade ao indivíduo. Pois é uma assistência que fica sendo acompanhado por ambos os lados tanto ao profissional, ao órgão empregados, sendo como o usuário o principal beneficiário dos serviços.

A fiscalização do exercício profissional deve ter como propósito o caráter preventivo e disciplinador. Preventivo quando por meio de ações educativas, preconiza a importância do exercício realizado por profissionais devidamente habilitados, capacitados e comprometidos com a prestação da assistência segura (BRASIL, 2019).

Há uma representatividade por parte dos entrevistados, onde os mesmos ressaltam opções facilitadas no agendamento, de modo a evitar enchentes nos postos de saúde.

“Alguns postos são desorganizados, já passei na pele por este problema, alguns deveriam adotar medidas que facilitasse o agendamento de consulta, de forma a que o paciente não

precisasse ter que se deslocar até a unidade, cria enchente desnecessária.” (E30).

“Olha atendendo ao número de cada município eu acho que na minha opinião que varia muito porque tem bairros que tem mais moradores e tem bairros que tem menos, então os bairros com mais moradores colocarem mais postos de saúde” (E42).

O agendamento online acaba dando mais agilidade no acesso aos serviços de saúde. Acaba dando uma resposta imediata ao usuário, e mais opções de escolhas para os mesmos.

Estudos indicam que o agendamento de consultas que atende as necessidades do usuário tende a aumentar o acesso aos serviços de saúde, otimizar o acompanhamento das condições clínicas, melhorar a qualidade, humanizar o atendimento e reduzir custos ao sistema de saúde. O módulo de agenda profissional permite que os profissionais registrem a marcação/cancelamento de consultas e outros compromissos no sistema, de modo a permitir a visualização de seus horários e disponibilidade. O módulo de agenda profissional se integra com o aplicativo. Conecte SUS Cidadão através de um sistema de agendamento online. O sistema de agendamento, por sua vez, irá notificar os respectivos cidadãos por meio do Conecte SUS Cidadão, permitindo a comunicação entre os usuários e os profissionais da equipe de saúde (POSTAL et al, 2021).

O aumento de mais unidades de saúde é um bem haja para as comunidades com um número elevados de populações. Facilita o acesso rápido dos usuários, e também preconiza ao profissional mais qualidade de trabalho.

O planejamento e a gestão das atividades primárias na Atenção Básica iniciam se com a análise situacional para identificar os problemas e definir as medidas a serem adotadas no território de abrangência (BRASIL, 2016).

## 5 CONCLUSÃO

A pesquisa, possibilitou expor parte da complexidade do processo migratório dos angolanos que se encontram na cidade de Criciúma/SC, apresentando suas experiências e desafios enfrentados para obter acesso ao SUS.

A pesquisa permitiu ter uma visão a saúde dos imigrantes, e ver a colaboração da política de saúde que acaba garantindo saúde direto para todos. Também acabou desencadeando os fenômenos que a situação acaba acarretando. Permitindo assim um tratamento melhor na vida desses imigrantes, visto que a pesquisa desencadeou uma serie de situações que os mesmos enfrentam, acabando por dar respostas aos profissionais da saúde para melhoria na relação com os usuários imigrantes.

O estudo demonstrou que os imigrantes angolanos consideram satisfatória a experiência com o sistema de saúde. Porém, os imigrantes indicaram alguns desafios e constrangimentos, destacando-se a demora no atendimento, a dificuldade para agendar consulta, situações preconceituosos como xenofobia, racismo e outros tipos de preconceito não especificados pelos mesmos.

Para se melhorar a problemática, foram feitas algumas sugestões, tais como: redução do tempo de espera para atendimento, aumentar o número de profissionais, facilitar o processo de agendamento de consultas, criando mecanismos de agendamento online, capacitação dos profissionais para lidar com os imigrantes, pois vindo de lugares diferentes acaba se tornando vulnerável a várias situações. Sugere-se também, que aos profissionais de saúde tenham mais empatia e respeito aos pacientes em geral, e a população estrangeira, em particular.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Nemésio. **A Saúde No Brasil, Impasses E Desafios Enfrentados Pelo Sistema Único De Saúde - SUS**. Pernambuco, 2013.

ANGOLA, Governo de Angola. **O Perfil de Angola**. Disponível em: <https://governo.gov.ao/ao/angola/o-perfil-de-angola/>. Acessado em: 30, Abril 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos SUS: **A Saúde Do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde 2013. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 29, Volume II. 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento\\_caderno\\_atencao\\_primaria\\_n29.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf). Acesso em: 30 maio 2022.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. CONASS. Brasília. 1.ed., p.127, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 31 maio 2022.

BRASIL, Governo Brasileiro. **Saúde amanhã**. Desafios do SUS. **Fiocruz**. 2016. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/desafios-do-sus/#.YnCIGdrMLIU>. Acesso em: 30, Abril 2022.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde amanhã**. Desafios do SUS. **Fiocruz**, 2016. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/desafios-do-sus/#.YoGiV6jMJpl>. Acesso em: 12 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): Estrutura, princípios e como funciona**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>. Acessado em: 07 Abril de 2022.

BAHIA, Ligia. **Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente.** 2018. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/505/trinta-anos-de-sistema-unico-de-saude-sus-uma-transicao-necessaria-mas-insuficiente>>. Acessado em: 12, maio 2022.

BRASIL, Notícia R7. **Refugiado desconhece acesso ao SUS, aponta Ministério da Justiça.** 2021. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/brasil/refugiado-desconhece-acesso-ao-sus-aponta-ministerio-da-justica-26082021>>. Acesso em: 15, maio 2022.

BRASIL, Embaixada da República de Angola no Brasil. **Sobre Angola.** 2022. Disponível em: <[https://embaixadadeangola.com.br/?page\\_id=8286](https://embaixadadeangola.com.br/?page_id=8286)>. Acessado em: 02, maio 2022.

BRASIL, Ministério de Saúde. **Unidade de pronto atendimento UPA 24h.** 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h-1>>. Acesso em: 03, Maio 2022.

BRASIL, Nações Unidas. **OIM lança mapeamento sobre assistência em saúde mental para migrantes e refugiados. ONU.** 2022. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/141875-oim-lanca-mapeamento-sobre-assistencia-em-saude-mental-para-migrantes-e-refugiados>>. Acesso em: 15, maio 2022

BRASIL, Secretaria de Estado de Saúde. **SUS.** 2022. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/sus>>. Acessado em 02, maio 2022.

Brasil, Secretaria de Estado de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** 2022. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/sus>>. Acessado em: 24, Outubro 2022.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Temático Saúde da População.-**

Brasília. 2016. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico\\_saude\\_populacao\\_negra\\_v.\\_7.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v._7.pdf)> Acessado em: 25, Outubro 2022

Brasil, Programa de Formação Continuada em ouvidoria. **Atendimento em ouvidoria.** 2019. Disponível em: < <https://www.gov.br/ouvidorias/pt-br/ouvidorias/capacitacao/material-do-aluno-curso-atendimento-em-ouvidoria.pdf>>. Acessado em: 25, Outubro 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.-** Brasília. 2010. Disponível em: < [https://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/politicanacional\\_saudeintegral\\_lgbt.pdf](https://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/politicanacional_saudeintegral_lgbt.pdf)>. Acessado em: 24, Outubro 2022.

BRASIL, Conselhos Regionais. **MANUAL DE FISCALIZAÇÃO Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.-** Brasília. 2019. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/10/resolu%C3%A7%C3%A3o-617-2019-anexo-manual-de-fiscaliza%C3%87%C3%83o-do-sistema-alterado-pela-errata-do-manual-de-fiscaliza%C3%87%C3%83o.pdf>> Acessado em: 26, Outubro 2022.

Brasil, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PROGRAMA SAÚDE NA HORA.** 2020. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/FAQSaudeNaHoranovo.pdf>>. Acessado em: 25, Outubro 2022.

BRASIL, **MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROMOÇÃO DA SAÚDE.** 2021. Disponível em: <[https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/doc/promocao\\_saude\\_aproximacoes\\_tema\\_05\\_2021.pdf](https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/doc/promocao_saude_aproximacoes_tema_05_2021.pdf)>. Acessado em: 28, Novembro 2022.

CANECA, A. M. J; CHAXIMBE, O. M; SARRETA, F. O. **Sistema de Saúde em Angola**: Contextualização, Princípios e Desafios. Universidade Católica de Angola, Luanda, L.D, Angola. 2021.

CDD, Crônicas do Dia a Dia. **Saúde Pública**. 2019. Disponível em: <<https://cdd.org.br/noticia/saude-publica/o-que-e-saude-publica/>>. Acesso em 02, maio 2022.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Desafios do SUS**. 2019. Disponível em:< <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>>. Acessado em: 22, Outubro 2022.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para Entender a Gestão do SUS**. 2003. Disponível em:< [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf)>. Acessado em: 22, Outubro 2022.

COUNTRYMETER. **População de Angola: Relógio da População de Angola**. Disponível em: <https://countrymeters.info/pt/Angola>. Acessado em: 01, Maio 2022.

CPLP, Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. **Estados-Membros**. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-2595.aspx>. Acesso em: 02 maio, 2022.

DIAS, Simões. **Estratégias para gerar melhorias na gestão da saúde pública e exemplos de sucesso**. 2022. Disponível em: < <https://blog.houer.com.br/melhorias-na-gestao-da-saude-publica/>>. Acessado em: 26, Outubro 2022.

DIRINGS, Karin. **Satisfação e atendimento da saúde pública no município de não-me-toque/rs**. 2013. Disponível em: < [https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/1578/Dirings%20\\_Karin\\_Guilhermina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/1578/Dirings%20_Karin_Guilhermina.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acessado em: 25, Outubro 2022.

EEP, Escola de Educação Permanente. **SUS: A importância do sistema público no Dia Mundial da Saúde.** 2021. Disponível em: <https://eephcfmusp.org.br/porta1/online/sus/>. Acesso em: 02, Maio 2022.

FILHO, R.F; & SANTANA, R.N. **Direito fundamental à saúde no SUS e a demora no atendimento em cirurgias eletivas.** 2016. Disponível em: <<https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/2576/pdf>>. Acessado em: 31, Outubro 2022.

FONTES, C. M. B. et al. **Manual De Humanização Em Saúde.** 2017. Disponível em:<<https://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2017/12/Humanizacao1.pdf>>. Acessado em: 24, Outubro 2022.

FONSECA, F. L. A. et al. **Análise dos índices de qualidade do serviço de saúde prestado no serviço público e privado de Angola.** Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil. 2016.

FERREIRA, D.G; DETONI, S.P.P. **Saúde e migrações no sul do Brasil:** demandas e perspectivas na educação em saúde. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/6jbDHMM4DPGxjNBmXhjW3ms/>. Acessado em 22, Outubro 2022.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

FMB, Federação Médica Brasileira. **Conheça o “SUS” de outros cinco países.** 2016. Disponível em: <https://portalfmb.org.br/2016/06/27/conheca-o-sus-de-outros-cinco-paises/>. Acesso em: 22, Outubro 2022.

FURTADO, Sofia. **Migrações Angolanas.** 2020. Disponível em: <[https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/mig\\_angolanas/mig\\_angolanas.pdf](https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/mig_angolanas/mig_angolanas.pdf)>. Acessado em: 30, Maio 2022.

GAINO, L. V. et al. **O Conceito de saúde mental para profissionais de saúde** : Um Estudo Transversal e qualitativo. v. 14, n. 2, p.108 - 116, 2018.

GARCIA, P. T. et al. **Saúde e sociedade**. (Org), São Luís: EDUFMA, 2015.

GERHARDT, T.E; SILVEIRA, D.E. **Métodos de pesquisa**. 2009. Disponível em:<<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/213838/000728731.pdf?sequ>>. Acessado em: 28, Novembro 2022.

GIL, Lima. **Tipos De Pesquisa**. 2008. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/ecb/files/2009/09/Tipos-de-Pesquisa.pdf>>. Acessado em: 10, maio 2022.

GIOVANELLA, L.; MACHADO, C.V. **Sistema universal de saúde e cobertura universal**: desvendando pressupostos e estratégias. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/?lang=pt>. Acessado em: 29, maio 2022.

GRANADA, D. et al. **Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana**. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/yfr5qb3hxs9zdyfvkbhrbgc/?lang=pt>>. Acessado em: 01, junho 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. 2021. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/criciuma.html>>. Acessado em: 14 maio 2022.

JÚNIOR, A.F.B; JÚNIOR, N.F. **A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos**. 2011. Disponível em: <[https://met2entrevista.webnode.pt/\\_files/200000032-64776656e5/200-752-1-PB.pdf](https://met2entrevista.webnode.pt/_files/200000032-64776656e5/200-752-1-PB.pdf)>. Acessado em: 03, junho 2022.

LABOISSIÉRE, Paula. **Quase 90% dos Brasileiros Consideram saúde Péssima, Ruim ou Regular.** 2018. Disponível em: <  
<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-06/para-89-dos-brasileiros-saude-e-considerada-pessima-ruim-ou-regular#:~:text=Tamb%C3%A9m%20s%C3%A3o%20vistos%20como%20vil%C3%B5es,completam%20o%20topo%20do%20ranking>>. Acessado em: 22, Outubro 2022.

LAVRAS, Carmen. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil.** 2011. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/?format=pdf&lang=pt>.  
 Acessado em: 31 maio 2022.

MACÊDO, Dartagnan. **A importância do sistema único de saúde brasileiro para o enfrentamento de emergências de saúde pública.** Revista de administração hospitalar e inovação em saúde. Belo Horizonte, MG, v.17, n.2, p.13 – 21, ago., 2020.

OIM, Organização Internacional para as Migrações. **O Protocolo de Assistência a Migrantes em Situação de Vulnerabilidade.** 2018. Disponível em:  
[https://www.unodc.org/documents/humantrafficking/GLOACT/OIM\\_Protocolo\\_1.pdf](https://www.unodc.org/documents/humantrafficking/GLOACT/OIM_Protocolo_1.pdf)>.  
 Acesso em: 01, junho 2022.

OLIVEIRA, M. DOS S. DE; ARTMANN, E. Características da força de trabalho médica na Província de Cabinda, Angola. **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, Rio de Janeiro, EJ, Brasil. 2009.

OLIVEIRA, Antonella. **Definições de objetivo em pesquisa acadêmica.** 2019. Disponível em: <  
[finicoes-de-objetivo-em-pesquisa-academica/#:~:text=Pesquisa%20descritiva%3A%20o%20objetivo%20aqui,conclusões%20acerca%20do%20levantamento%20realizado](https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/?format=pdf&lang=pt)>. Acessado em: 10 maio 2022.

PADILLA, Beatriz. **Saúde dos imigrantes:** multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/remhu/a/YdNVZKD8wtn4bsZhDQmz4Pk/?format=pdf&lang=p>.  
Acessado em: 02 junho 2022.

PADILHA, M. A.; FORTES P.A.C.; RIBEIRO H. **Saúde global**. 2019. Disponível em:  
<file:///C:/Users/User/Downloads/30-77-PB.pdf>. Acessado em: 03, junho 2022.

PAIM, Jairnilson. **SUS: Desafios e Perspectivas**. 2019. Disponível em:  
[https://www.conass.org.br/consensus/wpcontent/uploads/2019/04/Artigo\\_consensus\\_1.pdf](https://www.conass.org.br/consensus/wpcontent/uploads/2019/04/Artigo_consensus_1.pdf). Acessado em 29 abril 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.

POSTAL, L. et al. **Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil**. 2021. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/csc/a/xMLGMTVS8LXJhyYYMfQkRtq/?lang=pt&format=pdf>>.  
Acessado em: 24, Outubro 2022.

RAMOS, Mayanne. **A unidade de pronto atendimento - Upa 24h e sua inserção no contexto da rede de atenção à saúde (RAS): Um relato do projeto de intervenção**. 2019. Disponível em:  
<<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/20750/1/PDF%20-%20Mayanne%20Maria%20Bezerra%20Ramos.pdf>>. Acessado em: 03, maio 2022.

RODRIGUES, T.D.F.F; OLIVEIRA, G.S; SANTOS, J.A. **AS PESQUISAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS NA EDUCAÇÃO**. 2021. Disponível Em:<  
[file:///C:/Users/User/Downloads/49-Texto%20do%20artigo-151-1-10-20211225%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/49-Texto%20do%20artigo-151-1-10-20211225%20(1).pdf)>. Acessado em: 28, Novembro 2022.

SANTOS, H. S.; MEDEIROS, A. A. **Migração e acesso aos serviços de saúde: a necessidade da pauta intercultural para o cumprimento dos direitos humanos**. 2022.

Disponível em: <http://www.inscricoes.fmb.unesp.br/upload/trabalhos/20177311134.pdf>. Acessado em: 13, maio 2022.

SANTOS, Fabiane. **A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas.** 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/58z9csfWSTJnw9dnqnvfmfQb/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: 29, maio 2022.

SANTOS, H.S; & MADEIROS, A.A. **Migração e acesso aos serviços de saúde: a necessidade da pauta intercultural para o cumprimento dos direitos humanos.** 2017. Disponível em: <https://www.inscricoes.fmb.unesp.br/upload/trabalhos/20177311134.pdf>. Acessado em: 24, Outubro 2022.

SCHLIEMANN, A.L.; SOUZA, G.L.; FIGUEIREDO, I.V. **Preconceito e saúde: uma relação que precisa ser cuidada.** 2020. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rfcms/article/view/51572>. Acessado em: 31, Outubro 2022.

SILVA, A.H. et al. **Análise de conteúdo: fazemos o que dizemos? Um levantamento de estudos que dizem adotar a técnica.** 2013. Disponível em: [http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2013\\_EnEPQ76.pdf](http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2013_EnEPQ76.pdf). Acessado em: 02 junho 2022.

SILVA, Allan. **Mobilidade do capital e imigração entre Brasil e Angola: dinâmicas territoriais no Sul global no início do século XXI.** 2020. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/tempohistoricos/article/view/24935>. Acessado em: 30 maio 2022.

SHIMAZAKI, Maria. **Atenção Primária à saúde**. 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3972.pdf>. Acesso em: 30, maio 2022.

SORATTO, Jacks, PIRES, Denise Elvira Pires de and FRIESE, Susanne. **Thematic content analysis using ATLAS.ti software: Potentialities for researchs in health**. Revista Brasil. 2016. **Gestão e Avaliação na Atenção Básica**. Disponível em:< <https://unarus.ufsc.br/atencaoBasica/files/2017/10/Gest%C3%A3o-e-Avalia%C3%A7%C3%A3o-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilovepdf-compressed.pdf>>. Acessado em: 26, Outubro 2022.

SOUZA, L; HOKAMA, P; HOKAMA, N. **A empatia como instrumento para a humanização na saúde: concepções para a prática profissional**. 2020. Disponível em: [file:///c:/users/user/downloads/07+a+-+dossi%c3%aa+-+a+empatia+como+instrumento+para+a+humaniza%c3%87%c3%83o+na+sa%c3%9ade%20\(1\).pdf](file:///c:/users/user/downloads/07+a+-+dossi%c3%aa+-+a+empatia+como+instrumento+para+a+humaniza%c3%87%c3%83o+na+sa%c3%9ade%20(1).pdf)>. Acessado em: 26, Outubro 2022.

SOUZA, Larissa. **ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELO ESTRANGEIRO**. 2016. Disponível em:< <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/10621/1/21236798.pdf>>. Acessado em: 26, Outubro 2022.

VICENTE, M. T. et al. **Análise dos índices de qualidade do serviço de saúde prestado no serviço público e privado de Angola**. J. Hum. Growth Dev. vol. 26 no. 2 São Paulo, 2016.

VINUTO, Juliana. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto**. Temáticas, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014.

RODRIGUES, K. P.; AREOSA, S. V. C.; BRANDT, G. B. **Política pública de saúde e o acesso de imigrantes aos serviços da rede de atenção primária à saúde (APS)**. 2021. Disponível em:< <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidr/article/viewFile/21260/119261345>



## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### Dados do participante

Idade:

Escolaridade

Curso

Estado Civil:

Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )

Profissão:

Tempo de residência no Brasil:

### Entrevista

1 Você já foi passou por alguma situação que precisou procurar um serviço de saúde em Criciúma/SC? Fale como foi essa experiência.

2 Durante sua residência no Brasil, você enfrentou ou enfrenta alguma dificuldade/problema para ter atendimento de saúde? Fale sobre essa dificuldade

3 Você já sofreu algum tipo de preconceito/racismo enquanto teve atendido na Unidade de Saúde [Posto de saúde]? Detalhe a situação

4 Na sua opinião, qual seria sua sugestão para melhorar a Unidades de Saúde [posto de saúde] em Criciúma?

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Título da Pesquisa: Acesso de Imigrantes Angolanos ao Sistema Único de Saúde no Município de Criciúma/SC

**Objetivo:** Analisar o acesso dos imigrantes angolanos no Sistema Único de Saúde do município de Criciúma/SC.

**Período da coleta de dados:** 01/08/2022 a 30/09/2022

**Tempo estimado para cada coleta:** 20 minutos

**Local da coleta:** Cidade de Criciúma, a entrevista será por via meet e ou presencial.

**Pesquisador/Orientador:** Jacks Soratto

**Telefone:** (48) 9934-7881

**Pesquisador/Acadêmico:** Alda Leonilde Mariano Constantino

**Telefone:** (48) 99653-0790

9º fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que: Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa. Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames. Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012). Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012). Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

<b>DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA</b>
Aplicação de questionário e entrevista
<b>RISCOS</b>
Os riscos ao desenvolver a pesquisa constituem em possíveis desconfortos emocionais durante a realização da entrevista ou aplicação do questionário, sendo amenizado pela garantia de desistência a qualquer momento da pesquisa. Será ofertado suporte emocional caso necessite inicialmente pelos pesquisadores envolvidos, referenciado o Centro de Valorização da Vida (CVV) pelo número 188 ou ainda indicado o serviço de psicologia das Clínicas Integradas da UNESC.
<b>BENEFÍCIOS</b>
A pesquisa poderá oportunizar benefícios no tocante a melhoria e ampliação do acesso na APS para imigrante.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me

ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C. Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal). Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o Professor orientador: Jacks Soratto pelo telefone (48) 9934-7881 e/ou pelo e-mail jacks@unesc.net. Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página). O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

<b>ASSINATURAS</b>	
<b>Voluntário(a)/Participante</b>	<b>Pesquisador(a) Responsável</b>
<hr/> <b>Assinatura</b>	 <hr/> <b>Assinatura</b>
<b>Nome:</b> _____ <b>CPF:</b> _____	<b>Nome: Jacks Soratto_</b> <b>CPF: 007.674.729-85</b>

Criciúma (SC), \_\_ de \_\_\_\_ de 2022.

## Anexo A – Carta de Aceite da ASSAC

### CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar Clique aqui para digitar setor, banco de dados, prontuário, etc. da Instituição Associação dos Estudantes Angolanos em Criciúma – Universidade do Extremo Sul Catarinense, pinheirinho-1105, sala 22 bloco administrativo, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada **\*ACESSO DE IMIGRANTES ANGOLANOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC \*** sob a responsabilidade do professor(a) responsável Jacks Soratto e pesquisador(s) Aida Leonilde Mariano Constantino, acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.



Nome do Responsável pela instituição/empresa

Cargo do Responsável

## Anexo B – Folha de Rosto Para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP  
**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

1. Projeto de Pesquisa: Acesso de imigrantes angolanos as Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma/SC			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 348			
3. Área Temática: Saúde Coletiva			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Jacki Soratto			
6. CPF: 007.674.729-85	7. Endereço (Rua, n.º): Rua João de Rocha, 206 Estação Cocal Casa MORRO DA FUMACA SANTA CATARINA 88830020		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (48) 9834-7881	10. Outro Telefone:	11. Email: jackisoratto@hotmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>11</u> / <u>07</u> / <u>2022</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: Universidade do Extremo Sul Catarinense	13. CNPJ: 83.661.074/0001-04	14. Unidade/Órgão: Curso de Enfermagem	
15. Telefone: (48) 3431-2723	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Paulo Ioppi Tugna</u>	CPF: <u>030454929-02</u>		
Cargo/Função: <u>coordenador curso de enfermagem</u>			
Data: <u>12</u> / <u>07</u> / <u>2022</u>	 Prof. Esp. Ms. Paulo Ioppi Tugna COREN-SC 100744 Coordenador do Curso de Enfermagem - UDESC Assinatura		
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

## Anexo B – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE DO EXTREMO  
SUL CATARINENSE - UNESC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Acesso de imigrantes angolenses as Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma/SC

**Pesquisador:** Jacky Soratto

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 60879022.8.0005.0119

**Instituição Proponente:** Universidade do Extremo Sul Catarinense

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.552.123

#### Apresentação do Projeto:

O referido Projeto apresenta todos os quesitos exigidos por este comitê para o desenvolvimento da pesquisa com relevância a serem investigados.

#### Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos apresentados tem relevância durante a investigação dos autores(as) e seguem descritos: a) Caracterizar os imigrantes angolenses; b) Descrever a percepção dos angolenses sobre o sistema de saúde no Brasil; c) Avaliar o acesso a saúde dos angolenses.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão descritos em Considerações éticas e seguem respeitando as solicitações deste comitê apresentando como risco ao desenvolver a pesquisa constituem em possíveis desconfortos emocionais durante a realização de entrevistas ou aplicação do questionário, sendo amenizado pela garantia de desistência a qualquer momento da pesquisa. Será oferecido suporte emocional caso necessário inicialmente pelos pesquisadores envolvidos, referenciado o Centro de Valorização da Vida (CVV) pelo número 188 ou ainda indicado o serviço de

psicologia das Clínicas Integradas da UNESC. A pesquisa poderá oportunizar benefícios no local de melhoria e ampliação do acesso as APS para imigrante.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estão contempladas todas as itens obrigatórios no projeto de forma clara e objetiva.

Endereço: Avenida Universitária, 1.100

Bairro: Universitário

CEP: 89.004-900

UF: SC Município: Criciúma

Telefone: (47)3101-0000

E-mail: cca@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO  
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Form. 1.001.023

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos informados:

**Recomendações:**

Mantém este comitê informado caso haja alguma substituição de conduta na alteração do projeto de pesquisa durante o seu desenvolvimento.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais e critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO P RGUETO_1001004.pdf	12/07/2022 09:45:57		Aceito
Folha de Rosto	folhademais.pdf	12/07/2022 09:45:21	Jackie Soratto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Institucional	projeto1001023.docx	11/07/2022 07:34:23	Jackie Soratto	Aceito
Declaração de instituição e Instituidora	cartadeassinis.docx	11/07/2022 07:23:16	Jackie Soratto	Aceito
TCE / Termos de Assessoramento / Justificativa de Assinência	tce.docx	11/07/2022 07:22:32	Jackie Soratto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Avenida Universitária, 1.105  
Bairro: Universidade CEP: 89.000-000  
UF: SC Município: CRICUMÁ  
Telefone: (48)3021-2608 E-mail: cetic@unesc.net

Página 10 de 10

UNIVERSIDADE DO EXTREMO  
SUL CATARINENSE - UNESC



Contribuição de Pessoa: R\$ 800,00

CRICIUMA, 29 de Julho de 2022

---

Assinado por:  
Marco Antônio da Silva  
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Universitária, 1.100  
Bairro: Universitário CEP: 88.904-900  
UF: SC Município: Criciúma  
Telefone: (48)325-3000 E-mail: catco@unesc.br

Assinatura (R)