



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ÓSCAR SOUSA DOMINGOS

**O ACESSO À SAÚDE DE MIGRANTES ANGOLANOS EM
LONDRINA/PR E SUA INTERFACE COM A ESCOLARIDADE**

Londrina
2022

ÓSCAR SOUSA DOMINGOS

**O ACESSO À SAÚDE DE MIGRANTES ANGOLANOS EM
LONDRINA/PR E SUA INTERFACE COM A ESCOLARIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Líria Maria Bettiol Lanza

Londrina
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Sousa Domingos, Óscar.

O acesso à saúde de migrantes angolanos em Londrina/PR e sua interface com a escolaridade / Óscar Sousa Domingos. - Londrina, 2022.
234 f. : il.

Orientador: Líria Maria Bettiol Lanza.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2022.

Inclui bibliografia.

1. Migração angolana - Tese. 2. Brasil - Tese. 3. Saúde - Tese. 4. Escolaridade - Tese. I. Bettiol Lanza, Líria Maria. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.

CDU 36

ÓSCAR SOUSA DOMINGOS

**O ACESSO À SAÚDE DE MIGRANTES ANGOLANOS EM
LONDRINA/PR E SUA INTERFACE COM A ESCOLARIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Líria Maria Bettiol Lanza
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Amor António Monteiro
Universidade Católica de Angola – UCAN

Prof.^a Dr.^a Ana Lorena Bruel
Universidade Federal do Paraná – UFPR

Londrina, 09 de agosto de 2022.

AGRADECIMENTOS

Os meus votos de gratidão vão, primeiramente, para os meus pais, Eduardo Mbembua Domingos (*in memoriam*) e Francisca Nachimela, por tudo quanto fizeram por mim. Jamais conseguirei dimensionar a luta que travaram para que eu chegasse até aqui e hoje poder dizer: **ONJONGOLE YATENLISSIWA.**

Agradeço aos meus irmãos Mateus Sousa, Maria Verônica Sousa, Cesário Sousa, Moises Tchissingui e Melânia Nazaré, pela confiança e esperança que sempre depositaram em mim.

Agradeço a minha esposa e companheira, Ísis Dialundama, pela amizade, suporte, e pela renovação que encontro em sua pessoa.

À respeitável Prof.^a Dr.^a Líria Maria Bettioli Lanza, que com mestria, paciência, senso crítico e equilíbrio, orientou-me de forma incansável. Serei eternamente grato pelo acolhimento e, sobretudo, por ter acreditado em mim. Que Ngana Nzambi a proteja!

Ao Prof. Dr. Amor António Monteiro e a Prof.^a Dr.^a Ana Lorena Bruel, por aceitarem fazer parte desta banca examinadora, e por terem apresentado contribuições importantíssimas na banca de Qualificação. O trabalho final que aqui apresento tem também a vossa participação direta.

Aos angolanos, membros da Associação dos Angolanos em Londrina (AAL), que contribuíram de forma direta ou indireta para esta pesquisa – com particular destaque para aqueles que participaram das entrevistas e responderam ao questionário/formulário aplicado. Esta pesquisa é sobre nós. Portanto, é parte da nossa história enquanto migrantes.

Aos integrantes do grupo de pesquisa Serviço Social e Saúde: formação e exercício profissional – UEL (SerSaúde/UEL) – de forma particular a Prof.^a Dr.^a Evelyn Secco Faquin, e os colegas João Ricardo Lemes e Larissa Mattos Diniz - , pelas contribuições que me ajudaram a melhor estruturar o então projeto de pesquisa.

A todo corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina (PPGSER/UEL).

Aos amigos, Tomás Bambi, Edivaldo Lisboa, Marc Donald “Kili”, Saidney Voyi, Dominique Antoine, que independentemente de suas origens e crenças,

me acompanharam neste período de formação.

À Luísa Filho “Mwana Ngola”, irmã angolana, que desde o início desta pesquisa se prontificou em dialogar comigo sobre os aspectos da migração angolana no Brasil, além de ter disponibilizado materiais específicos que me ajudaram a estabelecer a presente discussão. Guerreira Mwana Ngola, muito obrigado por tudo. Etu Mu Dietu!

À Itamires Lima Santos Alcantara – uma grande inspiração para minha pessoa - pela parceria enquanto Representantes Discentes do PPGSER/UEL, e pelos contributos dados para a pesquisa aqui desenvolvida.

Aos demais amigos e colegas que de forma indireta contribuíram para este trajeto, o meu muito obrigado.

Eu sou do kimbu, foi lá que eu fiz minha quarta classe
Eu hoje vim para a cidade, sou mais um privilegiado
Eu sou do kimbu, foi lá que eu fiz minha quarta classe
Hoje vim para a cidade, sou mais um homem privilegiado

Com sacrifício e vontade, eu hoje estou na faculdade
Vou poder fazer saber que homem do kimbu não tem cabeça no ar

Cabeça no ar, como alguns tentavam apregoar
Que homem do kimbu só quer mulheres, vinho e farra
E ainda por cima, quer também mandar

Que saudade que eu tenho quando vejo o meu kimbu
Que tristeza que eu sinto, tanta gente ignorada

Sou da sanzala, foi lá que eu fiz minha quarta classe
Eu hoje vim para a cidade, sou mais um privilegiado
Com muito amor e vontade, eu hoje estou na faculdade
Vou poder fazer saber que o da sanzala não tem cabeça no ar

Cabeça no ar, como alguns tentavam apregoar
Que homem do kimbu só quer mulheres, vinho e farra
E ainda por cima, quer também mandar

Que tristeza que eu sinto, tanta gente humilhada
Que saudade quando eu me lembro do meu kimbu, tanta gente linda

Que tristeza que eu sinto, tanta gente humilhada
Que tristeza que eu sinto, tanta gente ignorada

Waldemar Bastos

SOUSA DOMINGOS, Óscar. **O acesso à saúde de migrantes angolanos em Londrina/PR e sua interface com a escolaridade**. 2022. 234f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

RESUMO

Enquanto fenômenos sociais, os processos migratórios têm acompanhado o desenvolvimento do capitalismo monopolista, que se relaciona estreitamente com os fluxos financeiros, mercado de trabalho e mobilidade da força de trabalho, na medida em que tal aceleração traz consigo fatores estruturais de mobilidade como crises políticas e ambientais, defasagens entre os níveis de desenvolvimento humano, generalização da emissão do passaporte, etc. Os fluxos migratórios contemporâneos demonstram o aumento dos movimentos em direção e/ou entre os países do Sul Global, sendo o Brasil um importante espaço de instalação ou de trânsito de migrantes do Sul Global. Os fluxos migratórios de angolanos em direção ao Brasil – que ao longo do tempo decorreram em função de diversas modalidades migratórias - representam uma das mais expressivas e constantes na formação da diáspora africana no Brasil. No caso específico de Londrina/PR, constata-se que a migração angolana ocorre, fundamentalmente, por questões acadêmicas. Neste sentido, a presente pesquisa teve como objetivo geral analisar a interface entre a escolaridade dos migrantes angolanos em Londrina/PR e o acesso aos serviços de saúde. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, e os seus procedimentos metodológicos foram organizados em quatro momentos: revisão bibliográfica, levantamento documental, pesquisa de campo, e descrição e análise de dados. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada realizada com migrantes angolanos, formados ou em formação nas universidades brasileiras, e residentes em Londrina/PR em um período não inferior a quatro anos; e aplicação de questionário semiestruturado aos migrantes angolanos residentes em Londrina/PR e membros da Associação dos Angolanos em Londrina (AAL). A pesquisa demonstrou que, no processo de reterritorialização dos migrantes angolanos em Londrina/PR, há fatores que condicionam o acesso destes aos serviços de saúde no Brasil. Os elementos que condicionam o acesso dos migrantes angolanos em Londrina/PR estão ligados à coexistência – no processo migratório - de dois sistemas de saúde (SUS e SNS) que, apesar de apresentarem semelhanças nos seus princípios estruturantes (como por exemplo, a universalização, equidade, etc.), apresentam formas distintas de funcionamento; ao conceito de saúde-doença construído socialmente por estes migrantes; e o recurso à medicina tradicional. Contudo, os resultados obtidos evidenciam que a interface entre a escolaridade e o acesso aos serviços de saúde fundamenta-se nas implicações que a inserção dos migrantes angolanos em Londrina/PR no ambiente acadêmico tem para o acesso destes aos serviços de saúde brasileiros. Ou seja, o ambiente acadêmico representa um espaço privilegiado que proporciona melhor compreensão da saúde, do funcionamento do SUS e, conseqüentemente, o acesso às informações que impulsionam o acesso aos serviços de saúde – ou os serviços públicos no geral.

Palavras-chave: Migração angolana; Brasil; Saúde; Escolaridade.

SOUSA DOMINGOS, Óscar. **Access to health for Angolan migrants in Londrina/PR and its interface with schooling**. 2022. 234f. Dissertation (Master's in Social Work and Social Policy) – Center for Applied Social Studies, State University of Londrina, Londrina, 2022.

ABSTRACT

As social phenomena, migration processes have accompanied the development of monopoly capitalism, which is closely related to financial flows, labor market and labor force mobility, to the extent that such acceleration brings structural factors of mobility as political and environmental crises, gaps between levels of human development, generalization of passport issuance, etc. Contemporary migration flows show an increase in movements toward and/or between the countries of the Global South, with Brazil being an important space for the settlement or transit of migrants from the Global South. The migratory flows of Angolans toward Brazil - which over time have occurred due to several migratory modalities - represent one of the most expressive and constant in the formation of the African diaspora in Brazil. In the specific case of Londrina/PR, it appears that Angolan migration occurs, fundamentally, for academic reasons. In this sense, the present research had as a general objective to analyze the interface between the schooling of Angolan migrants in Londrina/PR and access to health services. This was a qualitative research, and its methodological procedures were organized in four moments: literature review, document survey, field research, and data description and analysis. The data were collected through semi-structured interviews carried out with Angolan migrants, graduated or in training in Brazilian universities, and residing in Londrina/PR for a period of not less than four years; and application of semi-structured questionnaire to Angolan migrants living in Londrina/PR and members of the Association of Angolans in Londrina (AAL). The research demonstrated that, in the process of reterritorialization of Angolan migrants in Londrina/PR, there are factors that condition their access to health services in Brazil. The elements that condition the access of Angolan migrants in Londrina/PR are linked to the coexistence - in the migration process - of two health systems (SUS and SNS) that, despite presenting similarities in their structuring principles (such as universalization, equity, etc.), present different ways of functioning; to the concept of health-disease socially constructed by these migrants; and the use of traditional medicine. However, the results obtained show that the interface between education and access to health services is based on the implications that the insertion of Angolan migrants in Londrina/PR in the academic environment has for their access to Brazilian health services. That is, the academic environment represents a privileged space that provides better understanding of health, the functioning of the SUS and, consequently, access to information that boosts access to health services - or public services in general.

Keywords: Angolan migration; Brasil ; Health; Schooling.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização de Angola no mapa mundial.....	68
Figura 2 - Mapa político-administrativo de Angola.....	72

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	– Tendência global de migração (em milhões).....	39
Gráfico 2	– Estoques de migrantes internacionais em 2020 (em milhões)	39
Gráfico 3	– Distribuição da imigração africana no Brasil nos períodos de 1531-1575 e 1851-1855	52
Gráfico 4	– Proporção do estoque de migrantes internacionais no Brasil, em relação a população (em %).....	63
Gráfico 5	– Evolução do número de migrantes angolanos registrados no Brasil de 2010 a 2019.....	65
Gráfico 6	– Distribuição dos migrantes africanos atendidos pela Missão Paz em 2016	93
Gráfico 7	– Distribuição dos migrantes angolanos no Brasil por sexo de 2010 a Mar/2020	96
Gráfico 8	– Distribuição dos tipos de vistos dos migrantes angolanos no Brasil de 2010 a Mar/2020	99
Gráfico 9	– Distribuição da faixa etária dos migrantes angolanos no Brasil de 2000 a março de 2020.....	102
Gráfico 10	– Distribuição dos migrantes angolanos em Londrina-PR de acordo com o sexo e estado civil	136
Gráfico 11	– Tipos de vistos concedidos aos migrantes angolanos em Londrina/PR de 2000 a março de 2020	137
Gráfico 12	– Distribuição dos migrantes angolanos em Londrina/PR de acordo com a província de origem	138

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Perfil dos participantes da pesquisa.....	26
Tabela 2	– Principais períodos da migração internacional no Brasil	47
Tabela 3	– Demonstração da evolução da população Brasileira, de acordo com a cor, de 1872 a 1991.....	54
Tabela 4	– Estimativa de chega de escravizados africanos no Brasil (de acordo com a região) entre os períodos de 1701-1710 e 1801 a 1810	57
Tabela 5	– Principais nacionalidades dos imigrantes no Brasil de 2010 a 2018	61
Tabela 6	– Distribuição do montante total dedicado à educação em Angola, em 2021 (valores em Kwanza)	82
Tabela 7	– Distribuição anual de migrantes angolanos no Brasil com Registro Nacional Migratório de 2010 a março de 2020	95
Tabela 8	– Solicitação de refúgio de migrantes em São Paulo de 2013 a Março de 2020	98
Tabela 9	– Níveis de prestação dos serviços de saúde em Angola.....	110
Tabela 10	– Estruturação do Sistema Nacional de Saúde e da Rede Sanitária de Angola em 2019	112
Tabela 11	– Níveis de atenção do Sistema Único de Saúde	121
Tabela 12	– Vínculo empregatício dos migrantes angolanos em Londrina/PR..	141
Tabela 13	– Tipos de serviços de saúde procurados pelos migrantes angolanos em Londrina/PR.....	159
Tabela 14	– Tipos de demanda em saúde dos migrantes angolanos em Londrina/PR nos últimos três anos	161
Tabela 15	– Frequência de realização de atividades físicas por parte dos migrantes angolanos em Londrina/PR	178
Tabela 16	– Autoavaliação da saúde dos migrantes angolanos em Londrina/PR	178

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Situação sociodemográfica e socioeconômicas de Angola.....	77
Quadro 2 – Estado civil dos migrantes angolanos no Brasil	102
Quadro 3 – Indicadores gerais de saúde em Angola	115
Quadro 4 – Dados da COVID-19 em Angola	115
Quadro 5 – Distribuição da migração angolana em Londrina-PR por sexo e estado civil, de 2000 a março de 2020.....	135

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACNUR	Alto-Comissário das Nações Unidas para os Refugiados
CCPM	Comissão Conjunta Política Militar
CONARE	Comitê Nacional para os Refugiados
CPF	Cadastro de Pessoa Física
DPF	Departamento de Polícia Federal
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
FESA	Fundação Eduardo dos Santos
FNLA	Frente Nacional de Libertação de Angola
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES	Instituição de Ensino Superior
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ME	Ministério da Economia
MEC	Ministério da Educação
MINSa	Ministério da Saúde de Angola
MPLA	Movimento Popular de Libertação de Angola
MRE	Ministério das Relações Exteriores
AAL	Associação dos Angolanos em Londrina
OBMigra	Observatório das Migrações Internacionais
OGE	Orçamento Geral do Estado
OIM	Organização Internacional para as Migrações
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEC-G	Programa de Estudantes-Convênio de Graduação
PIB	Produto Interno Bruto
PINADContínua	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua

PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PR	Paraná
PT	Partido dos Trabalhadores
RNE	Registro Nacional de Estrangeiros
RNM	Registro Nacional Migratório
SINCRE	Sistema Nacional de Cadastramento de Registro de Estrangeiros
SISMIGRA	Sistema de Registro Nacional Migratório
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAN	Universidade Agostinho Neto
UCAN	Universidade Católica de Angola
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UNITA	União Nacional para a Independência Total de Angola
US	Unidade Sanitária
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1 A MIGRAÇÃO ENQUANTO UM FENÔMENO SOCIAL MUNDIAL	30
1.1 MIGRAÇÃO INTERNACIONAL	30
1.1.1 Fluxos Migratórios Internacionais Contemporâneos E A Migração Sul-Sul	38
1.1.2 A Migração Internacional No Contexto De Pandemia.....	44
1.2 A MIGRAÇÃO INTERNACIONAL NO BRASIL E A FORMAÇÃO DA DIÁSPORA AFRICANA.....	47
1.2.1 Os Primeiros Fluxos Migratórios Internacionais Em Direção Ao Brasil.....	47
1.2.2 A Formação Da Diáspora Africana No Brasil: Do Tráfico Negro À Contemporaneidade	50
1.3 MIGRAÇÃO INTERNACIONAL CONTEMPORÂNEA NO BRASIL: DADOS E PERFIL DOS PRINCIPAIS IMIGRANTES NO BRASIL	58
2 ANGOLA: ASPECTOS HISTÓRICOS E A MIGRAÇÃO ANGOLANA NO BRASIL	67
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DE ANGOLA: DA COLONIZAÇÃO À CONTEMPORANEIDADE	67
2.2 A IMIGRAÇÃO ANGOLANA E O PERFIL DO FLUXO MIGRATÓRIO DE ANGOLANOS NO BRASIL	90
2.2.1 O Perfil Do Fluxo Migratório De Angolanos No Brasil	98
3 A POLÍTICA DE SAÚDE: CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE DE ANGOLA E DO BRASIL NA PERSPECTIVA DO ACESSO	106
3.1 O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DE ANGOLA (SNS)	107
3.1.1 Organização E Estruturação Do Sistema Nacional De Saúde De Angola (SNS).....	109
3.1.2 Indicadores De Saúde Em Angola.....	114
3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) DO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS E SUAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	116
3.2.1 Estruturação Do Sistema Único De Saúde (SUS): Aspectos Gerais Dos Níveis De Atenção E Financiamento Do SUS	118

3.3	A SAÚDE NO CONTEXTO MIGRATÓRIO: O ACESSO DOS MIGRANTES AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL	127
4	ACESSO À SAÚDE E A ESCOLARIDADE: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS DOS MIGRANTES ANGOLANOS EM LONDRINA/PR.....	132
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL MIGRATÓRIO DOS ANGOLANOS EM LONDRINA/PR.....	133
4.1.1	A Escolaridade E A Situação Profissional E Socioeconômica Dos Migrantes Angolanos Em Londrina/PR.....	139
4.2	O ACESSO DOS MIGRANTES ANGOLANOS À SAÚDE NOS SISTEMAS PÚBLICOS DE ANGOLA E DO BRASIL	147
4.3	CONDIÇÕES DE ACESSO DOS MIGRANTES ANGOLANOS EM LONDRINA/PR AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIROS.....	160
4.4	VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DOS MIGRANTES ANGOLANOS EM LONDRINA/PR SOBRE O FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE	166
4.5	VIVÊNCIA UNIVERSITÁRIA DOS MIGRANTES ANGOLANOS EM LONDRINA/PR: A RELAÇÃO ENTRE A ESCOLARIDADE E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	169
4.6	SAÚDE E A SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA DOS MIGRANTES ANGOLANOS EM LONDRINA/PR NO CONTEXTO DE PANDEMIA DA COVID-19	180
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	184
	REFERÊNCIAS.....	187
	APÊNDICE	217
	APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semiestruturado.....	218
	APÊNDICE B – Questionário	221
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	223
	ANEXOS	226
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.....	227

INTRODUÇÃO

Os fluxos migratórios de angolanos em direção ao Brasil são - ao longo da história de migração internacional no Brasil - um dos que vêm se mostrando constantes. Este fluxo migratório data do período de dominação colonial (REIS, 2000) – tanto de Angola quanto do Brasil - e se estende aos dias atuais (AYDOS, 2010), revelando assim a existência neste processo de diversas modalidades migratórias e outros tipos de mobilidade, como, por exemplo, a estudantil (FURTADO, 2020), e que possibilitam compreender a migração enquanto um fenômeno social (SASSEN, 2010).

Neste sentido, a análise em torno da migração angolana em direção ao Brasil e, particularmente, da permanência e acesso aos serviços públicos ofertados na sociedade brasileira representa uma tarefa de capital importância para mim, que além de pesquisador, faço parte dos processos migratórios de angolanos para o Brasil. Tomo a liberdade de exprimir as ideias - nesse e em outros parágrafos da parte introdutória do presente trabalho - na primeira pessoa, pois, envolve minha memória, vivência e trajetória enquanto estudante angolano no Brasil. Enquanto angolano, buscar estudar e compreender os meus compatriotas aqui no Brasil, revela um caráter muito simbólico para mim.

Minha vivência como angolano e o meu processo de reterritorialização enquanto estudante angolano formado em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) no âmbito dos acordos educacional e cultural entre Angola e o Brasil – por intermédio do Programa de Estudantes-Convênio de Graduação (PEC-G) - representa o ponto de partida dessa pesquisa, que traz a discussão sobre a migração angolana para o Brasil – em particular dos residentes em Londrina/PR - e sua relação com o Sistema Único de Saúde (SUS), na medida em que, ao permanecerem no Brasil, esses migrantes angolanos se referem sobre algumas limitações e avanços no acesso aos serviços de saúde em Londrina/PR. Em conversa com uma angolana, enfermeira de profissão, afirmou o seguinte:

como profissional de saúde, consigo notar a gritante diferença entre o sistema de saúde de Angola e do Brasil. A gratuidade dos serviços de saúde por aqui, de alguma forma, se faz sentir, diferentemente de Angola, onde os pacientes e seus familiares são obrigados a adquirirem materiais básicos como seringa, luvas e agulha. Apesar das longas filas de espera para um atendimento no SUS, o sistema funciona e ajuda bastante as famílias mais carenciadas. Para nós que viemos de um país com sérias debilidades no setor da saúde, o SUS é como se fosse uma tabua de salvação na busca por um atendimento médico (Migrante angolana, residente em Londrina/PR desde 2013).

Dado o novo fluxo migratório de angolanos para o Brasil – com particularidade para Londrina/PR -, bem como os pontos relatados por estes (se referindo ao acesso aos serviços de saúde) a partir da minha experiência com outros angolanos, fundamentaram o desejo de analisar o acesso à saúde dos migrantes angolanos em Londrina/PR e a sua interface com a escolaridade.

Ao apresentar os elementos que me levaram a realizar a presente pesquisa, partilho aqui um aprendizado que me foi passado na minha língua materna - o Umbundu¹. O referido ensinamento foi passado através de um ditado popular que ecoa nas terras do Centro Sul e Sul de Angola, fazendo menção à importância de se obter a narrativa dos acontecimentos históricos ou presentes a partir dos seus atores diretos. Neste sentido, em uma conversa, minha mãe afirmara: “*Olale vemi liuti eye wa kulihã o kulila kwolonjila*”. Traduzindo para o português, a minha mãe disse que: “*só quem dorme debaixo da árvore sabe o cantar dos pássaros*”. Tendo destacado a importância da língua nas relações estabelecidas entre os membros dos grupos étnicos em África (e não só), Kandanda (2016, s\p) destaca que:

A língua é o repositório da cultura, é o veículo da sabedoria e é a base sólida da identidade e da personalidade da pessoa humana. Por outro lado, a História é a narração crítica e pormenorizada de factos sociais, políticos, económicos, militares, culturais ou religiosos, que fazem parte do passado de um ou demais países ou povos – veiculada pelas Línguas.

Portanto, por ser angolano, vivenciando essa realidade, ter proximidade de fato com o grupo pesquisado permitiu-me verificar a interface entre a escolaridade e o acesso à saúde e, a partir daí, levantar elementos que compõem o acesso dos migrantes angolanos em Londrina/PR aos serviços de saúde.

Outros fatores que me levam a direcionar essa pesquisa aos angolanos são a questão do número de angolanos – que de acordo com o último registro da Associação dos Angolanos em Londrina/PR (AAL²) são aproximadamente 63 (sessenta e três) migrantes -; por responderem ao novo fluxo migratório de angolanos em direção ao Brasil (jovens formados ou em busca de formação nas

¹ Umbundu é uma língua africana banta falada pelo grupo étnico Ovimbundu. Localizados principalmente no centro sul, constituem 37% da população que habita o território que hoje se chama Angola.

² A Associação dos Angolanos em Londrina/PR (AAL) - Anteriormente Núcleo Associativo dos Angolanos em Londrina/PR (NAAL) -, foi fundada em maio de 2014, e tem como principal objetivo a congregação dos migrantes angolanos – estudantes, residentes permanentes e não só – em prol do bem estar da comunidade angolana. Responde diretamente ao Consulado Geral de Angola em São Paulo e conta com cerca de 63 associados.

universidades brasileiras); e a falta de estudos sobre a relação dos migrantes angolanos com o SUS. Na revisão bibliográfica realizada, parte expressiva dos estudos têm direcionado suas atenções ao entendimento apenas dos fatos geradores da migração angolana para o Brasil, deixando escapar a preocupação com as questões que condicionam a efetiva permanência desses migrantes em território brasileiro, a relação com os serviços públicos e, em particular, a relação dos migrantes angolanos com o SUS. Assim, creio que é necessário contribuir para a reflexão acadêmica sobre a migração angolana no Brasil - por meio de um estudo sobre o novo fluxo migratório dos angolanos e sua relação com o SUS – tomando como referência fundamental a escolaridade desses migrantes.

A partir da minha relação com os angolanos em Londrina/PR, vários aspectos chamaram-me a atenção no processo de reterritorialização desses migrantes, que apesar de serem migrantes escolarizados ou em busca de escolarização, a procura pelos serviços de saúde é condicionada por diversos fatores: apesar de reconhecerem a gratuidade efetiva dos serviços de saúde prestados no Brasil e deterem demais informações sobre a funcionalidade do SUS, os migrantes angolanos sinalizam que existem alguns elementos que condicionam o acesso aos serviços de saúde no Brasil. Neste sentido, concordamos com Faquin e Bettiol Lanza (2018) ao destacarem que, nos territórios de instalação, há a invisibilidade e não reconhecimento dos migrantes como sujeitos de direitos, e que apresentam particularidades e demandas específicas. Isto significa que, ainda prevalece a existência da barreira informacional que tende a implicar no ‘não acesso’ dos migrantes aos serviços de saúde (FAQUIN; BETTIOL LANZA, 2018).

A migração tem se mostrado um processo que acompanha a dinâmica da aceleração do capitalismo monopolista, que se relaciona estreitamente com os fluxos financeiros, mercado de trabalho e mobilidade da força de trabalho - “principalmente com o processo de industrialização provocada por este” (SANTOS et al., 2010, p. 12) -, na medida em que tal aceleração traz consigo fatores estruturais de mobilidade como crises políticas e ambientais, defasagens entre os níveis de desenvolvimento humano, generalização da emissão do passaporte, etc. (WENDEN, 2016), que têm elevado os fluxos internacionais de pessoas desde o final do século passado e início deste século.

Como aponta Dutra (2013, p. 32), os fluxos migratórios “[...] são

históricos e não um fenômeno recente, como se poderia pensar em decorrência da relevância mediática que na era atual da globalização as migrações detêm enquanto fato social que mobiliza fatores culturais, históricos, políticos e econômicos [...]”. Neste sentido, Wenden (2016, p. 18) aponta que:

No início do século XXI, as migrações internacionais alcançaram uma dimensão sem precedentes. Diferentemente do passado, porém, não são os europeus que emigram para o mundo. Ao contrário, em pleno declínio demográfico, a Europa tornou-se um dos primeiros destinos migratórios. Mas é o planeta inteiro que está em movimento, especialmente o Sul. Surgiram novos destinos, como os Estados do Golfo, o continente africano e alguns países asiáticos, enquanto os países outrora de partida passaram a ser de acolhida e de trânsito, como o Sul da Europa, mais tarde o México, a Turquia e os países do Noroeste da África (Magrebe).

Ao fazer uma análise em escala mundial, a autora aponta que as migrações são organizadas geograficamente em sistemas de migração complexos em determinada região. Uma região que é contemplada pela construção complementar que ocorre

[...] entre as zonas de partida e de acolhida que correspondem a proximidades geográficas; vínculos históricos, linguísticos e culturais; redes transacionais construídas pelos migrantes; e encontro de fatores de oferta (“pull”) e procura (“push”) de mão de obra que formam um espaço formal ou informal de circulação, acompanhando ou não de facilidades institucionais de passagem (WENDEN, 2016, p. 19).

Ou seja, como apontam Sousa Domingos e Bettiol Lanza (2021, p. 5), “[...] quando falamos sobre a migração internacional, não estamos apenas nos referindo aos movimentos de pessoas feitos em direção à outras fronteiras nacionais”: estamos diante de um processo diverso que contempla em sua estrutura – além dos fluxos de pessoas -, os fluxos de bens materiais e simbólicos, que se fixam em outros espaços nacionais pelas redes familiares, culturais e demais redes de contato (CHAVEZ ELORZA, 2018).

Ao tratarmos sobre a saúde no contexto migratório, torna-se indispensável uma breve discussão sobre a saúde global. A saúde global aprece no bojo do debate sobre a saúde no contexto migratório uma vez que o acesso aos serviços de saúde por um migrante representa, também, a relação entre diferentes sistemas de saúde. A discussão sobre a saúde global suscita tensões sobre o que de fato representa a saúde global. É neste sentido que Matta e Moreno (2014) absorvem contribuições de outros autores para conceituar a saúde global, admitindo a existência de outros sentidos que são predominantes no quadro da globalização

hegemônica. Assim sendo, Matta e Moreno (2014, p. 12) compreendem a saúde global como sendo “um construto social do campo científico e político em busca de estabilidade para impor-se como um novo paradigma na arena político-sanitária internacional”.

Essa provocação teórica nos remete à concepção que se tem da saúde global como um sistema de saúde que transborda as fronteiras dos Estados nacionais. Se por um lado, como destacado por Matta e Moreno (2014, p. 12-13), este sistema global de saúde conjectura “[...] harmonia, estabilidade e incremento da justiça social e sanitária para responder às necessidades de saúde global”, por outro, este sistema exclui dos debates a importância de se pensar em saúde não como uma questão genérica do ponto de vista teórico e prático, mas sim, como um sistema que contempla em sua estrutura as particularidades dos sistemas e práticas em saúde que se estabelecem em diversos territórios. Por fazerem parte do conjunto de processos sociais que se fixam em espaços concretos, as práticas em saúde apresentam relações diretas com o território. Nesta perspectiva, Ceccim (2005, p. 176) afirma que, os

territórios geram habitus e que não é simples e nem dependente de um simples ato de vontade a transformação que inclui a luta pelo amplo direito à saúde. À força de captura das racionalidades médico-hegemônica e gerencial hegemônica será preciso impor a necessidade da singularização, convocar permanentemente à fronteira dos territórios.

Para Gondim e Monken (2008), a utilização da categoria território em política de saúde, se fundamenta no processo de territorialização. Ou seja, uma territorialização que amplamente reorienta os saberes e demais práticas no campo da saúde, além de congrega a dimensão técnico-científica do diagnóstico e da terapêutica ou do trabalho em saúde. É a partir do processo de territorialização que, entre outros, se constroem a integralidade, humanizam-se e qualificam-se a atenção e gestão em saúde e a estruturação de um sistema e serviços com responsabilidade para com os impactos das práticas adotadas, podendo “expressar também pactuação no que tange à delimitação de unidades fundamentais de referência, onde devem se estruturar as funções relacionadas ao conjunto da atenção à saúde” (GONDIM; MONKEN, 2008, p. 396).

Com base nas diferentes inquietações e na problematização trazida para esta discussão, o problema central da pesquisa foi formulado como se segue:

qual é a interface entre a escolaridade dos migrantes angolanos em Londrina/PR e o acesso aos serviços de saúde? Buscando discutir a interface entre a escolaridade e o acesso aos serviços de saúde, o objetivo geral deste trabalho foi definido da seguinte forma: analisar a interface entre a escolaridade dos migrantes angolanos em Londrina/PR e o acesso aos serviços de saúde. Quanto aos objetivos específicos, a definição se deu como se segue:

- Verificar a relação entre a escolaridade e o acesso à saúde no contexto migratório angolano no Brasil;
- Levantar elementos que compõem o acesso aos serviços de saúde dos migrantes angolanos em Londrina/PR;
- Caracterizar o perfil socioeconômico e cultural dos migrantes angolanos em Londrina/PR;
- Compreender como se dá a relação entre acesso à saúde e o universo acadêmico entre os migrantes angolanos em Londrina/PR na perspectiva da reterritorialização;
- Contextualizar a saúde e a situação socioeconômica dos imigrantes angolanos em Londrina/PR no contexto de pandemia da COVID-19.

Toda pesquisa tem como finalidade a busca ou descobrimento de novos conhecimentos. É neste sentido que Marsiglia (2006, p. 1) afirma que, pesquisa é

uma das formas de se produzir conhecimento, que foi se estruturando com o tempo, criando seus objetos e métodos, definindo as relações que os pesquisadores devem estabelecer com seus objetos de conhecimento, em um processo de discussão profundo e polêmico entre os cientistas.

Importante componente para qualquer pesquisa científica, a metodologia constitui regra indispensável para o desenvolvimento da produção científica. De acordo com Migueles (2004, p. 89), metodologia de pesquisa é “um conjunto de métodos e de procedimentos de pesquisa que tem por objetivo coletar, sistematizar e organizar dados de forma válida e consistente, de modo a servir de base para a interpretação científica destes”. Portanto, podemos afirmar que a metodologia é um processo para a escolha de técnicas de investigação, com o objetivo de se chegar ao conhecimento.

Para a presente discussão, nos serviremos de uma pesquisa mista – uma complementaridade entre os métodos qualitativo e quantitativo -, uma vez que a

questão colocada na nossa pesquisa parte de princípios teórico-metodológicos qualitativos, e adensamos a estes princípios recursos quantitativos. Como aponta Marsiglia (2006, p. 6) “[...] nos últimos anos, vem se firmando entre os pesquisadores a ideia de que os métodos quantitativos e qualitativos devem ser vistos como complementares, o que pode levar a um melhor desenvolvimento das pesquisas com objetos complexos”. Nesta perspectiva, Martinelli (1999) aponta que não há oposição na relação entre a pesquisa qualitativa e quantitativa: trata-se aqui de uma articulação e complementaridade.

A utilização do método qualitativo se deve ao fato de buscarmos levantar elementos que compõem o acesso dos migrantes angolanos em Londrina/PR aos serviços de saúde, bem como a relação destes migrantes com o SUS. Como apontam Kripka, Scheller e Bonotto (2015), os estudos qualitativos buscam compreender um dado fenômeno a partir de onde ele ocorre e do qual faz parte. Para Martinelli (1999), a pesquisa qualitativa, em suma, visa evidenciar o pensamento que os sujeitos têm sobre o tema pesquisado, e não apenas a visão do pesquisador em relação ao problema. O recurso ao método quantitativo serviu para a caracterização do perfil migratórios dos angolanos em Londrina/PR, bem para aproximações em relação à aspectos particulares dos processos de desterritorialização e reterritorialização, que influenciava de certa forma o acesso aos serviços de saúde.

Assim, de modo geral, a proposta metodológica desta pesquisa de perspectiva mista foi estruturada em quatro partes. Como instrumento de natureza qualitativa tivemos a revisão bibliográfica; o levantamento documental; e a pesquisa de campo com entrevistas com roteiro semiestruturado. Já para o quantitativo, tivemos como instrumento a aplicação de questionário/formulário semiestruturado, que foi aplicado aos angolanos pertencentes à AAL, e, por fim, a metodologia de análise de conteúdo, apontada por Bardin (1977, p. 202) como um processo que nos permite “[...] clarificar as estruturas da personalidade, as preocupações latentes individuais ou coletiva, os estereótipos, as representações sociais e as ideologias”.

Importa sublinhar que o universo da nossa pesquisa foram os migrantes angolanos em Londrina/PR associados a AAL (aproximadamente 63 migrantes) e a amostra foi de 6 (seis) migrantes, que participaram das entrevistas.

A revisão bibliográfica é destacada por Kripka, Scheller e Bonotto (2015, p. 244) ao afirmarem que esta se trata de “uma modalidade de estudo e de

análise de documentos de domínio científico, sendo sua principal finalidade o contato direto com documentos relativos ao tema em estudo”. Nesta perspectiva, a revisão bibliográfica para a presente pesquisa contemplou temas como: Angola, Brasil, Migração, Escolaridade, Indicadores de Saúde. Para a nossa discussão, fez-se um levantamento e consulta de produções acadêmicas que discorrem sobre os temas acima citados, dos mais variados autores.

Na pesquisa documental, analisamos os documentos oficiais (Federais, Estaduais e Municipais). Como destacado por Kripka, Scheller e Bonotto (2015, p. 244), “a pesquisa documental é aquela em que os dados obtidos são estritamente provenientes de documentos, com o objetivo de extrair informações neles contidas, a fim de compreender um fenômeno” e, a partir daí, “acrescentar a dimensão do tempo à compreensão social”. Os documentos analisados tratam sobre as Políticas de Saúde no Brasil – como o caso da Constituição Federal do Brasil de 1988; Registros Administrativos da Polícia Federal – que é o órgão responsável pelo controle de entrada e saída de migrantes das fronteiras brasileiras -, (este registro é produzido via SISMIGRA³, contemplando dados dos imigrantes internacionais que possuem RNM⁴, que substituiu o RNE⁵); e dados do Conare⁶, vinculado ao Ministério da Justiça. Tais documentos nos permitiram compreender as orientações das políticas de saúde estabelecidas pelo Estado brasileiro através do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como as dinâmicas migratórias dos angolanos para o Brasil.

A pesquisa de campo é a fase em que o pesquisador se aproxima do grupo pesquisado em busca de informações que contribuam para o objeto de pesquisa. Como aponta Cruz Neto (2002, p. 54-55), “essa aproximação pode ser facilitada através do conhecimento de moradores ou daqueles que mantêm sólidos laços de intercâmbio com os sujeitos a serem estudados”. A importância da pesquisa de campo também é destacada por Martinelli (1999) ao apontar que, caso se queira fazer

³ É o Sistema de Registro Nacional Migratório. Contém dados referentes ao número de registros ativos de imigrantes, segmentados por escopo temporal (mensal), escopo geopolítico (UF), país de nacionalidade do imigrante e situação do imigrante (residente, temporário, provisório e fronteiriço).

⁴ Registro Nacional Migratório é a identificação dos estrangeiros que residem no Brasil. Foi implantado pela Lei nº 13.445/2017, de 24 de maio de 2017 e substituiu o RNE.

⁵ Registro Nacional de Estrangeiros, anterior documento de identificação dos estrangeiros com residência temporária ou permanente no Brasil.

⁶ Comitê Nacional para os Refugiados é um órgão colegiado ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, que delibera sobre as solicitações e reconhecimentos da condição de refugiado no Brasil. As competências e composição encontram-se definidas pela Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997 (BRASIL, 2020d).

uma pesquisa qualitativa e conhecermos o sujeito, precisamos nos deslocar ao contexto em que o sujeito vive sua vida e conhecer a sua experiência social. Na fase da pesquisa de campo, utilizou-se a técnica de entrevista com roteiro semiestruturado.

A entrevista vem se constituindo importante técnica em pesquisas sociais. Nessa perspectiva, Carnevalli e Miguel (2001, p. 3) apontam que a entrevista – que pode ser feita em grupo ou individualmente, pessoalmente ou por outros meios que possibilitem esse contato -, se caracteriza pela existência de um entrevistador que ao efetuar as questões as registra. Vale ressaltar que, para a presente pesquisa, as entrevistas foram feitas individualmente.

As entrevistas foram realizadas por intermédio de um roteiro semiestruturado contendo os principais tópicos da pesquisa, que permitiu os entrevistados emitirem as compreensões que tinham a respeito destes. A pesquisa de campo foi feita em Londrina/PR, mediante consentimento dos imigrantes angolanos residentes nesta cidade. A escolha dos participantes da pesquisa foi de forma intencional e de acordo com o tempo disponível que tiveram para participar na entrevista, que contou com seis participantes, sendo três do sexo feminino e igual número do sexo masculino. A intencionalidade na escolha dos participantes na entrevista partiu do pressuposto de que estes sejam usuários dos serviços de saúde e já terem verbalizado que acessam com regularidade os serviços de saúde em Londrina/PR; no caso dos participantes do sexo feminino, duas foram gestantes e possuem uma vivência e/ou relação estreita com o SUS.

Neste sentido, a essa escolha intencional visou, diante do universo de angolanos em Londrina/PR, captar elementos que constituem a relação desses migrantes com o SUS “[...] por sua especificidade e não representatividade do universo” (MARSIGLIA, 2006, p. 9). A escolha dos entrevistados baseou-se ainda no fato de serem formados em universidades brasileiras; por residirem no Brasil - especificamente em Londrina/PR – num período não inferior a quatro anos; e por já terem uma vivência com o SUS.

Ao entrar em contato com os participantes das nossas entrevistas, os foi apresentada a proposta de pesquisa e o seu objetivo, com o devido esclarecimento de que a mesma se refere a aporte para a população angolana no Brasil, em particular em Londrina/PR, constituindo assim, uma forma de contribuição com as discussões sobre o tema e a sua experiência. No momento da entrevista, foi lido e assinado em

duas vias um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Confidencialidade e Sigilo. Depois deste procedimento, a entrevista foi gravada, mediante a aceitação do entrevistado, cujo áudio, depois de transcrito, foi excluído como forma de preservação das informações prestadas. Como forma de preservação da identidade, aos participantes da presente pesquisa foram atribuídos nomes fictícios para a identificação.

O perfil dos migrantes angolanos em Londrina/PR que participaram das entrevistas pode ser observado na tabela a seguir:

Tabela 1 - Perfil dos participantes⁷ da pesquisa

Participantes da Pesquisa	Idade	Sexo	Estado Civil	Tempo em Londrina/PR	Escolaridade
Maria Ngueve	26	F	Casado(a)	9 anos	Pós-Graduação Completa (Lato Sensu)
Carolina Muhongo	30	F	União estável com filho	7 anos	Pós-Graduação Completa (Lato Sensu)
Manuel Ndombaxi	27	M	União estável com filho	6 anos	Superior Completo
Luísa da Conceição	26	F	União estável com filho	4 anos	Superior Incompleto
Pedro Vakulukuta	27	M	Casado(a)	7 anos	Superior Incompleto
Kituxi Malamba	34	M	Solteiro(a)	7 anos	Superior Incompleto

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com os dados da pesquisa.

Importar destacar que, apesar do contexto de pandemia, todas as entrevistas foram realizadas presencialmente, mediante a aceitação dos migrantes entrevistados. Assim, seguindo as orientações das autoridades sanitárias (nacionais e internacionais), foram tomados todos os cuidados de proteção contra o novo coronavírus.

Quanto a utilização da técnica de aplicação do questionário se deu

⁷ Como forma de evitar a exposição e preservar a identidade dos participantes da nossa pesquisa, os nomes que identificam os participantes da pesquisa são fictícios.

por via eletrônica, através da utilização do aplicativo de gerenciamento de pesquisas *Google Forms*. De acordo com Marsiglia (2006, p. 10) o questionário representa “um instrumento de pesquisa, constituído por uma série ordenada de perguntas referentes ao tema de pesquisa”. Assim sendo, tendo contemplado questões que nos possibilitaram identificar a interface entre a escolaridade no contexto da migração angolana em Londrina/PR e o acesso aos serviços de saúde no Brasil – além de possibilitar a caracterização do perfil socioeconômico e cultural dos migrantes angolanos em Londrina/PR -, obtivemos um total de 26 respostas.

Perseguindo os objetivos estabelecidos para a presente pesquisa – estabelecendo-se uma complementariedade entre a literatura, Informações e dados obtidos a partir da pesquisa documental, questionários aplicados e as entrevistas realizadas com os imigrantes angolanos em Londrina/PR -, a apresentação dos resultados obtidos é feita de acordo com os eixos de análise citados abaixo.

Caracterização do perfil dos imigrantes angolanos em Londrina/PR: Neste eixo de análise, buscamos apresentar o perfil dos angolanos em Londrina/PR a partir das variáveis sexo, estado civil, faixa etária, província de origem. Além disto, procuramos demonstrar como o perfil dos migrantes angolanos em Londrina/PR impacta na inserção destes em determinadas esferas sociais no Brasil.

O acesso dos migrantes angolanos à saúde nos sistemas públicos de Angola e do Brasil: Através deste eixo de análise, buscamos levantar os elementos que compõem o acesso aos serviços de saúde dos migrantes angolanos em Londrina/PR, tanto em Angola quanto no Brasil. Este eixo de análise é atravessado pela tríade TDR (Territorialização-Desterritorialização-Reterritorialização), que nos permitiu identificar a relação dos migrantes angolanos em Londrina/PR com o SNS de Angola e com o SUS do Brasil.

Vivências e percepções dos migrantes angolanos em Londrina/PR sobre o funcionamento das unidades públicas de saúde : Neste eixo de análise, procuramos identificar as percepções que os migrantes angolanos em Londrina/PR apresentam sobre o funcionamento das unidades públicas de saúde afetas ao SUS, que podem ser influenciadas pela presença, no processo migratório, de dois sistemas de saúde que apresentam características diferentes.

Vivência universitária e a relação entre a escolaridade dos migrantes angolanos em Londrina/PR e o acesso aos serviços de saúde : Este

eixo de análise visou atender os seguintes objetivos: verificar a relação entre a escolaridade e o acesso à saúde no contexto migratório angolano no Brasil; e compreender como se dá a relação entre acesso à saúde e o universo acadêmico entre os migrantes angolanos em Londrina/PR na perspectiva da reterritorialização. Destacamos ainda que este eixo de análise nos permitiu observar a influência do ambiente acadêmico na compreensão dos angolanos em Londrina/PR sobre o funcionamento do SUS, bem como no contato com informações que impulsionam o acesso aos serviços de saúde.

Saúde e a situação socioeconômica dos migrantes angolanos em Londrina/PR contexto de pandemia da COVID-19: Neste eixo de análise, buscamos descrever a situação conjuntural dos migrantes angolanos em Londrina/PR, com particular destaque para a saúde e a situação socioeconômica em tempo de pandemia da COVID-19.

Destacamos que a caracterização do perfil dos migrantes angolanos em Londrina/PR se apresenta como um importante eixo de análise para presente pesquisa, uma vez que características particulares de determinados grupos podem influenciar nas relações que estabelecem com os demais membros da sociedade, com os serviços públicos, etc. É nesta perspectiva que Viegas, Carmo e Luz (2015, p. 103) destacam que a dimensão relacional é um dos determinantes para o acesso à saúde, pois “abarca a compreensão do processo saúde-doença e todos os elementos culturais envolvidos nessa compreensão: percepções, crenças e valores”

A respeito da descrição e análise dos dados, nos servimos da metodologia de análise de conteúdo, que depois de consideradas as fases anteriores de preparação dos dados colhidos para a sua exploração – e atendendo o processo de sistematização proposto por Bardin (1977) -, nos permitiu interpretar os dados obtidos com as entrevistas e aplicação do questionário.

O presente trabalho está estruturado em quatro partes, tendo como base a tríade TDR (Territorialização-Desterritorialização-Reterritorialização), que nos permitiu perpassar o processo migratório dos angolanos no Brasil desde as relações que estes estabeleceram com o sistema de saúde em Angola, o movimento em direção ao Brasil, até a permanência e a relação com o sistema de saúde no Brasil.

No primeiro capítulo, é feito debate teórico sobre a migração enquanto um fenômeno social; os fluxos migratórios que se estabelecem entre os países do Sul

Global; a migração internacional no contexto da pandemia; bem como a formação da diáspora africana no Brasil. Neste capítulo são amplamente discutidos os conceitos-chaves desta pesquisa como território, migração e migrante. Somam-se a essa discussão teórica os dados da migração internacional contemporânea e os fluxos migratórios de africanos no Brasil desde a dominação colonial portuguesa.

O segundo capítulo abarca discussões sobre os aspectos históricos de Angola – desde o processo de colonização, luta independentista, guerra civil e a era de paz -; a situação sociodemográfica e socioeconômica de Angola; a escolaridade na sociedade angolana; e a migração angolana e o perfil do fluxo migratórios de angolanos no Brasil.

No terceiro capítulo, as abordagens estão centradas na lógica da saúde. São apresentadas neste capítulo os aspectos históricos de formação dos sistemas de saúde de Angola e do Brasil e suas particularidades, estrutura e composição da rede hospitalar. Para finalizar a terceira parte da presente pesquisa, é feita a discussão em torno da saúde no contexto migratório, com particularidade para o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde no Brasil.

Por fim, no quarto capítulo, são apresentados os resultados da presente pesquisa, que objetivou analisar a interface entre a escolaridade dos migrantes angolanos em Londrina/PR e o acesso aos serviços de saúde. Assim, a partir dos relatos dos participantes da nossa pesquisa, este capítulo nos permitiu traçar o perfil migratório dos angolanos em Londrina/PR, verificar a relação destes migrantes com o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Nacional de Saúde (SNS), levantar os elementos que compõem o acesso à saúde em Angola e no Brasil, bem como se dá a relação entre acesso à saúde e o universo acadêmico entre os migrantes angolanos em Londrina/PR na perspectiva da reterritorialização; além de contextualizar a saúde e a situação socioeconômica dos migrantes angolanos em Londrina/PR em fase de pandemia da COVID-19.

1 A MIGRAÇÃO ENQUANTO UM FENÔMENO SOCIAL MUNDIAL

Neste capítulo, abordamos a migração enquanto um fenômeno social que ocorre mundialmente, trazendo para o debate seus fatos geradores e os conceitos que aparecem no bojo do debate sobre migração, como território, territorialização, desterritorialização e reterritorialização (como processos pertencentes). Para tal, partimos da discussão sobre migração internacional, apresentação dos dados sobre os fluxos migratórios internacionais contemporâneos e os processos migratórios no contexto do Sul Global. Como apontam Silva, Svartman e Landsberg (c2021, s/p), “o Sul Global corresponde ao fenômeno atual de transformação e emergência política e econômica dos países em desenvolvimento, com significativos impactos nas Relações Internacionais”. De acordo com Visentini (2015, p. 7), “[...] o conceito de Sul Global representou uma estratégia de despolitizar o significado do terceiro-mundismo”. Ainda segundo o autor,

o Terceiro Mundo abarcava nações muito distintas, mas que possuíam em comum o fato de haverem constituído a periferia colonial ou semicolonial. Além de elementos objetivos como população jovem e em expansão e abundantes recursos naturais, seu limitado nível de desenvolvimento apontava para potencial expansão econômica e a articulação de organizações políticas como o Movimento dos Países Não Alinhados (VISENTINI, 2015, p. 7).

Após a discussão teórica sobre a migração internacional e a sua contextualização em época de pandemia, a partir dos factos históricos, caracterizam-se os fluxos migratórios internacionais em direção ao Brasil, com destaque para as migrações que historicamente marcaram a construção do Estado brasileiro - em particular a migração africana. Ao finalizar este capítulo, a atenção é dada à migração e o perfil dos migrantes angolanos no Brasil.

1.1. MIGRAÇÃO INTERNACIONAL

A migração internacional vem sendo promovida ao longo de muitos anos, tendo sofrido intensificação nas últimas décadas. Estes fluxos migratórios internacionais podem ocorrer por diversos fatores. Para Francisco (c2021, s/p):

O processo de migração internacional pode ser desencadeado por diversos fatores: em consequência de desastres ambientais, guerras, perseguições políticas, étnicas ou culturais, causas relacionadas a estudos em busca de trabalho e melhores condições de vida, entre outros. O principal motivo para

esses fluxos migratórios internacionais é o econômico, no qual as pessoas deixam seu país de origem visando à obtenção de emprego e melhores perspectivas de vida em outras nações.

A discussão em torno da migração internacional faz-se acompanhar de três conceitos que balizam as mobilidades humanas (internas ou externas): território, migração e migrante. Ao discutirmos sobre migração, torna-se indispensável falar sobre território, dado que, há uma relação estreita entre os processos migratórios e suas composições, uma vez que o ato de migrar pressupõe mover-se de um lugar para o outro, ou seja, de um território para o outro (ALVES; SIQUEIRA, 2018). As práticas migratórias possibilitam uma série de relações entre os indivíduos – migrantes - e o espaço material. É nessa perspectiva que Haesbaert (2007) contribui afirmando que o território é resultado da vivência, uso e significação de um espaço apropriado.

Ao contribuir com a compreensão sobre território, Raffestin (1993, p. 143) afirma que “o território se forma a partir do espaço” e “é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. [...] é um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência revela relações marcadas pelo poder”.

O território, então, se constitui por relações de poder, de conflito, e está ligado a uma dimensão material de espaço. O conceito de território é amplamente apresentado por Haesbaert (2007) quando o define como sendo um movimento que engloba em suas práticas a dominação política e econômica, bem como a apropriação cultural-simbólica e afetivo-identitária.

De acordo com a OIM (c2021, s/p), de modo geral, a migração representa o movimento (entrada e saída – emigração e imigração) de pessoas (migrantes) ou grupo de pessoas (grupo de migrantes) “para fora de seu local de residência habitual, seja através de uma fronteira internacional ou dentro de um Estado”. Assim, a migração internacional representa o movimento de “[...] pessoas de seu local de residência habitual e através de uma fronteira internacional para um país do qual não são nacionais” (OIM, c2021, s/p), que pode ocorrer em função de diversas modalidades.

Este movimento de emigração e imigração através de determinada fronteira internacional é feito pelo migrante internacional que, de acordo com a OIM (c2021, s/p), é a “[...] pessoa que se muda de seu local de residência habitual, [...] através de uma fronteira internacional, temporária ou permanentemente, e por sua

variedade de razões”. Ao destacar que os migrantes efetuam os movimentos de deslocamentos “[...] em busca de sobrevivência, trabalho e desenvolvimento para si próprios e suas famílias [...]”, Lessa (2016, p. 62) contribui definindo então o migrante internacional como sendo a pessoa (ou famílias) que se muda para outro país objetivando “[...] melhorar suas condições e perspectivas sociais e econômicas”.

Ao apontarem a subjetividade do processo migratório, Domenach e Picouet (1995) afirmam que a migração se apresenta como um processo diverso que é traduzido pelas dificuldades de sua conceituação. Neste sentido, Resstel (2015) enfatiza que a complexidade da conceituação da migração se acentua no atual contexto, isso porque registram-se um aumento considerável

[...] das diferentes formas de mobilidade e de trânsito entre uma localidade e outra, entre regiões geograficamente distantes, entre países, continentes e entre povos e culturas marcadamente diferentes. Hoje, diferentemente de outras épocas, são comuns os intercâmbios culturais e científicos e tantas outras viagens, a saber, com duração bastante variável. É possível permanecer em um lugar longínquo por alguns dias ou por uma longa temporada ou, ainda, ter domicílios em diferentes países (RESSTEL, 2015, p. 38).

Ao analisar as diversas modalidades no contexto da migração internacional, Baeninger (2012, p. 23) aponta que:

as modalidades migratórias apresentam condicionantes, impactos, vínculos, localizações, abrangência, direção e sentido bastante diferenciados do tipo migratório. A reconstrução do fenômeno migratório como tipo ou como modalidade permite desvendar as especificidades e características, contextualizando e reconceitualizando o fenômeno social. [...] A modalidade migratória parece corresponder e emergir com as tendências conjunturais, enquanto o tipo migratório é um dos elementos na construção das estruturas sociais em transformação.

O debate sobre as modalidades migratórias se acentua no contexto dos fluxos migratórios contemporâneos, uma vez que permitem o reconhecimento das diferentes faces que compõem o fenômeno migratório (BAENINGER, 2012), isso porque, “uma pessoa que decide migrar é mobilizada por uma combinação de múltiplos fatores que podem ser sobrepostos ou atomizados [...]” (OLIVEIRA; PEIXOTO, 2017, p. 76). Assim, enquanto os tipos de migrações podem ser caracterizados como internas e externas, as modalidades migratórias são caracterizadas pelos fatores de expulsão e atração (OIM, c2021).

Neste sentido, Sassen (2016) aponta que a expulsão é fruto, em parte, de decisões elementares e, outra parte, pelas conquistas econômicas e técnicas mais

avançadas. Para a autora, no caso específico do Sul Global, outros fatores de expulsão podem estar ligados à fome, guerra, doenças e desastres ambientais. Enquanto os fatores de atração constituem as migrações voluntárias ou espontâneas – que podem estar ligados aos níveis de salário, taxa de emprego, moeda e melhores condições de vida –, os fatores de expulsão são aqueles que forçam pessoas ou grupos de pessoas a deslocarem-se para outras regiões ou países. Assim sendo, as migrações forçadas podem então ocorrer em função de três principais fatores de expulsão, a citar: ambiental e/ou climático, político e socioeconômico.

Como ressaltado por Sassen (2016), a destruição da biosfera – que em grande medida ocorre pelos avanços que causam os desequilíbrios em relação aos recursos naturais e a sua utilização – é um dos grandes fatores de expulsão existentes. Como se pode exemplificar no quadro da migração internacional, o fator ambiental e/ou climático representa o principal fato gerador da migração haitiana, principalmente em direção ao Brasil. Como aponta Handerson (2015), ainda que a emigração se apresente como componente histórico do Haiti, o terremoto de 2010 foi o ponto de partida para a imigração haitiana no Brasil.

Enquanto no fator político encontramos como principais causas as perseguições em função de opiniões políticas contrárias, perseguições religiosas, por conta da raça, nacionalidade ou por pertencer a um determinado grupo social, no fator socioeconômico, encontramos questões como o desemprego, subemprego, baixos salários – que consequentemente levam a pobreza –, caracterizando assim a provisoriedade da migração (SAYAD, 1998), e constituindo os países de trânsito. A provisoriedade se apresenta como característica da migração porque, em grande parte, os movimentos sociais em direção a outros territórios têm sido feitos em função das questões socioeconômicas. Portanto, a razão econômica faz do imigrante, essencialmente, uma força de trabalho - provisória, temporária, em trânsito – que tem como fim único proporcionar o aumento da lucratividade (SAYAD, 1998).

Neste sentido, Haesbaert (2006, p. 246-247) aponta que:

[...] o imigrante que se desloca antes de tudo por motivos econômicos pode estar deixando um emprego mal remunerado para buscar outro com remuneração mais justa, pode estar querendo usufruir ganhos pela diferença de poder aquisitivo da moeda de um país em relação a outro, ou ainda, simplesmente, para aqueles numa condição muito mais privilegiada, pode estar buscando investir capital ou expandir negócios em terra estrangeira.

Portanto, os três fatores de expulsão são os principais fatos geradores das designadas migrações de refúgio, uma vez que, como definido pela Convenção Relativa dos Refugiados de 1951 – e o seu Protocolo de 1967 - o refugiado é toda pessoa que, temendo ser perseguida por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas, se encontra fora do país de sua nacionalidade e que não pode, em virtude desse temor, voltar a ele. Ou ainda, como dispôs a Declaração de Cartagena⁸ de 1984, soma-se a definição anterior aquelas pessoas cujos países de origem tenham entrado em processo de degradação política e social e tenham permitido violência generalizada, como a violação de direitos humanos e outras circunstâncias de perturbação grave da ordem pública.

De modo geral, Rosa e Matted (2020, p. 8) apontam que:

[...] os fluxos migratórios sob a perspectiva das novas mobilidades inserem-se em um movimento amplo e complexo, como consequência das crescentes transformações sociais, econômicas, políticas e culturais. Tais transformações são aceleradas pela globalização, pela crise dos estados-nação, pelo aumento das desigualdades e dos conflitos locais, dos efeitos da colonização, do imperialismo, do desenvolvimento do capitalismo, dos processos de racialização, bem como da circulação de informações e bens.

Tendo em conta as modalidades migratórias, no contexto das migrações internacionais contemporâneas, concordamos com Santos (2019) ao apontar que é a natureza socioeconômica que gera grande parte dos atuais processos migratórios. Assim, o migrante internacional contemporâneo é o indivíduo que abandona as suas fronteiras nacionais “[...] em busca de trabalho em países cujo desenvolvimento encontra-se em larga escala. O que os move é a busca para uma melhora na qualidade de vida, mesmo que fora do seu local de origem e em lugar desconhecido” (SANTOS, 2019, p. 14). É em função do fator socioeconômico que no quadro das migrações internacionais se constituem os países de trânsito, uma vez que o migrante internacional busca regiões ou países mais atrativos para si.

Assim como se observa com a complexidade na definição da migração, Sayad (1998) sinaliza que a definição do migrante oscila segundo duas circunstâncias: entre a provisoriedade que o define de direito e a situação duradoura que o caracteriza de fato, definindo assim o migrante como aquele que se se desloca

⁸ Outras Convenções que instituem os direitos das pessoas que buscam refúgio são: Convenção da Organização da Unidade Africana de 1969; Convenção Europeia dos Direitos do Homem de 1950; e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos de 1969.

fisicamente para fora de seu país ou de uma região para outra região (ainda que dentro de seu país).

O autor destaca os escritos de Sócrates quando se levanta a questão da classificação 'possível' para o imigrante. Sócrates destaca que o imigrante é inclassificável, na medida em que não é nem cidadão nem estrangeiro, situando-se em um lugar bastardo entre o ser e não-ser social. Ainda segundo Sócrates, essa indefinição que o imigrante tem em todo lugar – tanto na sociedade de origem quanto na sociedade receptora -, suscita um debate sobre os fundamentos legítimos da cidadania e da relação existente entre o Estado e nação ou a nacionalidade (SAYAD, 1998).

O autor aponta ainda que, ao fazer esse movimento de mudança de país, o migrante representa as duas faces do processo migratório. Ou seja, ao sair do seu espaço habitual, ele é um emigrante; ao mesmo tempo que, ao entrar em outro espaço, se torna um imigrante (SAYAD, 1998).

Sendo um movimento social, Sayad (1998) caracteriza a imigração como um “fato social⁹ completo”. O fato social a que o autor se refere é fundamentado pelo fato de a migração ser um deslocamento de pessoas no espaço. Um espaço que, além de físico, é também um espaço qualificado em vários sentidos, sobretudo através da língua e religião (que nos levam a observar esse espaço no sentido social, econômico, político e cultural) (SAYAD, 1998). Trata-se aqui de uma apropriação concreta ou abstrata de um espaço, que leva o ator a territorializá-lo (RAFFESTIN, 1993), ou ainda, “uma apropriação material de um espaço onde se reproduz uma relação social, política e cultural peculiares àquele grupo” (ALVES; SIQUEIRA, 2018, p. 5).

Este espaço físico corresponde ao território e, como aponta Sousa (2008, p. 124), a noção de território é decorrente da vida que se estabelece em sociedade. Ao tratar do conceito de território usado, Milton Santos (2000, p. 22) aponta

⁹ Ao discorrer sobre facto social, Émile Durkheim empregou-o para designar todos aqueles fenômenos que ocorrem na sociedade, e que, de certa forma, “apresentam algum interesse social” (DURKHEIM, 2004, p. 37). O autor destaca que “são as crenças, as tendências, as práticas do grupo tomadas colectivamente” que constitui o fato social (idem, p. 42), e este, “reconhece-se pelo poder de coerção que exerce ou susceptível de exercer sobre os indivíduos” (DURKHEIM, 2004, p. 44). De forma mais ampla, o facto social fica então definido como sendo “toda a maneira de fazer, fixada ou não, susceptível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior: ou então, que é geral no âmbito de uma dada sociedade tendo, ao mesmo tempo, uma existência própria, independente das suas manifestações individuais” (DURKHEIM, 2004, p. 47).

que, “o território em si, para mim, não é um conceito. Ele se torna um conceito utilizável para a análise social quando o consideramos a partir do seu uso, a partir do momento em que pensamos juntamente com aqueles atores que dele utilizam”. O território é onde os sujeitos sofrem, trabalham, vivem e sonham, segundo o autor. O território se apresenta como um elemento fundamental no debate sobre a migração porque, segundo Dias (2019, p. 66), “a mobilidade migratória é uma prática social que envolve uma íntima interação entre sujeito e o espaço pelo qual circula”.

Sendo a migração o deslocamento de pessoas pelo espaço geográfico, os fluxos migratórios são alimentados, em grande parte, pelas redes migratórias, dado que os migrantes “[...] movem-se através de redes de contatos que os antecedem e nas quais também contribuem para sua expansão” (DIAS, 2019, p. 74).

Como definido por Massey (1988, p. 396), as redes migratórias constituem “complexos laços interpessoais que ligam migrantes, migrantes anteriores e não-migrantes nas áreas de origem e de destino, por meio de vínculos de parentesco, amizade e conterraneidade”, cujo objetivo principal é a redução dos riscos e custos inerentes ao processo migratório. Ainda segundo o autor, as redes migratórias possibilitam a filtragem e interpretação de informações, ao se tratar de “agrupamentos de indivíduos que mantêm contatos recorrentes entre si, por meio de laços ocupacionais, familiares, culturais ou afetivos” (MASSEY, 1988, p. 396). Dito de outra forma, a migração se torna um processo possível em caso de não existência de isolamento social (SANTOS et al. 2010).

De acordo com Polany (2012), o liberalismo econômico foi o princípio organizador de uma sociedade engajada na criação de um sistema de mercado, que ao longo do tempo evoluiu como um mecanismo de salvação do homem através de um mercado que teoricamente se autorregula. Laval e Dardot (2013) contribuem afirmando que, diante dos novos governos autoritários, assistimos a formação de um sistema híbrido: por um lado, os discursos e medidas nacionalistas e protecionistas, por outro, uma forma puramente de políticas neoliberais com a desregulamentação financeira, ecológica, e de medidas fiscais que favorecem os mais ricos e as empresas, gerando crises acentuadas. Diante dessas crises, Marinucci e Milesi (2005, s/p) apontam que:

as migrações internacionais, atualmente, constituem um espelho das assimetrias das relações sócio-econômicas vigentes em nível planetário. São termômetros que apontam as contradições das relações internacionais e da globalização neoliberal. Numa perspectiva sociológica, as migrações são percebidas sob a ótica estruturalista como uma das consequências da crise neoliberal contemporânea.

O avanço do capitalismo trouxe consigo várias crises, principalmente após a Segunda Guerra Mundial¹⁰. A partir daí, assistimos a uma nova fase de acumulação capitalista: uma fase coordenada pela esfera financeira, e que surge com o revestimento do velho liberalismo, isso no campo ideológico, passando então a se chamar de neoliberalismo (SALVADOR, 2010). Para Laval e Dardot (2013), o neoliberalismo, antes de uma ideologia, é uma política econômica, e a sua reformulação se produz no contexto das novas crises econômicas, políticas e doutrinária. Essas crises são geradoras de grande parte dos fluxos migratórios contemporâneos - essencialmente os fluxos forçados.

Para Aydos (2010, p. 19), a migração forçada representa um fato social

[...] marcado por situações históricas, econômicas e políticas de grande especificidade. Os sujeitos destes deslocamentos populacionais sofrem (ou não) a ação de uma política migratória específica onde é definida uma condição jurídica que os distingue dos demais migrantes, a condição de refugiado. [...] Consideramos que a migração forçada não se constitui como um tipo isolado de deslocamento, sem conexões com outros tipos de migração, mas um grupo que por suas especificidades pode trazer novas reflexões sobre o fenômeno da migração internacional como um todo. A hipótese subjacente ao estudo é a de que os deslocamentos forçados podem ser considerados uma modalidade das migrações internacionais, isto é, para além do estatuto de refugiado podemos incluir os deslocamentos forçados como um processo social mais amplo, que envolve diversos atores e vincula-se, com suas especificidades, a outros processos migratórios e, assim, chamá-los de migração forçada (AYDOS, 2010, p. 19).

Sassen (2016) contribui afirmando que a migração forçada ocorre, em grande medida, pelas retrações da economia que temos assistidos em grande parte do mundo, que têm agravado os níveis de pobreza, pela destruição da biosfera e a acentuada brutalização. Ainda segundo a autora, as retrações econômicas que o mundo enfrenta têm elevado esse tipo de migração no Sul Global. Ou seja, se no

¹⁰ Tendo durado de 1939 a 1945, a Segunda Guerra Mundial – Segunda Grande Guerra – foi um conflito militar que envolveu um número expressivo de países do mundo, tendo vitimado cerca de 24 milhões de civis e cerca de 20 milhões soldados – com pouco menos da metade sendo Russos (ONU NEWS, 2021).

Norte Global¹¹, os impactos vêm sendo de forma mais intermediada, no caso do Sul Global, as consequências têm sido severas (SASSEN, 2016).

Diante das perspectivas teóricas de análise sobre as migrações internacionais aqui apresentadas, destacamos que a chave analítica da presente discussão tem como perspectiva o campo crítico, uma vez que as novas migrações de angolanos em direção ao Brasil são frutos da crise sistêmica¹² capitalista, que engendrou profundas modificações, “[...] quer no plano econômico-objetivo da produção/reprodução das classes e suas relações, quer no plano ideosubjetivo do reconhecimento da pertença de classe (e sabe-se da unidade de ambos os planos na prática social)” (NETTO, 2012, p. 418). Nesta perspectiva, concordamos com o autor ao afirmar que, a crise sistêmica do capital originou transformações em todos os segmentos da vida social, uma vez que

tais segmentos compreendem universos heterogêneos, desde aposentados com pensões miseráveis, crianças e adolescentes sem qualquer cobertura social, migrantes e refugiados, doentes estigmatizados (recordem-se os aidéticos pobres) até trabalhadores expulsos do mercado de trabalho (formal e informal) (NETTO, 2012, p. 418).

Assim, depois de definido o fio condutor da nossa discussão, na sequência, além dos dados gerais sobre a migração internacional contemporânea, é feita a apresentação o debate sobre a migração entre os países do Sul Global.

1.1.1. Fluxos migratórios internacionais contemporâneos e a migração Sul-Sul

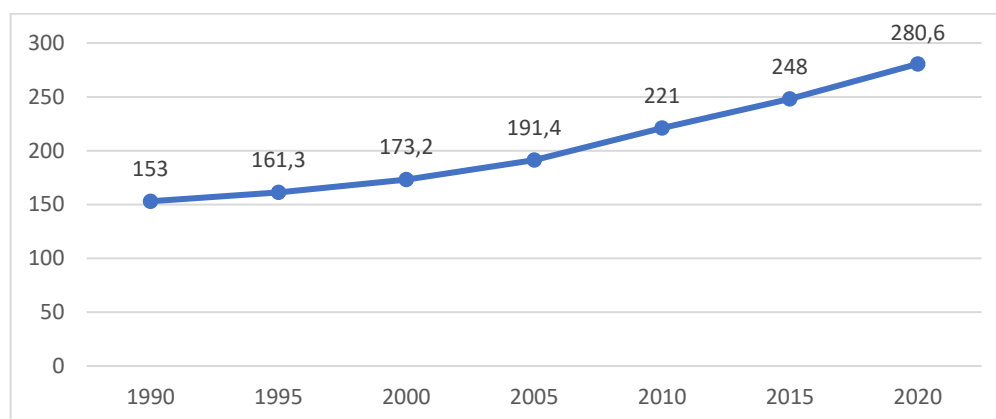
Dados da Organização das Nações Unidas (ONU)¹³ indicam que, com uma população mundial estimada em 7,8 bilhões, em meados de 2020, o número total de migrantes internacionais atingiu a marca de 280,6 milhões (Gráfico 1).

¹¹ Como aponta Prado (1998, p. 24, tradução nossa), “o norte geralmente está associado a certos valores, aqueles que eles sinalizam os estados do Ocidente, principalmente os Estados Unidos e a Europa Ocidental. Ou seja, eles são identificados com aqueles países que pertenceram durante a Guerra Fria ao

“primeiro mundo”, o “mundo capitalista”. O Norte é descrito como um grupo homogêneo de países com poder no contexto internacional. que têm uma herança cultural comum e se distinguem por uma preferência por instituições democráticas e economias de mercado livre.

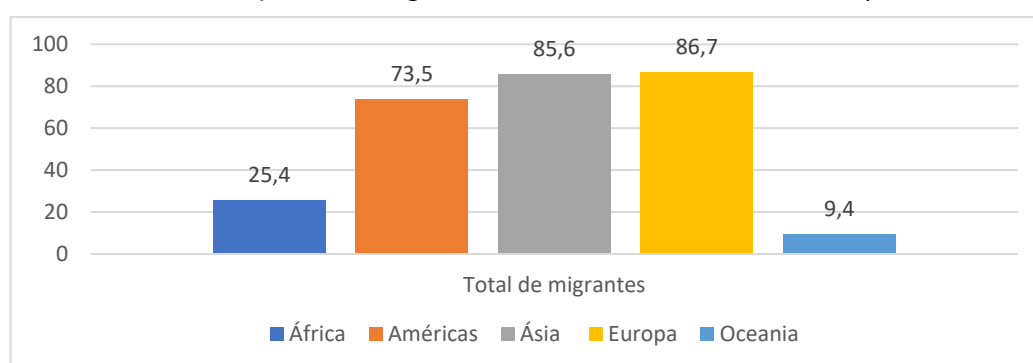
¹² Para Netto (2012, p. 415), “a crise sistêmica se manifesta envolvendo toda a estrutura da ordem do capital”

¹³ Organização das Nações Unidas - ou simplesmente Nações Unidas -é uma organização internacional fundada em 1945. Atualmente composta por 193 Estados membros , a ONU e seu trabalho são guiados pelos propósitos e princípios contidos em sua Carta de fundação (ONU, c2021).

Gráfico 1 - Tendência global de migração (em milhões)

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com os dados da Nações Unidas, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População (2020).

Como podemos constatar no Gráfico 1, até 2010, o número de migrantes internacionais ficou estimado em 221 milhões, passando para 248 e 280,6 milhões em 2015 e 2020, respectivamente. Este salto de pouco mais de 59 milhões de migrantes internacionais de 2010 a 2020 elevou a porcentagem de pessoas que residem fora de seus países de 3,2% para 3,6% da população mundial. Do total de migrantes internacionais, importa ressaltar que as mulheres representam 48,1% e, jovens com até 19 anos, 14,6%. No gráfico a seguir, apresentamos as representações continentais na composição do estoque¹⁴ total de migrantes internacionais.

Gráfico 2 - Estoques de migrantes internacionais em 2020 (em milhões)

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com os dados da Nações Unidas, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População (2020).

¹⁴ As estatísticas referem-se a estoques de migrantes internacionais. Os estoques incluem todos os residentes estrangeiros em um país, independentemente de quando entraram no país. Para países onde os dados sobre a população nascida no exterior não estão disponíveis, o UNDESA usa dados sobre cidadãos estrangeiros. Como tal, o número de migrantes internacionais pode não incluir migrantes de segunda geração que nasceram no país, mas têm pais que migraram. Os dados de estoque também não devem ser confundidos com os dados do fluxo anual de migração (ou seja, o número de migrantes que entraram ou saíram de um país em um ano) (ONU, 2021)

De acordo com os dados que constam no Gráfico 2, o continente europeu possui o maior estoque de migrantes internacionais, com um total de 86,7 milhões (30,89% da migração internacional). Seguem-se a Ásia, as Américas e África com 85,6 milhões, 73,5 milhões e 25,4 milhões, respectivamente. A Oceania apresenta o menor estoque de migrantes internacionais (9,4 milhões, isto é, 3,34% do total).

Os países que registram o maior número de migrantes internacionais são: Estados Unidos da América com 51 milhões de migrantes (o que representa 18% da migração internacional total); Alemanha, com cerca de 16 milhões; Arábia Saudita, com 13 milhões; a Rússia, com 12 milhões; e o Reino Unido, com 9 milhões (ONU, 2021).

Estes dados nos mostram que a migração internacional representou quase 15% da população total nos países de rendimento elevado e menos de 2% nos países de rendimento médio e baixo, que segundo as Nações Unidas, a mobilidade humana internacional tem ocorrido com maior frequência dentro das mesmas regiões.

É neste sentido que, por exemplo, registra-se no continente europeu a maior porcentagem de migração intrarregional (70% da migração de pessoas nascidas no próprio continente). Nesta perspectiva, Sayad (1998) aponta que, os imigrantes que são dos países da comunidade europeia – apesar de também serem estrangeiro no sentido jurídico do termo – acabam não sendo imigrantes de fato, dada a natureza dos acordos bilaterais que se estabelecem entre estes países – fator que condiciona o tratamento dado ao imigrante. Assim, para Toledo e Lemes (2021, p. 35):

[...] rastrear os fundamentos da subalternidade do imigrante é percorrer as históricas interações internacionais ligadas organicamente ao desenvolvimento do capitalismo, bem como desvendar os sistemas de poder global e os seus impactos nas questões domésticas que forjam a condição de emigrante.

Por se tratar de países com um grau de desenvolvimento semelhante, há o que Sayad (1998) chama de relações de países pares. O autor traz à tona o tratamento que o imigrante recebe em um país de soberania estrangeira que se caracteriza como uma marca que o imigrante carrega consigo, fruto da posição atribuída ao seu país de origem no cenário político, econômico e cultural da escala mundial (SAYAD, 1998).

A respeito das migrações forçadas, dados da ONU (2020) apontam que nas últimas duas décadas, o número de pessoas deslocadas através das fronteiras internacionais (movidos pelos conflitos, perseguições, violência ou de violações dos direitos humanos¹⁵) aumentou exponencialmente, tendo passado de 17 milhões para 34 milhões. Essa variação representa pouco mais de 16% do total de aumento no número de migrantes internacionais em todo o mundo no período analisado. Os dados ainda indicam que “em 2020, refugiados e requerentes de asilo representavam 12% do universo global de migrantes, contra os 9,5%” registrados em finais da década de 1990 [...]” e, no caso dos requerentes de asilo e refugiados “[...] representavam cerca de 3% de todos os migrantes internacionais em países de elevado rendimento, em comparação com 25% em países de rendimento médio e 50% em países de baixo rendimento” (ONU, 2021).

Os fluxos migratórios Sul-Sul vêm impactando, “[...] ao longo da história, na formação de pontes de conexão que transcendem até a contemporaneidade” Furtado (2020, p. 28). Para Ratha e Shaw (2007), a migração Sul-Sul corresponde aos fluxos migratórios que se estabelecem entre os países em desenvolvimento. Os avanços econômicos que vêm sendo registrados ao longo das últimas décadas no Sul Global têm sido também impulsionadores dos fluxos migratórios que se estabelecem nessa parte do globo. Como apontado por Junior et al. (2011, p. 178):

Os padrões de crescimento econômico e social existentes hoje em vários países do mundo criam ambientes favoráveis ao desenvolvimento de vida satisfatório e almejado por todos, possibilitando o acesso a bens públicos e privados que propiciam condições favoráveis para o projeto de felicidade das populações, que cada vez mais são interligadas por tecnologias de comunicação e de possibilidades de estar em lugares com distâncias geográficas consideradas [...].

Apesar do aumento dos fluxos migratórios em decorrência das necessidades socioeconômicas ou demais fatores de expulsão, o debate sobre migração tem perpassado a alteração do direcionamento das migrações, isso porque, países que outrora eram receptores de migrantes, principalmente pela demanda da mão de obra para a sua industrialização (AYDOS, 2010), passaram a impor inúmeras restrições para migrações originárias de países em desenvolvimento. Por ser a razão

¹⁵ É neste sentido que Aydos (2010, 31-32) aponta que “é importante que possamos incluir os deslocamentos causados por diferentes formas de violência dentro do arcabouço conceitual mais amplo das migrações a fim de compreender como o fenômeno se desdobra na atualidade”.

econômica o principal facto gerador das migrações contemporâneas, em parte, tais restrições migratórias se devem ao desenvolvimento de novas tecnologias que elevam os gastos com os meios de produção. Dito de outra forma, o aumento da composição orgânica do capital implica em um maior investimento em novas tecnologias em relação a força de trabalho (SALVADOR, 2010), causando assim uma série de restrições para os migrantes internacionais que se movimentam em função desta modalidade.

De acordo com dados da ONU (2021), só no ano de 2020, mais de 80% dos refugiados do mundo foram acolhidos por países de baixo e médio rendimento, ou seja, países do Sul Global. Esse percentual não está apenas ligado às restrições impostas como forma de contenção do novo coronavírus: trata-se de uma consequência que advém do plano traçado por alguns países – principalmente os industrializados – para a regulação da migração.

Para Sousa Domingos e Bettiol Lanza (2021, p. 5), “os novos fluxos migratórios latino-americano, haitiano - essencialmente após o terremoto de 2010 -, africano e asiático em direção ao Brasil, vêm demonstrando a importância deste nos processos migratórios Sul-Sul.” Nesta perspectiva, Cavalcanti et al. (2019), afirmam que a grande maioria dos imigrantes de longo termo¹⁶ no Brasil são do Sul Global. Ainda segundo os autores, o inverso também se apresenta como um fato: os imigrantes do Norte Global representam a maioria esmagadora do total de imigrantes temporários¹⁷ (CAVALCANTI et al., 2019).

Ao discutirmos sobre a migração Sul-Sul, quatro questões nos parecem ser fundamentais para a explicação desses fluxos migratórios, sendo elas: as restrições migratórias impostas às populações oriundas dos países periféricos do capitalismo; as características¹⁸ que ao longo do avanço do capitalismo mercantil foi se estabelecendo como ponto comum para os países do Sul Global; a utilização desses espaços territoriais como países de trânsito; e as oportunidades que a financeirização da economia vem criando no Sul Global. As restrições impostas pelos países do Norte Global por via de políticas migratórias restritivas acabam criando um processo que tenciona a seletividade de imigrantes.

¹⁶ Imigrantes que tendem a permanecer no país receptor em um período superior a um ano.

¹⁷ Imigrantes que tendem a permanecer no país receptor em um período inferior a um ano.

¹⁸ Países que sofrem fortemente com formas violentas de expulsão como, precarização dos trabalhos, altas taxas de desemprego e inflação, perda do poder de compra, elevado nível de desigualdade social, péssima distribuição de renda, instabilidade política e militar, etc.

Tomando como exemplo o caso do Brasil como grande receptor de imigrantes da América Latina, África e Ásia, concordamos com Perez Garcia (2015) ao afirmar que as migrações Sul-Sul são parte integrante de um processo que ultrapassa os movimentos entre os referidos países. O autor sinaliza que essas migrações fazem parte de um processo de relações econômicas, políticas e culturais, que se manifestam em rotas migratórias que, em muitos casos, se estabeleceram nas fases de formação do avanço do capitalismo.

Quanto ao surgimento de novas oportunidades nos países do Sul Global como elemento explicativo da intensificação das migrações Sul-Sul, Sayad (1998) sinaliza que um dos fatores geradores da migração é a economia capitalista e seus efeitos de transferência de uma economia tradicional para moderna. Portanto, sem a pretensão de se estabelecer um debate sobre os efeitos da economia capitalista nas sociedades do Sul Global, importa destacar que essa transição para a economia moderna é, de certa forma, demandante de força de trabalho de baixo custo. Associada a isto, está o fato de muitos imigrantes do Sul Global representarem uma força de trabalho fluida e móvel, compondo assim o estoque de mão de obra disponível para a continuidade das relações sociais de produção dentro da lógica capitalista.

No caso específico do Brasil, destacamos que, além das questões econômicas, há ainda outros fatores que o tornam um grande centro de fluxos migratórios Sul-Sul, pelo que destacamos: o fato de o Brasil constituir um país de trânsito, o mito do país acolhedor, bem como a “flexibilidade” na fiscalização migratória. Os outros três fatores aqui apresentados estão interligados e exercem de certa forma um “efeito cascata” para as migrações internacionais no Brasil, na medida em que a “flexibilidade” no controle migratório vem refletindo “[...] no redesenho da fronteira brasileira – espaço predominante, até então, de trânsito entre países vizinhos [...]” (BAENINGER; PERES, 2017, p. 124) -, que se transformou em um amplo espaço de trânsito para os novos fluxos migratórios internacionais que a sociedade brasileira passou a receber de 2010 a 2019 (DIEME; TONHATI; PEREDA, 2020).

Essa reconfiguração da fronteira brasileira pode ser verificada de forma mais atual a partir da migração haitiana. Ao estudarem a migração haitiana no Brasil, Dieme, Tonhati e Pereda (2020) destacam que o Brasil não constituía o “destino usual da migração haitiana”. Como aponta Handerson (2015), os primeiros haitianos

tinham como principal destino a Guiana Francesa que, mais adiante, os possibilitaria uma mudança para a França metropolitana. Todavia, “[...] a Guiana Francesa fechou a fronteira para os haitianos e passou a impor diversas restrições.

Tal circunstância fez com que dezenas de haitianos ficassem em território brasileiro, dando início à criação das redes migratórias dos haitianos no país” (DIEME; TONHATI; PEREDA, 2020, p. 128).

Destacamos ainda que as possíveis “flexibilizações” no controle da migração no Brasil – além de demais construções sociais que alimentam o mito da democracia racial - alimentam o mito de país acolhedor do Brasil. Ou seja, a concepção do Brasil como sendo “ um país sem preconceitos [...], desconhecendo discriminação de raça e de credo, e praticando a mestiçagem como padrão fortificador da raça” (CHAUÍ, 2000, p. 4), endossa a comum visão do Brasil como sendo “um país acolhedor para todos os que nele desejam trabalhar e, aqui, só não melhora e só não progride quem não trabalha, não havendo por isso discriminação de classe [...]” (CHAUÍ, 2000, p. 4). É a partir destas questões – além do “entendimento sobre as transformações no modelo de desenvolvimento do capital e “[...] das migrações produzidas por crises de outras naturezas em curso nos respectivos países de origens (OLIVEIRA, 2021, p. 55) – que o Brasil entrou na rota da migração internacional (essencialmente do Sul Global), representando assim um importante espaço de permanência e trânsito.

Com o advento da globalização, Perez Garcia (2015) destaca que o fluxo migratório entre os países do Sul Global passou por mudanças profundas (tendo se tornado cada vez mais complexo e heterogêneo) e se caracteriza como um processo dinâmico e contínuo.

1.1.2. A migração internacional no contexto de pandemia

Em época de pandemia do novo coronavírus, a migração internacional implicou em medidas restritivas para os deslocamentos internacionais. Como apontou António Vitorino, Diretor Geral da OIM:

A pandemia teve um impacto enorme junto dos migrantes, não apenas do ponto de vista da saúde porque muitas vezes os migrantes vivem em ambientes, em casas, em zonas do país extremamente povoadas, mas também do ponto de vista da sua mobilidade. Nós temos cerca de 3 milhões de imigrantes bloqueados em virtude do fechamento das fronteiras e das

restrições impostas à movimentação e aos processos de confinamento (ONU NEWS, 2021).

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em diferentes espécies de animais. Raramente os coronavírus que infectam animais podem infectar pessoas, mas, em dezembro de 2019, houve a transmissão do novo coronavírus (SARS-CoV-2), causando assim a COVID-19. Daí em diante, a disseminação e transmissão passou a ser de pessoa a pessoa (BRASIL, 2020a). Declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como pandemia de coronavírus em março de 2020, o grau de letalidade do COVID-19 é maior para pessoas idosas e pessoas com condições médicas pré-existentes, como doenças cardíacas, diabetes, câncer, doenças pulmonares, etc. Seus principais sintomas são: febre, tosse, falta de ar e dificuldade para respirar, problemas gástricos, etc.

Cabe aqui destacar as consequências do novo coronavírus para os grupos socialmente vulneráveis. A velocidade da curva de expansão, a capacidade de provocar mortes e/ou outros condicionamentos provocados pela pandemia, atingem majoritariamente os mais vulneráveis, demonstrando assim a fragilidade na adoção de melhores estratégias para se enfrentar a pandemia do novo coronavírus.

Destacamos que as restrições das migrações internacionais remontam o período pré-pandêmico, tendo se agravado com a pandemia do novo coronavírus. A migração se tornou objeto de estudos – isso no âmbito das ciências sociais – a partir do momento que passou a ser encarado como um problema social (SASAKI; ASSIS, 2000; SAYAD, 1998). Como apontado por Marinucci e Milesi (2005, s/p):

A intensificação dos fluxos migratórios internacionais das últimas décadas provocou o aumento do número de países orientados a regulamentar e até reduzir a imigração. Os argumentos alegados não são novos: o medo de uma invasão migratória, os riscos de desemprego para os trabalhadores autóctones, a perda da identidade nacional e, até, o espectro do terrorismo.

Isso ocorre porque há uma grande preocupação com o problema social das migrações, que está centrado no problema de inclusão dos migrantes (MARTINS, 1998). Como apontado por Aydos (2010), a migração não é vista como um problema apenas nos países que vão se tornando grandes receptores de migrantes. Portanto,

enquanto no passado a imigração era tida como necessária para a industrialização de países receptores, e até como parte vital da construção

da nação, nesta nova configuração os imigrantes não são mais desejados ou necessários, apesar da persistência de demanda por seus serviços, e diversos segmentos da sociedade os vêem como um problema social e político a ser combatido (AYDOS, 2010, p. 33).

Para centrarmos a nossa discussão em torno da mobilidade humana em época de pandemia, nos servimos do relatório¹⁹ de 15 de janeiro de 2021, elaborado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas. O relatório começa fazendo referência ao salto do número de migrantes internacionais nas últimas três décadas (vide Gráfico 1), e destaca que a pandemia do novo coronavírus teve efeitos drásticos em todas as formas de mobilidade humana (incluindo a migração). Alguns dados preliminares apontados pelo relatório dão conta que a pandemia reduziu em cerca de 2 milhões de migrantes internacionais a nível mundial, correspondendo assim a um decréscimo de 27% no crescimento que se previa entre junho de 2019 e o mesmo mês de 2020. Estes dados podem ser consequência das políticas restritivas de mobilidade desenvolvidas por 54% dos 111 Governos ouvidos pelo Departamento de Assuntos Econômico e Social das Nações Unidas. Estes países passaram a designar tais políticas como medidas restritivas para promover “uma migração ordeira, segura, regular e responsável” (ONU, 2021).

O relatório ainda aponta a atipicidade do ano de 2020 que fica marcado pela crise sanitária na mobilidade humana. É neste sentido que o documento destaca que, entre outras dificuldades,

centenas de milhares de migrantes ficaram retidos, impedidos de regressar aos seus países, enquanto outros foram forçados a regressar aos seus países de origem mais cedo do que previsto, quando as oportunidades de emprego se esgotaram e as escolas encerraram” (ONU, 2021).

Outro efeito significativo da pandemia para a mobilidade humana que foram elencados no referido relatório estão ligados ao perfil do migrante internacional em 2020 que foi composto essencialmente por mulheres e jovens (representando assim 48% do total da migração internacional em 2020), isso porque:

o número de migrantes do sexo feminino excedeu ligeiramente o de migrantes do sexo masculino na Europa, América do Norte e na Oceania, em parte devido a maior expectativa de vida das mulheres ente os migrantes e de longo prazo e à crescente procura de mulheres migrantes para trabalhos relacionados com a área dos cuidados (ONU, 2021).

¹⁹ Disponível em: <https://www.un.org/en/desa/international-migration-2020-highlights>.

Outra grande repercussão da pandemia está ligada ao fluxo de remessas²⁰ dos migrantes para países de baixo e médio rendimento: em comparação com os níveis pré-pandemia, o relatório previu a redução em 14% nos fluxos de remessas para países de baixo e médio rendimento até 2021, em função da pandemia. Com isso, o efeito foi significativo para muitos países, uma vez que esta redução “é suscetível de ter graves impactos financeiros e sociais que, juntamente com a contração de outros fluxos financeiros internacionais devido à pandemia, exigirá estratégias nacionais e de cooperação internacional para mitigar esses efeitos” (ONU, 2021).

A seguir, a partir de elementos históricos, discutimos a migração internacional no Brasil, com particular destaque para a formação da diáspora africana no Brasil.

1.2. A MIGRAÇÃO INTERNACIONAL NO BRASIL E A FORMAÇÃO DA DIÁSPORA AFRICANA

1.2.1 Os primeiros fluxos migratórios internacionais em direção ao Brasil

O início da migração internacional para o Brasil está diretamente ligado à ocupação dos portugueses – isso no quadro das necessidades europeias de ampliar as suas atividades comerciais, ora designado de período mercantil. De modo geral, a caracterização da migração internacional para o Brasil pode ser dividida de acordo com a sistematização feita por Massey et al. (1993). Os autores apresentam quatro grandes períodos que marcaram os deslocamentos internacionais para o Brasil, a saber:

Tabela 2 - Principais períodos da migração internacional no Brasil

Designação	Principal característica
Período mercantil	Colonização portuguesa; Entrada de negros escravizados
Período industrial	Entrada de imigrantes oriundos do Japão e Europa
Período de migração limitada	Entrada de refugiados europeus da América Latina

Continua

²⁰ As remessas são quantidades de dinheiro enviadas por emigrantes a seus países de origem e representam uma soma importante para os países em desenvolvimento.

Designação	Principal característica
Período pós-industrial	novas migrações (a partir de 1960-atualmente)

Fonte: elaborado pelo autor, de acordo com a periodização de Massey et al. (1993).

De acordo com os dados do IBGE (2000), foi a partir do século XVIII que os registros da imigração portuguesa apareceram, tendo se tornado mais regulares a partir do século XIX. Nos primeiros dois séculos de colonização, ingressaram no Brasil cerca de 100 mil portugueses, uma média anual de 500 imigrantes. Esse número viria a aumentar no século seguinte, quando o número de imigrantes passou de 500 mil para 600 mil, alterando a média anual de 500 para 10 mil imigrantes portugueses. O maior registro de imigrantes portugueses ocorreu na primeira metade do século XX (1901-1930), quando a média anual do fluxo migratório ultrapassou os 25 mil, e o menor registro ocorreu entre 1837 e 1841, quando houve uma entrada de pouco menos de 629 portugueses, cuja média anual ficara em cerca de 125 imigrantes.

Ainda de acordo com o IBGE (2000), uma das grandes mudanças que ocorreram ao longo da migração portuguesa no Brasil tem que ver com a origem socioeconômica desses imigrantes. A diversidade dessas origens socioeconômicas está na existência, ao longo da história, de uma elite próspera nos primeiros séculos de colonização, que a partir da segunda metade do século XIX, passou-se a um fluxo crescente de imigrantes pobres.

De acordo com Venâncio (2000), a migração portuguesa para o Brasil pode então ser dividida em 4 grandes períodos, a saber: imigração restrita (1500-1570); imigração de transição (1701-1850); imigração de massa (1851-1930); e a imigração de declínio (1960-1991). Outras migrações em direção ao Brasil que se destacaram ao longo da história são a africana (que será apreciada com maior detalhe no item a seguir), espanhola, judaica, alemã, italiana, árabe, japonesa, e, mais recentemente, a haitiana, boliviana e a venezuelana.

Quanto as demais migrações europeias, Guimarães (2000), Gregor (2000) e Gomes (2000) apontam que, assim como ocorreu com toda a emigração europeia, foram as grandes transformações sócio-políticas e econômicas que ocorreram no século XIX na Europa que causaram a migração espanhola, alemã e italiana, respectivamente, para o Brasil. No caso específico da imigração italiana, Gomes (2000) aponta que os fluxos migratórios italianos são explicados por razões

que o autor as classifica como qualitativas. Assim, além de atenderem as expectativas das autoridades brasileiras em branquear a população²¹ – acreditando que este processo de branqueamento tornaria o Brasil um país mais civilizado –, Gomes (2000) destaca que os imigrantes italianos encontraram um ambiente favorável, uma vez que se viam valorizados pelas autoridades públicas brasileiras, intelectuais e empresários privados.

Enquanto Grinberg (2000) e Mott (2000) aponta que as migrações judaica e árabe tenham como principais fatos geradores a adoção e fortificação por parte da Itália de medidas nazistas e antisemitas, e com as tensões internacionais que geraram a Segunda Guerra Mundial – para o caso da migração judaica –; e questões religiosas e socioeconômicas referentes à estrutura agrária de países como respectivamente, Líbano, Síria, Turquia, Egito, Iraque e Palestina – para o caso da migração árabe –, Kodama (2000) enfatiza que os fluxos migratórios de japoneses resultaram de uma nova dinâmica que abriu o Japão para o mundo ocidental mediante a celebração de acordos comerciais, fator que possibilitou a saída de trabalhadores japoneses.

Tendo registrado maiores proporções entre o início e meados da década passada os fluxos migratórios de venezuelanos haitianos e bolivianos²² têm como principal fato gerador a busca por melhorias das condições socioeconômica, fator que impõe uma dinâmica de inserção na sociedade brasileira e empregabilidade que revelam

[...] os efeitos negativos da globalização, a reprodução em escala regional das relações de autoridade–dependência exercida pelo centro econômico mais dinâmico e a construção de novas identidades territoriais a partir das relações que são estabelecidas com o “outro”, em um tecido social totalmente diferente (ARAUJO; FILARTIGAS; CARVALHO, 2015, p. 140).

Ao tratarmos sobre os fluxos migratórios de venezuelanos, haitianos e bolivianos em direção ao Brasil, há uma questão que nos parece estar no centro do debate: a importância e a influência do Brasil no direcionamento dos fluxos migratórios, em particular na América Latina (JUNIOR et al., 2011), e de forma mais

²¹ Vide SANTOS, R. A. ‘Branqueamento’ no Brasil. Casa de Osvaldo/Fundação Fio Cruz, v. 15, n. 221-224, jan.-mar. 2008. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/TFmsTd4qyTYDJPFg3Jcc6GB/?lang=pt>>

²² Como forma de nos situarmos com relação a essas migrações, dados mais recentes das três últimas migrações internacionais em direção ao Brasil (venezuelana, haitiana e boliviana) estão apresentados no item que trata sobre a migração internacional contemporânea no Brasil.

extensiva, no Sul Global. Nessa direção, Baeninger (2012, p. 7) aponta que, nas décadas finais do século XX, a migração internacional ganhou espaço para debate no Brasil, em um momento em que o país se tornou um

[...] emissor de população para países desenvolvidos, e foi justamente nesse contexto que a imigração boliviana foi decisiva para o reconhecimento da sociedade brasileira também como receptora de novos contingentes de imigrantes.

Constituindo um dos aspectos centrais do nosso trabalho, no item a seguir, o debate está centrado nos aspectos históricos sobre a formação da diáspora africana no Brasil.

1.2.2 A formação da diáspora africana no Brasil: do tráfico negreiro à contemporaneidade

A imigração africana no Brasil é historicamente (e continua sendo) uma das mais importantes para a construção do Estado brasileiro, mediante a exploração da força de trabalho escravo. Assim como aquela África que era constituída pelos reinos e cujas aldeias surgiam “[...] agrupadas no cruzamento de duas pistas ou de dois trilhos” e que, “por baixo de uma árvore secular, perto de um rio ou de uma nascente de que se servem em comum, as populações [...]” juntavam “[...] as palhotas para melhor se proteger contra uma natureza por vezes hostil” (BARATA-FEYO, 2018, s/p), a atual África - que é uma construção colonial – continua explorada. Além do trabalho escravo, a mão de obra barata dos migrantes africanos na contemporaneidade continua condicionada pela herança racista e classista do sistema colonial - mesmo nos casos em que se está diante de mão de obra qualificada.

A manutenção de ideias racistas que coloca a pessoa ‘branca’ como um ser naturalmente superior em comparação as pessoas de outras raças é um fato que impossibilita a promoção da justiça social, garantindo assim o privilégio da população branca mediante a criação de leis racistas. Neste sentido, Ramos, (1995, p. 241) aponta que:

povos brancos, graças a conjunção de fatores históricos e naturais, [...] vieram a imperar no planeta, e, em consequência, impuseram àqueles que dominam uma concepção do mundo feita à sua imagem e semelhança. Num país como o Brasil, colonizados por europeus, os valores mais prestigiados e, portanto, aceitos, são os do colonizador. Entre estes valores está o da branquidão como o símbolo do excelso, do sublime, do belo.

No contexto brasileiro, a falsa superioridade da pessoa branca pode ser verificada em todas as esferas da vida social. Como apontam os estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA):

a existência da discriminação contra negros no Brasil é hoje reconhecida como fato. [...] Negros nascem com peso inferior a brancos, têm maior probabilidade de morrer antes de completar um ano de idade, têm menor probabilidade de freqüentar uma creche e sofrem taxas de repetência mais altas na escola, o que os leva a abandonar os estudos com níveis educacionais inferiores aos dos brancos. Jovens negros morrem de forma violenta em maior número que jovens brancos e têm probabilidades menores de encontrar um emprego. Se encontram um emprego, recebem menos da metade do salário recebido pelos brancos, o que leva a que se aposentem mais tarde e com valores inferiores, quando o fazem. Ao longo de toda a vida, sofrem com o pior atendimento no sistema de saúde e terminam por viver menos e em maior pobreza que brancos. (IPEA, 2007, p. 281, grifos nossos).

Nesta perspectiva, cabe ainda sublinhar que, no caso do Brasil, a desigualdade racial “[...] não decorre apenas da situação de pobreza em que a população negra está majoritariamente inserida[...]”: também “[...] são influenciadas de maneira determinante pela prática passada e presente da discriminação racial (IPEA, 2007, p. 281).

Além do debate sobre os fluxos migratórios contemporâneos de africanos em direção ao Brasil, neste tópico, a nossa abordagem perpassa os aspectos históricos da migração forçada – particularmente no período do tráfico negreiro²³.

Como destacado por Brito Neto (2005, p.24), o Brasil se tornou na maior ‘praça de vendas’ de homens negros escravizados após expulsão dos holandeses que ocupação o território de Luanda. Ainda segundo o autor, “a reconquista de Luanda pelo brasileiro Salvador Correia de Sá (1640) ao serviço de Portugal, deu-se com uma expedição proveniente do Brasil que trazia 1000 homens, a maioria deles brasileiros, e conseguiu expulsar os holandeses daquele território africano [...]” (BRITO NETO, 2005, p. 24), passando a ser então o Brasil o país com maior interesse no tráfico de escravos.

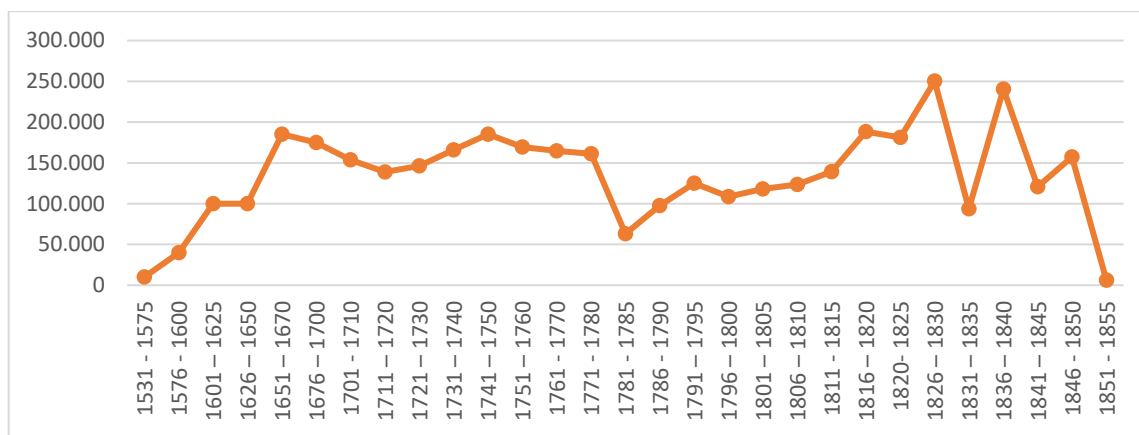
²³ O tráfico negreiro representa a exportação de homens negros de vários pontos de África, que por intermédio de capturas, eram levados ao “[...] Brasil e outros lugares como mão de obra escrava (BRITO NETO, 2005, p. 29).

Todavia, a importação da mão de obra escrava vinda do continente africano data de um período que antecedeu a reconquista de Angola. É neste sentido que Reis (2000, s/p) aponta que:

No continente americano, o Brasil foi o país que importou mais escravos africanos. Entre os séculos XVI e meados do XIX, vieram cerca de 4 milhões de homens, mulheres e crianças, o equivalente a mais de um terço de todo o comércio negreiro. Uma contabilidade que não é exatamente para ser comemorada.

A estimativa do número exponencial de africanos que vieram como escravos para o Brasil de forma coercitiva nos períodos de 1531-1575 e 1851-1855 estão agrupados no gráfico a seguir:

Gráfico 3 - Distribuição da imigração africana no Brasil nos períodos de 1531-1575 e 1851-1855



Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados do IBGE (2000).

No Gráfico 3, podemos observar o comportamento dos fluxos migratórios nos períodos em análise (1531-1575 e 1851-1855), constatando-se assim que, no período em questão, entraram no território brasileiro cerca de 3.909.400 migrantes africanos. O gráfico ilustra que o período com maior entrada desses migrantes se deu entre 1826 e 1830, enquanto o menor registro ocorreu entre 1851 e 1855 (demonstrando já a fase final da exploração escravagista que teve como principal ponto de inflexão negativa a proibição do tráfico negreiro em 1850²⁴).

Importa destacar que as lutas encetadas pelos movimentos abolicionistas - que ganharam força a partir da década de 1870 - não foram as ações

²⁴ O Brasil foi o último país da América a abolir o trabalho escravo. Esta abolição ocorreu em 13 de maio de 1888, por meio da Lei Áurea (ARAÚJO, 2018; REIS, 1999). As principais formas de resistências adotadas pelos escravizados foram as fugas e revoltas contra seus senhores.

que mais determinaram a interrupção do trabalho escravo. Ainda no começo do XIX, como forma de criar uma camada populacional como demandantes de bens e serviços, a Inglaterra vinha pressionando o Brasil para a proibição do tráfico negreiro, tendo resultado na Lei Eusébio de Queiros²⁵, em 1850 (ARAÚJO, 2018; REIS, 1999).

Mais do que as lutas travadas pelos negros escravizados – sem desprimor de todo sacrifício que se consentiu para a liberdade que os foi privada pelo plano mercantil dos colonizadores – foi o fator econômico que determinou em grande medida a cessação da exploração do trabalho escravo. Por isso, entendemos que o sistema opressor, dominador, racista e classista persiste, porque, em grande parte, a história da construção do Brasil está assente na exploração do trabalho escravo, que foi interrompido por uma necessidade econômica.

As atividades realizadas pelos migrantes africanos escravizados são apresentadas por Reis (2000), enfatizando que estes foram trazidos ao Brasil para trabalhar, essencialmente, em plantações de cana de açúcar²⁶ e,

a mão de obra escrava foi empregada em atividades que exigiam trabalho qualificado, tais como conserto de barris, tinas (tanoeiros), atividades de preparação do açúcar, atividades de ferreiros. Os primeiros africanos chegaram aos engenhos do Recôncavo Baiano, uma das regiões pioneiras no estabelecimento da economia açucareira (REIS, 2000, s/p).

Ao explorar a força de trabalho destes africanos escravizados, os colonizadores procuravam extrair deste processo tudo o que havia de vantagens para a concretização do projeto mercantilista que subjugou grupos inteiros de homens - como pretexto de pertencerem à uma raça inferior aos olhos de quem julga ter realmente sido criado a imagem e semelhança de uma força 'superior' existente. É neste sentido que Reis (2000, s/p) aponta que o trabalho do negro escravizado veio também em substituição da força de trabalho indígena, isso porque:

Uma das razões, por exemplo, foi por ser a mão de obra negra mais qualificada do que a indígena. Outra forte razão, foram os altos lucros que o tráfico de escravos africanos rendia para os comerciantes. O tráfico era, sem dúvida, uma das atividades mais lucrativas do sistema colonial. A partir da segunda metade do século XVI, os africanos foram pouco a pouco substituindo os índios também nos partidos de cana. São as seguintes razões que explicam essa substituição: declínio da população nativa; sua

²⁵ “A Lei n. 581, de 4 de setembro de 1850, conhecida como Lei Eusébio de Queirós, estabeleceu medidas para a repressão do tráfico de africanos no Império. Sua promulgação é relacionada, sobretudo, às pressões britânicas sobre o governo brasileiro para a extinção da escravidão no país (BRASIL, 1850).

²⁶ De acordo com o autor, a indústria açucareira representava “um dos ramos mais avançados da indústria ocidental no século XVI” (REIS, 2000, s/p).

inexperiência e resistência ao trabalho contínuo na lavoura; o interesse português no tráfico de escravos africanos, tendo em vista a sua lucratividade.

Com isto, o trabalho dos negros escravizados não estava apenas centrado na indústria açucareira:

no Brasil, o trabalho escravo predominou em quase todos os setores econômicos. Além de ser empregado no setor da produção de açúcar, foi utilizado também: na agricultura de abastecimento interno; na criação de gado; nas pequenas manufaturas; no trabalho doméstico; em toda ordem de ocupação urbanas. Nas cidades, eram os escravos que se encarregavam do transporte de objetos, dejetos e pessoas, além de serem responsáveis por uma considerável parcela da distribuição do alimento que abastecia pequenos e grandes centros urbanos. Escravos vendedores ambulantes e quitandeiros, sobretudo mulheres, povoavam as ruas de Recife, Salvador, Ouro Preto, Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e outras cidades (REIS, 2000, s/p).

O expressivo número de negros africanos escravizados que vieram ao Brasil se reflete no percentual da atual população negra (pretos e pardos)²⁷. Em dado período da história da imigração africana no Brasil, o crescimento da população negra, se deu como ilustrado na tabela abaixo:

Tabela 3 - Demonstração da evolução da população Brasileira, de acordo com a cor, de 1872 a 1991

Ano	Amarelos	Brancos	Pardos	Pretos	S/ declaração	Total
1872	0	3.787.289	4.188.737	1.954.452	0	9.930.478
1890	0	6.302.198	5.934.291	2.097.426	0	14.333.915
1940	242.320	26.171.778	8.744.365	6.035.869	41.983	41.236.315
1950	329.082	32.027.661	1.3786.742	5.692.657	108.255	51.944.397
1960	482.848	42.838.639	20.706.431	6.116.848	46.604	70.191.370
1980	672.251	64.540.467	46.233.531	7.046.906	517.897	119.011.052
1991	630.656	75.704.927	62.316.064	7.355.136	534.878	146.521.661

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados do IBGE (2000).

Como podemos constatar na Tabela 3, entre 1872 e 1991, o total da população negra (pretos e pardos) no Brasil, saltou de 6.143.189 para 69.671.200,

²⁷ Uma das particularidades adotadas pelo IBGE desde o Censo de 1991, foi o critério da autolclassificação segundo raça/cor da pele em cinco categorias: branco, preto, pardo, indígena e amarelo. E convencionou-se denominar de população negra o somatório de pretos+pardos (OSÓRIO, 2003).

portanto, uma variação de 1.034,12%. Os maiores saltos percentuais ocorreram nas décadas de 1960 e 1980. A partir do processo abolicionista, a população negra no Brasil entrou para uma outra fase do processo social - marcada principalmente pela inserção desta parcela da população não mais como mão de obra escrava. Porém, Fernandes e Bastide (1959, p. 3) sinalizam que os africanos que foram trazidos na condição de escravos “[...] para a América, viram a sua vida e o seu destino associar-se a um terrível sistema de exploração do homem pelo homem, em que não contavam senão como e enquanto instrumento de trabalho e capital”. Por isso mesmo, o processo de inserção da pessoa negra na sociedade brasileira está atrelado a estas condições sócio-históricas, uma vez que “[...] a transição do regime escravocrata para o regime de classes não se operou com a mesma rapidez que a transformação do status político do negro” (FERNANDES; BASTIDE, 1959, p. 148). Ainda segundo os autores,

o processo de transformação real dos antigos escravos, e dos seus descendentes, em cidadãos, iria começar então, descrevendo uma trajetória que não foi, nem poderia ser modelada por medidas de caráter legal. No plano econômico [...], esse processo se caracteriza pela lenta reabsorção do elemento negro no sistema de trabalho, a partir das ocupações mais humildes e mal remuneradas. **Isso se explica por várias razões, que não se ligam à constituição biopsíquica dos negros, mas à herança negativa deixada pela escravidão** (FERNANDES; BASTIDE, 1959, p. 54-55. grifos nossos).

Apesar de representar cerca de 54% da população total brasileira em 2020, a marginalização da população negra fica mais evidente quando se analisam alguns dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADContínua)²⁸ - isso no campo da saúde, economia e trabalho -, explicitando as privações sociais de emprego, renda, moradia, saúde, saneamento básico, etc. (IBGE, 2019a).

Assim sendo, os dados de 2018 apontam que: a maioria esmagadora da população em situação de rua, residentes em comunidades tradicionais e com atividades econômicas de baixo rendimento e de não utilização de tecnologia avançada, residentes nas favelas sem acesso a água, esgoto etc., é negra; a expressiva diferença entre famílias negras e brancas, indicam que as famílias brancas ganhavam 73,9% mais do que as famílias negras; a população negra tem maior

²⁸ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua, que propicia uma cobertura territorial mais abrangente e disponibiliza informações conjunturais trimestrais sobre a força de trabalho em âmbito nacional.

presença em ocupações informais (a proporção também é maior em termos de trabalho sem carteira assinada) com 47,3%, ao passo que trabalhadores brancos apresentam uma porcentagem inferior, isto é, 34,6%; são os negros a camada social que mais reside em habitações inadequadas sem saneamento básico; são os negros que na grande maioria estão em insegurança alimentar, pouco acesso à educação, aos equipamentos de saúde, assistência médica e medicamentosa, etc. (IBGE, 2019b).

Nesta perspectiva, ao analisarmos os dados sobre as condições da população negra, concordamos com Ramos (1957, p. 15) ao apontar que “há o tema do negro e há a vida do negro. Como vida ou realidade efetiva, o negro vem assumindo o seu destino, vem se fazendo a si próprio, segundo lhe têm permitido as condições particulares da sociedade brasileira”. Especificamente no campo econômico, a partir do reconhecimento de que as condições degradantes da população negra resultam “[...] da herança por eles recebida do regime econômico anterior [...]” – no caso, o regime escravocrata -, Fernandes e Bastide (1959, p. 56) destacam que “a escravidão degradara a tal ponto o seu agente humano de trabalho, que tornara a sua recuperação econômica extremamente penosa, difícil e demorada”.

A respeito da origem dos negros escravizados, Reis (2000) destaca que através do tráfico de escravos, entraram para o território brasileiro africanos de várias regiões de África. O autor fez saber que a região que hoje se chama Angola foi a maior fornecedora de mão de obra escrava que vieram para a América portuguesa. Enquanto a partir de meados do século XVII (tendo se estendido até o fim do tráfico), a Bahia recebeu os escravizados que vinham da região do Golfo de Benin (sudoeste da atual Nigéria), “no século XVIII, o comércio do Rio de Janeiro, Recife e São Paulo era suprido por escravos que vinham da costa leste africana (oceano Índico), particularmente Moçambique” (REIS, 2000, s/p).

Neste sentido, para Reis (2000, s/p), os países de origem dos negros escravizados tinham uma variação muito grande e, “mesmo confundido sob uma única denominação étnica, cada africano conserva a sua tradição cultural, ou seja, sabia que tinha sua terra”. De acordo com dados do IBGE (2000), o número significativo de negros escravizados que vieram do território que hoje se chama Angola pode ser observado na tabela abaixo, quando se estabelece uma comparação com os provenientes da Costa do Marfim.

Tabela 4 - Estimativa de chega de escravizados africanos no Brasil (de acordo com a região) entre os períodos de 1701-1710 e 1801 a 1810

Período	Angola	Costa do Marfim	Total
1701 – 1710	70.000	83.700	153.700
1711 – 1700	55.300	83.700	139.000
1721 – 1730	67.100	79.200	146.300
1731 – 1740	109.300	56.800	166.100
1741 – 1750	130.100	55.000	185.100
1751 – 1760	123.500	45.900	169.400
1761 – 1770	125.900	38.700	164.600
1771 – 1780	131.500	29.800	161.300
1781 - 1790	153.900	24.200	178.100
1791 – 1800	168.000	53.600	221.600
1801 – 1810	151.300	54.900	206.200
Total	1.285.900	605.500	1.891.400

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados do IBGE (2000).

Como podemos observar na Tabela 4, o número de imigrantes africanos que vieram de Angola²⁹ só não superou o da Costa do Marfim entre os períodos 1701-1710 e 1721-1730. Daí em diante (pelo menos até 1801-1810), os números dobraram – chegando a triplicar em alguns casos –, tendo atingido o ponto mais alto entre 1791 e 1790. Passando para a contemporaneidade, como aponta Furtado (2020), os migrantes angolanos continuam tendo uma representação significativa entre os fluxos migratórios de africanos em direção ao Brasil. Outros aspectos da migração angolana serão discutidos no tópico específico sobre a migração angolana no Brasil.

²⁹ Como apontam Pacheco, Costa e Tavares (2018, p. 89), “quando os portugueses chegaram a Angola a existência de indivíduos reduzidos à condição de escravos era um facto incontestável. Entre os angolanos, a escravização assumia um carácter limitado (escravatura doméstica) e muito diferente da empreendida pelos europeus (escravatura comercial)”. Assim sendo “a prática da escravidão entre as populações de Angola anteriormente à chegada dos portugueses contribuiria para justificar a atividade dos negreiros europeus, pois a escravatura nativa facilitou grandemente o abastecimento dos navios portugueses envolvidos no tráfico” (CARVALHO, 1996; MILLER, 1999 apud PACHECO; COSTA; TAVARES 2018, p. 89).

1.3. MIGRAÇÃO INTERNACIONAL CONTEMPORÂNEA NO BRASIL: DADOS E PERFIL DOS PRINCIPAIS IMIGRANTES NO BRASIL

A migração no Brasil é regulamentada pela Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017 – Lei de Migração. A abrangência desta Lei é visível na medida em que não apenas trata sobre a migração: ela também estabelece os princípios e diretrizes para políticas públicas para o imigrante. Como consta no seu Art.1º, “esta Lei dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no País e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante” (BRASIL, 2017), surgindo assim em substituição ao Estatuto do Estrangeiro (Lei nº 8.615/80) e a Lei nº 818/49 (que dispunha sobre a perda e reaquisição da nacionalidade e a perda dos direitos políticos). De acordo com o disposto na Lei nº 13.445/17, entre os princípios e diretrizes que regem a política migratória no Brasil, destacamos os seguintes:

universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos; repúdio e prevenção à xenofobia, ao racismo e a quaisquer formas de discriminação; não criminalização da migração; não discriminação em razão dos critérios ou dos procedimentos pelos quais a pessoa foi admitida em território nacional; promoção de entrada regular e de regularização documental; acolhida humanitária; desenvolvimento econômico, turístico, social, cultural, esportivo, científico e tecnológico do Brasil [...] (BRASIL, 2017, Art. 2º).

Outros princípios e diretrizes que complementam a atual legislação brasileira sobre a migração estão ligados às garantias de direitos como a inclusão social do migrante através de políticas públicas, “[...] acesso igualitário e livre do imigrante a serviços, programas e de benefícios sociais, bens públicos, educação, assistência jurídica integral pública, trabalho, moradia, serviço bancário e seguridade social” (BRASIL, 2017, Art. 2º).

Além das mudanças do termo ‘estrangeiro’ para ‘migrante’ e a desconstrução da figura do imigrante como potencial ameaça “[...] à segurança nacional, à organização institucional, aos interesses políticos, socioeconômicos e culturais do Brasil, bem assim e à defesa do trabalhador nacional” (BRASIL, 1980, Art. 2º), como importante fonte de dados para a análise das migrações no Brasil, importa sublinhar que uma das importantes mudanças que a nova Lei da Migração trouxe tem a ver com a implantação do Registro Nacional Migratório (RNM), em substituição do

Registro Nacional de Estrangeiros (RNE). É a partir deste registro que grande parte das nossas análises sobre imigração no Brasil são feitas.

Em um encontro que visou o lançamento do Relatório Anual do Observatório das Migrações internacionais – OBMigra 2019³⁰, a então secretária nacional de justiça, Maria Hilda Marsiaj, apontou que a presença de migrantes, solicitantes de refúgio e refugiados no Brasil traz desafios tanto para os formuladores e gestores das políticas públicas migratórias quanto para os diversos atores da sociedade civil que ao longo da história vêm acolhendo esses migrantes e refugiados. Para a então secretária nacional da justiça:

O conhecimento rigoroso da imigração, a partir de relatórios como hoje lançado, é ferramenta imprescindível para a formulação de políticas públicas e para a tomada de decisões de ações específicas que permitam a inserção e contribuição dos migrantes para o desenvolvimento do país (BRASIL, 2019).

Os dados analisados nesse relatório sobre migração e imigração no Brasil estão contidos em uma série histórica de 2010 a 2018 a partir das seguintes bases de dados do governo federal: Sistema de Tráfego Internacional e Sistema Nacional de Registro Migratório (da Polícia Federal); Coordenação Geral de Imigração/Conselho Nacional de Imigração (do Ministério da Justiça); e Cadastro Geral de Empregados e Desempregados/Carteira de Trabalho e Previdência Social (do Ministério da Economia).

De acordo com os dados do referido Relatório, entre 2010 e 2018, o Brasil registrou mais de 774,2 mil migrantes, levando em consideração todos os amparos legais. Em 2018, o Brasil registrou o maior fluxos de imigrantes oriundos do Sul Global, maioritariamente do Haiti, Venezuela e Colômbia - tendo os dois primeiros registrados o maior número de carteiras assinadas emitidas, que foram empregados essencialmente nos setores de atividades econômicas como a indústria, comércio e reparação, e demais serviços, com particular destaque para a produção de bens e serviços industriais, vendedores do comércio em lojas e mercados (BRASIL, 2019).

O perfil migratório no período em análise foi composto maioritariamente por pessoas do sexo masculino, jovens e com nível de escolaridade médio e superior. Como aponta Villen (2015, p. 131), “discute-se atualmente o aumento da mobilidade dos chamados “recursos humanos qualificados” como fator

³⁰ Relatório disponível em: <https://www.justica.gov.br/news/collective-nitf-content-1566502830.29>.

característico do funcionamento das economias centrais”, que vem servindo particularmente para o “[...] atual contexto de funcionamento do sistema capitalista que, progressivamente, acentua seu grau de internacionalização em diferentes dimensões [...]”, como a tecnológica, financeira, produtiva e informacional. Ainda segundo a autora,

na visão dos estudos destinados ao mercado de alocação de “recursos humanos”, esse perfil qualificado de imigrantes caracteriza uma “nova força de trabalho com mobilidade mundial”. Para descrevê-la, usam um vocabulário específico como o “trânsito contínuo”, “mobilidade global”, “situação fluída”, “múltiplas migrações”, enfim, uma semântica que enfatiza o perpétuo movimento naturalizado pela expressão “nômades globais”. Estes seriam caracterizados por uma geração de executivos que representam a “força motriz do futuro”, inserida na “nova forma global” das empresas produzirem e fazerem negócios (VILLEN, 2015, p. 131).

Importa aqui destacar que, sem a pretensão da homogeneização da migração – uma vez que os dados não demonstram que na sua totalidade os migrantes são escolarizados e com maiores qualificações -, a mobilidade dos recursos humanos qualificados destacado por Villen (2015) é uma vem ganhando destaque entre os fluxos migratórios internacionais, isso porque, os altos custos do próprio processo migratório são um fator que contribuem fortemente para que pessoas com maior escolaridade e qualificação sejam as que mais migram. Assim sendo, entendemos que a nova força de trabalho com mobilidade mundial constitui um elemento fundamental aos fluxos migratórios contemporâneos que são originados essencialmente pelo fator econômico -, que abre espaço para um mercado caracterizado pela maior presença de migrantes escolarizados e/ou com maiores qualificações, em detrimento dos migrantes mais pobres e mais vulneráveis.

Embora o mercado se depare com tal perfil de migrantes, destacamos que a escolaridade e/ou qualificação não, necessariamente, reverbera na inserção e/ou absorção da força de trabalho desses migrantes. Ou seja, há outros fatores determinantes nas sociedades de destino que podem dificultar a absorção da força de trabalho dos migrantes, que vão desde os aspectos ligados à construção social de preferência pelo nacional até os atos discriminatórios pela origem, religião, raça/cor, etc. do migrante.

No caso particular do Brasil, destacamos a discriminação racial como um dos principais elementos impeditivos no acesso dos cidadãos negros (nacionais e não nacionais) ao mercado de trabalho, bem como na ocupação de funções com

remunerações justas. É neste sentido que Villen (2015, p. 136) afirmar que, “[...] no Brasil, a desigualdade nas ocupações – principalmente nos empregos com maior rendimento e que exigem maior nível de escolaridade – ainda tem a mesma cor”.

Em 2018, o número de carteiras de trabalho emitidos para solicitantes de refúgio totalizou 36.384 (o maior entre a série histórica 2011-2018). Nas últimas duas décadas, os registros da Polícia Federal apontam que cerca de 1.504.736 imigrantes internacionais solicitaram a emissão do Registro Nacional Migratório. Deste total 955.050 são jovens (maioritariamente na faixa dos 25-28 anos) e solteiros. No mesmo período em análise, Venezuela, Haiti e Bolívia representaram a maior comunidade de imigrantes no Brasil com 162.503, 135.828 e 134.511, respectivamente (OBMigra, 2019).

Entre 2011 e 2018, o Brasil registrou 492,7 mil imigrantes de longo termo, sendo 61,4% deste total de imigrantes homens. Os haitianos representaram 21,5% (106,1 mil) do total da imigração de longo termo. Assim sendo, as principais nacionalidades de imigrantes no Brasil de 2010 a 2018 podem ser observadas na tabela abaixo:

Tabela 5 - Principais nacionalidades dos imigrantes no Brasil de 2010 a 2018

Posição	Nacionalidade dos imigrantes
1 ^a	Haitiana
2 ^a	Boliviana
3 ^a	Venezuelana ³¹
4 ^a	Colombiana
5 ^a	Argentina
6 ^a	Chinesa
7 ^a	Portuguesa
.	.
.	.
22 ^a	Angolana

Fonte: elaborado pelo autor, de acordo os dados do Relatório Anual do Observatório das Migrações Internacionais – OBMigra (2019).

³¹ A partir de 2018, em função do agravamento da crise humanitária – como consequência em parte pela quebra do preço do petróleo no mercado internacional e, em grande medida pelos embargos aplicados pelos EUA, a Venezuela passou a ocupar a primeira posição entre as migrações internacionais no Brasil, (disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/observatorio/bancointerativo/numeros-imigracao-internacional/sincresismigra/>).

As principais regiões do Brasil que receberam imigrantes de longo termo de 2011 a 2018 foram o Sudoeste com 55,% (São Paulo 41,2% e Rio de Janeiro 9,4%); Sul com 20,5% (com uma distribuição quase que equitativa pelos três Estados³²); e Norte com 8,6% (com Roraima recebendo 4,3% em função da imigração venezuelana).

Quanto a imigração laboral, a Coordenação Geral de Imigração Laboral concedeu 30.619 autorizações em 2018, perfazendo uma variação positiva de 18% em relação ao ano anterior. As principais nacionalidades dentro dessa concessão foram: Filipinas (3.447), China (3.252), Estados Unidos (2.306), Índia (2.215), Japão (2.152). Os principais grupos ocupacionais em 2018 eram os de técnicos de nível médio, e das ciências e artes.

Ao contrário do que se estabelece como um dos problemas da imigração, a mobilidade humana internacional no Brasil de 2011 a 2018 demonstra que os imigrantes não são usurpadores dos postos de trabalhos – que para a sociedade receptora, seria para os nacionais - e que os fluxos financeiros não se movimentam apenas em direção aos países de origem dos imigrantes (principalmente os dos países do Sul Global). dados da Coordenação Geral de Imigração Laboral apontam que, em 2018, houve um valor total de investimento de pessoas físicas (imigrantes) no valor de R\$ 186.320.058,93, sendo o Ceará o principal Estado da Federação com um montante de R\$ 52.657.328,80 em investimentos.

Vale sublinhar que, de 2011 a 2018, o Conselho Nacional de Imigração concedeu 59.729 autorizações de residência (2.499 apenas em 2018). No período em análise, do total, o sexo masculino esteve mais presente com 48.014, número muito superior à migração do sexo feminino que acumulou ao longo deste período um total de 11.635 migrantes. A diferença entre esses dois grupos, é o de pessoas que não se identificaram com as opções anteriores (um total de 80 imigrantes).

Apesar de que a movimentação de trabalhadores imigrantes ter se intensificado nos Estados da Região Sul do Brasil entre 2011 e 2018, o Estado de São Paulo foi a Unidade da Federação que mais absorveu mão de obra imigrante em 2018. No entanto, a distribuição da força de trabalho imigrante no mercado de trabalho formal em 2018 se deu da seguinte forma:

³² Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

Principais nacionalidades: Haiti (27.246), Venezuela (7.181), Paraguai (5.394), Argentina (3.784), e Bolívia (2.776);

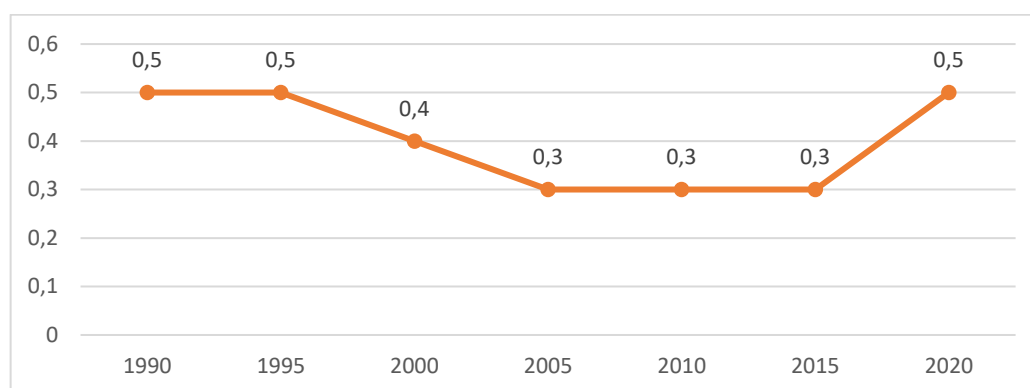
Distribuição por sexo: Homens (72%), e Mulheres (28%);

Grupos ocupacionais: produção de bens e serviços industriais e trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercado;

Principais setores da economia: indústria, comércio e reparação, e demais serviços (nos últimos casos, estão incluídas atividades administrativas, de transportes, alimentação e alojamento).

No que concerna a migração internacional recente no Brasil, a ONU (2020) informa que o estoque de migrantes internacionais representa 0,5% da população total, como podemos observar no gráfico a seguir:

Gráfico 4 - Proporção do estoque de migrantes internacionais no Brasil, em relação a população (em %)



Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com os dados da Nações Unidas, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População (2020).

De acordo com os dados das Nações Unidas, até em meados de 2020, o Brasil registrou um total de 144,1 mil migrantes internacionais (representando 0,5% da população total no mesmo período). Ainda no mesmo período, pouco mais de 5,9 milhões de brasileiros emigraram para outras partes do Globo. A participação de mulheres no estoque de migrantes internacionais foi mais da metade, tendo atingido 52%. Outro dado que podemos ainda destacar é o número de refugiados, que de acordo com o Alto-comissariado das Nações Unidas para os Refugiados – ACNUR (2021), 72,3 mil são imigrantes e 2,6 milhões são emigrantes.

Como podemos observar no Relatório Anual do Observatório das Migrações Internacionais – OBMigra (2019), a forte presença de imigrantes de nacionalidade venezuelana cresceu, pelo menos até os meados de 2020. Neste

sentido, dados da ONU (2020) apontam que cerca de 46,3 mil refugiados da Venezuela ingressaram no Brasil até 05 de março de 2021, mas, o número de autorização de residência concedida aos venezuelanos é cerca de 145,5 mil até 05 de março de 2021.

A partir dos dados acima referenciados, constata-se que a migração internacional no Brasil é composta majoritariamente pela presença de migrantes do Sul Global, que se intensificou com as recentes imigrações como a haitiana, venezuelana, senegalesa e boliviana (OLIVEIRA, 2021). Nesta perspectiva, Basso (2003) destaca que a definição do Brasil como país de instalação ou de rota constitui assim um movimento geopolítico transnacional que sinaliza um direcionamento dos fluxos migratórios de cidadãos dos países periféricos do capitalismo para outros países periféricos que se manterá constante.

Este direcionamento se revela como crucial para facetar a crise migratória no Brasil, uma vez que, “[...] o contexto de inserção do Brasil na rota das migrações Sul-Sul” se deu em uma fase em que o país já vivenciava outras crises, como a do campo econômico e político, particularmente desde 2015 (BAENINGER; PERES, 2017, p. 138). Ao particularizarem a imigração haitiana no Brasil, as autoras destacam ainda que este direcionamento

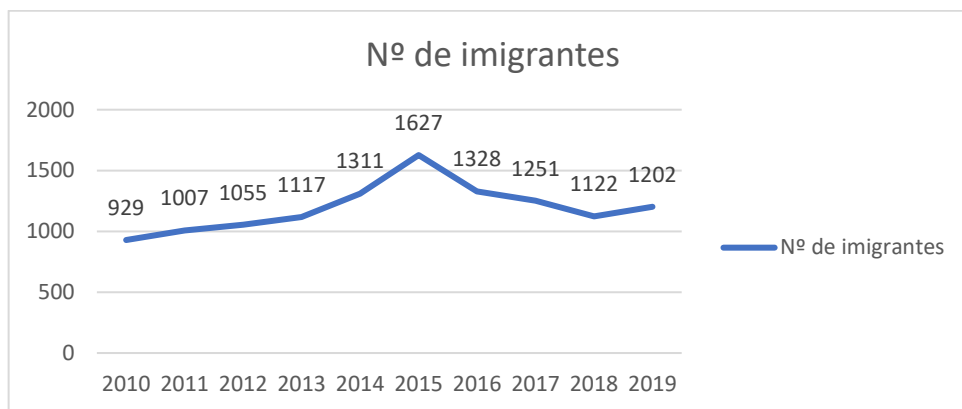
compõe o cenário da migração internacional, a partir de 2010, e acrescenta especificidades da migração de crise para o caso brasileiro, ampliando, portanto, o entendimento dos processos migratórios no país em uma perspectiva que contemple as dimensões transnacionais deste e de outros fluxos migratórios internacionais (Ibd., p. 138).

Ou seja, foi a presença da diáspora haitiana que revelou a crise migratória no Brasil, tendo em conta que este fluxo migratório se confrontou com uma sociedade sem o devido preparo e com uma legislação migratória ultrapassada, “[...] de sua capacidade em dimensionar e mensurar o fluxo migratório, na falta de políticas de acolhimento e de emprego, no preconceito, no racismo e na manifestação de xenofobia em relação a essa população imigrante” (BAENINGER; PERES, 2017, p. 124).

Desataca-se que a consolidação do movimento migratório ocorreu antes do período de crises vivenciadas pelo Brasil, mas registrou uma redução de crescimento depois de 2015. Sem a pretensão de homogeneização dos processos

migratórios, este ponto de inflexão pode ser visualizado a partir da imigração angolana no Brasil, como apontam os dados do gráfico abaixo:

Gráfico 5 - Evolução do número de migrantes angolanos registrados no Brasil de 2010 a 2019



Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com os dados do SISMIGRA (2020).

Analisando os dados do Gráfico 5, de 2010 a 2015, o número de registro de migrantes angolanos que entraram no Brasil aumentou progressivamente, mas registrou uma redução a partir de 2016. Apesar da redução que se estendeu até 2018, o movimento migratório tem vindo a registrar um crescimento.

A partir da definição dos conceitos que norteiam o debate sobre a migração internacional, neste capítulo, identificamos que, como fenômeno social mundial, as migrações internacionais decorrem em função de diferentes modalidades migratórias (que contemplam fatores de expulsão e de atração), cujos processos são alimentados pelas redes migratórias. Os fluxos migratórios internacionais atuais têm como principal razão o fator econômico, que conseqüentemente cria os países de trânsito, que frequentemente se situam no Sul Global – onde as migrações se apresentam como um processo dinâmico e contínuo.

A pandemia do novo coronavírus implicou em profundas restrições para os migrantes internacionais, não somente em termos de saúde, mas, principalmente em termos de mobilidade, dado que muitos viram-se impedidos de regressar aos países dos quais são nacionais, e outros foram obrigados a regressarem para seus países em um período reduzido ao previsto para o estabelecimento no país estrangeiro. Outro aspecto negativo que impactou nos processos migratórios internacionais no contexto de pandemia foi a queda no percentual dos fluxos de remessas para os países de baixo e médio rendimento.

Ao longo da história, entre as principais migrações internacionais em direção ao Brasil, a africana representa uma das mais importantes na construção do Estado Brasileiro. Somando-se às atuais migrações africanas com maior representação no Brasil (congolesa, angolana, etc.), de acordo com o OBMigra (2019), a migração internacional contemporânea no Brasil é composta majoritariamente por migrantes do Sul Global, jovens do sexo masculino e com nível de escolaridade médio e superior.

No capítulo seguinte, as discussões estão centradas nos aspectos históricos de Angola, seus indicadores sociodemográficos e socioeconômicos, a imigração angolana no Brasil e o perfil desses imigrantes.

2. ANGOLA: ASPECTOS HISTÓRICOS E A MIGRAÇÃO ANGOLANA NO BRASIL

2.1. ASPECTOS HISTÓRICOS DE ANGOLA: DA COLONIZAÇÃO À CONTEMPORANEIDADE

Como processo de deslocação, a migração tem seu início em um espaço concreto, envolvendo trânsito humano e relações estabelecidas em um determinado espaço territorial. Neste sentido, Angola representa o território ou [...] o espaço concreto em que se produzem ou se fixam os processos sociais” (HAESBAERT, 2002, p. 131) dos angolanos. Tais processos sociais são marcados por [...] relações que expressam o exercício de um poder” (ALVES; SIQUEIRA, 2018, p. 3).

Quando há no espaço conjuntamente várias relações de poder, segundo Gondin e Monken (2017), chamamos a isto de territorialidades. Ainda segundo os autores, a territorialidade é o resultado das relações políticas, econômicas e culturais, que criam heterogeneidade espacial, paisagística e cultural. Nesta linha, Gil (2004) aponta que é este processo de formação do território que constitui a territorialização. Assim sendo, a conceituação da territorialização é destaca por Haesbaert (2003), descrevendo-a como sendo um processo de dominação e apropriação do espaço. Dominação esta que, por intermédio das relações de poder, se constrói o território a partir de instrumentos materiais, culturais, jurídicos, econômicos, seja ela de forma conjunta ou separada e dicotômica (MOREIRA; DALLABRIDA; MARCHESAN, 2016). A territorialização pressupõe o uso de um território, e como definido por Kastrup (2001), a territorialização é o processo de habitar um território.

O território que hoje se chama Angola é uma construção colonial que originou da repartição e divisão territorial de África, que ocorreu a quando da realização da Conferência de Berlim³³. Como apontado por Pereira (2002, p. 45):

A constituição dos Estados em África, organizada de acordo com o princípio de não alteração dos limites coloniais, ocasionou a manutenção de fronteiras

³³ Realizada entre 15 de novembro de 1884 a 26 de fevereiro de 1885, em Berlim, a referida conferência teve como objetivo traçar fronteiras e estabelecer bases coloniais no continente africano (LIMA, 2019). Ainda segundo o autor, “a Conferência de Berlim não dividiu o continente em colônias, mas fixou princípios para evitar conflitos entre as potências europeias que se lançaram à partilha da África” (LIMA, 2019, p. 2940).

que passaram por áreas ocupadas por grupos étnicos, grupos estes que não possuíam necessariamente limites territoriais precisos, prerrogativa essencial dos Estados-nações.

Angola, que tem como Capital a Província de Luanda e Língua Oficial o Português³⁴, situa-se na região ocidental da África Austral fazendo fronteira a Norte com a República do Congo e a República Democrática do Congo; a Leste com a República Democrática do Congo e a República da Zâmbia, a Sul com a República da Namíbia e a Oeste com o Oceano Atlântico (ANGOLA, c2021).

Figura 1 - Localização de Angola no mapa mundial



Fonte: Google Imagens

Importa destacar que a língua portuguesa representa a *molécula copulativa* que possibilitou a estruturação da colonialidade³⁵, ou seja, a continuidade da estrutura de poder colonial em Angola, que junto de uma reconfiguração da dominação colonial – e apesar de não substituir na totalidade as línguas africanas -, vem corroendo as estruturas dos seus grupos etnolinguísticos. Para Angola, ao ganhar o estatuto de língua oficial, o português

[...] exerce um papel plurifuncional, de uso nos domínios da vida sócio-política-económica, cultural e veicular no país, pois permite a comunicação entre os vários grupos etnolinguísticos. As áreas de difusão da língua oficial, a língua portuguesa, correspondem, em certa medida, aos limites fronteiriços

³⁴ De acordo com o censo de 2014, com cerca de 25.789.024 habitantes, em Angola, “o Português é falado por mais de metade da população (71%) com maior predominância nas áreas urbanas onde 85% da população fala a língua portuguesa enquanto somente 49% na área rural” (ANGOLA, 2016. 51).

³⁵ Para Santos (2018, p. 4), “a colonialidade é referente ao entendimento de que o término das administrações coloniais e a emergência dos Estados-nação não significam o fim da dominação colonial”.

do país, pois ela, cobrindo toda a extensão do território nacional é falada de Cabinda a Cunene, do Mar ao Leste (GOMES, 2014, p. 32).

Dada a sua diversidade étnica, Angola é um país heterogêneo com culturas, hábitos, costumes e línguas diferentes em cada região do país – além de outras línguas oficiais (e não só) dos países limítrofes, que contribuem para o multilinguismo em Angola. No caso específico das línguas oficiais, o bilinguismo³⁶ se faz presente em determinadas regiões do país, isso porque, "Angola é o único país lusófono entre os seus vizinhos, o que implica a presença, até certo ponto, de um bilinguismo, sobretudo, nas zonas fronteiriças. As populações que vivem nessas zonas sofrem uma forte influência linguística dos países vizinhos" (GOMES, 2014, p. 28).

Como aponta Filipe (2019, p. 195), "em Angola, o Português tem o estatuto de Língua Oficial, serve de instrumento de comunicação no país e é falado em todas as províncias, fundamentalmente, nos centros urbanos". Porém, a grande maioria³⁷ dos seus habitantes tem como língua primária (também designada de línguas maternas³⁸) as línguas africanas, tais como: Umbundu, Kimbundu, Kikongo, Cômwe, etc. Além das línguas citadas – que são faladas pelos africanos Bantu³⁹ – no território de Angola, há também outras línguas faladas pelo grupo Khoisan⁴⁰, e todas as línguas (Bantu e não-Bantu) estão distribuídas por regiões étnicas (GOMES, 2014).

Destacamos ainda que essas línguas africanas são faladas no cotidiano das famílias angolanas – com maior frequência nas zonas periurbanas e rural. Nos grandes centros urbanos, apesar de ser o português a língua mais utilizada no dia a dia, as línguas africanas se sobrepõem à língua portuguesa - principalmente nas relações familiares, e nas relações com outros membros do mesmo grupo étnico-linguístico (como será aprofundada mais adiante).

³⁶ Aqui nos referimos apenas as línguas oficiais de Angola e dos países com os quais faz fronteira.

³⁷ Destaca-se aqui que pouco mais de 95% da população de Angola são Bantu ou Khoisan. Deste modo, entende-se que igual percentagem tem como língua primária as línguas africanas.

³⁸ De acordo com o Conselho de Ministros de Angola, a língua materna "é o primeiro idioma falado pelo indivíduo no seu seio familiar" (ANGOLA, 2001, p. 6)

³⁹ Localizados principalmente abaixo do deserto do Saara, Bantu é um grupo com mais de 400 subgrupos etnolinguísticos. Tendo como atividade principal a agricultura, este o grande grupo étnico Bantu tem forte presença em Angola e é composta por nove etnias, a citar: "[...] Bakongo, Nganguela, Nyaneka-Humbe, Herero, Lunda-Kioko (Cômwe), Ovambo, Ambundo, Umbundu e Xindonga. Cada um destes povos possui a sua própria língua" (ANGOLA, 2018, p. 55).

⁴⁰ Também chamado por Coissãs, é um povo autóctone do sul de África essencialmente caçador, coletor e pastor, cujas características físicas e linguísticas diferem da maioria dos grupos étnicos de África que são Bantu. Este grupo étnico tem forte presença no deserto do Kalahari e na Namíbia, e uma presença reduzida no Botsuana e Angola (onde constitui 5% do total da população originária).

Com dez grupos étnicos, 95% da população negra de Angola são africanos Bantu e outros 5% são Khoisan. A língua tem sido o principal critério para se elencar as principais etnias de Angola e, é neste sentido que Pereira (2002, p. 35) aponta que:

A classificação das etnias em Angola historicamente tem levado em conta o tradicional critério linguístico. Dessa forma, o país conta com cerca de dez grupos étnicos, sendo que os três maiores grupos – Ovimbundu, Ambundo e Bakongo – somam 75% da população.

Os primeiros contatos entre os portugueses e os povos nativos do território que hoje se chama Angola se deu em 1842, quando, segundo Brito Neto (2005, p. 12-13):

em busca do caminho marítimo para a Índia, onde pretendiam buscar as especiarias que chegavam à Europa, os portugueses atracaram na foz do rio Zaire [...]. Logo a seguir, os lusitanos mantiveram os primeiros contatos com as populações nativas e com as suas hierarquias, especificamente com seus reis; como resultado decorreram atividades relativas a trocas comerciais, troca de embaixadores, assim como a chegada de missionários católicos.

Ou seja, a ida dos europeus ao continente africano teve como principais objetivos a geração de riquezas mediante a ocupação de terras com solos férteis para a prática da agricultura, bem como a procura de riquezas naturais como o ouro e a prata (ANGOLA, 2018), tendo desencadeado, em um primeiro momento, no estabelecimento de trocas entre Portugal e o Reino do Kongo⁴¹, que viriam a intensificar-se em 1507 (ANGOLA, 2018).

As relações de trocas viriam a deteriorar-se com a conquista da grande colônia na América do Sul, o Brasil, onde se cultivava a cana de açúcar. Portanto, “sobretudo depois da descoberta do continente americano, os Portugueses e outros europeus (Holandeses, Franceses, Espanhóis, Ingleses), precisavam de mão de obra para trabalhar nas minas e nas grandes plantações que tinham na América [...]” (ANGOLA, 2018). Essa mudança nas relações comerciais entre os portugueses e os povos indígenas do atual território de Angola constituiu então ingerência nos assuntos internos dos reinos, cujos povos deram início aos atos de resistência:

as intromissões abusivas dos missionários e dos traficantes portugueses nos assuntos internos da vida desses povos, contrárias aos objetivos que

⁴¹ No território hoje designado por Angola, Os principais reinos formados antes da ocupação europeia foram o Reino do Kongo, Reino do Ndongo, Reino de Kassanje, Reino de Matamba, Reino da Lunda, Reino do Bailundo, e o Reino de Kwanyama (ANGOLA, 2018).

justificavam a sua presença nesses territórios, contribuíram decisivamente para criar esse clima de descontentamento (CARDOSO, 1987, p.33).

Apesar dos atos de resistência contra ações das entidades estrangeiras – tanto políticas quanto religiosas -, os portugueses encetaram uma invasão armada que culminou com a dominação colonial em 1575, e que se estendera até 1975. Para Brito Neto (2005, p. 15), além do desenvolvimento da colônia - que foi alimentado pelas guerras internas -, formou-se dentro da colônia

[...] uma sociedade de tipo colonial, distinta das sociedades que havia antes na África, pois elas viviam sob um modo de produção não capitalista, diferente da sociedade colonial que passou a viver sob o molde da produção capitalista. Desse período até a independência do que hoje é o Território de Angola, conviveram, portanto, duas sociedades diferentes e antagônicas (inimigas entre si e em constantes guerras uma com a outra): a sociedade colonial que experimentava um modo de produção muito mais avançado que a sociedade tradicional, apoiando-se nos países capitalistas do resto do mundo, e as sociedades tradicionais, que tinham apenas umas às outras para se ajudarem.

Os aspectos econômicos que acompanharam a história colonial de Angola são destacados por Torres (1983). O autor destaca que, até os anos 1960, Angola foi o reservatório de matérias primas e de produtos primários, e um mercado de produtos semitransformados da economia metropolitana; entre 1960 e 1972, houve o crescimento da indústria extrativa, baseada particularmente no ferro, diamante e petróleo, que registrou um crescimento de mais de 170% (TORRES, 1983).

A dominação colonial implicou em ruinosas consequências nos campos político, econômico e social às então comunidades angolanas. Como destaca Brito Neto (2005, p. 13), “todo o contato e as trocas comerciais entre os portugueses e os nativos, além das chegadas dos missionários, conduziram a mudanças na vida dos povos africanos daquele território”. Ainda segundo o autor,

efetivamente, mudanças foram verificadas, inclusive no comportamento dos chefes africanos mais esclarecidos, como fruto de tal cooperação, os produtos manufaturados na Europa aumentaram o leque e a diversidade dos produzidos localmente. Por outro lado, os colonialistas realizavam atividades comerciais relativas a armas e a bebidas alcoólicas provenientes de Lisboa, que não interessavam em certa medida aos povos indígenas de Angola, pois eles já praticavam esse tipo de atividade. O que mais lhes interessou, por tocar diretamente as suas vidas, foi o incremento das guerras internas, que se seguiram como resultado da presença desses portugueses e com as suas atividades ligadas ao tráfico de armas (BRITO NETO, 2005, p. 13).

As consequências políticas incidiram principalmente sobre os reinos que, além de enfraquecidos com a instituição do Estado colonial, viram seus chefes

tradicionais perderem a autoridade e as sociedades desorganizarem-se (ANGOLA, 2018). Enquanto no campo econômico as consequências tenham causado a regressão das forças produtivas, no campo social, o tráfico de escravos levado a cabo pelas autoridades portuguesas implicou na “diminuição da população produtora e reprodutora, enfraquecimento do artesanato e de outras expressões artísticas e debilidade cultural” (ANGOLA, 2018, p. 77).

Figura 2 - Mapa político-administrativo de Angola



Fonte: Angola (c2022).

A partir de 1961, a história de Angola foi marcada por sucessivas lutas que visavam à descolonização do país. A 11 de novembro de 1975, Angola tornou-se independente de Portugal “[...] após catorze anos de guerra anticolonial, encerrada em 1974 com a Revolução dos Cravos, que pôs fim, em Portugal, a cinquenta anos de regime autoritário” (PEREIRA, 2002, p. 46). Em seguida, instaurou-se um conflito armado que opôs dois dos três movimentos⁴² que lutaram pela libertação de Angola

⁴² A luta anticolonial foi feita por três movimentos: Frente Nacional de Libertação de Angola (FNLA); Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA); e União Nacional para a Independência Total de

do jugo colonial português – Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA)⁴³ e a União Nacional para a Independência Total de Angola (UNITA)⁴⁴. Esse conflito teve um dos seus momentos mais críticos a última década que antecedeu a dissolução da União Soviética, quando os movimentos anteriormente citados juntaram-se aos Blocos - Oriental e Ocidental, respectivamente – que protagonizavam a tensão geopolítica que se encerrou com a dissolução da União Soviética em 1991.

Depois de muitos acordos que não resultaram na estabilidade política e militar de Angola, a esperança de Angola estava nos Acordos de Bicesse, assinado por José Eduardo dos Santos⁴⁵ e Jonas Savimbi⁴⁶. Este acordo foi assinado em Estoril, Portugal, em maio de 1991, que possibilitou a formação da Comissão Conjunta Política Militar (CCPM)⁴⁷, que viria a ser determinante nas tratativas de dois principais pontos: a realização das primeiras eleições livres e democráticas em Angola (sob supervisão das Nações Unidas), bem como a criação de uma força militar única integrada pelos militares da UNITA e do MPLA, que passou a designar-se Forças Armadas Angolanas. Esse acordo foi determinante para a passagem de um país monopartidário e com uma economia planejada para o multipartidarismo⁴⁸ e uma economia de mercado que foi consagrada pela Lei Constitucional de 1992 (substituindo assim a Lei Constitucional da República Popular de Angola de 1975).

Angola (UNITA)

⁴³ Movimento Popular de Libertação de Angola, fundado em 1956, tendo inicialmente como base ideológica o Marxismo-Leninismo. No processo de libertação de Angola, este movimento teve como braço armado as Forças Armadas Populares de Libertação de Angola (FAPLA), apoiadas principalmente pela Rússia e Cuba (além dos demais países da então União Soviética). No poder desde 1975, é o partido com mais assentos no parlamento angolano (com 150 num total de 210).

⁴⁴ União Nacional para Independência Total de Angola, fundada em 1966 por Jonas Savimbi e teve como braço armado as Forças Armadas de Libertação de Angola, FALA (treinadas na República Popular da China sob o comando de Mao Tse-Tung). Constituído majoritariamente pelo grupo étnico Ovimbundu, na guerra civil teve o apoio dos Estados Unidos da América e da África do Sul. É o segundo maior partido de Angola com 51 assentos no parlamento.

⁴⁵ Foi o Presidente de Angola e do Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA) de 1979 a 2017. Assumiu a presidência de Angola e do Movimento Popular de Angola após o passamento físico de Agostinho Neto, o primeiro Presidente de Angola

⁴⁶ Jonas Savimbi foi o líder fundador da União Nacional para Independência Total de Angola (UNITA). Foi um dos signatários dos Acordos de Alvor em 1975 (instrumento jurídico que balizou a independência de Angola e a formação do Estado angolano como independente e autônomo). Conduziu a guerra que levou ao fim do monopartidarismo em Angola. Foi morto em combate pelas forças governamentais em fevereiro de 2002.

⁴⁷ Comissão Conjunta Política Militar: integrada por superiores militares e comissários políticos das partes beligerantes da guerra fratricida (governo de Angola e a UNITA).

⁴⁸ De acordo com António (2013, p. 98), esta “[...] transição se deu a quatro níveis, a saber, da guerra à paz e reconciliação nacional; da crise humanitária à reabilitação, a recuperação e o desenvolvimento; de um sistema de governação autoritário e unipartidário à uma democracia pluralista; e de uma economia dirigista para uma economia segundo as leis do mercado”.

Diante do contexto histórico de formação de Angola como um Estado-nação, destaca-se que, assim como ocorreu com a adoção da língua portuguesa como sendo o idioma oficial do país, a continuidade das relações coloniais entre Angola e Portugal podem ser verificadas nos processos que tinham como objetivo o fim das tensões político-militares que Angola viveu após a independência de Portugal. Como destaca Monteiro (2012, p. 43):

Angola, é no presente um país africano, membro regional da embrionária União Africana mas também da CPLP, onde a presença e hábitos portugueses ainda muito dominantes começou há cinco séculos e se manteve de forma violenta o que naturalmente influenciou profundamente a evolução da sua matriz.

Na atual conjuntura, essas relações podem ser verificadas, essencialmente, no campo econômico, com a presença de um número significativo de empresas portuguesas de construção civil; a presença de docentes portugueses nas principais universidades de Angola; a importação de mão de obra qualificada portuguesa para espaços de destaque na sociedade angolana; a mobilidade de jovens estudantes angolanos em direção à Portugal; a presença de trabalhadores angolanos no mercado português, etc. Neste sentido, Teixeira (2022, p. 15) aponta que, em função da forte presença no mercado de trabalho português, “[...] os angolanos são vulneráveis à exclusão, discriminação e pobreza, muito devido às condições laborais, com contratos de trabalho precários, ou mesmo sem contratos [...]”. Ainda segundo a autora:

Existe uma relação direta entre o nível de qualificações e o acesso ao emprego. Em geral, apesar de nos últimos anos existirem mais alunos angolanos a frequentar o ensino superior, a maioria possui qualificações básicas e poucos possuem qualificações técnicas avançadas. [...] Com baixas qualificações tendem a ocupar empregos com baixa remuneração; as mulheres ocupam postos nos call center, como administrativas, cozinheiras, secretárias, empregadas domésticas, cabeleireiras, etc.; os homens conseguem colocação na construção civil ou como carpinteiros, motoristas, eletricitas, seguranças, etc. (TEIXEIRA, 2022, p. 15).

Assim sendo, o papel desempenhado por Portugal para os processos de paz em Angola - ao longo dos quase trinta anos de conflito armado -, bem como as relações no campo econômico na atualidade, demonstram o caráter perene das relações que se estabelecem entre ambos os países.

Outro momento crítico da guerra em Angola se deu em 1992 após a realização das primeiras eleições legislativas e presidenciais. As eleições também

foram consequências da resistência militar da UNITA: este movimento de libertação conseguiu forçar o MPLA para os acordos de Bicesse em 1991. Apesar de terem possibilitado as eleições de 1992, os Acordos de Bicesse não impossibilitaram a continuidade da guerra civil, que foi agravado pelo massacre de líderes políticos da UNITA que estavam em Luanda, na tentativa de dar seguimento às negociações para o não retorno a guerra, depois da contestação dos resultados eleitorais por parte da UNITA. Apesar de se ter feito um tratado⁴⁹ de paz em 1994, a guerra civil continuou até 2002 com a morte de Jonas Savimbi.

De modo geral, o conflito armado em Angola durou pouco mais de 27 anos, destruindo grande parte das infraestruturas até então existentes no país e aprofundando a extrema pobreza. Sobre a análise da guerra e seus efeitos na sociedade angolana, Rodrigues (2012, p. 116) destaca que:

No caso de Angola, as questões da guerra e da paz permaneceram mais duradouramente no centro da análise da pobreza e do desenvolvimento, aparecendo sistematicamente nos estudos de carácter social, político e económico, referências às implicações recíprocas. A análise das consequências da guerra de independência sobre as condições de vida da população não constituiu uma preocupação ao nível académico – muito pelo contrário – dado o contexto que se vivia em Angola nos anos 1960 e início dos anos 1970.

O acordo de paz militar⁵⁰ - que se vive até hoje em Angola – foi assinado no dia 04 de abril de 2002, entre o Governo do MPLA e a UNITA. Depois dos acordos de paz, Angola deu sinais de crescimento económico incontestáveis, muito por conta do *boom* do petróleo⁵¹ - uma vez que, desde 1975, a agricultura e demais formas de diversificação da economia nunca foram prioridades entre os programas de governo do partido MPLA -, mas que não serviu para o investimento nos setores chaves do país. A não diversificação da economia fica evidente quando analisamos a influência do petróleo sobre a economia angolana: em 2017, o petróleo

⁴⁹ Protocolo de Lusaka: assinada na capital da Zâmbia, Lusaka, em 20 de novembro de 1994, foi um tratado de paz que durou cerca de quatro anos e tinha como base a desmobilização das tropas do MPLA/FAA e as tropas da UNITA/FALA. Também serviu de base de correção de alguns pontos dos Acordos de Alvor e formação do GURN (Governo de Unidade e Reconciliação Nacional), que durou até as eleições de 2008.

⁵⁰ Entendemos que a paz que se vive em Angola é apenas militar porque, além das perseguições políticas e demais repreensões do partido no poder, o agravamento das condições socioeconômicas não traduzem uma paz efetiva. Houve apenas o calar das armas.

⁵¹ Angola viveu o boom do petróleo de 2004 a 2009.

representou mais de 30% do PIB⁵²; 60% das receitas do Estado; e 88,5% das exportações totais (crude) (TRADING ECONOMICS, 2021).

Importa aqui sublinhar que, apesar do período do *boom* do petróleo, as práticas de gestão da *res* pública não impediram que o país mergulhasse nos níveis de pobreza que se observam no atual contexto. Como aponta Cangue (2020, p. 170):

a péssima gestão por parte de diversas instituições públicas em Angola, onde maior parte da população é pobre, impede que as políticas públicas funcionem para a criação de oportunidades sociais, no que tange à educação, à saúde, à reforma agrária, ao emprego, às redes de segurança social, aos transportes públicos, à consolidação do empresariado nacional, que ajudariam no fomento ao emprego, entre outros, perdendo de vista a prioridade de desenvolver os recursos humanos que garantem a ampliação de habilidades profissionais para melhoria da qualidade de vida e desenvolvimento socioeconómico.

O não investimento em setores chaves da vida social em Angola é destacado por Sassen (2016), ao exemplificar os casos da Alemanha e Angola⁵³, que apesar de terem realidades económicas completamente distintas (a primeira representa uma economia com poucas desigualdades e uma classe média próspera, e a última se trata de uma economia com extremas desigualdades e concentração da maior parte do crescimento em pequena camada superior), tiveram a mesma taxa de crescimento do PIB em 2000.

Para a autora, apesar dos dois países terem registrado a mesma taxa de crescimento do PIB, apresentavam economias distintas: ao passo que a Alemanha direcionava seus investimentos às infraestruturas nacionais, oferta de serviços públicos (saúde, transporte, etc.), em Angola, através do plano de criação de uma pequena elite económica - que sob o pretexto de alavancar a economia, foi institucionalizado pelo então Presidente da República – beneficiou-se um grupo seleto de pessoas afeto ao partido do poder, que, em detrimento de investimentos em setores chaves, optaram em satisfazer seus próprios desejos com bens supérfluos como imóveis em Luanda – que até então era considerada a cidade mais cara do mundo – (SASSEN, 2016), e no exterior do país. É neste sentido que Cangue (2020, p. 180) destaca que:

⁵² Produto Interno Bruto representa a soma de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região, durante um período determinado.

⁵³ A partir do que sinaliza Sassen (2016), não pretendemos estabelecer comparações diretas entre as economias de Angola e da Alemanha. Queremos com isto dizer que se trata de uma análise sobre o modo como os fundos públicos foram usados pelos países em causa, partindo do pressuposto de que o PIB cresceu na mesma proporção para os dois países.

A pobreza em Angola está associada aos fatores de exploração colonial por Portugal, a independência em 1975 que não reestruturou a sociedade, a guerra civil pós independência de 1976 a 2002, a falta de políticas claras de luta contra a pobreza no período pós independência, **oportunismo de alguns cidadãos ligados ao sistema governativo no país independente**, má distribuição dos quadros formados dentro e fora do país, falta de investimento no sector social, fundamentalmente no subsistema da educação (Grifo nosso).

Ou seja, apesar dos altos níveis de crescimento econômico após o conflito armado, a canalização de recursos para o benefício de um grupo minoritário de dirigentes não permitiu que o Plano de (Re)Construção Nacional fosse implementado como o previsto. Como consequência, os dados demonstram ainda uma Angola com indicadores abaixo do desejável, ou ainda, como aponta Santos (2015, p. 101):

Ninguém duvida que parte importante da população do segundo maior produtor de petróleo da África negra e de uma das capitais mais cara do mundo, vive, desde 2010, em condições de extrema pobreza, exibindo taxas de mortalidade infantil entre as mais elevadas do mundo, um déficit crónico de água potável, taxas de analfabetismo também muito elevadas, assim como epidemias periódicas de doenças infecciosas e contagiosas como a malária e a cólera.

No quadro que se segue, far-se-á uma contextualização das situações sociodemográfica e socioeconômica de Angola.

Quadro 1 - Situação sociodemográfica e socioeconômicas de Angola

Situação sociodemográfica	
Extensão territorial	1.246.700 km ²
Divisão administrativa	18 Províncias, 164 municípios e 532 comunas
População (milhões) – 2020	32.097.671
Grupos étnicos	Ovimbundu (37%), Ambundu (25%), Bakongo (13%), Mestiços/Brancos (3%), Outros (22%).
Taxa de natalidade (2018)	40,73%
Taxa bruta de mortalidade (2018)	8,19%
Taxa de fertilidade (2018)	5,2%
Expectativa de vida (2018)	60,78 anos

Continua

Situação socioeconômica	
IDH (2019)	0,581 (19º em África e 146º no contexto global)
População com acesso a água potável (2017)	55,84%
Acesso a rede sanitária (2017)	49,88% (144º)
PIB (Dez/20)	US\$ 61,31 bilhões
Taxa de crescimento do PIB (Dez/20)	0,6%
Taxa anual de crescimento do PIB (Dez/20)	-5.4%
PIB per capita (Dez/20)	US\$ 2.891
PIBppc (Dez/20)	US\$ 6.198
Índice de GINI (%) - 2018	51,30
Taxa de pobreza (US \$ 1,9 por dia) - 2018	49,9%
Taxa de pobreza (US\$ 3,2 por dia) – 2018	71,5%
Taxa de desemprego (Mar/21)	30,5%
Taxa de emprego (Mar/21)	62.2%
Salário mínimo (Mar/21)	Kz ⁵⁴ 21.454
Índice de pobreza (2019)	40,6%
Dívida Pública (Dez/20)	120 % (do PIB)
Taxa de inflação homologada (Mai/21)	24.94%
Taxa de inflação mensal (Jun/21)	2,03%

Continua

⁵⁴ Valor em Real e Dólar – R\$ 197,72 / US\$ 35,83

Taxa de juros (Mai/21)	15,5%
População com 18 anos ou mais, segundo o nível de escolaridade concluído (de acordo com o último Censo de 2014)	
Nenhum nível	47,9%
Ensino primário	19,9%
I ciclo do ensino secundário	19,1%
II ciclo do ensino secundário	13,2%
Ensino superior	2%

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com dados do Banco Nacional de Angola - BNA (2021); Instituto Nacional de Estatística de Angola - INE (2021); Country Economy (2021); Trade Economics (2021); ONU (2020); Ministério da Saúde de Angola -MINSa (2021); Banco Mundial (2020); e Knoema (2019).

A situação econômica de Angola já vinha se agravando com a queda do preço do petróleo no mercado internacional e, com a pandemia do novo coronavírus, os impactos foram ainda mais severos. Como consta no Quadro acima, até dezembro de 2020, a taxa de crescimento do PIB continuava negativa (-5,4%), apesar de ter registrado um leve aumento de 0,8 pontos percentuais no terceiro trimestre de 2020. Outros resultados negativos do mesmo período estão ligados à Conta Corrente (com uma redução de 143 milhões de dólares); e a redução do Orçamento do Estado em relação ao PIB em 2,5% (TRADING ECONOMICS, 2021). Neste sentido, o Banco Mundial (2021) afirma que:

apesar dos progressos significativos feitos na estabilidade macroeconómica e nas reformas estruturais, Angola continua a sofrer os efeitos da descida dos preços do petróleo e dos níveis de produção, com uma contração do Produto Interno Bruto (PIB) estimada em cerca de 1,2% em 2018. [...] A transformação de uma economia petrolífera liderada pelo estado para um modelo de crescimento liderado pelo sector privado é um processo complexo e de longo prazo e o sector petrolífero continuará a desempenhar um papel importante durante este período de transição.

Na mesma linha, Serrote (2020, p. 62) aponta que, mesmo nos períodos em que Angola atingiu “[...] taxas elevadas⁵⁵ de crescimento econômico, o

⁵⁵ Também conhecido como o “período de ouro” da economia angolana, as elevadas taxas de crescimento foram registradas entre 2003 e 2008. Para Serrote (2020, p. 60), “a economia angolana foi uma das que mais cresceu no mundo de 2003 a 2008, tornando Angola o segundo maior produtor de petróleo do continente africano, com crescimentos anuais em mais de 10% e uma estabilização das taxas de inflação, tornando o país atrativo para o investimento estrangeiro”.

índice de pobreza ainda era muito elevado, quanto mais o país crescia, consigo também cresciam os índices de desigualdade social e má distribuição das riquezas”.

No atual contexto, os efeitos negativos da queda do preço do petróleo ocorrem em grande medida porque, ao longo de todo o período da economia de Angola como um Estado independente, a produção petrolífera contribuiu com mais de 80% do PIB nacional. Como destaca Serrote (2020, p. 61) “a economia angolana desde cedo foi dependente das exportações petrolíferas, mesmo no período do socialismo angolano⁵⁶ [...]”. Portanto, enquanto tenciona-se um processo de transição de uma economia extremamente dependente do petróleo para uma economia diversificada, uma parcela significativa da população continua em situação de extrema pobreza, sem acesso aos serviços básicos como saúde, educação, saneamento básico, etc. Ou, como aponta Serrote (2020, p. 52):

[...] o país continua a enfrentar desafios de desenvolvimento enormes, que incluem a redução da dependência do petróleo, a diversificação da economia, a reconstrução das infraestruturas, o aumento da capacidade institucional e a melhoria dos sistemas de governação e de gestão das finanças públicas, dos indicadores de desenvolvimento humano e das condições de vida da população.

No setor da educação, Angola apresenta ainda uma taxa elevada de analfabetismo. Na sua intervenção no ato comemorativo do Dia Internacional da Alfabetização, em 2019, a Ministra de Estado para a Área Social de Angola, Carolina Cerqueira, fez saber que a taxa de alfabetização estava em 76% - sendo os homens com mais de 82% e as mulheres com 60,7% de alfabetização, principalmente aquelas das zonas rurais e periurbanas (ANGOLA, 2019). Tendo demonstrada preocupação, a governante destacou a necessidade de execução de um programa de prevenção e combate ao abandono escolar. Neste sentido, foi lançado em 2019 o Plano de Ação para Intensificação da Alfabetização e Educação de Jovens e Adultos (EJA-Angola - 2019-2022).

O referido instrumento, considerado importante, visa a operacionalização das políticas e estratégias do Executivo, para o alcance dos objectivos e metas previstas no Plano de Desenvolvimento Nacional (PDN) 2018-2022, relativamente à educação de jovens e de adultos. Dos objectivos do “EJA-Angola-2019-2022” constam, entre outros, a redução do índice de analfabetismo literal e funcional da população jovem e de

⁵⁶ O socialismo angolano é uma referência ao período em que o sistema político de Angola era o monopartidarismo e um sistema de economia planificada, isto é, entre 1975 e 1991.

adultos, com realce para as mulheres nas zonas rurais e periurbanas, através da intensificação das acções de alfabetização (ANGOLA, 2019).

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística de Angola (INE), cerca de 48% da população angolana com 18 anos ou mais não possuíam nenhum nível de escolaridade, ao passo que, cerca de 42% das mulheres e pouco menos 62% dos homens – na idade compreendida entre os 15 anos ou mais – concluíram ao menos o ensino primário (ANGOLA, 2018). A respeito da inserção e permanência no sistema escolar, pouco menos de 22% da população angolana entre os 5 e 18 anos não encontrava-se inserida no sistema de ensino – deste total, 30% são mulheres e 24% são homens (ANGOLA, 2016). Quanto ao ensino superior, os dados indicam ainda que não mais que 2,5% da população angolana acima dos 24 anos possuíam o ensino superior em 2014. À semelhança da proporção de homens e mulheres fora do sistema de ensino, no ensino superior, os homens têm a maior representação com 3,2%, ao passo que as mulheres estão presentes apenas com 1,9% (ANGOLA, 2018). Diante dos dados expostos, observa-se que Angola tem ainda uma população que apresenta índices baixos de escolaridade.

Outros dados sobre a educação em Angola - principalmente sobre o ensino primário e secundário – são apresentados pela UNICEF-Angola, ao apontar que, até 2017, 1,9 milhões de crianças dos 6 aos 11 anos e 2,8 milhões de crianças dos 12 aos 18 anos não frequentavam os respectivos sistemas de ensino primário e secundário (UNICEF, 2018).

Ainda no mesmo período, as disparidades entre as zonas urbanas e rurais eram titânicas, sendo que 21% dos angolanos com 12 anos ou mais completou o 1º ciclo do ensino secundário em zonas urbanas, enquanto as zonas rurais registraram apenas 7%. Apesar desses dados, de 2017 a 2018 o Orçamento Geral do Estado percorreu um caminho contrário no que concerne a percentagem de recursos para o setor da educação: houve uma redução de 6,76% em 2017 para 5,78% em 2018; quanto a alfabetização, os recursos alocados aumentaram 272% (Kz 2,7 bilhões⁵⁷ para Kz 10,2 bilhões⁵⁸ (UNICEF, 2018). Apesar dos Kz 36 bilhões⁵⁹ adicionais para o setor da saúde, educação e a abertura de concurso público para 20 mil professores em 2018, o orçamento que se tem destinado à educação,

⁵⁷ Valor em Real e em Dólar: R\$ 18.410.629,81 / US\$ 3.342.313,00.

⁵⁸ Valor em Real e em Dólar: R\$ 92.053.149,06 / US\$ 16.711.565,00.

⁵⁹ Valor em Real e em Dólar: R\$ 331.391.336,62 / US\$ 60.161.634,00.

[...] tem decrescido drasticamente em termos reais. Este decréscimo prende-se com os efeitos da inflação e da crise económica que o país tem enfrentado desde 2014. Assim, por exemplo, entre 2017 e 2018, a dotação orçamental cresceu 11,8% em termos nominais. Mas, em termos reais, a função sofreu um corte de 13,1% se se levar em consideração a inflação. De qualquer modo, tendo ainda em mente valores reais, verifica-se que a educação sofreu, na verdade, um corte de 52,5% entre 2014 e 2018 (UNICEF, 2018).

Os investimentos que vêm sendo feitos no setor da educação em Angola podem ser observados na tabela que se segue:

Tabela 6 - Distribuição do montante total dedicado à educação em Angola, em 2021 (valores em Kwanza)

Subsistema (OGE 2019-2021)	Montante nominal em 2021	Difer. 2020	Difer. 2019
Ensino pré-escolar	855.735.432,00 ⁶⁰	+69,28%	+612,60%
Ensino primário	392.381.467.964,00 ⁶¹	+23,14%	+54,21%
Ensino secundário	465.568.340.963,00 ⁶²	+22,32%	+121,97%
Ensino técnico-profissional	25.488.440.086,00 ⁶³	+37,99%	+88,47%
Ensino superior	103.133.318.755,00 ⁶⁴	+42,36%	+39,82%
Educação de Adultos	4.183.834.380,00 ⁶⁵	+627%	+100%
Ensino especial	4.410.773.806,00 ⁶⁶	+317,71%	+1.203,36%

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com os dados do Orçamento Geral do Estado/Angola (2019-2021).

De acordo com os dados da Tabela 6, chama-nos atenção o aumento exponencial do percentual alocado para a educação especial, tendo sido o maior aumento em termos nominais de recursos destinados à educação em Angola. Todavia, verificamos através da Tabela 6 que a educação especial está entre os 3 (três) subsistemas de educação em Angola com menores investimentos em termos nominais. Apesar da variação positiva em todos os subsistemas da educação – como se observa nos OGEs de 2019, 2020 e 2021 (Tabela 6) -, um dos principais problemas

⁶⁰ Valor em Real e em Dólar: R\$ 7.88.2289,33 / US\$ 1.430.067,83.

⁶¹ Valor em Real e em Dólar: R\$ 3.614.276.263,69 / US\$ 655.730.840,65.

⁶² Valor em Real e em Dólar: R\$ 4.288.409.981,75 / US\$ 778.037.559,18.

⁶³ Valor em Real e em Dólar: R\$ 234.777.306,07 / US\$ 42.595.172,32.

⁶⁴ Valor em Real e em Dólar: R\$ 949.974.288,81 / US\$ 172.351.916,00.

⁶⁵ Valor em Real e em Dólar: R\$ 38.537.837,60 / US\$ 6.991.842,02.

⁶⁶ Valor em Real e em Dólar: R\$ 40.628.205,90 / US\$ 7.371.093,32.

do sistema de educação de Angola está ligado ao reduzido investimento. A isto, somam-se a pouca qualidade do ensino, reduzida cobertura e o abandono escolar, bem como a não adoção de um programa que atenda as particularidades das zonas rurais e periurbanas.

Concerne à educação primária, verifica-se que ainda representa um grande desafio para Angola, isso porque, segundo o Instituto Nacional de Estatística de Angola (INE) parte expressiva da população vive em zonas urbanas e periurbanas (ANGOLA, 2014). Neste sentido Chilumbo (2019, p. 9) destaca que “[...] o sistema educativo aplicado pelo governo angolano não se enquadra com o estilo de vida de cada região do país, pois atropela as tradições culturais, as necessidades econômicas e financeiras das famílias que habitam na comunidade rural”.

Para os níveis primários e secundários de ensino, o descaso com as particularidades periurbanas tem implicado no elevado número de evasão escolar - fator que inviabiliza as ações do governo para a redução do analfabetismo. Em grande medida, a evasão escolar é um fato que decorre em função da influência das culturas tradicionais dos grupos étnicos bem como do índice de pobreza que afeta grande parte das famílias angolanas.

Quanto a influência da cultura tradicional, importa sublinhar que, em muitas regiões de Angola, as tradições locais exercem forte influência sobre as crianças, adolescentes e jovens, portanto, naquelas comunidades em que os pais não são escolarizados – não compreendendo assim a importância da formação acadêmica -, encontra-se forte resistência para a inserção e permanência das crianças, adolescentes e jovens no sistema de ensino. No caso daquelas crianças, adolescentes e jovens que “[...] por outras forças, conseguem ser enquadrados no sistema escolar, muitas vezes não conseguem permanecer por muito tempo, estando suscetíveis ao abandono escolar por iniciativa dos seus progenitores (CHILUMBO 2019, p. 10).

Apesar de o autor apontar que a fraca inserção e a frequente não permanência de crianças, adolescentes e jovens das zonas periurbanas e rurais nas escolas ocorrer “[...] porque muitos desses pais dão mais importância as crianças trabalhando ou ajudando-os nos trabalhos de campo [...]” (CHILUMBO 2019, p. 10), concordamos com Serão, Bruza e Manuel (2017) ao apontarem que o problema da

educação em Angola passa, em grande medida, pela não concretização da democratização do ensino. Segundo os autores, a

democratização de ensino não se cinge apenas no acesso à educação. Existem vários outros fatores ou indicadores que se deve ter em conta quando se fala deste assunto. Neste caso eleva-se também a questão da permanência, das condições, da língua de ensino, [...] (SERÃO; BRUZA; MANUEL, 2017, p. 4).

Ao realizarem um estudo de caso em escolas públicas de um dos municípios de Luanda, os autores destacaram que há quatro fatores principais que dificultam a inserção e permanência das crianças, adolescentes e jovens nas escolas em Angola. São eles: o número de vagas disponibilizadas; a não gratuidade efetiva no acesso à educação (da Iniciação ao 1º Ciclo do Ensino Secundário); a língua de ensino; e a concretização do programa de merenda escolar. Como se pode constatar no seu Art. 21.º, Alínea “i”, da Constituição da República de Angola, constituem também tarefas fundamentais do Estado angolano

efectuar investimentos estratégicos, massivos e permanentes no capital humano, com destaque para o desenvolvimento integral das crianças e dos jovens, bem como na educação, na saúde, na economia primária e secundária e noutros sectores estruturantes para o desenvolvimento auto-sustentável (ANGOLA, 2010).

Todavia, apesar do principal diploma legal do Estado angolano garantir o direito à educação para todos os cidadãos em território nacional, as vagas limitadas dificultam as famílias das crianças, adolescentes e jovens em Angola inserirem seus filhos nas escolas públicas. Assim, apesar de a universalidade e a obrigatoriedade constituírem um dos princípios gerais⁶⁷ do Sistema de Educação e Ensino de Angola (ANGOLA, 2016, p. 3994), em grande parte dos casos, essas crianças, adolescentes e jovens se vêm negadas do direito ao acesso ao ensino escolar. Apesar da presença do setor privado no sistema de ensino angolano, este se concentra apenas nas principais cidades do país, e é acessível à uma minoria. É nesta perspectiva que Serão, Bruza e Manuel (2017, p. 8) destacam que, “embora existam escolas privadas que têm apoiado o Estado neste sentido, não se consegue suprir

⁶⁷ Como se pode constatar no Art. 5.º da Lei de Base do Sistema de Educação e Ensino de Angola “o Sistema de Educação e Ensino de Angola rege-se pelos princípios da legalidade, da integralidade, da laicidade, da universalidade, da democraticidade, da gratuidade, da obrigatoriedade, da intervenção do Estado, da qualidade de serviços, da educação e promoção dos valores morais, cívicos e patrióticos”.

com as necessidades porque nem todas as famílias têm condições financeiras para colocarem os filhos nos colégios⁶⁸.

Quanto a não gratuidade efetiva no acesso à educação (da Iniciação ao 1º Ciclo do Ensino Secundário), no seu Art. 11.º, a Lei de Base do Sistema de Educação e Ensino de Angola - Lei Nº 17/16 – prevê que cabe ao Estado angolano, “[...] garantir e promover as condições necessárias para manter gratuita a frequência da classe da Iniciação e do I Ciclo do Ensino Secundário, bem como o transporte escolar, a saúde escolar e a merenda escolar nas Instituições Públicas de Ensino” (ANGOLA, 2016). Contudo, a realidade demonstra um movimento contrário ao estabelecido pela legislação angolana.

Como apontam Serão, Bruza e Manuel (2017, p. 10), “o ensino primário não é totalmente gratuito conforme previsto na lei, porque os pais participam através da compra de materiais didáticos para os seus filhos”.

Respeitante a língua de ensino – e atendendo a multiplicidade de línguas nacionais em Angola -, corroboramos com a análise feita por Paxe (2014), ao estudar as políticas de educacionais em Angola e os desafios do direito à educação. Ao particularizar a análise para as barreiras que a adoção de determinada língua constitui para o ensino, o autor aponta que,

para o caso de África, reporta-se que um dos maiores problemas que afecta o aprendizado das crianças é o facto de o ensino ser desenvolvido numa língua que não é usada no seu ambiente imediato, sendo em muitos casos uma língua que não é do domínio nem uso corrente quer do aluno quer do próprio professor. Para o aluno, esse facto é uma barreira ao seu aprendizado (PAXE, 2014, p. 89).

No debate sobre a democratização da educação em Angola, a questão da língua se apresenta como um dos aspectos fundamentais, na medida em que a adoção do Português como sendo a língua oficial do país significou a mudança dos padrões de educação tradicional. Como destacado por Ndombele e Timbane (2020, p. 292),

o modelo, a estrutura e os objetivos da educação tradicional visavam perpetuar os hábitos e costumes dos grupos étnicos. A educação tradicional dos povos bantu e khoisan em Angola priorizava a oralidade e as línguas oficiais dessa educação eram as línguas autóctones. A ligação entre a teoria

⁶⁸ Em Angola, o termo “colégio” é uma referência às escolas privadas (ou de gestão participada – entre o público e o privado) do ensino primário e secundário.

e a prática era muito nítida porque era uma educação para a vida prática do cotidiano.

Portanto, a adoção do Português como sendo a língua que norteia o processo ensino-aprendizagem no país – além das escassas ações para a implementação das línguas nacionais no plano curricular nacional – constitui um fator que contribui para a não permanência no ambiente escolar das crianças, adolescentes e jovens (principalmente das zonas periurbanas e rurais), uma vez que estes alunos “[...] têm o domínio das suas línguas locais e não da Língua Portuguesa” (SERÃO; BRUZA; MANUEL, 2017, p. 5).

Outro aspecto que impacta em grande medida à não permanência desses alunos nas escolas – em particular as crianças - está ligado ao não cumprimento do programa de merenda escolar. Como afirmam Serão, Bruza e Manuel (2017, p. 8), “[...] muitos alunos não conseguem permanecer na escola devido à fome”.

O diploma legal que regula o Sistema de Educação e Ensino em Angola institui que, entre os apoios sociais no âmbito do ensino, a merenda escolar é uma das obrigadoriedades que o Estado angolano tem. Porém, apesar da existência de um programa que visa a distribuição gratuita de merenda escolar, “[...] o que se verifica é que isto não é funcional, porque parece que não é regular e não é abrangente para todas as escolas. Ou melhor, grande parte das escolas não se beneficiam deste programa” (SERÃO; BRUZA; MANUEL, 2017, p. 8).

Além dos fatores destacados anteriormente, a situação socioeconômica de grande parte da população angola é também um fator que dificulta o aprendizado dessas famílias, aguça as evasões escolares e, conseqüentemente, não possibilita a redução do índice de analfabetismo. Como aponta Cangue (2020, p. 70):

até hoje, ano de 2020, as cidades capitais das 18 Províncias de Angola, não possuem água potável canalizada e energia elétrica durante 24 horas seguidas e ininterruptas. A pobreza priva as pessoas de usufruir de algumas dimensões do bem-estar de um indivíduo, como acesso limitado aos serviços de saúde, trabalho e formação precária, habitação inadequada, desnutrição das crianças, falta de oportunidades para escolher uma profissão. **São situações que impactam no aprendizado dos alunos pobres** (Grifo nosso).

Nesta perspectiva, entendemos que, além de uma democratização no sistema de ensino que permita a adoção de estratégias educacionais que adentam as

características socioculturais de cada região de Angola, para a mudança do atual cenário da educação angolana,

o sistema educativo tem ainda que ultrapassar a problemática daquelas famílias numerosas e com um índice de pobreza extrema, das quais as crianças são obrigadas a contribuírem nas despesas de casa principalmente no que tange à procura de mantimentos, que têm causado inúmeros abandonos escolar, porque muitas das crianças se deslocam aos centros urbanos trabalhando como vendedores ambulantes, pedintes na via pública, lavadores de viaturas automóveis e ao anoitecer voltam para suas famílias (CHILUMBO, 2019. P. 11).

No caso dos níveis subsequentes – médio e superior -, destacamos que as instituições de ensino estão concentradas nos principais centros urbanos do país, sem, no entanto, possibilitar a suficiente cobertura em educação. Além da reduzida cobertura, a qualidade do ensino também constitui um dos principais problemas da educação em Angola. De acordo com a legislação angolana sobre o Sistema de Educação e Ensino – Lei n.º 17 /16, Art. 14.º -, a qualidade nos serviços de educação pressupõe a observação por parte das instituições de ensino de “[...] elevados padrões de desempenho e alcançar os melhores resultados no domínio científico, técnico, tecnológico e cultural e na promoção do sucesso escolar, da qualidade, da excelência, do mérito e da inovação” (ANGOLA, 2016, p. 3995). Assim, tais padrões – que atestam o nível de qualidade em Angola – são avaliados mediante a verificação “[...] da qualidade do desempenho e dos resultados alcançados pelas instituições de ensino e demais estruturas do Sistema, de acordo com o Sistema Nacional de Garantia de Qualidade, aplicável a cada subsistema de ensino” (Ibidem, p. 4010).

Deste modo verifica-se que, além da baixa qualidade de ensino e outros fatores que condicionam o acesso e, conseqüentemente, a permanência nas instituições de ensino, os níveis de escolaridade em Angola são baixos “[...] devido à baixa oferta do serviço da educação, como falta de infraestruturas e de professores bem preparados em quantidade e qualidade desejada, e o acesso limitado a recursos financeiros por parte da população” (CANGUE, 2020, p. 172). Diante do exposto, destacamos que são os problemas estruturais que condicionam o acesso e permanência das crianças, adolescentes e jovens no ambiente escolar. Os problemas estruturais de Angola são uma expressão da não existência de um sistema de serviços integrados de ação social. Ou seja, a proteção social em Angola funciona com um sistema isolado destinado ao tratamento de questões previdenciárias.

Por tanto, concernente a Proteção Social⁶⁹, destaca-se que Angola possui um sistema “[...] débil porque o Estado não assume cabalmente o que está legalmente previsto [...]” (ISIDRO, 2020, p. 65). Ainda segundo o autor, o sistema de proteção social em Angola, ao ser acionado em casos de “[...] doença, no acidente de trabalho, na velhice, invalidez, na insuficiência de rendimentos financeiros, de cujo benefício pode ser pecuniário ou em espécie [...]”, funciona apenas para os funcionários públicos (ISIDRO, 2020, p. 65), deslocando assim os demais profissionais para uma zona de desproteção.

Instituída através da Lei nº 07/04 de 15 de Outubro (Lei de Bases da Proteção Social), o Sistema de Proteção Social em Angola tem como objetivos:

Atenuar os efeitos da redução dos rendimentos dos trabalhadores nas situações de falta ou diminuição da capacidade de trabalho, na maternidade, no desemprego e na velhice e garantir a sobrevivência dos seus familiares, em caso de morte; compensar o aumento do encargos inerentes as situações familiares de especial fragilidade ou dependência; assegurar meios de subsistência à população residente carenciada, na medida do desenvolvimento econômico e social do país e promover conjuntamente com os indivíduos e as famílias, a sua inserção na comunidade, na plena garantia de uma cidadania responsável (ANGOLA, 2014, Art. 1º).

A Proteção Social em Angola é dividido em 3 (três) níveis, sendo estes: Proteção Social de Base, que “abrange a população residente que se encontre em situação de falta ou diminuição dos meios de subsistência e não possa assumir na totalidade a sua proteção”; Proteção Social Obrigatória, que “tem caráter comutativo e assenta numa lógica de seguro, sendo financiada através de contribuição dos trabalhadores e das entidades empregadoras”; e a Proteção Social Complementar, “de adesão facultativa, assenta numa lógica de seguro e pretende reforçar a cobertura fornecida no âmbito dos regimes integrados na proteção social obrigatória” (ANGOLA, 2004). Neste sentido Isidro (2020, p. 72) aponta que:

o Estado angolano transita pelos três modelos, ora em simultâneo, ora numa sequência da desmercadorização, mercadorização, com mais de 80% de jovens no emprego informal, caminha-se para a familiarização da proteção social. Vive-se num contexto em que o Estado regula o mercado e os cidadãos precisam de atestado de carência para se beneficiarem da proteção

⁶⁹ Para Isidro (2020, p. 72), “a proteção social responde as expressões da “Questão Social”, que apesar do seu caráter focalizado, assegura os direitos sociais, e aumentam o bem-estar da sociedade, satisfazendo as necessidades básicas da população. Sua forma e estrutura depende da história e do envolvimento dos atores sociais de cada país na sua construção”.

social de base, mas somente 8% dos vulneráveis recebem atenção, num universo com mais de 6 milhões de pobres.

Quanto aos financiamentos dos níveis de Proteção Social em Angola, destacamos que a Proteção Social de Base é financiada através das transferências do Orçamento Geral do Estado e receitas dos órgãos administrativos locais do Estado, donativos nacionais, internacionais ou qualquer outra forma legalmente admitida, participações dos utilizadores dos serviços ou equipamentos sociais, tendo em conta os seus rendimentos ou dos agregados familiares. No caso da Proteção Social Obrigatória, seu financiamento se dá, entre outros, em função das contribuições dos trabalhadores e entidades empregadoras, juros de mora devidos pelo atraso no pagamento das contribuições, valores resultantes da aplicação de sanções, transferência do OGE; subsídios, donativos, etc. (ANGOLA, 2004). Por fim, a Proteção Social Complementar tem como base de financiamento as contribuições dos “trabalhadores ou destes e das entidades empregadoras ou por outras formas previstas em convecção” (ANGOLA, 2004).

A Proteção Social de Base, já enfrentava dificuldades, pela dependência desta ao nível central; as províncias têm pouca autonomia para adaptar localmente as intervenções desta proteção social às necessidades das populações. As dificuldades estendem-se a proteção social obrigatória e a complementar, como proteção social contributiva, assente na lógica de seguro social, [...] pois, não é cumprida na íntegra pelos seus contribuintes, muitas vezes por fuga ao fisco, corrupção e desvios dos fundos desta para fins e interesses pessoais dos gestores. Por exemplo, 51% dos menos de 5% alocados pelo OGE, destinam-se a uma rubrica com o nome de a proteção social não especificada (ISIDRO, 2020, p. 71).

Diferentemente do Brasil – em que a Proteção Social está assente no tripé Saúde, Seguridade Social e Assistência Social -, a não inclusão das ações de saúde no Sistema de Proteção Social pode ser, também, um determinante no acesso aos serviços de saúde em Angola - como veremos mais adiante ao analisarmos a relação entre os migrantes angolanos em Londrina/PR e o Sistema de Saúde de Angola.

Tendo sido feita a apresentação dos aspectos históricos de Angola, bem como a atual situação sociodemográfica e socioeconômica, no tópico a seguir, apresentamos o debate sobre a migração de angolanos para o Brasil.

2.2. A IMIGRAÇÃO ANGOLANA E O PERFIL DO FLUXO MIGRATÓRIO DE ANGOLANOS NO BRASIL

Além dos efeitos socioeconômicos, outro efeito direto dos anos de conflito armado em Angola tem que ver com a migração de muitos angolanos para os países vizinhos e países de outros continentes, em particular para o Brasil. Como afirmou Lopes (2010), grande parte dos efeitos da guerra em Angola, estão diretamente relacionados com a pobreza e as condições de vida da população, como: deslocamentos compulsivos, insegurança, má nutrição, graves dificuldades no acesso à saúde e educação.

Os deslocamentos compulsivos são destacados por Billon (2001), quando enfatizou que o conflito armado foi responsável pelo grande primeiro fluxo de migração forçada de angolanos, que se dirigiram para o Zaire (atual República Democrática do Congo) e para a Zâmbia, além do Brasil, que foi o primeiro país a reconhecer a independência de Angola. O reconhecimento da independência de Angola por parte do Brasil é destacado por Silva (2016) ao apontar que este reconhecimento foi fruto da política externa brasileira que se observou no governo Geisel. Tendo o autor chamado de “pragmatismo responsável e ecumênico”, o reconhecimento decorreu fortemente de fatores externos como a Revolução dos Cravos (25 de abril de 1974); a crise do petróleo de 1973; a aproximação das nações africanas com os países produtores de petróleo; e uma inclinação dos países africanos em apoiar as teses da Argentina no uso de recursos hídricos em rios limítrofes, fato que inviabilizaria o projeto de Itaipu; e, de forma mais moderada, de fatores internos⁷⁰.

A emigração de angolanos para o Brasil representa o estabelecimento dos processos de desterritorialização e reterritorialização. Embora o processo de desterritorialização se caracterize pela perda das relações entre o migrante e o território de origem, decorrente da mobilidade espacial, nele podemos encontrar, também, uma reconstrução de identidades. Ou seja, na desterritorialização, há uma

⁷⁰ O posicionamento do Brasil gerou controvérsias interna e externamente: além da orientação comunista do MPLA, e tendo o MPLA quebrado os acordos de Alvor e expulsado os demais movimentos de libertação da capital Luanda, o governo militar de Ernesto Geisel não viu impasse para o reconhecimento da independência de Angola e do governo do MPLA. Vale destacar que, de acordo com o autor, “a controvérsia não está no fato de o Brasil reconhecer ou não a independência de Angola, mas sim no fato do governo brasileiro ter reconhecido o governo do MPLA como legítimo em Angola” (SILVA, 2016, p. 483).

movimentação das relações de poder, elementos culturais e demais relações sociais que são reterritorializados (SAQUET, 2002). Ainda para o autor,

[...] os processos de desterritorialização (perda do território, aqui, centrada na mobilidade da força de trabalho no espaço) e reterritorialização também estão intimamente ligados, dinamizados por diferentes estratégias; são processos historicamente determinados pela expansão do capitalismo e seus aspectos; são produtos socioespaciais dos movimentos e das contradições sociais, sob a tríade economia, política e cultura (EPC), [...] que determinam as diferentes territorialidades, no tempo e no espaço, as desterritorialidades e reterritorialidades (SAQUET, 2002, p. 23).

Na mesma linha de pensamento, Haesbaert (1995) afirma que, ao se produzir um espaço, há neste mesmo processo a desterritorialização e a reterritorialização. Dito de outra forma, na medida em que ocorre o processo de transitividade migratória – “percurso entre a produção de expectativas em relação à mudança de lugar, passando pela decisão de migrar, havendo a mobilidade espacial e a chegada, até por fim, a pessoa migrante não mais se sentir pertencente ao lugar de onde veio e se perceber vinculada ao lugar que chegou” (MEDEIROS, 2018, p. 16) –, acontece em simultâneo o processo de reterritorialização.

Nesta perspectiva, Saquet (2002) complementa afirmando que, ao se registrarem movimentos de agrupamentos sociais – sejam eles forçados ou não – de um território para o outro, como processos de desterritorialização, acontecem ao mesmo tempo novos processos de territorialização, uma vez que esses grupos passam assim a ocupar novos territórios, ocorrendo com isso o processo de reterritorialização (construção de novas relações com o espaço em que se inserem, configurando novas territorialidades). Diante de tal observação – sobre a ocorrência simultânea entre a desterritorialização e a reterritorialização –, Haesbaert (2004) considera a desterritorialização como sendo um mito. Segundo o autor, como resposta ao processo de desterritorialização, há simultaneamente uma reconfiguração territorial, uma produção de múltiplos territórios que origina a perda de laços físicos e da convivência com a cultura e demais símbolos da origem – isto na desterritorialização dos migrantes –, e que faz-se acompanhar de um processo de reterritorialização (tendo o autor destacado que se trata de um processo de reterritorialização contínuo e complexo).

Visto por grande parte dos jovens como a única forma de ascensão social, Aydos (2010, p. 156-157), afirma que, “a migração para o Brasil carrega

possibilidades de melhoria das condições de vida não apenas do migrante no destino, mas também daqueles que ficam na origem, através das redes estabelecidas”.

Destaca-se que o deslocamento de angolanos para o Brasil data do período do tráfico de escravos, ganhando contornos diferentes ao longo do tempo e estando interrelacionado com outros processos globais, dentro de um sistema capitalista que se tornou gerador de novos padrões de mobilidade geográfica e “no contexto de crise estrutural do capital com suas graves consequências em todos os domínios da nossa vida social, econômica e cultural” (YAZBEK, 2012, p. 1).

Quanto a periodização da migração angolana em direção ao Brasil, concordamos com a proposta de Aydos (2010) que caracterizou a migração angolana para o Brasil a partir das três últimas décadas do século XX até os dias atuais, dividindo-a em três momentos: o primeiro se refere à década de 1970, tendo como causa a intensificação da guerra de libertação de Angola, originando um grande fluxo migratório de angolanos para países vizinhos e para o Brasil.

O segundo momento registrou-se na década de 1980. Também caracterizado pela autora como sendo um período de baixa intensidade migratória, as deslocações desse período foram causadas pela guerra civil que se instalou após a Proclamação da Independência (tendo se estendido até fevereiro de 2002 com a morte de Jonas Savimbi).

O terceiro momento passa pela década de 1990 até os dias atuais. A autora caracterizou esse período como sendo “a retomada da migração com novo perfil migratório” (AYDOS, 2010, p. 128), onde grande parte dos fluxos migratórios ocorrem em função das condições socioeconômicas, fator que intensifica, também, a migração de famílias da classe média, proletariados urbanos e jovens com formação acadêmica, com a finalidade de permanecerem nesse território, trazendo seu modo de vida, cultura e identidade.

No período de 1993 a 2000, anos em que a guerra civil se tornou intensa, Petrus (2001, p. 52) enfatizou que, essa migração foi usada como a “única saída”, para, principalmente, fugir do recrutamento militar, que era obrigatório. Alguns dados da Missão Paz⁷¹ apontam para uma grande diversidade de países de origem

⁷¹ Fundada na terceira década do século XX e pertencente aos missionários Scalabrinianos, a Missão Paz é uma instituição filantrópica de apoio e acolhimento de imigrantes e refugiados na cidade de São Paulo. A instituição atende hoje imigrantes de mais de 70 nacionalidades, e vem se reestruturando de modos a acompanhar a dinâmica dos novos e diferentes fluxos migratórios.

do Brasil no cenário político-econômico mundial⁷³ -, cabe aqui destacar que a busca de melhores condições e oportunidades em território brasileiro ocorre em um contexto de aprofundamento da assimetria socioeconômica (entre outras mudanças) no território de instalação, fator que impacta de forma significativa na absorção destes trabalhadores. É nesta perspectiva que Dias (2020, p. 853) destaca que,

no Brasil, especialmente a partir dos anos 2000, novos fluxos migratórios têm se constituído e expressam transformações econômicas, políticas, sociais, culturais e tecnológicas que desafiam a percepção social sobre a imigração e a produção de respostas por parte do Estado brasileiro.

Destacamos ainda que o processo de reterritorialização destes trabalhadores é também atravessado por um contexto de violação de direitos, de existência de restrições e de outras formas de discriminação. Como aponta Dias (2020, p. 856):

Entre o sonho e o pesadelo, a imigração representa uma expectativa de dignidade de trabalho e de condições de vida para homens e mulheres, trabalhadores superexplorados do sul global que enfrentam mares, muros, polícias em fronteiras terrestres, aeroportos e atravessadores, em busca desse objetivo. Aos que consumam a travessia o tratamento xenófobo e racista completa o circuito de expropriação, exploração e opressão.

A autora destaca ainda que, no caso específico do Brasil, desde 2016, a ascensão de governos autoritários e com interesses conservadores pelo mundo influenciaram na consolidação de um movimento completamente avesso as ondas migratórias – com forte criminalização do migrante -, que se concretizou com as eleições de 2018 (DIAS, 2020). Neste sentido, para estes governos autoritários, a presença do imigrante é usada para encobrir “[...] a crescente desigualdade social e deterioração das relações trabalhistas em curso com a reestruturação produtiva” (DIAS, 2020, p. 857).

De acordo com dados do Sistema de Registro Nacional Migratório (SISMIGRA), entre 2000 e 2017, ingressaram no território brasileiro um total de 14.749

⁷³ Essa projeção político-econômica do Brasil no cenário mundial resultou de variações positivas de variáveis macroeconômicas. Por exemplo, além da valorização da moeda interna, “o salário mínimo real apresentou uma evolução ascendente em 2003 (R\$ 346,50), após a queda ocorrida em 2002 (R\$ 318,74) relativa a 2001(R\$329,15)” (VIEIRA, 2011, p. 31). De modo geral, “[...] a partir de 2006 e com o PAC em 2007 foi perceptível o aumento do Investimento do Governo Federal, que era de 0,7% do PIB em 2006 e atingiu 1,3% do PIB em 2010, tendo mantido um movimento ascendente. Estes gastos do Governo somados a uma maior oferta de crédito ao setor privado em geral, e ao setor privado industrial em particular, a partir de 2006 permitiu ao país retomar o rumo do crescimento” (VIEIRA, 2011, p. 87).

imigrantes angolanos. No mesmo período, o Estado do Paraná foi o terceiro maior destino dos imigrantes angolanos, que têm como destinos tradicionais os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro (BRASIL, 2018b).

Os fluxos migratórios mais recentes de angolanos para o Brasil podem ser caracterizados mediante a análise dos dados do Sistema de Registro Nacional Migratório (SISMIGRA) e do Comitê Nacional para Refugiados (CONARE), que fazem parte dos registros administrativos da Polícia Federal brasileira.

De acordo com o Observatório das Migrações Internacionais - OBMigra (2019), as informações que constam na base de dados do SISMIGRA apontam todos os imigrantes que solicitaram a emissão do RNM – que até 2017 era RNE. Ao apresentar apenas informações dos anos em análise e não incorporarem os imigrantes que solicitam refúgios (JANNUZZI, 2017), a principal limitação desta base de dados está no fato de não ser capaz de fazer uma estimativa total da população de imigrantes internacionais que residem no Brasil. Todavia, tais informações nos permitem construir “tendências atualizadas sobre a composição por idade e sexo, país de nascimento, inserção laboral, local de residência e amparo legal responsável por garantir a permanência dos e das imigrantes no Brasil” (NEPO-UNICAMP, 2020, s/p).

O fluxo migratório de angolanos no Brasil na última década pode ser observado na tabela que se segue:

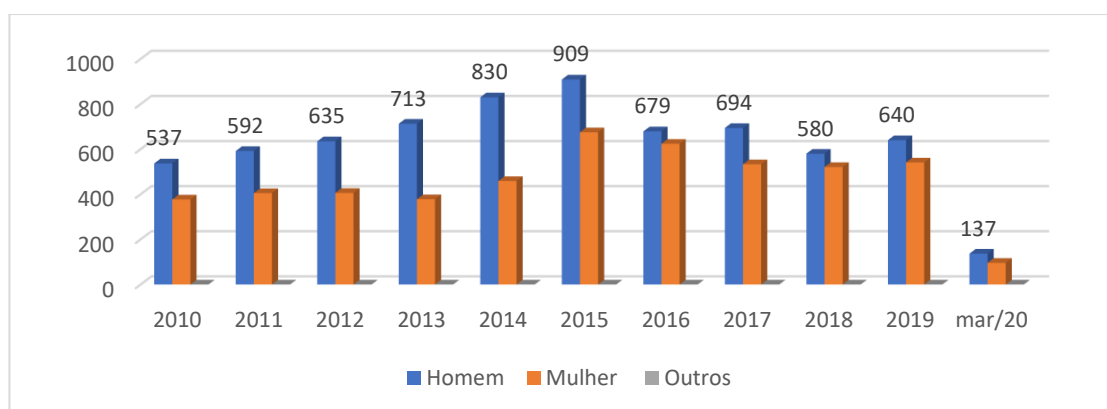
Tabela 7 - Distribuição anual de migrantes angolanos no Brasil com Registro Nacional Migratório de 2010 a março de 2020

Ano	Nº de migrantes	Varição (%)
2010	914	-----
2011	977	6,89
2012	1.041	6,55
2013	1.091	4,80
2014	1.289	18,15
2015	1.584	22,88
2016	1.303	-17,74
2017	1.227	-5,83
2018	1.101	-10,27
2019	1.181	7,27
mar/2020	233	-80,27
Total	11.941	-----

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com dados do SISMIGRA (2020).

De acordo com a Tabela 7, na última década, cerca de 11.941 migrantes angolanos ingressaram no território brasileiro e solicitaram o registro de estrangeiro. O maior número foi registrado em 2015 quando 1.584 angolanos solicitaram a emissão do RNM. Ainda de acordo com os registros da Polícia Federal brasileira, de 2000 a março de 2020, foram registrados 17.294 migrantes angolanos, com maior distribuição nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul com 3.920, 6.115, 946, 853, 751 e 406, respectivamente (SISMIGRA, 2020).

Gráfico 7 - Distribuição dos migrantes angolanos no Brasil por sexo de 2010 a Mar/2020



Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com dados do SISMIGRA (2020).

Como podemos observar no Gráfico 7, a grande maioria dos migrantes angolanos registrados no Brasil são do sexo masculino (predominantemente na faixa dos 20-29 anos). Diante dos dados apresentados no Gráfico 7, entendemos que a presença de migrantes angolanos do sexo masculino tem uma representação maior em função da divisão sexual do trabalho que caracteriza a lógica economicista. Nesta perspectiva, apesar dos dados da ONU (2020) indicarem que há uma presença expressiva de migrantes do sexo feminino (48,1%) no contingente de migrantes internacionais, Dias (2020, p. 856) aponta que, para as migrações internacionais – e na lógica do mercado -, a presença feminina é vista, essencialmente, como forma de atendimento “[...] à divisão internacional do trabalho que atribui a mulheres migrantes, pobres, não brancas e, em muitos casos indocumentadas, atividades domésticas ou relacionadas ao cuidado de idoso, crianças e de saúde [...]”.

Destacamos ainda que a baixa representação feminina entre os migrantes angolanos no Brasil também está ligada às relações sociais que se estabelecem na sociedade angolana, isso porque, “a prática social demonstra, por um lado, como o género continua a funcionar como um eixo de discriminação e, por outro lado, como esta questão afecta profundamente a posição e participação das mulheres na sociedade” (DOMINGOS, 2018, p. 27). Ainda segundo o autor, em Angola,

embora as mulheres sejam maioria demográfica (52% da população), são, paradoxalmente, minoria, pois o poder económico, político e cultural está fundamentalmente concentrado nos homens. Assim, a fraca participação das mulheres nos espaços de decisão demonstra que as medidas elaboradas para a emancipação das mulheres e igualdade de género não têm tido uma aplicação efectiva (DOMINGOS, 2018, p. 1).

Assim como ocorre em outras esferas da vida social em Angola, a cultura patriarcal⁷⁴ se torna determinante na participação das mulheres angolanas nos processos migratórios internacionais – constituindo assim um fator de limitação. Ao sinalizar a existência de vários fatores que “constrangem e limitam a presença e participação das mulheres na vida pública e política” em Angola, Domingos (2018, p. 27) destaca que:

muitos destes factores decorrem da dupla opressão – de classe e de género – a que as mulheres estão sujeitas; da ‘dupla jornada laboral’ que elas desenvolvem; da fraca educação e socialização para o exercício da cidadania e participação política; de discriminações e estereótipos decorrentes do género; da ineficiência e ineficácia das medidas elaboradas para a emancipação da mulher; da ‘masculinização’ dos espaços públicos e políticos; da despolitização de vários problemas que afectam as mulheres.

Dito isto, entendemos que a modalidade migratória dos angolanos no Brasil – consolidada a partir das práticas de subalternidade feminina em Angola, que afasta, inclusive as mulheres dos espaços de educação - seja um fator que tende a diminuir a presença de migrantes do sexo feminino – isso quando comparada a presença masculina.

Quanto ao número de migrantes angolanos que solicitaram refúgio, dados do CONARE apontam que, de 2013 a março de 2020, foram registrados um total de 4.211 (CONARE, c2021), como podemos observar na tabela abaixo:

⁷⁴ Para Domingos (2018, p. 27), “a interiorização e reprodução de papéis sociais subalternos, pelas mulheres, são reforçados e naturalizados pela visão religiosa e cultural. Tal reprodução social da subalternidade feminina e sua naturalização estão profundamente enraizados, que, às vezes, dificulta olhar criticamente a natureza dos constrangimentos à participação pública e política das mulheres”.

Tabela 8 - Solicitação de refúgio de migrantes em São Paulo de 2013 a Março de 2020

Ano	Nº de migrantes
2013	20
2014	72
2015	513
2016	788
2017	1.402
2018	580
2019	574
Mar/20	262
Total	4.211

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com os dados do CONARE (2021).

Os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná foram as Unidades da Federação que registraram maiores solicitações de refúgio por parte dos imigrantes angolanos com 3.536, 443 e 80, respectivamente. Somado ao número de solicitantes de refúgios, o total de migrantes que solicitaram o RNM, totalizam cerca de 16.152 angolanos em território brasileiro. Outros aspectos do perfil da imigração angolana no Brasil serão apresentados no item a seguir.

2.2.1. O perfil do fluxo migratório de angolanos no Brasil

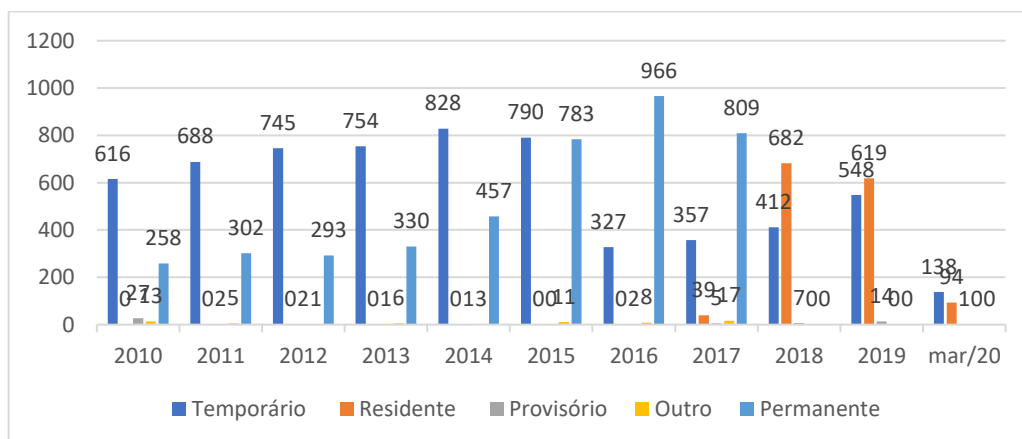
Ao abordarmos a migração angolana no Brasil, e considerando as particularidades existentes entre as grandes metrópoles e as cidades do interior dos Estados brasileiros, verifica-se que esta não apresenta uma padronização do perfil migratório, podendo ser identificado entre as migrações de trânsito e as que não se configuram como tal, as migrações com finalidades acadêmica e profissional. É neste sentido que Furtado (2020, p. 96) aponta que:

A migração angolana contemporânea no Brasil é composta de uma trama mista de perfis, que se modificam ao longo de suas trajetórias [...]. Suas redes estão, portanto, em constante transformação e reconfiguração, conforme as relações local-global das comunidades transnacionais vão sendo moldadas dentro do contexto em que estão inseridas.

Apesar de esse novo fluxo migratório de angolanos ter, também, o Brasil como uma “escala do processo migratório⁷⁵” (AYDOS, p. 130, 2010), ao se estabelecerem no território brasileiro, os migrantes angolanos buscam essencialmente dar continuidade aos estudos. Nesta perspectiva, Furtado (2020, p. 149) aponta que, entre as modalidades migratórias dos angolanos no Brasil, há uma que se apresenta como uma das mais consolidadas.

Para a autora, a modalidade migratória em questão é aquela que é integrada pelos “[...] angolanos e angolanos que buscam o Brasil com o objetivo de estudar. Este é o maior fluxo, fruto de parcerias entre o governo brasileiro e o governo angolano, incentivos realizados através de bolsas de estudos [...]” (FURTADO, 2020, p. 149). Essa modalidade migratória apontada pela autora é adensada pela quantidade de migrantes angolanos que entre 2010 e março de 2020 solicitaram registro de permanência temporária no território brasileiro, como se pode verificar no gráfico abaixo:

Gráfico 8 - Distribuição dos tipos de vistos dos migrantes angolanos no Brasil de 2010 a Mar/2020



Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com dados do SISMIGRA (2020).

De acordo com os dados do Gráfico 8, entre 2010 e março de 2020, cerca de 6.260 vistos solicitados pelos migrantes angolanos no Brasil tiveram como finalidade a residência temporária (tipo de permanência concedida aos estudantes estrangeiros no Brasil). Quanto ao visto de permanência definitiva, foram solicitados cerca de 3.328 registros.

⁷⁵ A escala do processo migratório destacada pelo autor é uma referência à concepção que há – também, por parte de alguns migrantes angolanos – de que o Brasil é um país de trânsito dentro dos fluxos migratórios Sul-Norte.

Entendemos que, para jovens de um país com pouco menos de 46 anos de independência - e tendo vivido cerca de 27 anos de guerra fratricida -, o reduzido investimento no setor da educação – com particularidade para o nível superior de ensino – tem contribuído para os fluxos migratórios de angolanos que buscam a formação acadêmica no Brasil e em outras partes do mundo. Destacamos que a criação do ensino superior em Angola se deu ainda em contexto de dominação portuguesa, a partir da criação dos Estudos Gerais Universitários⁷⁶ - que instituiu a Universidade de Luanda. Como apontado por Simões et al. (2016, p. 84-85):

A criação e o desenvolvimento do ensino superior em Angola tiveram início a partir de Abril de 1962, sob a administração portuguesa, com a aprovação do projecto de Diploma Legislativo nº 3235, pelo Conselho Legislativo de Angola, que instituiu os Centros de Estudos Universitários, junto dos Institutos de Investigação então existentes e do Laboratório de Engenharia de Angola.

Com a Proclamação da Independência de Angola em 1975, o Ministério da Educação de Angola transformou a Universidade de Luanda em Universidade de Angola, isto em 1976. A Universidade de Angola viria a ser chamada de Universidade Agostinho Neto (UAN), que até 2009 era a única instituição de ensino superior público no país. Foi a partir da década de 1990 que as instituições privadas de ensino superior foram surgindo, sendo a Universidade Católica de Angola (UCAN)⁷⁷ a pioneira neste setor. A partir da primeira década do atual século, passou-se a registrar um crescimento no número de instituições de ensino superior, essencialmente privadas, que superam atualmente o número de instituições de ensino superior públicas. Como destacado por Simões et al. (2016, p. 88), “o período de 2007 a 2011 assistiu à multiplicação das Instituições Privadas de Ensino Superior, tendo sido criadas neste período, mais 18 instituições (seis universidades e 12 institutos superiores).

Todavia, o aumento do número de instituições de ensino não significou o desenvolvimento do ensino superior, quer em termos qualitativo de ensino quer quantitativo do ponto de vista do acesso dos cidadãos. Além do número reduzido de instituições públicas e a sua concentração nas principais capitais do país, a

⁷⁶ Através do Decreto-Lei nº 445530, o Ministério do Ultramar Português criara em agosto de 1962 os Estudos Gerais Universitários - nas então Províncias de Angola e Moçambique – cujas disciplinas e cursos tinham equivalência em todo território português (incluindo as províncias ultramarina), uma vez que estava integrado na universidade portuguesa (TETA, 2008).

⁷⁷ Instituído pelo Decreto nº 38-A/92 de 7 de Agosto.

condição socioeconômica obstaculiza a inserção do maior número possível de cidadãos no ensino superior.

A par da limitação no acesso às instituições de ensino, o ensino superior em Angola enfrenta ainda outros problemas como as que passamos a citar: escassez do corpo docente universitário; as debilidades institucionais e o desperdício dos escasso recursos disponível, em função das práticas desajustadas de governação e de gestão institucional; reduzida disponibilização de infraestrutura física, equipamento e meios que possibilitam a prática do ensino e a pesquisa; insuficiência de recursos financeiros e diversificação das fontes de receita – particularmente no caso das IES públicas -; insuficiência no estabelecimento de equidade no acesso e no gênero; reduzido investimento em pesquisa e inovação; a combinação da expansão do ensino superior com a regulação do ensino e a garantia da qualidade; e a fraca cooperação entre as instituições nacionais de ensino, e entre estas e instituições internacionais (SIMÕES, et al., 2016).

Entendemos assim que são estes desafios que em certa medida impulsionam os atuais fluxos migratórios de estudantes jovens angolanos em direção ao Brasil. A característica qualitativa desse novo fluxo migratório de angolanos para o Brasil está presente nos diversos convênios e/ou intercâmbios estabelecidos entre os governos de Angola e do Brasil, e/ou entre demais instituições angolanas e brasileiras (essencialmente de ensino e religiosas). Como destaca Fonseca (2009, p. 29 - 30):

Após a independência de Angola de Portugal em 1975, constatou-se que muitos jovens universitários angolanos deixaram de ir estudar no Colégio do Império e em outras universidades lusas, como as tradicionais Coimbra e Lisboa. Nesse contexto, abriu-se um novo fluxo migratório de caráter acadêmico angolano nas décadas posteriores, particularmente para os países do Leste Europeu e para Cuba, devido aos acordos e tratados de cooperação científica, tecnológica, cultural, econômica e militar do partido governista, o Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA), com as nações que constituíam o bloco dos países socialistas [...]. No entanto, essa nova fronteira estudantil aberta pelos angolanos nos países da Cortina de Ferro e em Cuba não fez com que se extinguisse o fluxo migratório estudantil para Portugal. Porém foi acompanhada de um aumento paulatino do número de jovens estudantes que vieram estudar nas universidades brasileiras, quer pela facilidade da língua, já que o Estado angolano também havia estabelecido a língua portuguesa como a sua língua oficial, quer pelo fato de que Brasil e Angola estavam cada vez mais próximos, particularmente por ser o Estado brasileiro o primeiro país do mundo a reconhecer as legítimas aspirações do povo angolano de realizar a sua independência.

Ainda segundo o autor, as Instituições de Ensino Superior do Brasil – com particular destaque para as IES públicas - passaram também a disputar com os

países do bloco socialista esses jovens estudantes angolanos “como parte de uma leitura de geopolítica internacional, realizada pela diplomacia e pelos estrategistas do Planalto da Alvorada, no contexto dos países do Atlântico Sul, aproveitando dos últimos suspiros dados pelo império socialista no final dos anos 1980” (FONSECA, 2009, p. 30).

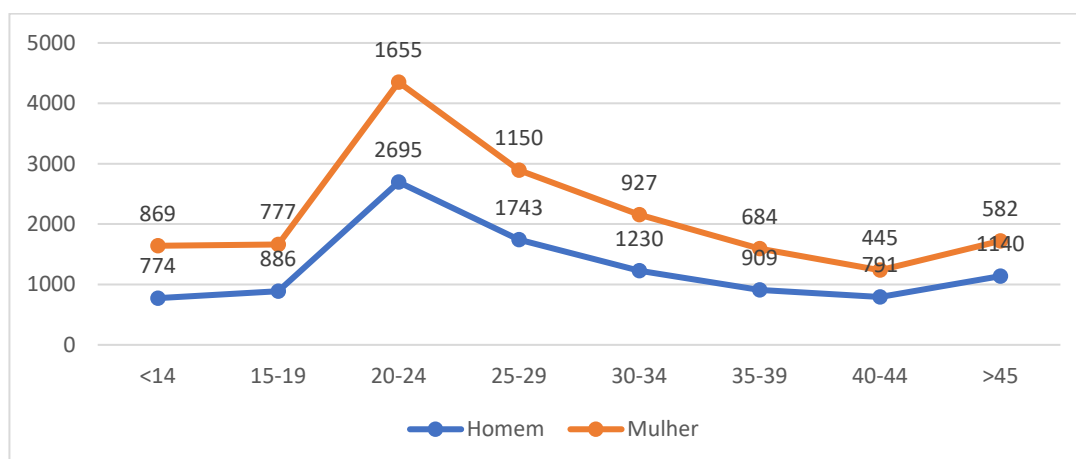
Neste sentido, de acordo com os dados do SISMIGRA (2020), dos 17.294 migrantes angolanos registrados no Brasil de 2000 a março de 2020, o perfil dos imigrantes angolanos no Brasil pode ser descrito como se observa no quadro e gráfico a seguir:

Quadro 2 - Estado civil dos migrantes angolanos no Brasil

Estado civil	Número	(%)	Sexo	Homem	(%)
Solteiro(a)	12.980	75,05	Homem	10.168	58,8
Casado(a)	3.670	21,22	Mulher	7.126	41,2
Viúvo(a)	204	1,18%	-----	-----	-----
Outros	440	2,54	Total	17.294	100

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com dados do SISMIGRA (2020).

Gráfico 9 - Distribuição da faixa etária dos migrantes angolanos no Brasil de 2000 a março de 2020



Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com dados do SISMIGRA (2020).

De acordo com o Quadro 2 e Gráfico 9, o perfil migratório dos angolanos no Brasil é composto majoritariamente por jovens entre os 19 e 29 anos;

homens solteiros e estudantes. De um total de 17.294 migrantes angolanos registrados no Brasil, mais de 48,35% (8.361) são estudantes, instalados principalmente nas grandes metrópoles como São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. O número de estudantes entre os migrantes angolanos justifica o percentual de solicitação de vistos temporários: do total de solicitação de emissão de RNM, entre 2000 e março de 2020, 8.490 foram para residência temporária.

Após o fim do conflito armado em Angola - em fevereiro de 2002 - passou-se a registrar um número significativo de angolanos que passaram a migrar para o Brasil para a formação superior ou em busca de outras qualificações. O principal destaque se dá ao Programa de Estudantes-Convênio de Graduação (PEC-G), que estando vinculado ao Ministério das Relações Exteriores (MRE) e Ministério da Educação (MEC), registrou elevado fluxo de estudantes que vieram do continente africano. Criado no final da década de 1920 e administrado exclusivamente pelo Ministério das Relações Exteriores (MRE) até 1967, o PEC-G concede oportunidades de formação superior para jovens entre os 18 e 23 anos, oriundos de países em desenvolvimento com os quais o Brasil mantém acordos educacionais e culturais (BRASIL, 2018c).

Destacando também o acordo assinado em 2004 entre a FESA⁷⁸, Unesp e a Fundação para Vestibular da Unesp (Vunesp) – tendo este convênio contado com o apoio, articulação e incentivo no Nupe⁷⁹ -, Fonseca (2009, p. 25) aponta que, em particular as universidades brasileiras que se situam no eixo Rio de Janeiro – São Paulo, “receberam neste último quartel do século XX um número significativo de estudantes estrangeiros oriundo de diversos países latino-americanos e africanos, mediante convênios assinados com diversos organismos internacionais e universidades desses países”.

A partir desses convênios e/ou intercâmbios, muitos migrantes angolanos acabam por permanecer no território brasileiro, dando assim continuidade nas relações e diálogos que mantêm no decorrer da sua formação acadêmica. Nessa

⁷⁸ A Fundação José Eduardo dos Santos “é uma organização não governamental de explícito apoio logístico e técnico ao povo angolano, atuando como parceira do governo angolano no desenvolvimento do país, tendo como patrono José Eduardo dos Santos” (FONSECA, 2009, p. 30). Com sede em Luanda, a FESA com outras representações além das fronteiras angolanas. No caso do Brasil, sua representação está situada na cidade do Rio de Janeiro/RJ.

⁷⁹ Núcleo Negro da Unesp para Pesquisa e Extensão. Este projeto é vinculado ao Programa Unesp de Integração Social Comunitária (UNESP, 2016).

perspectiva, Fonseca (2009, p. 23) aponta que, além de novos diálogos, essa formação propicia “novas sínteses identitárias possibilitadas por outras práticas culturais apreendidas no contato com alunos, docentes, funcionários, instituições acadêmicas e de pesquisas que ignoram a realidade vivenciada por eles em Angola”.

Ainda sobre o estabelecimento e construção de múltiplas relações que se verificam no alto fluxo migratório de angolanos para o Brasil, Fusco (2002) destaca que, a migração, ao criar uma gama de contatos entre locais de origem e de destino dos migrantes, é ela própria definida como um processo criador das redes sociais. Para o mesmo autor, os laços sociais que têm como origem essas redes, influenciam fortemente no comportamento dos migrantes:

Devido à virtude da cooperação em grupos humanos - de famílias a igrejas e associações – indivíduos adquirem um quadro de privilégios e obrigações que simultaneamente amplia e restringe as possibilidades de cada um. As vantagens proporcionadas pela intensa utilização desses laços sociais no contexto migratório influenciam de tal modo as opções do migrante, que os fatores estritamente econômicos e individuais deixam de ser exclusivos na explicação do fenômeno (FUSCO, 2002, p. 15).

Isso significa que, para os angolanos, a presença no território brasileiro representa um campo de disputa pelo poder, pelo prestígio, de resistência, de construção de relação, de luta, etc., entre os mesmos e os nativos, bem como com os demais grupos de migrantes, pelo acesso aos serviços públicos. Destacamos que o Brasil representa um espaço de resistência para os migrantes angolanos, uma vez que há uma visão estereotipada sobre o imigrante – com particular destaque para os migrantes negros. Ou seja, a percepção dos nativos sobre a presença desses migrantes - que nada mais é do que a explicitação do racismo sistêmico - desloca o migrante à marginalidade, e obrigada o desencadeamento de ações de resistência (que podem estar assentes na constituição de associações, criação de redes de apoio para o acesso ao mercado de trabalho, redes de inclusão, solidariedade e proteção, etc.) no espaço reterritorializado.

A disputa pelo reconhecimento entre os migrantes na sociedade de instalação pode ser observada a partir da forma como estes se organizam. Tomando como exemplo, a liderança de uma determinada associação de migrantes representa um campo de disputa pelo prestígio entre estes migrantes no território brasileiro, uma vez que o líder, em função da legitimidade a ele conferida pelos seus pares, se torna o principal interlocutor com as instituições e/ou os serviços públicos. Outro aspecto

tem que ver com a disponibilidade dos serviços públicos em si. Apesar da universalização prevista em Lei, destacamos que os serviços públicos disponíveis não, necessariamente, se apresentam como suficientes para o atendimento de toda a população, levando com que o acesso a estes serviços expresse também um campo de permanente disputa entre os migrantes (independente da nacionalidade) e entre os nativos e migrantes.

Neste capítulo, percorremos os aspectos históricos de Angola, além da análise da migração angolana no Brasil. Quanto aos aspectos históricos, verificamos que o processo de colonização impôs mudanças que impactam negativamente as populações que habitam o território que hoje se chama Angola – tanto no campo político quanto no econômico e social. Já no caso da guerra fratricida, compreendemos que esta implicou em um aumento significativo dos níveis de pobreza e vulnerabilidade de grande parte da população angolana (apesar dos elevados níveis de produção petrolífera que o país registrou nos anos que sucederam o acordo que pôs fim à guerra civil em abril de 2002).

No campo da educação, as dificuldades que acompanham o Sistema de Educação de Angola não possibilitam que, além da reduzida taxa de alfabetização, o país supere os baixos índices de escolaridade que população ainda apresenta. No campo da migração internacional, os fluxos migratórios de angolanos para o Brasil ganharam contornos diferentes após o fim da guerra civil em Angola, com o surgimento de um novo perfil migratório composto maioritariamente pela presença de jovens que buscam a formação acadêmica no Brasil por meio de convênios ou não.

No capítulo a seguir, o debate é feito em torno lógica da saúde mediante a apresentação de elementos que caracterizam o Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Angola e o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) na perspectiva do acesso.

3. A POLÍTICA DE SAÚDE: CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE DE ANGOLA E DO BRASIL NA PERSPECTIVA DO ACESSO

A política de saúde não se apresenta como um conjunto de ações que se distanciam das políticas sociais⁸⁰. Como apontam Fleury e Ouverney (2014, p. 25), “[...] a política de saúde deve ser trada como uma política social, ou seja, uma política que está voltada para a reprodução dos indivíduos e das coletividades”. Apesar de os autores apontarem a existência de outros fatores que determinam o rumo e o formato das políticas de saúde, de forma básica, podemos apontar a política de saúde como sendo aquela que tem como fim último a melhoria das “condições sanitárias de uma população” (FLEURY; OUVERNEY, 2014, p. 25). Apesar de Angola e o Brasil pertencerem ao rol de países ora designados de periféricos do capitalismo, as políticas de saúde traçadas em cada um destes Estados apresentam suas particularidades - em função do modo como cada sociedade foi construída e das condições socioeconômicas de cada população. Ao tratar sobre as políticas sociais e de saúde, Laurell (2017) destaca que estes são integrantes dos projetos da sociedade, mas, o modo como elas integram tais projetos de sociedade difere. A autora aponta que, para os

[...] Governos de direita ou neoliberais os veem como uma área que não podem ser deixados de lado para não perder legitimidade, e como um terreno de clientelismo e controle populacional corporativo. No entanto, seu grande projeto é estabelecê-los em outro campo de comercialização e geração de lucros para o capital. Por outro lado, para governos de esquerda ou progressistas, a política social e, dentro dela, a política de saúde têm alta prioridade, pois são instrumentos para gerar bem-estar social e uma vida digna para os cidadãos (LAURELL, 2017, p. 1).

Portanto, ao efetuarmos uma discussão sobre as políticas de saúde em diferentes países, há a necessidade de se ater as “especificidades e a diversidade de nações, bem como o grave quadro de desigualdade social e econômica [...]” (DIEHL; MENDES, 2019, p. 13) dos países em questão.

Em Angola - assim como se verifica em vários países de África -, o processo de descolonização não foi total. Existe uma reconfiguração da dominação

⁸⁰ “A política social é uma política, própria das formações econômico-sociais capitalistas contemporâneas, de ação e controle sobre as necessidades sociais básicas das pessoas não satisfeitas pelo modo capitalista de produção. É uma política de mediação entre as necessidades de valorização e acumulação do capital e as necessidades de manutenção da força de trabalho disponível para o mesmo” (MACHADO; KYOSEN, 2000, p. 63).

colonial europeia no espaço de poder, que passa pela cooperação internacional: esse fenômeno é evidenciado pela forte cooperação do Estado angolano com as instituições internacionais - como o Banco Mundial e a União Europeia - na implementação das políticas sociais.

Tais cooperações se estendem à área da saúde: a política nacional de saúde angolana é executada, supervisionada e fiscalizada pelo Ministério da Saúde de Angola (MINSa), com fortes cooperações com instituições internacionais – com particular destaque à presença expressiva da Cruz Vermelha e outras instituições e/ou organismos internacionais no financiamento da saúde pública - evidenciando a já mencionada reconfiguração da dominação colonial.

Quanto às políticas de saúde no Brasil, importa destacar que estas se enquadram no processo de desenvolvimento da proteção social⁸¹ na América Latina, apresentando assim características que as diferenciam dos demais modelos de proteção social no mundo – não significando com isto a exclusão da participação expressiva do setor privado nas ações em saúde.

O presente capítulo parte da apresentação dos documentos legais e do órgão gestor da Política Nacional de Saúde em Angola, bem como da organização e estruturação (níveis de atenção) do Sistema Nacional de Saúde de Angola (SNS) e os indicadores gerais de saúde em Angola. Em seguida, faz-se a caracterização do Sistema Único de Saúde (SUS). São apresentados os principais documentos legais que regem o sistema de saúde do Brasil, sua estrutura e os níveis de atenção que compõem o SUS. Já na parte final do capítulo, a discussão está concentrada no acesso aos serviços de saúde de migrantes no Brasil.

3.1. O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DE ANGOLA (SNS)

Como órgão da administração central do Estado, a Política Nacional de Saúde em Angola é controlada, executada, supervisionada e fiscalizada pelo Ministério da Saúde (MINSa). A este órgão compete:

⁸¹ “O ponto de partida para a constituição de sistemas de proteção social foi a adoção de medidas voltadas ao enfrentamento da pobreza, uma vez que entre os séculos XVII e XIX ser pobre era vergonhoso. Essa agenda se ampliou de tal forma que a partir do pós-guerra teve início a implementação da universalização dos serviços sociais. Essa passagem é importante, porque ela sedimenta a ideia de proteção social enquanto um direito dos cidadãos e não como serviços de caridade. Para tanto, esses sistemas deveriam assegurar serviços públicos de qualidade a todas as pessoas com necessidades” (MATTEI, 2019, p. 58).

a) Elaborar e propor a política nacional de saúde; velar pela sua correcta implementação, monitorização e avaliação periódica; b) Promover o desenvolvimento sanitário do País em coordenação com os sectores nacionais afins e parceiros das comunidades nacional e internacional; c) Promover o controlo e a luta contra as doenças endemoepidémicas; d) Promover a saúde da população em geral e em particular da população vulnerável, principalmente criança e mulher, tomando as medidas necessárias, para garantir a equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde; e) Elaborar programas para a resolução de problemas específicos de saúde e submetê-los à aprovação do Conselho de Ministros; f) Promover o desenvolvimento dos recursos humanos, participando na sua planificação, formação e fiscalização do exercício das profissões de saúde em colaboração com outras instituições competentes; g) Coordenar e orientar prestação de cuidados de saúde a nível do sistema nacional de saúde, tomando medidas para a elevação constante da qualidade dos mesmos; h) Promover o estilo de vida, meio ambiente e alimentação saudáveis, divulgando os conhecimentos para a modificação positiva de comportamento; i) Velar pela aplicação da legislação sanitária nacional e internacional e demais legislação de interesse de saúde pública; j) Promover e coordenar a mobilização social e dos recursos para o desenvolvimento da saúde. k) Promover e implementar tecnologias apropriadas de saúde, particularmente nos domínios de infra-estruturas, farmacêutico, meios medicocirúrgicos e não médicos; [...] (ANGOLA, 2000).

A Política Nacional de Saúde em Angola é regida pelo Decreto Presidencial nº 262/10 de 24 de Novembro (ANGOLA, 2010a). De acordo com o referido Decreto, os princípios e valores da Política Nacional de Saúde em Angola são: a universalidade, qualidade, humanização, responsabilidade, liberdade de escolha, prestação de contas e intersectorialidade, solidariedade, equidade, ética, identidade cultural e igualdade de gênero (ANGOLA, 2010a).

Dada as alterações que ocorreram ao longo do tempo, o sistema de saúde em Angola pode ser caracterizado em dois grandes períodos, a saber: colonial e pós-independência. No período colonial, sendo Angola uma província ultramarina⁸², o sistema de saúde vigente neste período era acessível à uma minoria privilegiada, direcionada à satisfação da produtividade econômica colonial. O período pós-independência está dividido em duas fases, sendo elas a de economia planificada (entre 1975 e 1992), e a de economia de mercado (de 1992 aos dias atuais).

Na fase de economia planificada, foram estabelecidos os princípios da universalidade e gratuidade dos cuidados de saúde, com prestação exclusiva do Estado (assentes essencialmente nos Cuidados Primários em Saúde⁸³). Nesta fase,

⁸² Província ultramarina é uma divisão administrativa criada pelo Estado Novo português e atribuído por este às colónias portuguesas, nomeadamente Angola, Guiné Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Cabo Verde, Macau, Estado da Índia e Timor.

⁸³ De acordo com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, os cuidados primários de saúde “refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características sócio-culturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados

a Política Nacional de Saúde em Angola era definida pela Lei nº 9/75 de 13 de Dezembro, que na sua essência visou:

[...] a melhoria do estado sanitário do país, tendo sido adoptado como sistema de cuidados de saúde, o de tipo Serviço Nacional de Saúde totalmente socializado, embora a tendência universal seja a de aumentar progressivamente a comparticipação do Estado nos gastos com a materialização desse magno princípio (ANGOLA, 1992, p. 392).

A segunda fase surge em função da sobrecarga crescente das estruturas de assistência médico-sanitária, como consequência do “crescimento populacional, motivado pelo afluxo de populações em larga escala às cidades [...]” (ANGOLA, 1992, p. 392). Neste sentido,

o desajustamento entre os recursos humanos e materiais disponíveis e a pressão entre crescimento populacional traduzido pela enorme procura dos serviços, levou a deterioração da rede sanitária periférica e consequentemente dos serviços de última linha, funcionando estes praticamente como os únicos existentes. Por outro lado, paralelamente a esta situação, não existiram os investimentos adequados, quer humanos quer materiais, para melhoria do nível de assistência médico-sanitária (ANGOLA, 1992, p. 392).

Assim sendo, com a realização de reformas políticas, administrativas e económicas – impostas pela Lei de Revisão Constitucional de 1992⁸⁴ -, redefiniu-se o Sistema Nacional de Saúde, tendo originado a segunda fase do período pós-independência. A segunda fase do período pós-independência ficou caracterizada pela legalização do setor privado e introdução da noção de comparticipação do cidadão nos custos de saúde, através da Lei nº 21-B/92 de 28 de Agosto (ANGOLA, 2010a).

Com base na Política Nacional de Saúde, no próximo item, está apresentada a organização e estruturação do Sistema Nacional de Saúde de Angola.

3.1.1. Organização e estruturação do Sistema Nacional de Saúde de Angola (SNS)

Angola conta com um Sistema Nacional de Saúde que tenciona atendimento gratuito para todos os cidadãos nas 18 províncias do país. Como fundamentada na Alínea f do Art. 21.º da Constituição da República, entre outras,

relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública” (BRASIL, 2002).

⁸⁴ A Lei de Revisão Constitucional foi a base jurídica para a passagem de Angola de uma economia planificada à economia de mercado. Surgiu em substituição a Lei Constitucional de 1975, aprovada com a declaração de independência de Angola do jugo colonial português.

constitui tarefa fundamental do Estado angolano, “promover políticas que permitam tornar universais e gratuitos os cuidados primários de saúde” (ANGOLA, 2010b, p. 10). Como aponta Mendes (2010,p. 2302), os modelos de atenção à saúde representam

sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Para Paim (2008), são os modelos de atenção os pontos orientadores e organizadores dos saberes e instrumentos que são utilizados na prática em saúde. Os níveis de prestação dos serviços de saúde em Angola estão divididos como se segue:

Tabela 9 - Níveis de prestação dos serviços de saúde em Angola

Nível	Composição
Primário ou CPS ⁸⁵	Postos e centros de saúde; hospitais municipais; postos de enfermagem e consultórios médicos
Secundário	Hospitais Gerais Hospitais Provinciais
Terciário	Hospitais de referência mono ou polivalentes diferenciados e especializados

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com as informações constantes no Capítulo I, Art. 12, nº 1, 2 e 3, da Lei nº 21-B/92 de 28 de Agosto; e nº 2.3.2, do Decreto Presidencial nº 262, de 24 de Novembro de 2010 (ANGOLA, 1992; 2010).

De acordo com a Lei nº 21-B/92 de 28 de Agosto, com a participação do setor privado, quatro setores compõem o Sistema de Saúde de Angola. São eles: o setor público, setor privado lucrativo, setor privado não lucrativo, e o setor de medicina tradicional (ANGOLA, 1992). Fazem parte do setor público: o Serviço Nacional de Saúde; Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas⁸⁶, do Ministério do Interior⁸⁷; e de outras empresas públicas. No caso do setor privado lucrativo temos as clínicas privadas e demais profissionais que prestam assistência médica em instalações próprias. O setor privado não lucrativo é composto pelas

⁸⁵ Cuidados Primários em Saúde.

⁸⁶ Integram as Forças Armadas Angolanas o Exército, a Marinha e as Forças Aéreas de Angola.

⁸⁷ Integram o Ministério do Interior a Polícia Nacional de Angola, Serviços de Investigação Criminal, Serviços Prisionais, os Serviços de Migração e Estrangeiro e os Serviço de Proteção Civil e Bombeiros.

Organizações Não Governamentais (ONGs) e entidades religiosas. Quanto ao setor de medicina tradicional, fazem parte deste os ervanários e traditerapêutas (Kimbandas/Curandeiros).

No caso específico do setor da medicina tradicional, importa sublinhar que parte significativa das comunidades em Angola preserva e reproduz os aspectos medicinais da cultura herdada de seus antepassados, mediante a valorização da presença das(os) curandeiras(os), que são mulheres e/ou homens que detêm vasto conhecimento dos efeitos proporcionados pelas folhas, raízes e demais componentes das incontáveis plantas existentes nas florestas e demais reservas ambientais do país. Com o domínio da eficiência das plantas medicinais, a procura por tratamentos tradicionais se tornou alternativa. Como destaca Boeckmann de Andrade (2016, p. 16):

[...] a medicina tradicional angolana é responsável pelo atendimento de uma larga escala de sua população e que os tratamentos tradicionais não são apenas um fenômeno reduzido às populações rurais, mas também as populações que se encontram em centros urbanos como é o caso de Luanda. Os tratamentos atendem tanto problemas psicossomáticos, quanto questões sociais não importando a classe social do paciente.

Apesar de a medicina tradicional em Angola ser responsável por um número significativo de atendimentos da população e, “[...] além de ser considerada parte da cultura e história angolana, a mesma ainda não ocupa, de maneira integrativa, os espaços oficiais de saúde” (BOECKMANN DE ANDRADE, 2016, p. 27). Neste sentido, falando em Luanda, à margem de um colóquio nacional da medicina natural e tradicional, Kitoko Mayavangua⁸⁸ apontou que:

Falta uma política que regule a medicina tradicional em Angola. Existe um anteprojeto de lei, que já foi corrigido pelo Ministério da Saúde, e esperamos pela sua aprovação. Se assim for, estamos em crer que Angola vai estar a seguir outros países e as recomendações da OMS (LUSA, 2018).

À vista disso, aos 26 de agosto de 2020, o Conselho de Ministros de Angola aprovou a Política Nacional de Medicina Tradicional e Complementar, permitindo assim a integração da medicina tradicional no Sistema Nacional de Saúde, regulamentação do “[...] exercício da medicina tradicional e complementar, a produção, conservação, distribuição, armazenamento, comercialização e uso de

⁸⁸ Presidente da Câmara Profissional dos Terapeutas de Medicina Tradicional em Angola.

fitoterápicos e outros recursos naturais no Sistema Nacional de Saúde” (ANGOLA, 2020a). Com isto,

as autoridades sanitárias passam a desenvolver um novo modelo de assistência sanitária, através da medicina integrativa, principalmente nos cuidados primários de saúde, criar centros de referência de medicina tradicional e complementar em cada província do país e incentivar a elaboração de programas de educação e capacitação para o pessoal do Sistema Nacional de Saúde e os detentores de conhecimento tradicional das comunidades. Com a implementação da Política Nacional de Medicina Tradicional e Complementar, o Executivo passa a promover a elaboração da farmacopeia tradicional angolana e a produção, qualitativa e quantitativa, de diversas espécies de plantas medicinais e outros recursos naturais necessários para o cabal desenvolvimento da medicina tradicional e complementar no país (ANGOLA, 2020a).

Sem a pretensão de um maior aprofundamento sobre a Política Nacional de Medicina Tradicional e Complementar, concentramos a discussão na estruturação do sistema de saúde de Angola. Portanto, o SNS e a Rede Sanitária de Angola estão estruturados como se segue:

Tabela 10 - Estruturação do Sistema Nacional de Saúde e da Rede Sanitária de Angola em 2019

Designação	Quantidade
Hospitais Nacionais	15
Hospitais Provinciais	25
Hospitais Gerais	45
Hospitais Municipais	170
Centros de Saúde	442
Centros Materno-Infantis	67
Postos de Saúde	1.880
Outras Infraestruturas	37
Total de Unidades Sanitárias	2.681

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados da Agência Angola Press - ANGOP (ANGOLA, 2019).

No que diz respeito à política de medicamentos, por não existir produção interna de medicamentos, importa destacar que é o Estado angolano o maior importador de medicamentos através de concurso público internacional

(ANGOLA, 2010a). Destacam-se ainda outras entidades públicas com autonomia financeira e a doação de organismos internacionais⁸⁹.

Ainda que a Lei preveja a participação de terceiros e a comparticipação do cidadão nos custos de saúde, Angola tem como principal instrumento de financiamento interno do sistema de saúde o Orçamento Geral do Estado (OGE). Em um país em que a maior parte do orçamento vem sendo destinada para o setor da defesa e segurança, o orçamento do setor da saúde tem sido um dos que menos porcentagem recebe do OGE. Por exemplo, no OGE do ano de 2021, de um total de R\$ 118.769.519.358,47⁹⁰, o setor da saúde recebeu aproximadamente 5,75% ou seja, R\$ 6.836.969.471,15⁹¹ (ANGOLA, 2020b, p. 152). Cabe aqui destacar que a porcentagem do OGE de 2021 destinado à saúde teve uma redução em função da pandemia do novo coronavírus. É neste sentido que o Executivo angolano fundamenta o recuo de 6,06% em 2020 para 5,75% em 2021. Para o Ministério das Finanças,

[...] o contexto macroeconómico mundial no qual se irá executar o OGE 2021 é caracterizado por um duplo choque provocado pela pandemia da COVID-19, nomeadamente o choque sanitário, que está a levar à realocação de recursos para o redimensionamento do sistema nacional de saúde, e a significativa restrição na movimentação de pessoas, com potencial de restrição da demanda agregada, dos fluxos do comércio internacional e do crescimento do PIB mundial (ANGOLA, 2020c).

Apesar da existência de serviços gratuitos de saúde, o SNS de Angola revela-se ineficiente, na medida em que grande parte da população não vê atendida as suas necessidades em saúde. Essa ineficiência expõe a fragilidade do referido sistema de saúde e revela a insuficiência das políticas públicas de saúde traçadas em Angola. Neste sentido, importa destacar que uma das críticas mais direcionadas aos formuladores de políticas públicas de saúde está ligada ao fraco investimento que se observa na saúde pública, condicionando o acesso e a qualidade dos serviços prestados. Nessa perspectiva, Vicente et al. (2016, p. 229), destacam que, em Angola,

a coparticipação nos custos de saúde no setor público foi reconhecida com um obstáculo ao acesso aos cuidados de saúde e à equidade. Já o setor privado lucrativo está confinado aos principais centros urbanos do país e é pouco expressivo ao nível terciário, com preços que limitam a acessibilidade da população. À semelhança do que acontece no setor público, a qualidade dos serviços privados ainda estão aquém do desejado. Na sua maioria, o

⁸⁹ É também neste sentido que se observa a reconfiguração da dominação colonial no espaço de poder.

⁹⁰ Valor em Kwanzas: Kz 14.785.200.965.825,00.

⁹¹ Valor em Kwanzas: Kz 851.110.353.685,00.

funcionalismo do setor privado é o mesmo que trabalha no setor público, com evidentes prejuízos para ambos. Entretanto, não se sabe se há diferenças entre os setores em relação aos índices de gestão.

De acordo com o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025⁹², os principais problemas do SNS de Angola estão ligados à reduzida cobertura sanitária e manutenção das Unidades Sanitárias (US); reduzida força de trabalho especializada (quer em termos qualitativo quer quantitativo, os recursos humanos e técnicos de saúde se apresentam em um número reduzido, condicionando também a distribuição assimétrica destes profissionais entre as áreas rurais e periurbanas); insuficiência dos recursos alocados e débil gestão dos recursos disponibilizados (incluindo os sistemas de informação, logística e de comunicação); e a fraca promoção da saúde num contexto socioeconómico e meio ambiente favoráveis as endemias e epidemias (pouco acesso à água potável, saneamento básico e energia) (ANGOLA, 2012). Atendendo os problemas do SNS de Angola, apresentamos no item a seguir os indicadores gerais de saúde em Angola.

3.1.2. Indicadores de saúde em Angola

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), os indicadores de saúde são sinalizadores de informações relevantes sobre atributos e desempenho de determinado sistema de saúde (OPAS, c2021). Desta forma, além do quadro epidemiológico apontado no PNDS 2012-2025 – existência de números significativos de casos de malária; doenças diarreicas e respiratórias agudas; tuberculose; tripanossomíase (doença do sono); doenças imunopreveníveis (sarampo, tétano); e o VIH - cujo nível de infecção é inferior em relação à média da África Austral (mas ainda é preocupante) – outros principais indicadores são apresentados nos quadros a seguir:

⁹² O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 (PNDS), elaborado por uma Comissão Multissetorial, criada por iniciativa Presidencial, através do Despacho Presidencial nº 84/11 de 27 de Outubro, é um instrumento estratégico-operacional destinado à materialização das orientações fixadas na Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo “Angola 2025” e na Política Nacional de Saúde, no âmbito da reforma do Sistema Nacional de Saúde. A elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025, surge num contexto de estabilidade política, de crescimento socioeconómico e de consolidação da democracia, enquadrando-se como um pilar fundamental no processo de desenvolvimento sustentável em curso no País (ANGOLA, 2012).

Quadro 3 - Indicadores gerais de saúde em Angola

Taxa de natalidade (2018)	40,73%
Taxa bruta de mortalidade infantil (2018)	8,19%
Taxa de fertilidade (2018)	5,2%
Esperança de vida ao nascer (2018)	60,78 anos
Esperança de vida – Mulheres – (2018)	63, 67 anos
Esperança de vida – Homens – (2018)	58,06
População com acesso a água potável (% da população) – 2017	55,84
Acesso a rede sanitária (% da pop.) – 2017	49,88 (144º)
Incidência de subnutrição (% a população) - 2017-2019	18,6 (24º)

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com dados do Country Economy (2021); MINSA (2021); INE (2017).

Quadro 4 - Dados da COVID-19 em Angola

Casos confirmados (12.05.2022)	99.287
Média de casos por dia	7
Mortes (12.05.2022)	1.900
Morte por milhão de habitantes (12.05.2022)	57,81
Recuperados (12.05.2022)	96.613
Doses de vacinas aplicadas (12.05.2022)	18,8 milhões
Totalmente vacinados (12.05.2022)	6,33 milhões (19,3% da população)

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com dados do Country Economy (2022); Centro Integrado de Segurança Pública de Angola - CISP (2022); OMS (2021); Our Word in Data (2022).

Os dados que constam no Quadro 3 caminham em direção não contrária aos indicadores de saúde descritos a quando da definição da atual Política Nacional de Saúde de Angola. Como se pode observar no documento legal:

o estado de saúde da população angolana é caracterizado pela baixa esperança de vida ao nascer, altas taxas de mortalidade materna e infantil, um elevado fardo de doenças transmissíveis e crescentes doenças crónicas degenerativas, bem como de mortalidade prematura (ANGOLA, 2010a, p. 3637).

Assim, entre as principais prioridades de saúde estabelecidas pela Política Nacional de Saúde em Angola destacam-se:

- a) reestruturar e desenvolver o Sistema Nacional de Saúde (SNS), priorizando o acesso de toda a população aos cuidados primários de saúde;
- b) reduzir a mortalidade materno infantil, bem como a morbidade e mortalidade por doenças prioritárias;
- c) promover e preservar um contexto geral e um meio ambiente propícios à saúde;
- d) capacitar os indivíduos, as famílias e comunidades para a promoção e proteção da saúde (ANGOLA, 2010a, p. 3647).

Com a abordagem sobre o SNS de Angola – legislação, estruturação da rede sanitária e o quadro epidemiológico – feita, o item a seguir traz a discussão sobre o sistema de saúde do Brasil, principais aspectos da sua estruturação, composição dos níveis de atenção e os indicadores gerais de saúde no Brasil.

3.2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) DO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS E SUAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS

O surgimento do SUS nos remete à uma análise histórica de redemocratização da sociedade brasileira, tendo implicado em mudanças significativas que se fizeram acompanhar de um extremo reforço à presença estatal nas ações sociais (NOGUEIRA, 1998). Essas mudanças são destacadas por Bahia (2008) ao descrever que um dos acontecimentos marcantes no processo de redemocratização do Brasil foi a Reforma Sanitária (que teve seu início em 1970 com os movimentos políticos sanitários, e sua formalização em 1988 com a Constituição cidadã): uma reforma caracterizada essencialmente, entre outros, pelo desenvolvimento dos programas de medicina comunitária; experiências e alternativas múltiplas – em consonância com os interesses internacionais e mesmo nacionais, mas que vão alternando a forma como se organiza a saúde no país; discussão do caráter político da saúde e dos determinantes sociais do processo de saúde-doença; abordagem médico-social que considera o social como determinante das condições de saúde e por apontar a necessária prática do profissional de saúde como sujeito de transformação pretendida; conceitos básicos da teoria social da medicina; determinação social da doença, historicidade do conceito saúde-doença, processo de trabalho, poder médico e a medicalização; e a produção do conhecimento e prática política.

O SUS constituiu então uma conquista de toda a sociedade brasileira. É de toda a sociedade brasileira porque a questão da saúde foi colocada além do sistema de saúde, ou seja, a determinação social da saúde se deu a partir das condições de trabalho, moradia, salário, transporte, lazer, etc. (BAHIA, 2008). Dito de outra maneira, se tratou de uma luta conjunta: uma luta que mobilizou vários setores da sociedade brasileira.

Dentre as ações conjuntas, podemos destacar o Projeto de Reforma Sanitária, construído com base nas lutas populares e sindicais pelo direito a saúde e nos posicionamentos críticos ao modelo assistencial previdenciário existente no Brasil até a institucionalização do SUS (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018). Essa luta proporcionou o desmonte da categorização da saúde que havia no Brasil. Como apontado por Menezes, Moretti e Reis (2019, p. 59):

Antes, os brasileiros eram desigualmente divididos entre os ricos, que desembolsavam para pagar por seus próprios atendimentos de saúde, os que tinham empregos formais e acessavam os serviços de saúde oferecidos pela previdência pública, e os indigentes, aqueles que viviam à margem do mercado de trabalho formal, que não tinham a carteira assinada e peregrinavam em busca de atendimento à saúde por caridade ou por meio de alguns programas seletivos de saúde pública.

A partir dessas lutas, passou-se a pensar saúde como caráter universal, configurando-se como direito social a ser garantido por políticas públicas intersetoriais e ações em saúde com qualidade que atendem as necessidades da população, e executada primordialmente pelo próprio Estado (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Antes da Reforma Sanitária, a política de saúde no Brasil tinha como principal forma de organização e prestação de serviços o setor privado autônomo sem regulamentação do Estado, e trazia consigo a carteira de trabalho – que era o passaporte para o acesso aos direitos sociais - como elemento excludente. A desigualdade territorial – importante na análise das políticas públicas – também constituía um grande problema no âmbito da saúde, uma vez que as regiões faziam apenas o uso de seus próprios recursos, fato que evidenciava as assimetrias regionais. Outro ponto que vale ressaltar sobre a situação do sistema de saúde no Brasil antes do SUS é que os serviços de saúde eram voltados para a recuperação e não para a prevenção (BAHIA, 2008).

Portanto, o SUS surgiu em meio ao processo de redemocratização do Brasil e, como apontam Amorim e Rufino (2012, p. 2), o SUS, através da Constituição cidadã, veio garantir “a universalização da prestação de serviços de saúde pela rede pública, o que resultou na criação das Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde, o que evidentemente não resolve a questão, pelo contrário, a torna aberta ao debate e ao aperfeiçoamento”.

Como destacam Vasconcelos e Pasche (2006, p. 531), “o Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política”. Ou seja, o SUS desponta, organizando e articulando serviços de saúde, dando suporte e traduzindo a ação efetiva da política de saúde no Brasil, tendo como fundamental princípio a universalização. Nesta perspectiva, Santos e Medeiros (2017, p. 4) destacam que:

Além da universalidade de acesso, a integralidade da assistência e a equidade são princípios doutrinários do SUS, garantidos pela lei 8.080/1990. Se relacionam aos direitos humanos e à garantia gratuita do direito à saúde por todas as pessoas em território nacional. Desse modo, mesmo as pessoas não ligadas à previdência passaram a usufruir de tais serviços, inclusive pessoas sem documento de identificação.

Como forma de ampliar o debate sobre a sua estruturação, são apresentados no próximo item os instrumentos legais que balizam o SUS, sua composição, os aspectos gerais sobre os níveis de atenção do SUS e o seu financiamento.

3.2.1. Estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS): aspectos gerais dos níveis de atenção e financiamento do SUS

A saúde como direito de todos e dever do Estado é prevista no Art. 196.º da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Nos Arts. 198.º a 200.º, a Constituição Federal de 1988 confere ao SUS a coordenação e execução das políticas de proteção e promoção da saúde no território brasileiro, mediante a coparticipação de todos os entes da federação. Nesta

perspectiva, a Constituição Federal determina que o SUS é composto pelo Ministério da Saúde e as respectivas secretarias dos Estados e Municípios (BRASIL, 2020). O Ministério da Saúde é então definido como sendo o gestor nacional do SUS: este órgão do governo federal tem a função de formular, normatizar, fiscalizar, monitorar e avaliar as políticas e ações em saúde, em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2020).

Enquanto as Secretarias Estaduais participam das políticas e ações de saúde (mediante a aprovação e implementação do plano estadual de saúde) e apoiam os municípios em articulação com os conselhos estaduais⁹³, as Secretarias Municipais de Saúde planejam, organizam, controlam, avaliam e executam as ações e serviços de saúde em conjunto com os conselhos municipais “e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde” (BRASIL, 2020).

Os principais instrumentos legais que regulamentam o SUS são: a Constituição cidadã de 1988 – estabelecendo que a saúde é um dos setores estruturantes da seguridade social, a par da previdência e da assistência social (BRASIL, 1988, Art. 6) -; as Leis 8.080/1990, de 19 de setembro e 8.142, de 28 de dezembro de 1990; e o Decreto 7.508/2011, de 28 de junho, que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, bem como a participação popular no SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área da saúde. Nelas estão contemplados os objetivos e atribuições do SUS; princípios e diretrizes; e a organização, direção e gestão do SUS (BRASIL, 1990a; 1990b; 2011).

De acordo com o Art. 5.º do Capítulo I da Lei nº 8.080/1990, de 19 de setembro, Constituem objetivos do SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; e III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990a).

⁹³ “O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (BRASIL, 2020).

A importância dos princípios e diretrizes do SUS é destacado por Matta (2007, p. 61) ao afirmar que:

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e o formato democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua materialização. Neste sentido, os princípios e diretrizes do SUS devem ser compreendidos a partir de uma perspectiva histórica e epistemológica, constituindo-se como um produto resultante de um processo político e que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão, as relações entre as esferas de governo do país, entre outros.

Assim sendo, os princípios e diretrizes do SUS estão descritos no Art. 7.º da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). São eles:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990a).

Para Matta (2007), as diretrizes devem se articular com os princípios do SUS. O autor continua, afirmando que “é por intermédio dessas diretrizes, tendo em vista o alicerce estrutural dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que o SUS deve se organizar. São estes os meios pelos quais escolhemos atingir os objetivos do sistema de saúde brasileiro” (MATTÁ, 2007, p. 71). Ou seja, a partir da articulação entre as diretrizes e princípios, a possibilidade de se perseguir e atingir os objetivos do SUS se torna maior.

A compreensão dos níveis de atenção se apresenta como fundamental para auxiliar as discussões em torno “[...] da operacionalização e implementação dos serviços prestados nas áreas de atenção em saúde, garantindo

que o sistema público de saúde no Brasil atenda de forma integral a toda a população [...]” (GONÇALVES, 2014, p. 49-50). Os níveis de atenção do SUS são classificados como sendo o de Atenção Básica/Nível Primário; Nível Secundário e Terciário (BRASIL, 1990). Para Gonçalves (2014, p. 53), “a atenção básica à saúde é também apresentada como atenção primária à saúde, sendo o primeiro nível de atenção à saúde [...]”. Ainda segundo autor:

A atenção primária inclui um rol de procedimentos menos complexos caracterizados por apresentar tecnologia de baixa densidade. A atenção primária é subentendida como sendo capaz de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade. Porém, sua organização, desenvolvimento e aplicação nem sempre são de simples compreensão, exigindo profundo conhecimento da realidade da população atendida (GONÇALVES, 2014, P. 53-54).

A composição dos níveis de atenção do SUS são definidos pelo Ministério da Saúde da seguinte forma:

Tabela 11 - Níveis de atenção do Sistema Único de Saúde

Nível	Composição
Atenção Básica/Primário	Unidades Básicas de Saúde (UBS), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipe de Saúde da Família (ESF); e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
Secundário	Serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, cujo a densidade tecnológica se caracteriza como intermediária entre a atenção primária e a terciária
Terciário	Representa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Organiza também procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, etc

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com as definições da Lei nº 8.080/90 do Ministério da Saúde (2020); Gonçalves (2014).

Os níveis de atenção do SUS se organizam ainda em função do grau de complexidade dos atendimentos (BRASIL, 1990). Assim, os níveis de atenção são respectivamente classificados em baixa, média e alta complexidade.

Importa destacar que no processo de implementação do SUS, vários foram os desmontes que condicionaram (e continuam a condicionar) a sua concretização como projeto, que são consequências das contrariedades que existem entre os diferentes projetos que a sociedade brasileira vem discutindo. Neste sentido,

Bahia (2008) destaca que foram as propostas de seguros baseados na capitalização e a abrangente perspectiva de organização de um sistema integrado de seguridade social, que condicionaram o processo de implementação do SUS.

Entre os diferentes projetos que mudaram o curso de implementação do SUS, Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) destacam os projetos de contrarreforma que foram surgindo desde 1990 e que são opostos ao Projeto de Reforma Sanitária, na medida em que o processo de contrarreforma sempre foi um campo de disputa acirrada por parte dos grupos econômicos que têm como fim último o lucro e ocupação dos espaços públicos em benefício da iniciativa privada. Ainda segundo os autores, entre outros projetos, seguiu-se o Projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada que se consolidou nos governos petistas: este projeto é fruto das contradições ligadas a implementação do SUS, numa fase em que se propunha a reconfiguração do Estado brasileiro bem como o desmonte do subfinanciamento das políticas públicas (tudo isso fruto do que se estabeleceu no Consenso de Washington, que visava expandir o modelo neoliberal com o pretexto de combater as crises e misérias dos países subdesenvolvidos, sobretudo os da América Latina).

Os desdobramentos no processo de implementação do SUS ganharam maiores tensões após o golpe de 2016⁹⁴ quando, segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), o Brasil viu a restauração conservadora para o favorecimento dos interesses da classe dominante (é o caso por exemplo, da terceirização, reforma trabalhista, reforma da previdência social, novo regime fiscal – o tão citado congelamento dos gastos públicos por 20 anos). O frequente uso como justificativa de que são as políticas sociais as principais desequilibradoras das contas públicas - quando na verdade são os juros da dívida pública e a sua amortização – tem impactado negativamente no processo de implementação do SUS. Entre outros aspectos específicos da área da saúde, destacamos a Política Nacional de Atenção Básica - prevendo a redução da carga horária, diferenciação entre serviços essenciais e ampliados (reduzindo assim o acesso à assistência, ou seja, a oferta do mínimo dos serviços oferecidos à população); a proposta de simplificação da atenção básica

⁹⁴ O golpe de 2016 corresponde ao processo de destituição da então Presidente do Brasil, Dilma Rousseff. Como aponta Silva (2018, s/p), “o processo do impeachment foi uma estratégia audaciosa para garantir a implantação da agenda conservadora de ataque aos direitos trabalhistas, aos direitos de jovens, homossexuais, negros, indígenas e mulheres. Foi necessário afastar e neutralizar as forças que se colocavam em oposição à agenda conservadora para garantir as condições ideais de aprovação do projeto”.

mediante os Planos de saúde acessíveis, Plano Ambulatorial e hospitalar e o Plano de regime misto de pagamento; e o subfinanciamento que promoveu perda considerável de recursos federais para a área da saúde e não só.

As sucessivas contrarreformas perpetradas em desfavor do SUS abrem portas para a presença cada vez mais expressiva do setor privado na área da saúde. Diante do exposto, concordamos com Viana, Fonseca e Silva (2017, p. 3) ao apontarem que a proteção social na América Latina apresenta caráter híbrido, absorvendo nos seus modelos a “grande participação do setor privado no financiamento, oferta e gestão dos serviços e a prevalência de modelos segmentados (com acesso diferenciado em função da posição social dos indivíduos)”, situação que vem “limitando as possibilidades de maior equidade e justiça social” (VIANA; FONSECA; SILVA, 2017, p. 3).

Portanto, pensamos que a infraestrutura do SUS tem sido insuficiente para dar respostas às necessidades em saúde aos utentes dos serviços públicos de saúde. A insuficiência da infraestrutura também está diretamente ligada à redução do financiamento, e este representa um dos aspectos mais importantes da estruturação do SUS.

Depois da grande vitória que adveio da 8ª Conferência Nacional da Saúde⁹⁵ (tendo reunido vários extratos da sociedade brasileira), uns dos principais problemas – senão o maior problema – que o SUS enfrenta é a questão do financiamento, que ganhou contornos diferentes nos anos 1990. Nesta altura, já com um sistema universal, o epicentro do debate se tornou a incompatibilidade entre a universalidade do sistema de saúde e os recursos necessários à promoção da saúde, como estabelecido pela Constituição Federal (BAHIA, 2008). É neste sentido que Paim (2018, p. 1725) aponta que, “durante muito tempo o subfinanciamento crônico era identificado como um dos maiores obstáculos para o SUS” e,

apesar da mobilização de gestores da saúde e do movimento social e de algumas iniciativas no parlamento visando ampliar os recursos para a saúde, o SUS jamais contou com o volume de financiamento compatível exigido para sistemas universais e que pudesse garantir as premissas previstas na Constituição (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p. 59-60).

⁹⁵ A 8ª Conferência Nacional da Saúde se realizou entre 17 e 20 de março de 1986, a convite do Ministério da Saúde. Esta conferência representa um marco histórico para a saúde pública no Brasil.

Apesar de a constituição Federal instituir a saúde como sendo um direito de todos e com obrigação do Estado na sua promoção, Paim (2018, p. 1725) acrescenta que “o Estado brasileiro através dos poderes executivo, legislativo e judiciário, não tem assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS”.

Apesar destes avanços, importa destacar que a questão do financiamento do SUS tem sido permanentemente negligenciada, isso porque as discussões e alterações efetuadas na legislação não foram capazes de alterar efetivamente “a estrutura do financiamento, de modo que o gasto público, como percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) destinado a saúde, continuou inferior à proporção do gasto privado” (PAIM, 2018, p. 1725).

De acordo com o Portal da Transparência – da Controladoria Geral da União -, em 2021, o orçamento para a área de saúde no Brasil foi de R\$ 189,41 bilhões, e o total de despesas executadas foi de R\$ 161,33 bilhões, tendo como principais localidades beneficiadas as regiões Sul, Sudeste e Nordeste (BRASIL, c2022). Como apontam Servo et al. (2020, p. 123-124), “as principais fontes de receitas tributárias estão concentradas na União, com mais da metade dos gastos públicos em saúde sendo financiados por tributos arrecadados por esse ente federado”.

As 5 (cinco) subáreas da saúde que mais receberam recursos são: assistência hospitalar e ambulatorial⁹⁶; atenção básica⁹⁷; administração geral⁹⁸; vigilância epidemiológica⁹⁹; e suporte profilático e terapêutico¹⁰⁰. Entre os programas orçamentários que receberam maior aplicação de recursos destacam-se a atenção especializada a saúde, com 54,61%; atenção primária a saúde, com 20,23%; vigilância em saúde, com 9,12%; assistência farmacêutica no SUS, com 7,54%; e o programa de gestão e manutenção do poder executivo, com 5,64% (BRASIL, c2022).

Destaca-se que, a partir de 2019, a modificação no financiamento da Atenção Primária em Saúde¹⁰¹ vem causando “[...] um conjunto de impactos para o

⁹⁶ R\$ 70.324.359.935,58.

⁹⁷ R\$ 33.283.230.599,41.

⁹⁸ R\$ 24.982.521.538,80.

⁹⁹ R\$ 14.413.889.031,41.

¹⁰⁰ R\$ 12.280.363.030,36.

¹⁰¹ Em 2019, o governo brasileiro lançou uma nova política para a Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Chamada de “Previne Brasil”, a política modificou o financiamento da APS para municípios. No lugar de habitantes e de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), as

SUS e para a saúde da população [...]” (MASSUDA, 2020, p. 1181). Entendemos que a integração dos cidadãos (nacionais ou não) ao SUS e, conseqüentemente, o acesso aos serviços estejam diretamente ligados ao financiamento do próprio sistema de saúde, em particular das áreas de natureza preventiva e de promoção da saúde. Neste sentido, concordados com Massuda (2020, p. 1186) ao apontar que, no Brasil, tendo em conta a durável restrição orçamentária que implica nos baixos recursos públicos destinados à saúde, a modificação no financiamento da Atenção Primária em Saúde contribui “[...] para reverter conquistas históricas de redução de desigualdades em saúde, ocorridas desde a implantação do SUS e da ESF. Trata-se, portanto, de um retrocesso que deve ser enfrentado pelo conjunto da sociedade brasileira”.

A aplicação dos recursos destinados à saúde no Brasil é executada, principalmente, pelos seguintes órgão e entidades: Ministério da Saúde – Unidades com vínculo direto (91,52%); Fundação Osvaldo Cruz (5,61%); Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A (0,98%); Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (0,84%); e Agência de Vigilância Sanitária (0,31%). Seguem-se a Fundação Nacional de Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal da Bahia e o Comando da Aeronáutica, com 0,26%, 0,16%, 0,12%, 0,10%, 0,09%, respectivamente (BRASIL, c2022).

Quanto aos maiores favorecidos com a aplicação dos recursos destinados à saúde, destacamos o Fundo Municipal de Saúde (37,09%); Pfizer Export BV (14,89%); Fundação Butantan (10,66%); Fundo Estadual de Saúde (10,10%); Fundo Estadual de Saúde – FUNDES (9,04%); E Fundo Municipal de Saúde – FMS (5,15%). Outros principais favorecidos foram o Banco do Brasil SA, Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, Fundo Estadual de Saúde de Pernambuco e Fundo Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, com 3,78%, 3,62%, 2,98%, 2,69%, respectivamente (BRASIL, c2022).

Importa aqui sublinhar que, de 2018¹⁰² a 2021¹⁰³, o financiamento público para a saúde no Brasil registrou um aumento progressivo (com uma variação de 55,43% no período citado) que, em função da crise sanitária provocada pela

transferências intergovernamentais passaram a ser calculadas a partir do número de pessoas cadastradas em serviços de APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores.

¹⁰² R\$ 121,86 bilhões.

¹⁰³ R\$ 189,41 bilhões.

pandemia da COVID-19 – e, conseqüentemente, das pressões exercidas, sobretudo internamente -, obrigou o governo federal a elevar o orçamento da saúde. Todavia, como destacam Servo et al. (2020), foram os governos estaduais que possibilitaram o enfrentamento das demandas em saúde neste período específico da história atual. Para os autores,

a participação dos entes subnacionais no financiamento da saúde já vinha se ampliando muito antes da pandemia. No contexto da pandemia, os governos estaduais, que têm a menor participação no financiamento do SUS, tiveram que assumir o protagonismo das respostas à crise sanitária, visto que o esforço imediato do governo federal com novos recursos e de coordenação ficou muito aquém do necessário ao seu enfrentamento (SERVO, et al., 2020, p. 123).

Apesar das ações que possibilitaram o aumento do orçamento público para a área da saúde ante a pandemia, “a parcela do financiamento público continua inferior ao privado (menos de 45% em 2017)” (SERVO, et al., 2020, p. 123). Como aponta Mendes (2004, p. 1):

Não obstante esses inegáveis avanços, o SUS real está ainda muito longe do SUS constitucional, ou seja, há uma enorme distância entre o sonho dos constituintes e da reforma sanitária brasileira e a prática social de nosso sistema público de saúde. Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, expresso na saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS real vai se consolidando como um espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado.

É nesta perspectiva que Bahia (2008) destaca que, nesses 30 anos de SUS, a única coisa que vem se mantendo estável é a instabilidade e insuficiência das suas fontes de financiamento, tendo como conseqüências “[...] a reprodução do modelo médico hegemônico, centrado mais na doença que na saúde, no tratamento que na prevenção ou promoção, no hospital e nos serviços especializados, e menos na comunidade, no território e na atenção básica” (PAIM, 2018, p. 1725). Portanto, o financiamento do SUS é deficitário na medida em que não tem sido suficiente para a manutenção e o avanço do sistema que se deseja universal, como parte de um direito social.

3.3. A SAÚDE NO CONTEXTO MIGRATÓRIO: O ACESSO DOS MIGRANTES AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Com a expansão da curva da mobilidade humana internacional, o debate sobre saúde global e a necessidade de considerarmos as particularidades dos diferentes sistemas de saúde que acompanham os processos de reterritorialização dos migrantes se tornaram ainda mais presentes. Neste sentido, Santos e Medeiros (2017, s/p) apontam que:

O crescimento dos fluxos migratórios internacionais traz à tona o debate referente à responsabilidade dos Estados em garantir os direitos sociais básicos às populações imigrantes, estando incluso o acesso à saúde. Tal inclusão ocorre pela Constituição Federal Brasileira, de 1988, que estabelece, no artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, realçada, recentemente, com a nova Lei da Imigração (lei número 13.445/2017).

Assim como ocorre com o acesso aos demais serviços públicos, “a condição de saúde dos imigrantes é um aspecto central para a sua inserção e integração à sociedade [...]” (VENTURA, 2018, p. 1). Porém, o acesso aos serviços de saúde por parte dos migrantes é atravessado por diversas barreiras, que podem torná-los pertencentes a um grupo socialmente vulnerável, condicionando assim a relação destes com o SUS. Como aponta Barata (2008, p. 20):

A vulnerabilidade de indivíduos, grupos sociais ou populações a diferentes problemas de saúde pode ser analisada em três dimensões complementares, determinantes para a produção do processo saúde/doença em sua dimensão coletiva: vulnerabilidade individual relacionada às características demográficas e sociobiológicas dos indivíduos acometidos; vulnerabilidade social relativa às condições de inserção social dos indivíduos ou grupos sociais no processo produtivo e reprodutivo da sociedade; e vulnerabilidade programática, decorrente de características das políticas públicas e das respostas sociais aos problemas de saúde.

No mesmo sentido, Santos (2016) aponta que a presença dos migrantes de maneira geral configura-se num grupo social especialmente desafiante - pela questão da língua, da cultura - nos atendimentos no SUS. Essa vulnerabilidade pode ser consequência do próprio processo migratório, e se acentua na medida em que, ao fazermos uma análise sobre o acesso aos serviços de saúde por parte dos migrantes, nos deparamos com questões complexas - por exemplo, questões étnico-raciais - que podem condicionar o acesso destes aos serviços de saúde. É neste sentido que Assis e Jesus (2012) consideram que o conceito de acesso é complexo,

e muitas vezes empregado de forma não precisa e pouco clara na relação deste com o uso de serviços de saúde. Isso porque,

fatores como a desigualdade social, as dificuldades enfrentadas pela comunicação em saúde e as dificuldades particulares de grupos socialmente vulneráveis prejudicam o acesso aos serviços de saúde. Imigrantes sem cidadania se destacam entre os grupos socialmente vulneráveis. Tal fato repercute no âmbito dos serviços de saúde. Assim, inicialmente, os imigrantes enfrentam os mesmos desafios dos nacionais, porém adicionalmente ainda lidam com dificuldades relacionadas à condição de “estrangeiro” (SANTOS; MEDEIRO, 2017, p. 9).

A relação dos migrantes com os serviços de saúde é permanentemente atravessada pela presença de dois sistemas de saúde. O fato de coexistirem dois sistemas de saúde na permanência do migrante no país receptor, pode se configurar em obstáculos para estes migrantes. Assim sendo, Goldberg, Martin e Silveira (2015, p. 230) apontam que:

[...] de maneira geral, os imigrantes vêm mantendo, resignificando ou mudando suas concepções e práticas sobre o processo saúde-doença-cuidados desde suas origens em relação às concepções e práticas vivenciadas no contexto sociossanitário de destino, com o agravante de que utilizam, com menor frequência, os serviços públicos de saúde quando comparados aos “nativos”.

Ainda na visão dos autores, isso ocorre porque todas as análises que se fazem em torno da inclusão de migrantes de outros países

[...] pelos sistemas oficiais de saúde mostram que boa parte dos casos ocorre sem que os sistemas de referência e os códigos próprios às sociedades de origem, incluindo todas as tradições e valores carregados por indivíduos e famílias no processo migratório, sejam colocados em diálogo dentro do sistema receptor (GOLDBERG; MARTIN; SILVEIRA, 2015; 2018, p. 32).

As diferenças entre os sistemas de saúde do país receptor e de origem dos migrantes podem estar explicitadas em determinados costumes, comportamentos, língua, modo de atendimento, funcionalidade das unidades de saúde, modo de execução das políticas de saúde, etc. É neste sentido que Noronha (2010, p. 9) aponta que, “a partir de suas próprias concepções de processo saúde-doença, diferentes culturas constroem sistemas de cuidados distintos”. Portanto:

[...] não basta ter o cartão SUS e direito de acesso estabelecido para o atendimento como qualquer outro cidadão. Há especificidades próprias a esses grupos que provavelmente são desconhecidas dos profissionais de saúde nos diversos níveis de atenção, como também há desconhecimento dos imigrantes sobre a forma como esse cuidado é realizado. Os processos de saúde, doença, atenção e prevenção entre os diferentes grupos de imigrantes podem conter similaridades e distanciamentos com os modelos de

atenção dos profissionais de saúde (GOLDBERG; MARTIN; SILVEIRA, 2015, p. 34).

Para a realidade brasileira, Santos e Medeiros (2017, p. 1) apontam que, fator como o “[...] inadequado preparo referente ao atendimento intercultural, frequente em meio aos novos fluxos humanos no Brasil”, ainda prejudica o acesso aos serviços de saúde. Os autores complementam destacando que há uma limitação na percepção social quanto à pessoa não nascida no Brasil, e que:

institucionalmente, não existe restrição formal que impeça ou dificulte o acesso aos serviços públicos de saúde, 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; MEDEIROS, 2017, p. 9).

Castañeda (2010) contribui afirmando que um dos fatores que dificulta a integração e obtenção dos serviços de saúde desejados é o fato de os migrantes lidarem com as normas de um sistema de saúde que difere de seu país natal, com regras e rotinas desconhecidas e, como aponta Puccini (2013, s/p), podemos observar na realidade brasileira um despreparo demonstrado pela política pública de saúde

[...] para receber essa demanda. São muitos os relatos de imigrantes sobre barreiras enfrentadas diariamente no acesso à rede de saúde, como discriminação, desinformação, desrespeito à diversidade cultural e despreparo dos profissionais no atendimento. Tudo isso nos faz questionar o princípio da universalidade.

Para tanto, a relação dos migrantes com o SUS passa, também, pela agregação entre as culturas envolvidas, sem, no entanto, aluir os aspectos que as diferem. No caso concreto do Brasil, há ainda outras questões que dificultam o acesso de imigrantes aos serviços de saúde. Uma delas é destacada por Santos e Medeiros (2017) ao afirmarem que, apesar dos novos fluxos de imigrantes internacionais vindos do Haiti, Senegal, etc., isto desde 2008, o Brasil é um país com fortes tendências para a não aceitação como sendo um país de imigração. Tal condição diminui a dimensão do conceito de saúde global, como sendo um bem público que se situa para além das fronteiras e que se caracteriza como um dos direitos fundamentais de todo ser humano.

As dificuldades enfrentadas pelos imigrantes ao acessarem os serviços de saúde no Brasil representam também o caráter seletivo e excludente que ainda há no acesso ao SUS, principalmente para indivíduos ou grupos que dado seus

aspectos sociais, são considerados vulneráveis. Neste sentido, Assis e Jesus (2012, p. 2866) apontam que:

Apesar da Carta Magna Brasileira de 1988 assegurar a saúde enquanto direito universal a ser garantido pelo Estado, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). A garantia na legislação brasileira foi apenas mais uma etapa alcançada na construção do SUS, para se concretizar o direito à saúde é necessário ter como alicerce um modelo social fundamentado na solidariedade humana e na igualdade social.

A seletividade e excludência existente no SUS traz à tona, também, a discussão sobre a concretização dos direitos relacionados aos migrantes, quer sejam eles documentados ou não. Nesta perspectiva, Puccini (2013, s/p) aponta que:

[...] o detalhe aparentemente simples de exigência de RG, CPF, certidão de nascimento ou casamento para efetivar o cadastro do Cartão do SUS corre o risco de se tornar mais uma dificuldade ou dúvida frente ao direito de atendimento, também para pessoas indocumentadas, que pode gerar uma desnecessária contradição.

Ainda sobre o caráter excludente que há no acesso aos serviços de saúde pelos migrantes, Santos e Medeiros (2017) apontam alguns fatores que afetam a característica universalista do SUS. Um desses fatores tem que ver com as informações em saúde que são disponibilizadas nas instituições de saúde no Brasil. Para os autores, “as informações em saúde disponibilizadas pelo poder público são insuficientes e fazem uso de expressões como “cidadão brasileiro”, despertando um senso de patriotismo que acaba por deixar implícita a exclusão de imigrantes” (SANTOS; MEDEIROS, 2017, p. 11).

Compreendemos que a eliminação dos fatores excludentes – a partir do reconhecimento das particularidades dos diversos sistema de saúde (ainda que seja predominante o modelo médico hegemônico) – abre a possibilidade de fortalecimento do SUS na prestação de serviços aos migrantes. Ou ainda como aponta Ventura (2018, p. 1-2):

Exige compreender o processo saúde, doença e cuidado desses grupos, e refletir sobre as respectivas responsabilidades dos Estados. Alguns desafios são apontados: a sustentabilidade dos sistemas de saúde nacionais; o efetivo acesso à atenção integral de saúde de nacionais e migrantes; os meios e recursos adequados para o enfrentamento das doenças transmissíveis e não transmissíveis de impacto local e mundial; captação e alocação de recursos para pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico que atendam à maioria da população mundial.

Como forma de observarmos como se dá o acesso dos migrantes aos serviços de saúde no Brasil, no capítulo a seguir, é apresentado o caso dos migrantes angolanos em Londrina/PR, com particular destaque à relação entre a escolaridade destes e o acesso à saúde.

4. ACESSO À SAÚDE E A ESCOLARIDADE: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS DOS MIGRANTES ANGOLANOS EM LONDRINA/PR

Neste capítulo, apresentam-se os resultados da presente pesquisa, em particular a relação entre a escolaridade dos migrantes angolanos em Londrina/PR e o acesso aos serviços de saúde no Brasil. Assim sendo, a análise perpassa a caracterização do perfil migratório dos angolanos em Londrina/PR; a relação destes migrantes com o Sistema Nacional de Saúde de Angola (SNS) e o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS); bem como os elementos que compõem os acessos aos serviços de saúde em Angola e no Brasil. Para isto, caracteriza-se a migração angolana em Londrina/PR mediante uma complementariedade entre os dados do SISMIGRA e dados da presente pesquisa – obtidos através da aplicação do questionário semiestruturado aos migrantes angolanos residentes em Londrina/PR e pertencentes à Associação dos Angolanos em Londrina (AAL) - que é a instituição coparticipante desta pesquisa. Os questionários foram aplicados entre os dias 07 de agosto e 08 de setembro de 2021 e, de um total de 63 (sessenta e três) membros associados e igual número de questionários aplicados, obtivemos 26 respostas.

No caso concreto da relação dos migrantes angolanos em Londrina/PR com o os sistemas de saúde de Angola e do Brasil e a relação entre a escolaridade dos migrantes angolanos em Londrina/PR e o acesso aos serviços de saúde, são analisadas a partir das 6 (seis) entrevistas realizadas entre os dias 16 de agosto e 08 de setembro de 2021, com os migrantes angolanos em Londrina/PR – sendo três do sexo feminino e igual número para os do sexo masculino -, tendo sido obedecida a intencionalidade na escolha dos entrevistados. A escolha intencional dos entrevistados partiu do pressuposto de que estes são formados ou estão em formação em universidades brasileiras; por residirem em Londrina/PR num período não inferior a quatro anos; e por já terem verbalizado que acessam com regularidade os serviços de saúde em Londrina/PR. No caso dos participantes do sexo feminino, duas foram gestantes e possuem uma vivência e/ou relação estreita com o SUS.

A intencionalidade teve ainda como critérios o fato de existir entre os entrevistados uma variedade nas áreas de formação, por serem provenientes de várias regiões de Angola – permitindo assim extrair pontos de vistas mais amplos -; e por existir um migrante que carrega consigo as experiências da relação com um

sistema de saúde que se distânciava tanto da realidade angolana quanto da brasileira¹⁰⁴. Importa ainda destacar que as entrevistas foram todas realizadas presencialmente, com o consentimento e aceitação de todos os entrevistados, tendo sido obedecida rigorosamente as medidas de prevenção contra a COVID-19 passadas pelas autoridades sanitárias nacionais e internacionais.

Destaca-se ainda que, compõem o presente capítulo os seguintes eixos de análise: caracterização do perfil dos imigrantes angolanos em Londrina/PR; o acesso dos migrantes angolanos à saúde nos sistemas públicos de Angola e no Brasil; vivências e percepções dos imigrantes angolanos em Londrina/PR sobre o funcionamento das unidades públicas de saúde; vivência universitária e a relação entre a escolaridade dos imigrantes angolanos em Londrina/PR e o acesso aos serviços de saúde; e a saúde e a situação socioeconômica dos imigrantes angolanos em Londrina/PR contexto de pandemia da COVID-19.

No tópico que se segue, é apresentado o perfil dos migrantes angolanos em Londrina/PR, caracterizado a partir dos dados da pesquisa e do SISMIGRA – numa periodização que vai de 2000 a março de 2020.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL MIGRATÓRIO DOS ANGOLANOS EM LONDRINA/PR

Comumente, as migrações internacionais em direção ao Brasil se concentram nos grandes centros urbanos. Tal concentração pode ter como principais fatores de atração a elevada demanda por mão de obra – uma vez que, em larga escala, “[...] a migração é determinada pelo modo de produção capitalista, portanto, suas causas estão vinculadas ao desenvolvimento desse modo de produção, que necessita de trabalhadores imigrantes” (SANA, et al., 2018, p. 192) -; por construírem os maiores centros comerciais do Brasil; e pela existência de instituições de ensino superior de referência - particularmente para aqueles grupos de migrantes que se deslocam com o principal objetivo de buscar a formação acadêmica nas instituições de ensino superior brasileiras.

O aumento do número de angolanos que migram para o Brasil em busca de formação acadêmica – por intermédio dos convênios educacionais e

¹⁰⁴ Trata-se de um migrante angolano que residiu durante cerca de 8 anos em Portugal. A partir da sua vivência, entendemos que este migrante traz consigo uma visão mais ampliada sobre a relação com dado sistema de saúde.

culturais que se estabelecem entre os Estados angolano e brasileiro - reforça a lógica de concentração destes migrantes nos grandes centros urbanos. É neste sentido que Fonseca (2009, p. 27) aponta que:

[...] o Brasil se tornou, no período ditatorial - e retomou esse papel nos governos da denominada Nova República -, um país com o olhar mercantil e geopolítico voltado para o continente africano, propiciando que no decorrer desse processo houvesse assinaturas desses convênios de intercâmbio estudantil envolvendo as instituições de ensino superior (IES) mencionadas, particularmente aquelas do eixo Rio de Janeiro-São Paulo. Mas também se constata a participação de universidades da região sul do país e do Distrito Federal, nesse último período, participando desse processo.

Nas primeiras duas décadas deste século, de um total de 1.504.736 imigrantes internacionais registrados no Brasil, cerca de 71,60% tiveram as grandes cidades - como Porto Alegre/RS, São Paulo/SP, Florianópolis/SC, Curitiba/PR, e Rio de Janeiro/RJ – como principais destinos (SISMIGRA, 2020). Todavia, movimentos migratórios mais recentes (entre eles o haitiano e venezuelano) – que em larga escala se instalam em regiões do Brasil que não sejam os principais centros urbanos -, têm reduzido as concentrações que se estabelecem nos principais centros econômicos do país. A par dos movimentos anteriormente citados, destacamos a imigração angolana que, em função do número elevado de jovens que vieram para formação acadêmica nas IES brasileiras, passaram a direcionar seus processos de reterritorialização em cidades como “[...] Curitiba e nas diversas cidades do interior de São Paulo, tais como São José do Rio Preto, Bauru, Guaratinguetá, Jaboticabal, Ilha Solteira e Presidente Prudente [...]” (FONSECA, 2009, p. 39).

Tendo em conta estes (e outros) movimentos em direção ao interior, observa-se que “[...] os imigrantes internacionais estão circulando pelo território brasileiro e do mesmo modo, também estão se deslocando para os municípios interioranos, de médio e pequeno porte e não apenas se concentrando nas grandes capitais” (LEMES e al., 2020, p. 11).

A partir da intensificação dos fluxos migratórios internacionais para o interior do Brasil, caracterizamos a migração angolana em Londrina/PR tendo em conta as primeiras duas décadas deste século. Fundada a 10 de dezembro de 1934, Londrina localiza-se a norte do Estado do Paraná, e ocupa uma extensão territorial de 1.652,569 km² (LONDRINA, 2019). Com uma população estimada em pouco mais de 580.870 habitantes, e um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de

0,778, a cidade de Londrina é a segunda cidade mais populosa - e uma das mais influentes em termos econômicos - do Estado do Paraná (IBGE, 2021).

De acordo com os dados do SISMIGRA (2020), Londrina é a terceira cidade do Estado do Paraná que registrou nas duas últimas décadas um maior número de imigrantes angolanos, atrás apenas de Curitiba e Maringá. Do total de 950 migrantes angolanos que foram registrados no Estado do Paraná¹⁰⁵ entre 2000 e março de 2020, Londrina recebeu cerca de 93 (SISMIGRA, 2020).

Algumas variáveis que caracterizam a migração angolana em Londrina/PR são apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 5 - Distribuição da migração angolana em Londrina-PR por sexo e estado civil, de 2000 a março de 2020

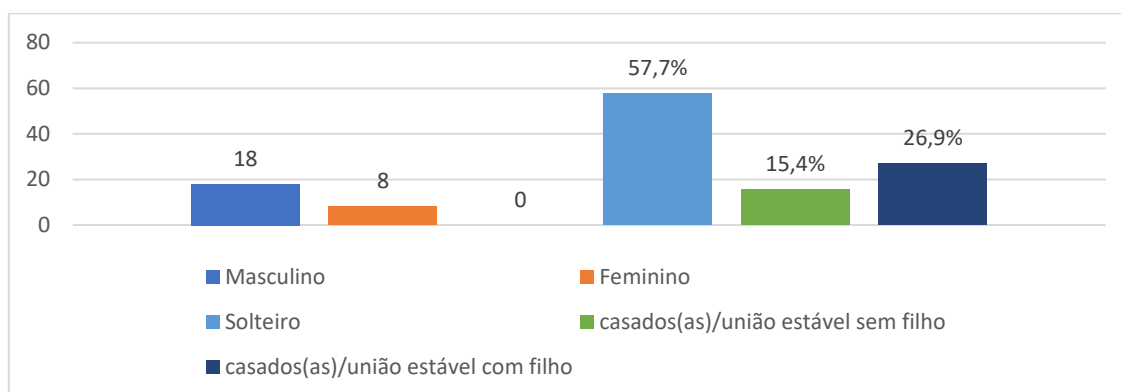
Sexo	Quantidade	Estado Civil	Quantidade
Masculino	59	Solteiro(a)	73
Feminino	34	Casado(a)	19
-----	-----	Outros	1
Total	93	Total	93

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com os dados do SISMIGRA (2020).

Os dados constantes no Quadro 5 são endossados pelas respostas obtidas nos questionários aplicados aos migrantes angolanos em Londrina/PR. Dos 26 migrantes que responderam ao questionário, foi possível constatar uma maior presença de migrantes do sexo masculino e solteiros.

¹⁰⁵ O Paraná concentra cerca de 5,49% (950) de um total de 17.294 angolanos registrados no Brasil de 2000 a março de 2020 – sendo que cerca de 608 são estudantes, justificando assim os 564 vistos temporários concedidos nesta Unidade da Federação no período em análise (SISMIGRA, 2020).

Gráfico 10 - Distribuição dos migrantes angolanos em Londrina-PR de acordo com o sexo e estado civil



Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com os dados da pesquisa.

Como se pode observar no Gráfico 10, dos 26 migrantes angolanos em Londrina/PR que responderam ao questionário, 18 são do sexo masculino e 8 são do sexo feminino; 57,7% são solteiros; 15,4% são casados(as)/união estável sem filho e 26,9% são casados(as)/união estável com filho; 18 apontaram que não tem filho(s) e 8 disseram que têm filho(s).

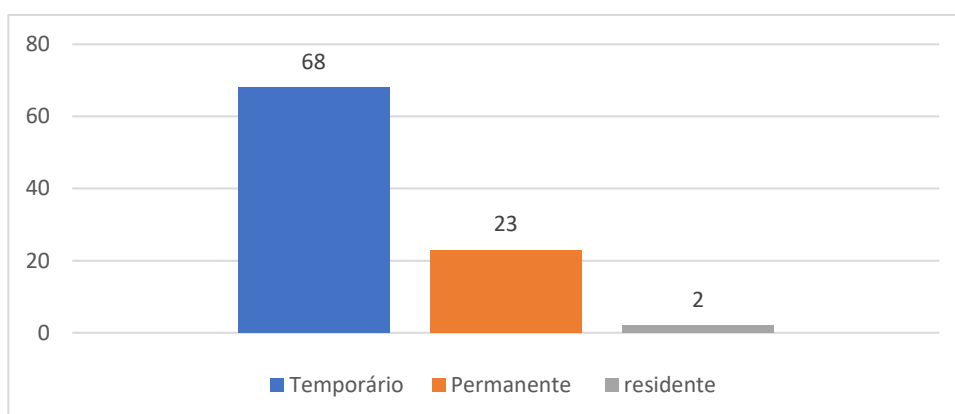
Outra característica da migração angolana em Londrina/PR tem que ver com a presença expressiva de jovens estudantes. Assim, dos 93 migrantes angolanos registrados em Londrina/PR entre 2000 e março 2020, cerca de 78,49% (73 imigrantes) são estudantes (SISMIGRA, 2020). De acordo com os dados da pesquisa, dos 26 migrantes que responderam ao questionário, 25 apontaram que a continuidade dos estudos foi a razão pela qual migraram para o Brasil.

Quanto a faixa etária, do total de migrantes angolanos em Londrina/PR registrados entre 2000 e março de 2020, cerca de 63,97% estão na faixa etária entre os 15 e 34 anos (SISMIGRA, 2020). Ao adicionarmos à esta análise os dados obtidos através da presente pesquisa, cerca de 92,31% estão entre os 23 e 34 anos, evidenciando assim a presença expressiva de jovens. Neste sentido, ao desenvolver o seu trabalho intitulado *Migrações Angolanas*, Furtado (2020, p. 70) destacou que, ao analisarmos a migração angolana no Brasil, identifica-se que, além de jovens, no caso de “[...] todos os Estados brasileiros, o total de mulheres é menor do que o total de homens”.

Ao identificarmos que a migração angolana em Londrina/PR é composta maioritariamente por jovens que buscam a formação acadêmica, apontamos um dado confirmativo e que julgamos fundamental para a caracterização

do perfil dos imigrantes angolanos em Londrina/PR: os tipos de vistos concedidos no período em análise. Quanto aos tipos de visto concedidos, a concessão ocorreu como se verifica no gráfico abaixo.

Gráfico 11 - Tipos de vistos concedidos aos migrantes angolanos em Londrina/PR de 2000 a março de 2020

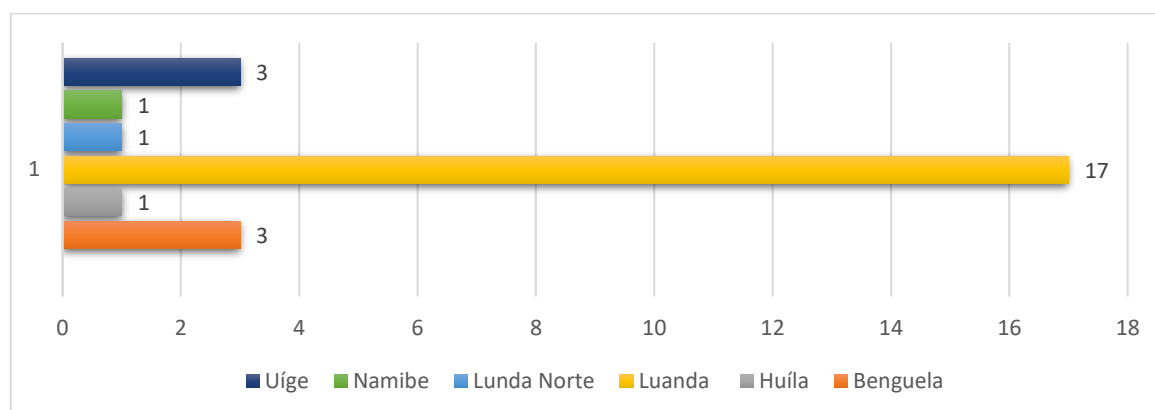


Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com os dados do SISMIGRA (2020).

De acordo com os dados da SISMIGRA (2020), entre 2000 e março de 2020, 52 dos 93 imigrantes angolanos registrados em Londrina/PR tiveram como amparo legal¹⁰⁶ o Art. 13.º IV da Lei 6815/80, de 19 de agosto – visto destinado especificamente para o migrante estudante -, que viria a ser substituído pelo visto temporário VITEM IV (disposto na Alínea d do Art. 14.º da Lei 13.445/2017, de 24 de maio). O visto temporário VITEM IV “[...] pode ser concedido para estadas de até 365 dias no Brasil, para estudantes aceitos ou matriculados em cursos de graduação ou de pós-graduação reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC) no Brasil” (BRASIL, c2021).

¹⁰⁶ Outros principais amparos legais que definiram a situação jurídica dos imigrantes angolanos em Londrina/PR entre 2000 e março de 2020, são: Resolução Normativa 108/14; Art. 75 II Lei 6815/80; Resolução Normativa 36/99 - CNI/MTE; Art. 30 e Art. 37 – Lei 6.815/80 (SISMIGRA, 2020).

Gráfico 12 - Distribuição dos migrantes angolanos em Londrina/PR de acordo com a província de origem



Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com os dados da pesquisa.

Quanto as províncias de origem dos migrantes angolanos em Londrina/PR (Gráfico 12), a pesquisa demonstrou que estes jovens migrantes são maioritariamente provenientes da capital do país, Luanda. Entre os migrantes que informaram a região de proveniência através do questionário aplicado, 17 imigrantes apontaram que são provenientes da província de Luanda, seguido por Benguela e Uíge, com 3 imigrantes, respectivamente. Os outros 3 imigrantes são provenientes das províncias Huíla, Lunda Norte e Namibe.

Cabe aqui destacar que, a presença expressiva dos(as) jovens angolanos estudantes no Brasil reflete alguns aspectos fundamentais que merecem atenção. Por ser um Estado unitário (ANGOLA, 2010), toda a vida política, econômica e social de Angola tem como centro a capital Luanda. Portanto, é na capital do país onde se registra a presença da camada populacional com maior poder aquisitivo; maiores investimentos em equipamentos sociais; as maiores e melhores instituições de ensino do país (em todos os níveis de ensino); maiores investimentos (nacionais e estrangeiros); maior acesso à rede de ensino; etc. Além dessas (e outras) vantagens que Luanda apresenta sobre as demais províncias do país, todas as representações dos diversos organismos internacionais e representações consulares dos países que mantêm relações bilaterais com Angola estão situadas em Luanda, facilitando assim o maior acesso aos serviços consulares e acesso as informações sobre os programas de convênios que essas e/ou outras instituições (nacionais e/ou internacionais) venham a publicar. Neste sentido, todos estes fatores influenciam na maior participação dos(as) jovens de Luanda em programas de convênios (e não só).

4.1.1. A escolaridade e a situação profissional e socioeconômica dos migrantes angolanos em Londrina/PR

Quanto a formação acadêmica, a pesquisa demonstrou que, na sua maioria, os migrantes angolanos em Londrina/PR têm um elevado nível de escolaridade. Dos 26 migrantes que responderam ao questionário, apenas 9 ainda estão cursando o ensino superior. Entre os que possuem o ensino superior completo, 5 já concluíram a pós-graduação, e 8 estão cursando a pós-graduação. Do total de migrantes angolanos que afirmou ter feito ou estar a fazer a pós-graduação, 5 apontaram o curso de Mestrado, 1 Doutorado, e os demais apontaram a Especialização.

A pesquisa demonstrou ainda que os migrantes angolanos em Londrina/PR estudaram/estudam majoritariamente em instituição(ões) de ensino superior privada(s). Entre os respondentes do questionário, apenas 7,7% (2 migrantes) estudaram/estudam em instituição(ões) pública(s). Os outros 24 sinalizaram que estudaram/estudam em instituição(ões) privada(s).

Ainda no quadro da formação acadêmica, cerca de 76,92% dos migrantes apontaram que não eram/são bolsistas. Considerando a existência de migrantes angolanos que financiaram/financiam seus estudos com os rendimentos de suas atividades laborais e/ou com apoio dos pais/familiares em Angola, importa aqui destacar que alguns dos estudantes angolanos em Londrina/PR que estudaram/estudam sem bolsa são beneficiários de programas levados a cabo por igrejas brasileiras - sobretudo evangélicas. Tais instituições religiosas possuem convênios com as igrejas em Angola, fomentam e financiam jovens destas igrejas que permanecem no Brasil sob a responsabilidade da igreja e de individualidades dentro da igreja que exercem a função de "Pais" (como apelidado pelos próprios migrantes), que se tornam os responsáveis financeiros desses estudantes.

As relações que se estabelecem entre essas igrejas funcionam como redes que fornecem informações e direcionam estes migrantes para as instituições de ensino. É neste sentido que Luísa, migrante angolana residente em São Paulo, afirmou:

Tem uma igreja batista e um dos nossos irmãos da igreja se formou aqui e tem uma faculdade boa e estavam oferecendo cursos na área da saúde e da engenharia. Nossos familiares ouviram, gostaram da ideia, colocaram isso e a gente topou. A gente viajou e veio para cá [...] (FURTADO, 2020, p. 124).

Outrossim, destacamos que as redes migratórias se fortalecem no contexto das migrações angolanos que visam a continuidade da formação acadêmica, uma vez que, para jovens provenientes de um país que se tornou um Estado independente apenas em 1975; tendo sido fustigado pela guerra fratricida durante quase três décadas - além do desinvestimento contínuo no setor da educação –, cursar o ensino superior em países cujas instituições possuem qualidade superior à do país de origem constitui um dos maiores anseios para os jovens angolanos. Neste sentido, o Brasil se apresenta como um país com possibilidades para uma formação superior com a qualidade desejada por estes jovens estudantes.

Entre os que responderam positivamente quanto a bolsa (5 migrantes), 3 apontaram que eram/são bolsistas nacionais, 1 bolsista internacional, e 1 não apontou a fonte de financiamento. Nesta perspectiva, ao apontar as modalidades migratórias de angolanos no Brasil, Furtado (2020, p. 149) destaca que, entre os migrantes que se deslocam ao Brasil em busca de formação acadêmica, “[...] há aqueles que buscam outras formas de se inserir nas universidades brasileiras, sem necessariamente depender de bolsa de estudos. Estes são de um perfil distinto, no geral frequentando cursos técnicos em faculdades particulares”. Como apontou uma das participantes da pesquisa:

quando eu vim, foi no intuito de fazer medicina, mas os vestibulares já tinham passado, já estava quase no meio do ano. O ano letivo já tinha começado, aí eu me inscrevi numa particular, no curso de enfermagem que é relacionado (Maria Ngueve).

Assim como se pode verificar em determinados convênios, a responsabilidade financeira durante todo o período de estudo é do estudante. Tomando como exemplo o PEC-G, as normas estabelecem que, ao concorrer à uma das vagas disponibilizadas pelas IES brasileiras, o candidato tem a obrigação de assinar e apresentar o Termo de Responsabilidade Financeira¹⁰⁷ - que atesta a capacidade financeira por parte do estudante em arcar com seus custos (passagem aérea, estadia, alimentação, transporte, etc.) durante todo curso de graduação. Assim, diante da fala da entrevistada Maria Ngueve, destaca-se que, para alguns migrantes

¹⁰⁷ O termo deve ser assinado e reconhecido em cartório no país de origem. Além do reconhecimento em cartório, o Termo de Responsabilidade Financeira deve ser reconhecido pelo Ministério das Relações Exteriores daquele país e pela representação Consular do Brasil.

angolanos os custeios com as IES – além da moradia, transporte, alimentação, etc. – eram/são de responsabilidade dos pais/familiares em Angola.

A pesquisa permitiu ainda a obtenção de dados sobre a situação profissional e socioeconômica dos migrantes angolanos em Londrina/PR. Os vínculos empregatícios dos migrantes angolanos em Londrina/PR são apresentados na tabela abaixo:

Tabela 12 - Vínculo empregatício dos migrantes angolanos em Londrina/PR

Situação	Quantidade	(%)
Empregado	11	42,31
Informal	1	3,85
Desempregado (*se procurou trabalho nas últimas 2 semanas)	4	15,38
Fora da força de trabalho(*desempregado e não procurou trabalho nas últimas 2 semanas)	2	7,69
Beneficiário do Governo	1	3,85
Autônomo	6	23,07
Não informou	1	3,85
Total	26	100

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com dados da pesquisa.

Quando questionados(as) sobre as suas ocupações, 20 migrantes apontaram que são: administrador(a) empresarial, advogado(a), analista de execução de projetos, arquiteto, atendente de telemarketing, consultor(a) de empréstimo consignado, contador(a), enfermeiro(a), cabeleireiro(a), engenheiro elétrico, jornalista e motorista de aplicativos, Operador(a) de prensa, pastor(a), publicitário(a) e técnico(a) em TI. Outros 6 migrantes apontaram que não exercem outras atividades além dos estudos.

Apesar de este novo perfil ser composto expressivamente por estudantes, a pesquisa demonstrou que há um número significativo de migrantes angolanos inseridos no mercado de trabalho. Destaca-se que, inicialmente, estes migrantes não eram estudantes-trabalhadores. Entre outros, com o agravamento da crise econômica em Angola a partir de 2014 (que implicou na redução do suporte financeiro prestado pelos pais/familiares), bem como o crescimento inflacionário no

Brasil (que, de certa forma, limitou as assistências financeiras que os migrantes que estavam sob tutela das igrejas e seus membros recebiam), estes migrantes passaram a trabalhar inicialmente em áreas não originárias de formação, e essencialmente sem o registro em carteira. Tal situação registrou mudanças com a promulgação da Lei 13.445/17.

Ainda que na condição jurídica de estudantes, a Lei permitiu que os imigrantes passassem a ter a possibilidade de exercer atividades remuneradas com registro em carteira¹⁰⁸. Com a possibilidade do exercício de atividades remuneradas, a Lei da Migração possibilita também o acesso dos migrantes estudantes à proteção social, contribuindo assim para a redução do grau de vulnerabilidade destes migrantes – principalmente de ordem econômica. Como aponta Esteves et al. (2017, p. 9), “a integração no mercado de trabalho representa uma das mais estruturantes dimensões da integração das pessoas imigrantes nas sociedades de acolhimento [...]”. Ainda de acordo os autores, tal integração contribui “[...] para o reforço de laços de pertença, do sentimento de inclusão e do reforço identitário, para além da segurança económica e financeira decisiva para a vida das pessoas imigrantes” (ESTEVES et al., 2017, p. 9).

A despeito de a migração angolana em Londrina/PR ser composta maioritariamente por jovens formados, a pesquisa demonstrou que estes (incluindo os inseridos no mercado de trabalho e os que recebem financiamento dos pais/familiares ou outras entidades¹⁰⁹) têm uma renda mensal não superior a R\$ 3.000,00. Ou seja, estes migrantes apontaram que suas rendas decorrentes da atividade profissional e/ou demais fontes de financiamento se situam entre os R\$ 500,00 e R\$ 3.000,00. De acordo com os dados da pesquisa – e fazendo uma comparação com as médias salariais das categorias apontadas pelo grupo pesquisado – identificamos que os migrantes angolanos inseridos no mercado de trabalho recebem, em média, salários abaixo das respectivas categorias. Como apontam Duarte e Cabral (2012, p. 102),

[...] os retornos estimados para a educação (face a ser iletrado) dos imigrantes são inferiores aos dos nativos para todos os níveis de ensino e tornam-se progressivamente menores à medida que progredimos nos níveis de escolaridade. Logo, em média, os salários dos imigrantes com mais

¹⁰⁸ No seu Art. 3º, a Lei 13.445/2017, prevê que o imigrante também tenha acesso igualitário e livre ao trabalho.

¹⁰⁹ A partir do questionário, foi possível saber que 7 imigrantes recebem financiamento dos pais/familiares e 1 de outra instituição não informada

educação formal são relativamente mais penalizados no mercado de trabalho [...].

Dito de outra forma, embora estes migrantes apresentem o mesmo nível de qualificação profissional, podemos afirmar que tanto os migrantes que possuem alto nível de qualificação quanto os nacionais com um nível comparativamente inferior, estão ocupando os mesmos cargos e auferindo salários proporcionais, denotando com isso uma discriminação econômica. Nesta perspectiva, Prata (2009, p. 13) destaca que:

a existência de discriminação econômica no mercado de trabalho ocorre no caso dos trabalhadores que possuem o mesmo nível de habilidades, escolaridade, treinamento, experiência e produtividade e têm seus salários diferenciados por causa de sua raça, sexo, cor, religião, nacionalidade, condição econômica e social, etnia e outras características irrelevantes para o exercício do seu trabalho.

Assim, em média, os salários de trabalhadores nacionais e não nacionais com o mesmo nível de qualificação profissional tendem a apresentar níveis discrepantes. A constatação dessa diferenciação salarial leva-nos a um questionamento: quais atividades os migrantes angolanos em Londrina/PR estão desenvolvendo nos respectivos postos de trabalho em que estão inseridos?

Como foi possível constatar, com raras exceções, os migrantes angolanos em Londrina/PR estão enquadrados em atividades profissionais diferentes das suas respectivas áreas de formação. Este fato explicita a vulnerabilidade a que os migrantes estão expostos, levando-os à aceitação de subempregos e de salários precários para, no mínimo, garantir a sua manutenção.

Entre outros fatores, por se tratar de migrantes negros, entendemos que a inserção dos angolanos em Londrina/PR passa pela questão racial, que exerce papel fundamental na absorção da força de trabalho, nos tipos de trabalhos e remuneração média disponibilizada pelo mercado brasileiro. Diante do exposto – e explicitando o racismo sistêmico no Brasil –, destacamos os estudos feitos pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), sobre igualdade racial. Apontamos aqui apenas os resultados em função de um eixo de análise: Renda Média mensal do trabalho principal, por sexo e raça/ cor entre 2016 e 2019.

De acordo com os dados do IPEA (2021), os trabalhadores negros seguem recebendo remunerações médias mensais 60% menores que a renda de trabalhadores brancos. No período em análise, a maior proporção foi registrada em

2016 e 2019, quando os trabalhadores negros alcançaram 58% da renda mensal dos trabalhadores brancos. A menor proporção foi registrada em 2017, com 55% da renda de trabalhadores brancos. Neste sentido, concordamos com Villen (2015, p. 136) ao afirmar que, “[...] no Brasil, a desigualdade nas ocupações – principalmente nos empregos com maior rendimento e que exigem maior nível de escolaridade – ainda tem a mesma cor”.

Quando se estabelece uma relação com a questão do gênero, os dados demonstram que as remunerações mensais das trabalhadoras negras não atingem 45% da renda dos trabalhadores brancos. Entre 2016 e 2019, a renda mensal das trabalhadoras negras apresentou uma variação entre 42% e 44%. O estudo feito pelo IPEA sinaliza que, especialmente quanto a renda mensal, as desigualdades aqui apresentadas é a expressão

[...] da presença proporcionalmente **maior de negros (e, em particular de mulheres negras), em ocupações informais, precárias, que remuneram mal e de forma instável, com baixa proteção social e menor reconhecimento e valorização social**, além da ainda persistente desigualdade educacional existente entre negros e brancos que, a despeito de ter se reduzido ao longo dos anos, segue elevada e produzindo efeitos também no mercado de trabalho (IPEA, 2021, p. 22, grifo nosso).

Nesta perspectiva, concordamos com Villen (2015, p.140) ao destacar que, no Brasil, toda luta que busca a eliminação das ações racistas “[...] não pode se desvincular dessa parcela da força de trabalho imigrante, que talvez seja hoje a mais representativa do movimento de rebaixamento e de exploração determinado pelo racismo no mercado de trabalho”.

Outro dado de destaque que foi obtido através da pesquisa está ligado a inserção dos migrantes angolanos em Londrina/PR na sociedade brasileira. Neste sentido, as principais dificuldades apontadas pelos migrantes angolanos são: a diferenciação nos costumes, discriminação, acesso à moradia, saúde e trabalho, e burocracia na regularização dos documentos. A diferenciação nos costumes é a mais apontada entre as dificuldades de inserção na sociedade brasileira por parte destes migrantes, com 57,7% das indicações.

Ao apontarem a discriminação como a segunda maior dificuldade à inserção na sociedade brasileira – a par do acesso à moradia -, os migrantes angolanos descrevem que tais discriminações se devem em grande medida pelo fato de serem estrangeiros e pela raça. Cerca de 71,3% apontaram a condição da

nacionalidade como principal motivo de discriminação. A discriminação racial foi apontada por 53,8% dos migrantes.

Concordamos com Villen (2015, p. 126) ao destacar que “a história do fenômeno da imigração no Brasil é imbricada com a história do racismo”. Para a autora, “essa história imbricada também compreende os fluxos característicos do contexto neoliberal, que têm os países centrais como principal alvo, mas que estão presentes no Brasil há décadas, projetando-se com força para o século XXI” (VILLEN, 2015, p. 127). Ao se registrar o aumento de discursos e políticas que tendem a restringir a entrada de migrantes e a negar o acesso à determinados direitos, a estrutura social do Brasil explicita suas características racista e xenofóbica que são manifestadas contra os migrantes dos países periféricos do capitalismo - sobretudo quando se trata de migrantes negros.

Apesar de sofrer grandes resistências por setores conservadores da sociedade, a atração do imigrante se torna conveniente para as classes dominantes e o Estado, uma vez que a população imigrante tem salários mais baixos, menor proteção social, direitos políticos reduzidos e pouca mobilidade de trabalho dentro da sociedade (VILLEN, 2018, s/p).

Neste sentido, destacamos que “[...] o enquadramento da discussão do racismo no Brasil não pode abandonar sua ‘estrutura dinâmica’ secularmente viva, mas precisa ser ajustado, empírica e teoricamente, ao presente e à realidade social ‘periférica’ da imigração” (VILLEN, 2015, p. 140), que passa a observar outros direcionamentos em função da crise estrutural que o capitalismo monopolista enfrenta.

Entendemos que os fluxos migratórios formados por migrantes originários dos países do Sul Global se apresentam como fundamentais para as discussões sobre a migração e o racismo, uma vez que “[...] o perfil de imigrantes em condição social e econômica vulneráveis que se inserem em trabalhos altamente precários; o padrão indocumentado de entrada no país [...], etc., possuem alta representatividade de cidadãos “[...] das nacionalidades de países periféricos [...]” (VILLEN, 2015, p. 128).

A pesquisa nos demonstrou que a percepção da discriminação por parte dos migrantes angolanos em Londrina/PR está diretamente ligada ao tempo de permanência destes em território brasileiro, fator que tende a levá-los a compreender melhor como se dão as relações na sociedade brasileira e a reconhecer que a figura

da pessoa negra é diretamente ligada a ações negativas de qualquer natureza. É neste sentido que Oliveira e Barreto (2003, p. 193) apontam que:

[...] o reconhecimento de que os negros em geral são objeto de preconceito e/ou discriminação racial indica que há percepção do racismo. Isto significa dizer que é necessário que haja, por um lado, reconhecimento da existência de estereótipos negativos associados aos negros e de mecanismos de manutenção da distância social dos brancos em relação aos negros, e, por outro lado, que estes encontram barreiras à ascensão social e recebem tratamento diferenciado na sociedade brasileira.

Como apontam os dados da nossa pesquisa, dos 26 migrantes que responderam ao questionário, cerca de 50% (13) estão a mais de 6 anos no Brasil, e 23,1% entre 5 e 6 anos. Ainda de acordo com a pesquisa, entre os migrantes angolanos que apontaram o fato de serem estrangeiros e a raça como sendo as principais discriminações sofridas ao se inserirem na sociedade brasileira, apenas 1 está a menos de 3 anos no Brasil. No caso específico da discriminação racial, todos os migrantes angolanos que apontaram este tipo de discriminação como um grande empecilho para a inserção na sociedade brasileira estão a mais de 4 anos no Brasil. Os dados acima apresentados reforçam a lógica de uma correlação entre o tempo de permanência destes migrantes e a percepção da discriminação racial.

Há ainda um dado que julgamos fundamental para a análise do reconhecimento da discriminação racial como um dos principais empecilhos para a inserção dos migrantes angolanos em Londrina/PR na sociedade brasileira: trata-se da resposta dada por um migrante que, não obstante a indicação da discriminação racial, apontou que a(s) discriminação(ões) ocorreram/ocorrerem principalmente por ser africano. A afirmação deste migrante reforça o nosso entendimento de que,

a maior percepção do racismo entre os negros que apresentam características físicas africanas mais evidentes ocorre, provavelmente, porque eles o experimentam com mais intensidade no cotidiano, ou porque há maior reconhecimento, entre eles, de que este é um problema que afeta o grupo (OLIVEIRA; BARRETO, 2003, p. 200).

Importa sublinhar que, de acordo com as categorias de classificação do IBGE – a respeito da variável cor/raça -, todos os migrantes angolanos em Londrina/PR autodeclararam-se como sendo pretos. Deste modo, concordamos com Oliveira e Barreto (2003) ao apontarem que os migrantes com características físicas africanas vivenciam de forma mais frequente a discriminação racial.

Desta forma, de modo geral, o perfil migratório dos angolanos em Londrina/PR caracteriza-se pela presença de jovens provenientes majoritariamente da capital do país (Luanda), com formação acadêmica e trabalhadores.

4.2. O ACESSO DOS MIGRANTES ANGOLANOS À SAÚDE NOS SISTEMAS PÚBLICOS DE ANGOLA E DO BRASIL

Este eixo de análise é definido objetivando a análise da relação dos migrantes angolanos em Londrina/PR com o sistema de saúde em Angola e com o SUS do Brasil, mediante a apresentação dos elementos que compõem o acesso aos serviços de saúde. Como elemento de territorialização, se por um lado, a partir dos relatos dos migrantes angolanos em Londrina/PR, alguns reconhecem a existência de um sistema de saúde estruturado em Angola, por outro, estes migrantes apontam a não publicização do próprio sistema de saúde; as péssimas condições das unidades sanitárias; investimento insuficiente; falta de medicamentos; a existência de poucos profissionais de saúde qualificados; a não satisfação das necessidades em saúde; e os pagamentos efetuados ao acessarem os serviços públicos de saúde como as principais debilidades do SNS de Angola. É neste sentido que Pedro Vakulukuta e Kituxi Malamba apontam que:

O sistema de saúde de Angola é muito debilitado. [...] Nós temos um sistema de saúde que, infelizmente, além da própria precariedade, não consegue atender as demandas da própria população [...]. A gente não consegue ter hospitais em condições. Nós temos por exemplo o hospital geral de Luanda, que por incompetência, teve que ser interditado depois de menos de cinco anos de funcionamento para reconstrução. Quer dizer, um hospital¹¹⁰ praticamente novo, teve que ser novamente construído e reinaugurado. E já na altura da primeira inauguração, já tinha problemas sérios, não atendia toda a demanda da população. Isso é só um exemplo dentre tantos que poderíamos dar. A gente tem hospitais nas outras províncias que é só a própria estrutura física, e quem passa por fora diz: aqui tem um hospital. Mas por dentro, não funciona. É inconcebível entrar em lugar que por fora você vê que é um hospital, mas por dentro você vai ver pacientes deitados no chão, sendo medicados no chão e por vezes nem tendo medicação [...]. As maternidades, você vê muitas gestantes tanto no pré quanto no pós-parto, você as vê sendo mal atendidas, algumas até infelizmente acabam por morrer. Assim... é muita coisa triste que provam a debilidade do sistema de saúde de Angola (Pedro Vakulukuta).

¹¹⁰ Comum em Angola, a designação 'hospital', presente em todos os relatos dos entrevistados da nossa pesquisa, serve para fazer referência a todas as unidades sanitárias, independentemente do nível de atenção. A não identificação precisa das unidades sanitárias de acordo com o nível de atenção também é um problema decorrente da pouca publicização da estrutura do sistema de saúde.

[...] falando sobre a nossa saúde, ela é precária. Bom, pelo menos é o que o povo sente. O povo vê, e eu posso falar pelo atendimento que recebemos, pela morosidade, pela falta de medicamentos, pela ausência de médicos, pelas mortes injustificadas, pela notícia do passamento físico no nosso familiar sem nenhum laudo, por simplesmente chegarem a nós e dizer que infelizmente não resistiu, porque ninguém sabe a hora, o que causou também não se sabe [...] (Kituxi Malamba).

Relativamente aos principais problemas do sistema de saúde de Angola, os relatos acima caminham na mesma direção com os destaques das autoridades angolanas - como se pode observar no documento sobre o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025, já destacado anteriormente. No caso específico do setor privado, três dos principais problemas estão ligados a localização das unidades de saúde, a limitação nos atendimentos de baixa e média complexidade, e o valor cobrado para a prestação dos serviços em saúde (VICENTE et al., 2016).

A pesquisa demonstrou que, em Angola, estes migrantes procuravam e acessavam os serviços de saúde – tanto público quanto privado - com pouca frequência, tendo sido apontada uma média de 2 a 3 acessos ao ano. Importa aqui sublinhar que, como apontado pelos próprios migrantes, dada as condições sanitárias¹¹¹ do país e o alto nível de adoecimento, esta média de acesso é quase que insignificante pelo número de vezes que a população precisa acessar os serviços de saúde em Angola:

Nós estamos aqui, nós nascemos lá! Lá a gente ficou um bom tempo [...], para pessoa falar que ficou um mês sem ficar doente é difícil (Carolina Muhongo).

Para os migrantes angolanos em Londrina/PR que participaram da nossa pesquisa, a procura e o acesso aos serviços de saúde em Angola ocorria apenas naqueles casos em que se viam diante de um estado de saúde agravado:

[...] a não ser que estivesse realmente doente e tivesse a necessidade de cuidados médicos. Primeiro, por falta de informação e conhecimento no que toca a saúde. A gente nunca teve esse controle da gente acompanhar a nossa saúde enquanto a gente vai crescendo e desenvolvendo. Então eu só procurava médico realmente quando precisa - uma ou duas vezes que eu lembro de ter ido (Manuel Ndombaxi, grifo nosso).

Das vezes que procurei, é porque estava mesmo doente e precisava fazer um exame. Mas foram poucas vezes [...]. Por exemplo, em 2011, eu procurei os serviços de saúde três vezes. Já é muito. Porque eu procurava

¹¹¹ Vide Capítulo III, tópico sobre os indicadores de saúde em Angola.

no máximo umas 2 vezes no ano. Não ia muito mesmo (Pedro Vakulukuta, grifo nosso).

Entre as principais doenças que levavam estes imigrantes a recorrer aos serviços de saúde em Angola está o paludismo/malária¹¹² - situação agravada pelas condições de saneamento básico de grande parte da população. Como se pode observar do documento do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025, constitui um dos problemas centrais do sistema de saúde angolano a reduzida atenção aos problemas do saneamento básico (ANGOLA, 2012), fator que eleva o nível de adoecimento da população, particularmente a da periferia. É neste sentido que um dos participantes da nossa pesquisa aponta que:

O paludismo espelha a condição sanitária do país (Pedro Vakulukuta, grifo nosso).

Os migrantes angolanos apontaram ainda que os poucos acessos aos serviços de saúde em Angola se dividem entre os setores públicos e privados. Com a instituição¹¹³ do setor privado na composição do sistema de saúde de Angola, registra-se que parte significativa do quadro de profissionais contratados para a prestação de serviços públicos se servem do acesso as estruturas e materiais das unidades públicas para a abertura de consultórios privados e à prestação de serviços fora das instalações públicas.

Esse SUS se fosse em Angola, seria só SUS da teoria. Aquelas farmácias... primeiro, não teria lá nada. Talvez só paracetamol e acabou. Porque em Angola, enquanto abastecem o hospital, eles tiram e colocam nas farmácias que estão perto dos hospitais. Essas farmácias são dos próprios que trabalham lá no hospital. Eles só indicam essas farmácias. O remédio nunca tem em outros lugares, só nessas farmácias. Porque já é convênio deles (Carolina Muhongo).

É neste sentido que Vicente et al. (2016, p. 229) apontam que, grande parte dos funcionários do setor público é o mesmo que trabalha nas unidades privadas de saúde, provocando assim graves problemas aos respectivos serviços. Deste modo, os migrantes sinalizam que, geralmente, as unidades de saúde mais próximas das suas localidades de residência em Angola são as privadas.

¹¹² De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), “a malária é causada por parasitos do gênero *Plasmodium*, que são transmitidos às pessoas pela picada de mosquitos fêmeas infectadas do gênero *Anopheles*, chamados de “vetores da malária” (OPAS, 2018).

¹¹³ A participação do setor privado na composição do sistema de saúde de Angola foi instituída pela Lei nº 21-B/92 de 28 de Agosto.

O que eu procurei mais foram os postos de saúde, esses postinhos particulares, que tem um monte no bairro. E era aquela rotina, você tem uma dor de cabeça ou o famoso paludismo em Angola. (Pedro Vakulukuta, grifo nosso)

A primeira vez... se eu não me engano, eu lembro que em 2006, quando chorávamos o luto da minha avó, eu tive cólera, que é a doença proveniente do excesso de lixo. Eu tive cólera e precisei procurar um hospital. Pelo facto da doença ser letal, onde nos encontrávamos dava uns 20 a 25 km de distância do hospital particular que nós frequentávamos, então eu precisei recorrer à unidade de saúde mais próxima, que era pública, porque talvez não desse tempo de chegar ao hospital privado que nós costumávamos frequentar. Então fui à esta unidade que era pública. Esta foi a primeira vez. A segunda vez, eu lembro que foi em 2008, fui assaltado e agredido, e eu precisei ir à uma unidade pública também, porque também era mais próxima. E uma terceira vez, foi quando precisar retirar um tumor benigno, e eu também me dirigi a uma unidade pública. **Então foram as três vezes que eu me lembro de ter frequentado as unidades públicas de saúde** (Kituxi Malamba, grifo nosso).

Entendemos que quatro fatores podem estar na base do reduzido número de demanda e acesso dos migrantes angolanos em Londrina/PR aos serviços de saúde em Angola, a saber: (a) preferência pelo uso da medicina tradicional; (b) a pouca divulgação sobre a política de saúde traçada e o funcionamento do sistema nacional de saúde; (c) a não gratuidade efetiva dos serviços públicos de saúde; e (d) a descrença nos serviços prestados tanto nas unidades sanitárias públicas quanto nas privadas.

Quanto a preferência pelo uso da medicina tradicional, os relatos dos participantes da nossa pesquisa sinalizam que a medicina tradicional é de uso recorrente na sociedade angolana. Como aponta Boeckmann de Andrade (2016), é a medicina tradicional a responsável pelo atendimento de uma parte considerável da população angolana. Nesta perspectiva, um dos participantes apontou que:

Houve momentos que fiquei doente e não fui ao médico. Geralmente, nós temos as nossas receitas tradicionais, que nossos pais e avós nos cedem [...] (Manuel Ndombaxi).

Os entrevistados apontam ainda que a medicina tradicional não se apresenta apenas como alternativa a medicina convencional. Além de ser considerada uma herança cultural, para estes migrantes, a medicina tradicional representa a principal forma de tratamento das mais variadas enfermidades:

Antes mesmo, **isso [medicina tradicional] é uma herança. As nossas curandeiras¹¹⁴ ou médicas tradicionais trazem com elas a herança dos**

¹¹⁴ Os(as) curandeiros(as) são comumente chamados de Kimbandedeiros(as) – na língua Kimbundu -, terminologia que demarca um legado cultural importante para a sociedade angolana. Neste sentido,

nossos antepassados. Porque antes da colonização, nós sempre curamos as nossas doenças com as nossas folhas, exatamente igual fazem os indígenas aqui [no Brasil]. Eles usam a natureza para poder curar algumas doenças. Assim faziam os nossos avós, nossas mães, algumas até hoje, tias e etc. Eu também já precisei. A minha avó precisou curar aquilo que se diz febre interna, em Angola nós chamamos de katolotolo¹¹⁵, e, existem umas folhas que a minha avó usava e me dava uns banhos. Dava um sono, uma leseira no corpo, mas que realmente depois víamos que dava sempre resultado (Kituxi Malamba, grifo nosso).

Na verdade, ela [medicina tradicional] é a alternativa principal. Posso até dizer que a ciência complementa ela, porque lá em casa, a medicina tradicional era o primeiro foco. Se aconteceu alguma coisa, vamos fazer isso ou aquilo. **Se não der certo, sei lá, aí vamos ver a ciência. Mas ainda assim, a tradicional continua sendo ainda a principal.** Ela chega a ser natural já (Pedro Vakulukuta, grifos nossos).

Ao descreverem a medicina tradicional como sendo uma herança cultural, o conceito apresentado pelos migrantes angolanos em Londrina/PR converge ao estabelecido pela OMS. Para este organismo internacional, a medicina tradicional representa

a combinação total de conhecimentos e práticas, sejam ou não explicáveis, usados no diagnóstico, prevenção ou eliminação de doenças físicas, mentais ou sociais, e que podem assentar exclusivamente em experiências passadas e na observação transmitida de geração em geração, oralmente ou por escrito (OMS, 2000, p. 1).

Considerada pelos migrantes angolanos em Londrina/PR como a principal alternativa para o tratamento de inúmeras doenças, a medicina tradicional é apontada como eficaz e com um custo que facilita o acesso da população a este setor do Sistema Nacional de Saúde de Angola.

A medicina tradicional em Angola ela é eficaz. É eficaz mesmo. A gente vai muito no hospital, aquela coisa toda... **por mim, se invertessem e metessem primeiro a medicina tradicional,** acho que seria ainda viável. Sem falar que o custo também não é alto [...]. **Você pode ver que todos aqui [migrantes angolanos] já foram tratados pelo menos uma vez pela medicina tradicional [...]. Lá mesmo em Angola, isso [medicina tradicional] é a nossa salvação** (Carolina Muhongo, grifos nossos).

os(as) Kimbandedeiros(as) não são apenas médicos(as) tradicionais: são figuras revestidas de um simbolismo histórico e cultural de grande relevância para a preservação da cultura dos grupos étnicos em Angola.

¹¹⁵ O termo Katolotolo é proveniente da língua Kimbundu, e significa 'aquele que anda dobrado'. É uma doença com sintomas – como febres altas, fadiga, dores de cabeça, dores muscular e articular – semelhantes aos da dengue e do paludismo. A diferença entre o katolotolo e a dengue, por exemplo, é que, no caso do katolotolo, as dores articulares podem tornar a pessoa incapaz de fazer as atividades da vida diária – daí o termo katolotolo.

Sobre a publicização dos serviços de saúde, os participantes da nossa pesquisa afirmaram que têm pouco conhecimento sobre a política de saúde traçada e o funcionamento do sistema de saúde em Angola. Estes migrantes atribuem o pouco conhecimento sobre a política e o sistema de saúde à pouca publicização por parte das entidades responsáveis.

Eu não sei se em Angola tem um sistema de saúde. Não sei como ele funciona [...]. **Nunca obtive informações de como o sistema funciona lá** (Maria Ngueve, grifo nosso).

Sobre saúde, em Angola, por ser um país com muitos déficits, não oferece muitas informações. Ainda que o cidadão vá atrás, ele também tem muitas dificuldades em encontrar informações [...]. Agora, se tem alguma legislação, deve ter. Eu acredito que sim, e talvez eu não tenha acesso a isto. Deve ter sim alguma legislação (Kituxi Malamba).

Para Sousa Domingos e Bettiol Lanza (2021, p. 7), “o princípio da publicidade instituí a transparência como elemento basilar na materialização das políticas públicas por parte dos entes públicos”. Portanto, “a notoriedade da atuação administrativa é mais que uma simples orientação, necessidade precípua na atual fase do constitucionalismo e das relações Estado-sociedade” (MORAES SÁ, 2014, p. 6). Neste sentido, Sousa Domingos e Bettiol Lanza (2021, p. 7) apontam que:

O princípio da publicidade constitui um importante elemento no acesso aos serviços públicos, tanto para os nacionais quanto para os não nacionais. Ao considerarmos o fato de que a permanência dos imigrantes é atravessada pela presença de elementos que diferem entre as sociedades em causa – país de emigração e de imigração – como por exemplo, o modo de formulação, concretização e divulgação das políticas públicas (em particular a de saúde), o princípio da publicidade tem uma importância ainda maior para os não nacionais, uma vez que estes necessitam de forma mais acentuada ter acesso às informações para se estabelecerem temporária ou definitivamente no país receptor.

Apesar de que “o acesso aos serviços de saúde em Angola é condicionado pela não divulgação do próprio sistema de saúde” (SOUSA DOMINGOS; BETTIOL LANZA, 2021, p. 8), destaca-se que o problema da não publicização em Angola não se restringe às políticas e serviços de saúde. Como apontado pelos participantes da nossa pesquisa, este constitui um problema que se estende à outras políticas e serviços públicos: É neste sentido que Carolina Muhongo afirma que:

olha, o que posso dizer é que, nós também em Angola temos muitos problemas. As pessoas não sabem nada do que se passa. Não sabemos nada sobre as políticas que fazem lá. Essa coisa mesmo da saúde, as

peças morrem sem ter informação. Você aqui vai no postinho, aqui mesmo perto, os enfermeiros vão te informar sobre tudo que você pode fazer [...]. Lá [em Angola], isso não acontece. **As pessoas que trabalham no hospital, mesmo noutros lugares do Estado, nunca te falam sobre nada.** (grifos nossos).

A pesquisa permitiu-nos ainda identificar que o problema dos pagamentos nos acessos aos serviços públicos de saúde em Angola também está interligado com a não publicização do real funcionamento do sistema nacional de saúde. A partir da nossa pesquisa, observamos que os migrantes angolanos em Londrina/PR não têm o conhecimento sobre a previsão da participação do cidadão no custo de saúde, constante na legislação angolana¹¹⁶, e isso é amplamente identificado como um obstáculo no acesso aos serviços de saúde (VICENTE et al., 2016).

É hospital do Estado, porém, tive que pagar. [...] Paguei tudo, de uma forma geral. [...] você até pode não pagar diretamente, mas estás a pagar, começando na própria propina. [...] eu já fui no hospital militar, já fui num hospital que fica aí no Kinaxixi¹¹⁷, esqueci o nome... um hospital também do Estado, grande. Eu ia lá... não vão te dizer que o atendimento custou tal, mas só o fato de você entrar na sala do doutor, tens que passar uma coisa aí só para te analisarem. Você se sente mesmo que estás a pagar. É um absurdo. E não é porque é Kz 100,00¹¹⁸, Kz 200,00¹¹⁹. Estamos a falar de uns Kz 2.000,00¹²⁰, uns Kz 1.000,00¹²¹. É um valor alto (Carolina Muhongo).

Como a participação do cidadão nos custos de saúde em Angola não é de domínio da maioria da população angolana – e por não haver estratégia clara por parte das instâncias competentes na divulgação das informações sobre o a política de saúde e o funcionamento do sistema nacional de saúde -, ao acessarem os serviços públicos de saúde, os migrantes angolanos em Londrina/PR apontam que se vêm obrigados a desembolsar alguns valores monetários, sem, no entanto, serem informados sobre quais serviços e/ou materiais específicos incidem tais pagamentos.

Nos serviços públicos que eu procurei, eu só não posso dizer exatamente o que que nós pagamos. Eu sei sim que após o atendimento do médico, tem uma farmácia, nós íamos lá e tínhamos que pagar uma quantia. Uma quantia simbólica, uma quantia ínfima, para aquisição daqueles remédios. Porém, dentro daquele hospital, antes até do atendimento médico, nós também precisávamos pagar uma segunda quantia que eram US\$ 2,00

¹¹⁶ Vide Capítulo III, Item sobre o Sistema Nacional de Saúde de Angola (SNS).

¹¹⁷ Kinaxixi é um bairro do município de Luanda, na província de Luanda. É uma das regiões mais nobres da capital de Angola, e concentra um leque de serviços essenciais e de referência em Angola.

¹¹⁸ Valor em Real e em Dólar - R\$ 0,84 / US\$ 0,15.

¹¹⁹ Valor em Real e em Dólar - R\$ 1,68 / US\$ 0,31.

¹²⁰ Valor em Real e em Dólar - R\$ 16,78 / US\$ 3,05.

¹²¹ Valor em Real e em Dólar - R\$ 8,39 / US\$ 1,53.

na altura, que na época eram Kz 200,00 US\$ 5,00 [...], que dependendo do atendimento poderia chegar a Kz 1.500,00¹²² ou 2.000,00¹²³. **Só que eu não sei se era para pagar o material que era usado, ou se era a pessoa que atendia que cobrava por si só para poder prestar o atendimento, para benefício próprio** (Kituxi Malamba, grifos nossos).

Um posto médico, por exemplo, tipo do SUS, tem essas coisas básicas entre aspas, porém, a pessoa tem que pagar. Tudo na base da gasosa, que aqui chamam propina. Eu presenciei... mesmo as nossas irmãs quando nascem e vocês vão no hospital, também... querendo ou não tem que pagar. Aqui por exemplo, acho que é no Maria Cecilia, esqueci o nome da maternidade, aqui você nem pode comentar nada relacionado à gasosa, que chamam de propina¹²⁴. Nada, nada. Por mais que estejas no bloco, elas te deixam. Mas em Angola, você já está ciente, a pessoa está a morrer, mas eles primeiro querem que você coloque algo nas mãos. Porque para eles o primordial é dar valores, que dizem lavar as mãos, e depois tratar. Até remédio... pelo menos eu nunca ouvi alguém que diz, fui buscar, exceto aquele que dizem que é de HIV, dizendo que eu fui na farmácia pública em Angola, dizendo e não paguei nada. É mentira. Com exceção aquele de HIV, já vi um ou outro dizendo não, não paguei. Mas senão de resto [...] (Carolina Muhongo).

O não acesso às informações sobre a participação dos cidadãos nos custos de saúde prevista pela legislação angolana leva os cidadãos à uma concepção equivocada de que toda cobrança feita ao acessar os serviços públicos de saúde se configura como um ato de corrupção. Assim, a pesquisa demonstrou que a distinção entre um pagamento previsto por lei e um ato de corrupção se torna uma tarefa quase que impossível de ser executada:

Lembro que uma vez que fiquei internado por causa do surto de cólera, e a minha mãe teve que comprar os balões de soro. **Não sei se é um esquema deles, ou não. Só sei que tivemos que pagar** (Kituxi Malamba, grifo nosso).

Tem pessoas em Angola que vão ao hospital e não têm uma doença que é necessário internar, mas eles procuram mesmo assim te internar para poderem ganhar dinheiro com isso (Carolina Muhongo).

A corrupção no sistema de saúde em Angola é amplamente percebida e apontada pelos participantes da nossa pesquisa. Como relatado por alguns participantes, acessar os serviços de saúde em Angola e receber um atendimento digno depende em grande medida do pagamento de valores monetários sem a especificação da finalidade, bem como da existência de pessoas conhecidas que trabalham nas unidades sanitárias, que acabam fazendo o papel de facilitadores:

¹²² Valor em Real e em Dólar - R\$ 12,86 / US\$ 2,34.

¹²³ Valor em Real e em Dólar - R\$ 17,14 / US\$ 3,12.

¹²⁴ Neste relato, Carolina Muhongo aponta que, diferentemente de dos serviços prestados em Londrina, em Angola, para os utentes serem atendidos até em hospitais públicos, precisam desembolsar determinado valor monetário – configurando assim o pagamento de propina.

[...] eu tenho facilidade em me consultar em Angola porque eu tenho muitos tios médicos que facilitam [...] (Maria Ngueve).

E também, os hospitais que dizem ser do Estado, para você ter uma vaga você precisa pagar, mesmo tendo direito. Porque lá eles sempre falam que já está cheio, porque só estão a espera que você coloque algo em mãos pra poder liberar. E as vezes você dá o dinheiro, mas como outros colegas também têm parentes que querem se tratar, eles reservam essa vaga para os famílias e conhecidos dos outros colegas ou de outras pessoas que vão pagar mais que você (Carolina Muhongo).

Quanto a descrença nos serviços de saúde prestados em Angola, a pesquisa demonstrou que tal fato está diretamente relacionada a baixa qualificação dos profissionais de saúde – indo de encontro como o estabelecido pelo Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025.

Falta investimento nos próprios profissionais. Os profissionais precisam de treinamento constante. Porque sou apologista que tudo começa com o atendimento do próprio paciente, como você trata o paciente desde a sua chegada na unidade hospitalar. **Penso que isso é fundamental, e em Angola falta muito o que chamo de liturgia do atendimento.** A forma como você é informado, como você é tratado, instruído, faz toda diferença. Por exemplo, eu já presenciei momentos de urgência e emergencial, e os próprios socorristas eram os familiares do paciente. Você vê o paciente, desde o local em que ocorreu o acidente até o hospital mais próximo, todo processo é feito pelos familiares. Os enfermeiros e tudo mais, só ficam aí de mãos cruzadas esperando os familiares fazerem tudo. Para eles, o trabalho só começa quando os familiares colocam o seu paciente na maca. Foram muitas coisas do gênero, que presenciei e me deixaram horrorizado (Pedro Vakulukuta, grifos nossos).

A ‘liturgia do atendimento’ – descrita pelo Pedro Vakulukuta, e reforçada a sua importância pelos demais participantes da nossa pesquisa – é uma referência que se faz à humanização no atendimento em saúde. A humanização na saúde é vista como a “[...] inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado”, constituindo assim mudanças que se constroem de forma coletiva e partilhada (BRASIL, 2013, p. 4). De forma mais ampla, podemos então descrever a humanização no campo da saúde como sendo:

[...] uma aposta ético-estético-política. É uma aposta ética porque envolve a atitude de usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e corresponsáveis. É estética porque se refere ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. E é política porque está associada à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão [...] (FIOCRUZ, c2021).

Assim, os participantes da nossa pesquisa apontam que a humanização na saúde é ainda um processo alheio ao sistema de saúde de Angola.

Além da humanização no atendimento, há o componente técnico e operacional destes profissionais e saúde:

Sobre o sistema de saúde, sou de opinião que fora capacitá-los humanamente, os profissionais de saúde formados em Angola precisam ser capacitados tecnicamente. Eu penso que isso falta nos enfermeiros e médicos angolanos. Ser bem conceituado humanamente e tecnicamente (Manuel Ndombaxi).

Em paralelo, penso que há lá muitos profissionais de saúde que são figurantes. Você coloca ele para lidar com a máquina, pra mexer na máquina, ele não sabe (Pedro Vakulukuta).

O anterior relato do Pedro Vakulukuta denota que o sistema nacional de saúde enfrenta um outro problema com o quadro de profissionais (principalmente os formados nas instituições de ensino de Angola): a não capacitação permanente para o acompanhamento e adoção de novos equipamentos de saúde com tecnologia de ponta. Para os migrantes angolanos, a dificuldade no manuseamento dos equipamentos hospitalares – particularmente os equipamentos com tecnologias de ponta – torna ainda mais ineficiente a prestação dos serviços de saúde em Angola.

Entendemos ainda que, somada a pouca publicização da política e serviços de saúde, a escolaridade destes migrantes em Angola não era de tal suficiência para a obtenção e processamento de informações sobre o real funcionamento do sistema de saúde. Como se percebeu nos relatos dos entrevistados, por exemplo, o não conhecimento do documento legal que define a política de saúde em Angola e as demais regulamentações que balizam o funcionamento do SNS de Angola – como por exemplo, a comparticipação do cidadão nos custos de saúde -, condicionaram em grande medida a procura e o acesso aos serviços de saúde em Angola.

Ainda no quadro da análise da relação entre os migrantes angolanos em Londrina/PR e o sistema de saúde de Angola, a pesquisa demonstrou que, como descrita pelos participantes da pesquisa, a precariedade do sistema de saúde em Angola está, também, diretamente ligada às condições das unidades sanitárias e a qualidade nos serviços prestados. Os participantes da pesquisa apontaram que as condições das unidades sanitárias e a qualidade nos serviços prestados em Angola têm estreita relação com o espaço geográfico em que dada unidade de saúde está inserida, além do setor de atuação.

Porque até mesmo, um hospital, para além de ser do Estado, é um hospital assim, entre aspas, de quem pode. Porque é um hospital mais do tipo: eu sou deputado tal, sou da área tal, sou militar, e vão lá os meus filhos. Então a organização é mesmo diferente. E depois, sem falar também que é no centro da cidade. A imagem também conta muito, para quem vem, para quem vai. É mesmo diferente dos outros hospitais (Carolina Muhongo).

Os participantes da pesquisa apontaram que as unidades públicas de saúde com ótimas condições são aquelas que estão localizadas nos grandes centros urbanos, reforçando assim a lógica do espaço geográfico em que as referidas unidades estão localizadas:

[...] eu vou citar as que eu frequentei enquanto paciente, e também enquanto visitante. **Enquanto paciente, como eu vivia no centro da cidade, que era uma área privilegiada, as unidades de saúde públicas se apresentavam em melhores condições. Eram lugares arejados, limpos, lençóis limpos,** lógico, tinham as suas deficiências, como por exemplo, poucos médicos, falta de medicamentos, e etc., **mas os banheiros eram higienizados, as salas eram higienizadas, tinha local de espera, as salas de internamento não eram superlotadas. E isso por quê? Por ser a região onde eu morava, que era uma região privilegiada, onde viviam pessoas de classe média, classe média alta. Porém, como visitante, as vezes ia visitar amigos ou familiares que viviam em regiões periféricas, as unidades de atendimento já eram deploráveis.** Desde a entrada, poderia se notar o odor, vindo não só dos banheiros, mas das próprias salas que acomodavam os pacientes. Porque os pacientes ficam em lençóis sujos, salas sujas. Os pacientes, muitas das vezes, dependendo da gravidade da doença, faziam as suas necessidades aí mesmo nos leitos, e não tinha ninguém para limpar. Se não aparecesse nenhum familiar para ajudar, este paciente ficava aí à mercê mesmo. A própria recepção também. Isso sem falar dos banheiros. Pelo odor eu já dizia para mim: eu não vou usar esse banheiro [...]. Muitas vezes era mais fácil eu ir à uma casa mais próxima e pedir favor a alguém: estou com um paciente aí, com um familiar internado, eu tenho essa necessidade e eu poderia utilizar o seu banheiro? **Então, nas regiões periféricas, a situação de higienização dessas instituições era precária** (Kituxi Malamba, grifos nossos).

[...] muitas famílias não deixam seus doentes e ficam fora do hospital dias e dias. Por isso os nossos hospitais, **principalmente os da periferia são sujos**, porque as pessoas não têm recursos de irem todos os dias e voltar. Por isso se submetem a esse risco, dormem mesmo aí fora para poder evitar os gastos, porque a pessoa não tem mesmo dinheiro (Carolina Muhongo, grifo nosso).

Quanto ao setor de atividade, verificamos que, de acordo com as experiências dos nossos entrevistados, quando comparadas às públicas, as unidades privadas de saúde apresentam as melhores condições. Tais condições não se restringem, por exemplo, a capacidade, organização e higienização das instalações: se estende também à qualidade dos serviços prestados:

Para ser sincero, pelo que eu tenho visto e acompanho até agora sobre os hospitais, vou falar primeiro do público [...], ainda deixa a desejar, carece de

muito medicamento, carece de profissionais que realmente saibam dar atenção aos pacientes, carece de leitos. No caso dos hospitais particulares, [...] geralmente os hospitais privados em Angola, tipo o Girassol¹²⁵, são hospitais de classe alta, e nota-se que no máximo 5% da população angolana é que frequenta estes hospitais. A maior parte dos cidadãos procura outros meios, ou no público que no caso é mal tratado, não é bem atendido e também não tem um acompanhamento adequado (Manuel Ndombaxi).

Importa ainda destacar que, no caso do setor privado, a qualidade dos serviços prestados se registra em grande medida nas unidades de saúde de média e alta complexidade. Como aponta Isidro (2021, p. 71),

quanto à assistência médica, com o Sistema Nacional de Saúde debilitado, os serviços de elevada qualidade só são acessíveis para indivíduos economicamente bem posicionados. Estes serviços tornam-se inalcançáveis pelas populações de baixa renda.

Diante deste quadro, “[...] surgem na periferia, com preços compatíveis, serviços de qualidade duvidosa, degradantes para a vida da população de baixa renda” (ISIDRO, 2019, p. 48).

Como destacado por Vicente et al. (2016), no caso das unidades de baixa complexidade, a qualidade dos serviços prestados não se distancia da que se registra no setor público.

No hospital das mães¹²⁶ era um serviço ótimo, porque é um hospital de baixa complexidade, que atendia coisas simples, tipo uma consulta, exames de sangue, receituário e já vai para casa. O pessoal não tem lá serviços de internação e é como se fosse aqui uma UBS [...]. Mas agora no Maria Pia¹²⁷, aí já é outra história (Maria Nogueve).

Como parte do processo de reterritorialização apresentamos a seguir como se dá a relação a relação dos imigrantes angolanos em Londrina e o SUS.

De acordo com os dados da pesquisa, 100% dos migrantes angolanos em Londrina/PR que responderam ao questionário apontaram que já ouviram falar do SUS. mas, somente 76,9% tem o Cartão SUS. Em parte, os migrantes relataram que

¹²⁵ A clínica Girassol é uma das instituições privadas de saúde de maior referência em Angola. Além de estar situada em uma zona privilegiada da capital Luanda, o acesso aos serviços da referida unidade é restrito a um grupo seleto de cidadãos - geralmente das classes média e alta.

¹²⁶ Comumente em Angola, verifica-se a existência de um número considerável de unidades de saúde coordenadas pela igreja católica. Tais unidades de saúde reforçam a lógica da já mencionada forte cooperação entre o Estado angolano e as organizações não governamentais. Apesar de não ser privada como tal, é cobrado um valor simbólico pelos serviços prestados.

¹²⁷ Atualmente designado por Hospital Josina Machel, o Hospital Maria Pia é a maior unidade de saúde de Angola, com referência em cuidados gerais e diversas especialidades. Localizado em Luanda, foi construído entre 1865 e 1883, e descende da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo da Assunção de Loanda (FERNANDES, c2021)

tomaram conhecimento sobre o SUS mediante a demanda pelos serviços de saúde, através do contato com amigos (migrantes e nacionais), e através das informações amplamente divulgadas sobre o funcionamento do SUS:

Fiquei sabendo do SUS por intermédio de jornal, amigos e principalmente a partir do meu acesso ao hospital público. Porque assim que fui ao hospital, me orientaram a se inscrever no SUS, porque sempre me perguntavam se eu tinha o cartão SUS, e eu não sabia o que era. Por curiosidade, perguntei e fui procurar saber o que era o Sistema Único de Saúde (Manuel Ndombaxi).

[...] eu tomei conhecimento do SUS desde o momento que eu fiquei grávida, que me tornei gestante. Porque antes disso não tinha conhecimento, nem sabia que existia, e não tinha ouvido falar. E depois que eu fiquei grávida, fiquei a saber sobre o SUS, e comecei a usar. [...] Só sei que é um sistema de saúde gratuito, beneficia muita gente, inclusive eu, sendo estrangeira. Tenho tido muitos benefícios com o SUS (Luísa da Conceição).

Sobre o conhecimento a respeito do SUS, dos 26 migrantes que responderam ao questionário, 21 (80,8%) informaram que sabem onde estão localizados os serviços de saúde, e 5 (19,2%) apontaram que sabem parcialmente; apenas 5 (19,23%) estão cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família; e apenas 6 (23,1) já receberam visita de algum profissional de saúde (agente de controle de endemias; agente comunitário de saúde; equipe de saúde da família).

Ainda de acordo com os dados da pesquisa, apesar de 5 migrantes terem respondido que sabem parcialmente onde estão localizados os serviços de saúde – e 1 não ter respondido - 100% dos migrantes (26) informaram que já foram atendidos em algum serviço de saúde. Deste modo, apresentamos abaixo os tipos de serviços de saúde demandados pelos migrantes angolanos em Londrina/PR:

Tabela 13 - Tipos de serviços de saúde procurados pelos migrantes angolanos em Londrina/PR

Unidade	Quantidade de imigrantes	(%)
Unidade Básica de Saúde	16	61,53
Hospital	5	19,23
Centro de especialidades	2	7,69
Farmácia Popular	4	15,38
UPA	18	69,23
Samu – Urgências	1	3,84

Continua

Unidade	Quantidade de imigrantes	(%)
Serviços odontológicos	9	34,61
CISMEPAR	1	3,84
CAPS	0	0
Consulta particular	7	26,92
Emergência particular	0	0
Maternidade	1	3,84

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com dados da pesquisa.

Como se pode constatar na Tabela 13, os serviços de saúde prestados nas Unidades Básicas (UBS) e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) foram os mais procurados pelos migrantes angolanos em Londrina/PR. Seguem-se os serviços odontológicos e as consultas particulares. Os resultados sobre as condições de acesso dos migrantes angolanos em Londrina/PR aos serviços de saúde brasileiros são apresentados no item abaixo.

4.3. CONDIÇÕES DE ACESSO DOS MIGRANTES ANGOLANOS EM LONDRINA/PR AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIROS

A partir da pesquisa, identificamos que, os migrantes angolanos em Londrina/PR, apesar de reconhecerem que o sistema de saúde do Brasil apresenta largas vantagens sobre o sistema de saúde de Angola, os acessos anuais aos serviços de saúde não variam muito – quando comparados com os acessos destes migrantes em Angola. Assim como ocorria em Angola, estes migrantes apontam que apenas acessam os serviços de saúde quando vêm agravando o estado de saúde, ou ainda, em casos como gestação ou outro problema de saúde que demande atenção imediata.

Só este ano, por causa mesmo desta questão do estômago, em procurei em média umas seis vezes. **Mas antes deste ano, que foi quando comecei a desenvolver a gastrite, pelo menos uma vez no ano ia ao hospital,** sempre na mudança de clima, por causa dos resfriados, as tosses persistentes. Então só para garantir que estava tudo bem [...], eu ia lá para poder ficar mais tranquilo (Kituxi Malamba, grifo nosso).

[...] das vezes que eu fui ao hospital, foi bem no começo quando cheguei aqui no Brasil, por causa do meu problema do ouvido, e foi aí que conheci o SUS.

Tirando isso, só procurei mesmo hospital quando eu estava me sentindo mesmo mal (Carolina Muhongo, grifo nosso).

Os principais motivos que levam os migrantes angolanos em Londrina/PR a procurarem os serviços de saúde são apresentados na tabela abaixo:

Tabela 14 - Tipos de demanda em saúde dos migrantes angolanos em Londrina/PR nos últimos três anos

Motivo	Quantidade de imigrantes
Consulta médica - Pediatria	6
Exames laboratoriais	6
Teste rápido	2
Vacinação	6
Medicamento	3
Consulta médica – Ginecologista	5
Consulta médica – Clínico Geral	11
Procedimento odontológico	10
Pré-natal	2
Grupo de caminhada	0
Teste de gravidez	1
Outro – Dor na coluna	1
Outro – Hematologia	1
Outro (sem especificação)	1

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com dados da pesquisa.

Diante dos dados e dos relatos sobre a quantidade de acesso dos migrantes angolanos em Londrina/PR, levantamos uma questão que nos parece fundamental para seguirmos com a nossa análise sobre os acessos destes migrantes aos serviços de saúde no Brasil: por que a variação no número de acesso aos serviços de saúde no Brasil não se distancia muito realidade vivenciada por estes migrantes em Angola?

Há um aspecto que é fulcral para responder ao questionamento feito: a presença de determinados elementos que compõem o próprio processo migratório dos migrantes angolanos em Londrina/PR. A partir dos relatos dos participantes da nossa pesquisa, foi possível constatar que há alguns componentes do próprio

processo migratório que condicionam o acesso dos migrantes angolanos em Londrina/PR aos serviços de saúde - como o conceito de doença construído socialmente em angolana e o uso da medicina tradicional.

É importante destacar que, em Angola, há uma construção social da concepção de saúde-doença que está, essencialmente, assente na gravidade com que determinada sensação negativa se manifesta. Como aponta Hegenberg (1998, p. 57-58):

A noção de doença depende de uma anterior concepção de doença, ou seja, de uma idéia a respeito de que ela representa, ou significa para o ser humano. A noção conduz, após reflexões de ordem teórica, a um conceito de doença. Este se destina, em síntese, a permitir que a pergunta "Quem está doente?" [...].

Como apontado pelos migrantes angolanos, a concepção de doença pressupõe a presença de uma sensação – principalmente de ordem física – que, com certa gravidade, os condiciona na realização das atividades diárias. Portanto, para os migrantes angolanos em Londrina/PR, o significado de doença “[...] depende, em larga margem, do “estilo de pensamento” dominante [...]” (HEGENBERG, 1998, p. 58), na sociedade angolana. É neste sentido que os migrantes apontam que apenas procuram e acessam os serviços de saúde quando estão ‘realmente doentes’.

No caso do uso da medicina tradicional, a pesquisa demonstrou que a medicina tradicional é um dos principais elementos - entre os que acompanham o processo migratórios dos angolanos em Londrina/PR – que condicionam a procura e o acesso aos serviços de saúde. Para os participantes da nossa pesquisa, apesar de a medicina tradicional ainda ocupar “[...] um espaço secundário dentro de uma Angola independente [...]” (BOECKMANN, 2016, p. 18), ela acompanha suas vivências – inclusive no espaço reterritorializado:

Mesmo aqui no Brasil quando vou cozinhar, é sempre pensando nas nossas folhas que nos protegem, que vão ajudar as crianças a crescerem bem (Carolina Muhongo).

No processo de reterritorialização dos migrantes angolanos, constata-se ainda que há múltiplas barreiras enfrentadas, e que dificultam particularmente o acesso aos serviços de saúde. É nesta perspectiva que Barata (2008) aponta que questões como a escolaridade, classe social, gênero e etnia são aspectos sociais que influenciam diretamente a quantidade e a forma como as populações consomem os serviços de saúde no âmbito.

Outro dado importante que a nossa pesquisa permitiu obter a respeito dos acessos é que, apesar de estarem em um número reduzido, migrantes angolanos em Londrina/PR do sexo feminino apontaram que acessaram mais os serviços de saúde que os do sexo masculino. Questões como consultas ginecológicas e o processo de gestação são as que mais elevam esse número de acesso dessas imigrantes:

Por ser mulher eu vou no ginecologista uma vez ao ano, faço tratamento com dermatologista, então de dois em dois meses eu vou. [...] Então é por aí. Por ano vou aí umas 10 ou 12 vezes [...] (Maria Ngueve).

[...] **ficou já rotineiro por causa da gravidez, de todo pré-natal.** Aí depois nasceu, aí tem a rotina de levar a criança para tomar vacina. Então eu mais usei os serviços de pediatria por causa das duas crianças (Carolina Muhongo, grifo nosso).

Em geral, observa-se que as mulheres acessam com maior frequência os serviços de saúde – como apontam pesquisas nacionais e internacionais. Ao desenvolverem o estudo sobre as *Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil*, Guibu et al. (2017) apontam que, do universo entrevistado, isto é, 8.676 usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil, mais de 75,8% dos entrevistados (usuários) são mulheres entre os 19 a 39 anos. No seu estudo sobre *Cuidados Primários em Saúde e Migração Haitiana*, Rodrigues (2020, p. 50) contribui afirmando que, “[...] assim como as mulheres brasileiras, as mulheres haitianas acessam mais do que os homens os serviços do SUS.

Ainda que na condição de migrantes, ao responderem o questionário, apenas 2 angolanos em Londrina/PR apontaram dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Este dado pode estar ligado à oferta dos serviços de saúde no Brasil. Diferentemente da realidade angolana, apesar de o SUS destoar do projeto previsto pela legislação, este tem uma melhor oferta dos serviços de saúde – como destacado pelos nossos entrevistados. Outro aspecto pode estar ligado ao número de acesso destes migrantes. Ou seja, àqueles que acessam com mais frequência os serviços de saúde, avaliam de forma mais positiva o SUS quando comparados aos demais.

Quando questionados sobre como descrevem o acesso aos serviços de saúde, na sua maioria, os migrantes apontam que o acesso ocorre de forma facilitada – como se pode verificar nos relatos dos entrevistados:

[...] sendo estrangeira, foi muito fácil ter acesso. Bem mais fácil do que eu achei que fosse (Luísa da Conceição)

Facilitado. Por causa da universalidade, que eles definem que todos têm direito à saúde. A saúde é direito do povo e dever do Estado no Brasil. Então, se você está dentro do Brasil, você está trabalhando ou não, você tem direito à saúde no Brasil. Então acho que é facilitado porque todo mundo tem direito. Independente se está passando só uma semana, se você passar mal, eles são obrigados a te atenderem em qualquer situação (Maria Ngueve).

Apesar de terem apontado facilidades no acesso aos serviços de saúde na condição de migrantes os participantes da pesquisa sinalizaram que a facilidade no acesso não implica, necessariamente, na resolução dos problemas de saúde que os tenha levado a procurar os serviços de saúde. Como relatam Carolina Muhongo e Pedro Vakulukuta:

[...] desde que estou aqui no Brasil nunca tive nenhuma dificuldade para acessar os serviços de saúde público [...]. Eu tive todos os acessos que eu precisava, sem restrição. Pelo menos as coisas que tinham que fazer foram cumpridas. **Se deu resultado ou não...**, mas fui sem restrição e não senti nenhuma diferença [...] (Carolina Muhongo, grifos nossos).

Não tive assim muita dificuldade para acessar. **Agora, dificuldades para ver o meu problema resolvido, inicialmente, tive.** É aquilo, **eu posso ser atendido, mas não significa que vão resolver o meu problema.** Mas, o acesso não foi difícil (Pedro Vakulukuta, grifos nossos).

Ao relatarem como se deram os acessos aos serviços de saúde no Brasil, na sua maioria, os migrantes angolanos em Londrina/PR informaram que, ao acessarem os serviços de saúde, sempre os foi solicitado a apresentação de um documento de identificação pessoal. Segundo os entrevistados, comumente são solicitados documentos como o CPF, RNM¹²⁸, ou ainda, o Cartão SUS:

Me pediram o CPF e um documento com foto, RG. Não vi obrigatoriedade, porque desde o momento em que me falaram documento com foto, me deram opção. Mas, sempre me pedem mais CPF, por causa da base de dados que eles têm lá (Luísa da Conceição).

Geralmente um documento com foto. Eu apresentei o meu Bilhete de Identidade de Angola quando fui pela primeira vez. Das outras vezes apresentei o RNE mesmo. Não senti que foi obrigatório, até porque as vezes eles só pedem o CPF, e eles puxam no cadastro através do seu CPF (Manuel Ndombaxi).

Sempre é pedido o cartão SUS, uma identidade. Mas geralmente através do cartão do SUS eles já conseguem puxar a sua ficha no sistema. Não tive um caso em que não levei documento e não fui atendida. Já teve um dia que eu

¹²⁸ No relato dos imigrantes, estes fazem referência ao RG. Mas, como migrantes, o principal documento de identificação junto das instituições brasileiras é Registro Nacional Migratório (RNM), que substituiu o Registro Nacional de Estrangeiro (RNE).

esqueci, dei o meu nome completo e conseguiram puxar no sistema (Maria Ngueve).

Se por um lado, alguns migrantes angolanos em Londrina/PR apontam não terem percebido que o documento de identificação pessoal seja condição *sine qua non* para o acesso aos serviços de saúde, por outro lado, dois migrantes apontaram que sentiram obrigatoriedade na apresentação do documento de identificação.

Me pediram o RG e o CPF. Penso que foi obrigatório. Tinha que apresentar os documentos (Luísa da Conceição).

Eles sempre pedem um documento de identificação que tenha uma foto. Eu senti que era obrigatório. Tanto senti que uma vez me envolvi em uma briga com uma recepcionista lá do UPA, mas o atendimento não era para mim. Eu fiz a triagem e enquanto eu aguardava o atendimento, chegou um homem com o pé visivelmente quebrado, porque a fratura estava exposta. Via-se que ele estava com bastante dor, só que ele não levou nenhuma documentação. Ele saiu do campo de futebol e foi direto para o UPA, e estava na companhia do irmão. A recepcionista se negou a atender o homem exatamente pela falta de documento. E o homem chorava e chorava, e ela se negava a atender. Eu senti a dor do homem e fui lá em defesa dele. Falei para a moça: a fratura dele está exposta, isso quer dizer que ele pode morrer aqui na recepção por falta de um documento, mas não é atendido porque não trouxe um documento? O irmão dele está aqui, pede o endereço, nome dele, nome do pai, nome da mãe, depois vocês vêm com ele. **Nunca saio de casa sem documento, porque sei que a gente precisa andar sempre documentado, mas naquele dia eu vi que se você não tem documento, você perece sem atendimento** (Kituxi Malamba).

Apesar dos relatos desses migrantes não sinalizarem que a obrigatoriedade de apresentação de documentos de identidade seja uma questão que se agrava pelo facto de serem migrantes, destacamos que esta ação pode condicionar o direito de acesso aos serviços de saúde.

Ainda no quadro da análise dos acessos, para muitos destes migrantes, o tempo de espera, a existência de um número reduzido de profissionais de saúde, consultas perfunctórias e a escassez de medicamentos são alguns dos principais problemas nos atendimentos que recebem nas unidades públicas de saúde.

Uma coisa que eu não gostei muito no SUS, é que eles marcam um horário contigo, e você fica lá duas, três horas. **Eles não atendem no horário que eles marcam.** Por exemplo, se eles marcarem para às 2 horas, vão te atender umas 3, 4 horas. Aconteceu uma vez que eu atrasei, de proposito - porque sempre que ia atendiam outras pessoas na minha frente, eu chegava primeiro e davam prioridade à outras pessoas -, nesse dia eu atrasei e não me atenderam. Me mandaram voltar e agendaram para uma outra data que era muito longe. Eu precisava fazer um exame, e eles colocaram uma data bem longe. Não foi nada agradável, porque eu precisava fazer aquele exame com urgência (Luísa da Conceição, grifo nosso).

[...] o meu porém é na morosidade para o atendimento. Acessar é fácil, mas, lá dentro começam as dificuldades. **Morosidade para o atendimento, a falta de médicos, muitas das vezes é um atendimento apenas para cumprir formalidade, para não dizer que você não passou pelo médico.** Já aconteceu de eu ir com uma forte dor de estomago, o médico olhar e dizer: isso é uma gastrite que você tem. Eu disse: para isso eu também sei que é uma gastrite. Como é que o senhor que é médico não pediu uma endoscopia [...]. Estou com muita dor, podem ser n coisas. Talvez até nem seja o estomago. Mas ele tentou dar voltas e receitou omeprazol, mas não resolveu. Eu continuei com as dores. Precisei ir uma segunda vez, e exigi que o médico pedisse uma endoscopia? **Outra dificuldade é a falta de medicamento. A pessoa vai lá, o médico receita, manda passar lá [nafarmácia] e nunca tem. Só tem um paracetamol, omeprazol e só. Nunca tem outra coisa.** Ou seja, se a pessoa estiver sem dinheiro naquele momento, das duas umas: ou tem que fazer uma dívida, ou por simplesmente fica sem (Kituxi Malamba, grifos nossos).

Apesar dos problemas nos atendimentos – como apontam os relatos acima -, há migrantes que consideram a questão da morosidade como um não problema nos atendimentos recebidos nos serviços públicos de saúde.

Os meus atendimentos foram fáceis. Claro, **os atendimentos as vezes na percepção dos outros é difícil.** Existe uma escala, que chamam de escala de Manchester, que ela divide os atendimentos com relação a gravidade dos sintomas da pessoa. Então se você chegou numa UBS é porque é uma coisa mais tranquila, então você tem 3 a 4 horas para esperar. Então eu creio que os meus atendimentos foram todos dentro desse tempo, com relação as coisas que eu tinha. Mesmo antes de estar no curso de enfermagem, também descrevo o acesso como bons (Maria Ngueve, grifo nosso).

O relato anterior da Maria Ngueve abre espaço para o próximo eixo de análise: a coexistência de percepções sobre o funcionamento das unidades públicas de saúde no Brasil, que caminham em direções opostas.

4.4. VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DOS MIGRANTES ANGOLANOS EM LONDRINA/PR SOBRE O FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE

Através da presente pesquisa, foi possível identificar que os migrantes angolanos em Londrina/PR apresentam diferentes percepções sobre o funcionamento do SUS, que se podem verificar nos relatos de Pedro Vakulukuta, Kituxi Malamba e Manuel Ndombaxi, respectivamente:

Eu acho que os hospitais desempenham muito bem as suas tarefas, desde a fase de atendimento até a liberação do paciente. Na minha opinião, não são perfeitos, e tem muita coisa que se pode melhorar, mas não dificultam a vida do paciente. Você chega no hospital, pega a sua senha e segue o processo. Você vai ser direcionado de acordo com as suas necessidades (grifo nosso).

[...] procurando as unidades de saúde aqui no Brasil, **ele destoa muito daquilo que está no papel**. Por quê? Porque se eu chego com alguma necessidade numa unidade básica, o tempo de espera é muito grande [...]. **A justificativa é que tem poucos médicos, está muito cheio**. Às vezes você entra para tomar um soro, por exemplo, e tem lugares vazios, não tem muita gente, mas a recepção está abarrotada. **Isso significa que tem pouco médico para muita gente**. Tem dois ou três médicos para atender um, dois, ou três conjuntos inteiros. Já aconteceu de eu sair de um bairro para ser atendido em outro. Então, são três, quatro bairros, e tem dois, três ou quatro médicos. (grifos nossos).

[...] das vezes que recorri ao SUS, fui bem atendido, com exceção de uma coisa: não foi só comigo, no geral, eu percebi que o tempo de espera é muito longo. Muitas das vezes você chega lá mais cedo e fica lá cinco, seis horas (se tiveres sorte). Dependendo da tua situação, ou se não estiveres em um estado crítico, você passa o dia todo aguardando um atendimento. Então, quanto menos estiveres a reclamar de dor, mais tempo você fica lá esperando o atendimento.

Entendemos que as visões antagônicas dos migrantes angolanos em Londrina/PR sobre o funcionamento das unidades públicas de saúde estão ligadas à dualidade que acompanha o processo migratório desses migrantes - nos referimos aqui a presença de dois sistemas de saúde que apresentam características diferentes. Assim sendo, os migrantes angolanos em Londrina/PR apontam algumas diferenças e semelhanças presentes nas estruturas e no modo de funcionamento dos dois sistemas de saúde (SUS e SNS).

[...] comparado com o Brasil, apesar do Brasil não ser também um país do primeiro mundo, nota-se que em questões de saúde o Brasil é muito superior com relação Angola. Infelizmente o nosso sistema de saúde ainda é, eu diria, precário pelo percentual de insatisfação por parte dos pacientes (Manuel Ndombaxi).

[...] vejo muitas diferenças. Talvez a semelhança seja no protocolo. Lá quando você chega, você é atendido, medem a pressão também, coletam os exames, e você espera o resultado do exame sair para você passar por uma reavaliação. É o que acontece aqui também. Agora, diferenças, é que eu acho que aqui é mais introduzido. São pedidos mais exames... é mais específico, a pesquisa é mais profunda. Eu acho que... em questão de atenção, em procurar a origem do problema, aqui é mais aprofundado (Maria Ngueve).

Eu acho que a semelhança está no processo burocrático, por exemplo, cadastro. Apesar de que existem aí alguns níveis de maior exigência, mas têm semelhança. O Brasil também tem ainda muita burocracia, e em Angola também tem isso. Agora, diferenças, o Brasil é mais eficiente nas tratativas, tipo cadastro, atendimento. Você em Angola para fazer um cadastro, você pode levar um mês. Aqui é na hora, e nem precisa ter muitos documentos no momento do cadastro. Na falta de um documento, não impede que se faça todo o processo. Mas em Angola, não. Você ainda pode sair de lá com gritos (Pedro Vakulukuta).

[...] para quem cresceu num país que não conhece sistema de saúde, e com muitas pessoas com déficit de saúde por falta de atendimento, acho o SUS ótimo. Claro, não é perfeito, mas... o SUS tem as suas leis que favorecem o

trabalho. A lei do SUS fala que todo mundo em território brasileiro tem direito a saúde, todo mundo que está dentro, independente se é brasileiro, branco ou não, todo mundo tem direito à saúde [...]. A pessoa não precisa ter um dinheiro para procurar um médico, e consegue ter uma ambulância de graça e ter um atendimento de graça, e, dependendo do tipo de medicação, essa pessoa também consegue de graça (Maria Nogueve).

Os migrantes angolanos relataram ainda que outras duas grandes diferenças que existe entre os dois sistemas de saúde são: a relação que se estabelece entre os usuários e os profissionais de saúde; e as estratégias de divulgação da política de saúde e do funcionamento dos sistemas de saúde. A respeito da relação profissional de saúde-utente, os migrantes angolanos em Londrina/PR apontaram que, no caso de Angola, as relações que se estabelecem entre os utentes e os profissionais da saúde ocorrem de forma excessivamente vertical:

Tem também a questão da empatia: eu vejo nós lá em Angola, eu vejo na questão feminina (com exceções), quando atendem, **você vê mesmo o grau de superioridade**. É uma coisa que você vê e você se sente mesmo inferior, até mesmo pela forma como temos que nos dirigir a elas [médicas e enfermeiras], tem que lhes chamar sempre 'doutoras', tipo estás a falar com um juiz. Aqui você trata pelo nome. O exemplo é o nosso médico, ele já falou para não lhe chamar de doutor. Aqui você só percebe que é doutor quando você vê o currículo dele. Mas ele atende e fala com todos com normalidade, como se estivessem no mesmo nível. Aqui eles perguntam tudo. Está a te atender e está a brincar com a criança, está a fazer cafune na criança, você vê que é humanizado. Mas lá em Angola [...], mesmo você adulta, as vezes não tens certa doença, mas por causa do atendimento, o teu estado de saúde piora, porque você só quer já sair daquele lugar (Carolina Muhongo, grifo nosso).

Diferenças há no atendimento, o jeito como se dirige à um paciente, o jeito como se trata um paciente. Nota-se que aqui [Brasil] o pessoal é mais humano (Manuel Ndombaxi).

Ainda a respeito da relação profissional de saúde-utente, destaca-se também o relato da Luísa da Conceição, que contrariando o relato dos demais, apontou semelhança no tratamento recebido ao acessar os serviços de saúde em Angola e no Brasil:

[...] teve sim algumas vezes que as enfermeiras trataram-me mal no hospital, e eu senti que era quase a mesma coisa. **O tratamento foi exatamente o mesmo com o das nossas irmãs [profissionais de saúde em Angola]**. Esse tratamento ocorreu quando eu estava internada na maternidade e eu precisada da ajuda das enfermeiras - da pessoa que estava a me cuidar no caso naquele dia -, porque elas trabalham por plantão, e ela foi muito inconveniente (grifo nosso)

Quanto a publicização das políticas e serviços de saúde, a pesquisa demonstrou que há uma grande diferença na forma como os dois países publicizam a

política de saúde e os serviços que são prestados pelos referidos sistemas de saúde. Ao fazerem um paralelo com a realidade brasileira, os migrantes angolanos em Londrina/PR apontaram que há ainda muito trabalho a ser feito em Angola – inclusive no modo como os utentes são informados sobre a sua situação de saúde e os procedimentos a serem adotados.

Aqui no Brasil, as instituições possuem até canais de informação que nos passam essas mensagens. A própria linguagem utilizada para passar essas informações facilita. **Lá em Angola, apesar da existência, inclusive, de jornais em línguas nacionais, as políticas públicas de forma geral não são noticiadas.** Agora, se for falar propriamente dos agentes de saúde, nunca informam absolutamente nada. Mesmo quando você solicita uma informação a respeito do funcionamento do hospital (Kituxi Malamba, grifos nossos).

Muitas pessoas mesmo do próprio ramo da saúde não sabem a importância de informar os pacientes e os familiares dos pacientes sobre como tudo funciona. Até mesmo os próprios superiores [gestores da saúde]. Eu vim saber da importância de ser informado sobre tudo isso aqui. Aqui mesmo funciona e, se você vai para um postinho e diz que está com dor no estomago, vão te orientar a procurar o profissional especialista na área. **Em Angola, as pessoas não sabem nada. Ninguém é informado.** Se estiver com alguma dor, só vai em qualquer médico clínico geral e vai te receitar alguma coisa, e acabou. Só que o seu problema nunca vai passar. As pessoas não sabem que há um especialista que poderia te atender, de acordo com a indicação do clínico geral [...] (Pedro Vakulukuta, grifos nossos).

Para os migrantes angolanos em Londrina/PR, além do entendimento de que a saúde seja um direito que se estende à todos, a publicização das políticas de saúde e do modo como funcionam os sistemas de saúde é um fator preponderante para a procura e o acesso aos serviços de saúde. Os nossos entrevistados apontaram que foi a partir das suas experiências com o SUS que passaram a compreender a importância da publicização das políticas de saúde e o real funcionamento dos sistemas de saúde.

No tópico a seguir, o nosso eixo de análise está centrado na vivência universitária e a relação entre a escolaridade dos imigrantes angolanos em Londrina/PR e o acesso aos serviços de saúde.

4.5. VIVÊNCIA UNIVERSITÁRIA DOS MIGRANTES ANGOLANOS EM LONDRINA/PR: A RELAÇÃO ENTRE A ESCOLARIDADE E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Ao narrarem sobre suas experiências ao cursar o ensino superior no Brasil, os migrantes angolanos em Londrina/PR entrevistados apontaram alguns

aspectos que se diferenciam nas realidades angolana e brasileira, tendo estes demonstrado satisfação com a acessibilidade, qualidade e disponibilidades de recursos para as práticas investigativas.

Olha, foi bem interessante. Na verdade, acabei gostando muito, e o tempo que eu fiz a minha licenciatura eu aprendi muito com os meios e métodos de ensino que cá as universidades oferecem. E uma das grandes diferenças que eu também pude observar é o acesso à informação e ao conteúdo, eu acho aqui bem acessível a gente obter meios para investigar (Manuel Ndombaxi).

Definido por Scalabrin e Molinari (2013, p. 2) como sendo uma “[...] prática de aprendizado por meio do exercício de funções referentes à profissão que será exercida no futuro e que adiciona conhecimentos práticos aos teóricos aprendidos nos cursos”, o estágio destaca-se entre os métodos adotados no sistema de educação brasileiro apontados pelos migrantes angolanos em Londrina/PR, como se pode observar no relato do Maria Ngueva:

[...] **eu tive oportunidade de fazer estágios práticos[...], e me sinto privilegiada.** A minha irmã é técnica de enfermagem lá em Angola – que chamam de Técnico Médio de Enfermagem -, e para ela fazer estágio, ela teve que pagar. E ela pagava mensal. Pagava o valor do colégio, e ainda tinha que pagar o estágio. Então os alunos que não tiveram como pagar o estágio, não tiveram oportunidade de fazer estágio. **E eu aqui tive** (grifos nossos).

Amplamente compreendido pelos migrantes angolanos em Londrina/PR como sendo um importante componente, a relação professor-aluno é apontado como uma das principais diferenças no processo de ensino/aprendizagem que se estabelecem nos dois países. É neste sentido que os migrantes apontam que, em Angola, o processo de relação professor-aluno se apresenta como distante e conflituoso - em parte pela existência de pouco diálogo entre as partes – uma vez que todo processo de aprendizagem “[...] ocorre a partir das interações sociais, num processo vincular (TASSOMI, 2000, p. 3). Na visão dos entrevistados, somam-se à problemática da relação professor-aluno a quase inexistência de recursos que facilitam todo o processo de aprendizado dos estudantes e a limitação dos profissionais de educação em Angola.

Às vezes em Angola os professores também são limitados e dificultam tudo, porque eles sabem quais meios os alunos têm e não têm. Nem todo mundo tem acesso à internet para fazer uma pesquisa. Nós em Angola é mesmo a base de biblioteca, e são sempre os mesmos livros, porque não há meios de repor novos livros. Então ficamos mesmo muito limitados. Aqui [no Brasil] também posso pesquisar outros autores para o mesmo tema, para aumentar mais ainda o conhecimento. Muitas das vezes quando você acessa uma

determinada informação e você leva para aula, já pularam aquele assunto, e os professores são resistentes em voltar a falar sobre aquilo, e o aluno fica se roendo com aquela dúvida (Carolina Muhongo).

A facilidade no acesso às universidades no Brasil também é percebida como um dos aspectos positivos do processo de reterritorialização dos angolanos em Londrina/PR. Como destacado pelos nossos entrevistados, a facilidade no acesso às universidades está diretamente ligada ao número expressivo de IES que existem no Brasil, sejam elas públicas ou privadas. Dada a realidade vivenciada em Angola, estes migrantes entendem que, no caso específico das IES privadas, os valores que grande parte das instituições estabelecem para cursar o ensino superior não inviabiliza o acesso e permanência nas referidas IES.

A grande diferença consiste [...] não só nos recursos, mas também no acesso. **Aqui [Londrina/PR] tem a UEL, que é pública, porém tem várias outras. Aí vêm as privadas, tem a de Maringá que também não é tão longe assim.** Então os estudantes têm muitas alternativas. **Em Angola nós temos poucas públicas para o país inteiro.** São muitos jovens tentando em uma, [...] **então torna-se mais difícil o acesso.** Agora, se aqui nós consideramos as privadas caras, lá vamos considerar exorbitantes. Claro, isso colocando em questão também o fato do custo de vida lá [Angola] ser elevadíssimo. A população é majoritariamente pobre, e os pais não têm condições para custear as universidades privadas para os filhos (Kituxi Malamba, grifos nossos).

A dificuldade no acesso às IES em Angola - em particular às instituições privadas - é também destacada por Furtado (2020, p. 149) ao apontar que “[...] a educação superior em Angola apresenta grandes gargalos, sendo bastante restrito um grupo mais privilegiado da sociedade”.

Apesar da unanimidade no reconhecimento de facilidade no acesso ao sistema de educação, a pesquisa permitiu identificar pontos de vistas antagônicos no que tange as metodologias de ensino – como por exemplo os debates – adotadas pelas IES brasileiras.

O sistema de educação do Brasil tem muitos problemas de base. [...] senti muita falta da promoção do debate em sala de aula. Sinto que mesmo no ensino superior, os alunos aqui [no Brasil] encaram a promoção do debate em sala de aula como um grande problema. E acho que o problema de base que falei pode influenciar muito nisso. [...] **em Angola, desde o ensino médio, a já somos chamados para as discussões em sala de aula,** apesar de que as discussões são ainda muito censuradas, particularmente quando se vai falar sobre questões políticas. Já aqui no Brasil, o contraditório sempre estará presente (Pedro Vakulukuta, grifos nossos).

A adoção do debate na educação escolar constitui uma metodologia fundamental para um processo de formação assente na “[...] construção lógica e na

resolução de problemas” (BARBOSA; MARINHO; CARVALHO, 2020, p. 22). Ainda segundo os autores, “na perspectiva do pensamento crítico e da comunicação dialógica, o debate é uma metodologia relevante tanto para a formação humana quanto para a formação escolar dos alunos (BARBOSA; MARINHO; CARVALHO, 2020, p. 22) .

Dado o novo fluxo migratório de angolanos para o Brasil – marcado pela presença de jovens em busca de formação acadêmica -, o ambiente acadêmico tem constituído um dos principais espaços (senão o principal espaço) de adaptação e inserção dos migrantes angolanos na sociedade brasileira. Para muitos migrantes angolanos em Londrina/PR, foi através do ambiente acadêmico que tomaram conhecimento do SUS:

Eu tomei o conhecimento sobre o SUS através da minha faculdade. Por ter feito enfermagem, então o acesso ao conhecimento do SUS foi um pouco mais amplo, mais fácil, talvez, em relação aos outros angolanos (Maria Ngueve, grifo nosso).

Sobre o SUS, eu soube em 2014 quando cheguei, em uma aula de Introdução ao Estudo do Direito, quando falávamos do caso de uma brasileira cujo filho teve uma doença degenerativa e que não tinha tratamento aqui, e só tinha nos Estados Unidos, e que lá ficava mais de US\$ 200.000. Como a constituição garante saúde à todos, o Estado brasileiro tinha a obrigação de garantir a saúde a este menino. A Professora comentou que o SUS se tratava de um programa magnifico, melhor que o sistema de saúde estadunidense, e aquilo me chamou atenção. Aquilo me criou curiosidade, porque os Estados Unidos é um país do primeiro mundo, uma economia muito forte, um país influente, inclusive, muito influente para o Brasil, e aquilo me chamou atenção. Como assim o sistema de saúde do Brasil é melhor que o dos Estados Unidos? Mal sabia eu que o sistema público de saúde dos Estados Unidos era tão decadente. Então eu fui atrás de ler um pouco acerca, e tirei algumas dúvidas também com uma amiga que na altura fazia farmácia. E realmente é um programa magnifico (Kituxi Malamba, grifo nosso).

Tomei conhecimento através da Universidade Estadual de Londrina e da Receita Federal. Fui orientado lá na universidade e a pessoa que me atendeu na Receita Federal me informou que com o meu CPF eu já poderia tratar o meu cartão do SUS (Pedro Vakulukuta, grifos nossos).

[...] eu só tive acesso às unidades de saúde pública, exatamente por causa de uma universidade. Porque de contrário, estaria procurando os serviços privados como é de praz em Angola. (Kituxi Malamba).

Apesar de se tratar da principal porta de entrada à inserção dos migrantes angolanos em Londrina/PR na sociedade brasileira, o ambiente acadêmico apresenta algumas condicionantes que marcam a reterritorialização destes migrantes, constituindo assim “uma rede de relações sociais precária” (ANDRADE e TEIXEIRA, 2009, p. 35). Como destaca Fonseca (2009, p. 37-38):

Mas o que também pudemos observar [...], foi que as nossas IES e as comunidades acadêmicas (docentes, discentes e funcionários) não estavam preparadas para lidar com as dificuldades e mesmo com as atitudes expressas por esses jovens, bem como ignoravam a realidade social, política, econômica e cultural de Angola. Com isso, muitos jovens foram vistos a priori como seres exóticos oriundos de culturas arcaicas e portadores de costumes tribais. Foram percebidos como tímidos e excessivamente educados, mas não como inteligentes e de raciocínio rápido, como os jovens brasileiros.

O autor aponta que este tipo de percepção que se tem dos migrantes angolanos está ligada ao não estudo sobre a realidade dos países africanos, uma vez que, as comunidades acadêmicas “[...] apreenderam uma realidade africana a partir dos veículos midiáticos, mas não se aprofundaram e nem ao menos chegaram a problematizar a realidade vivenciada por estes jovens”, que em muitos casos, são “[...] filhos de famílias assimiladas, segundo a lógica e a força empreendida pelo colonialismo português em Angola [...]” (FONSECA, 2009, p. 38).

Ainda segundo o autor, são as relações que se estabelecem no ambiente acadêmico que denotam a importância deste espaço para a inserção do migrante na sociedade do país receptor:

todos estes fatos sociais e eventos culturais têm propiciado que esses jovens estudantes angolanos construam nas suas IES novos diálogos com sujeitos diferentes daqueles com que estavam acostumados a lidar na sociedade angolana [...]. Com isso, eles estabelecem, também, novas sínteses identitárias propiciadas pelos seus contatos pessoais e afetivos com amigos brasileiros que vão conquistando e por outras práticas culturais apreendidas no contato com outros alunos, docentes, funcionários, instituições acadêmicas e de pesquisa. Sobretudo, porém, relacionam-se com o universo exterior a essas universidades, como o mercado, as lojas, os bares e restaurantes, os ônibus, os vizinhos e os proprietários das repúblicas onde residem (FONSECA, 2009, p. 39).

Esses novos diálogos proporcionam uma aproximação que pode impactar a totalidade do processo de reterritorialização, em particular na relação dos migrantes com os serviços públicos ofertados – uma vez que esses diálogos que se observam no ambiente acadêmico (e não só), tendem a aproximar os migrantes das políticas públicas traçadas no país em que se instalam. Neste sentido, os dados da pesquisa demonstram que o ambiente acadêmico pode ser um importante espaço para o contato destes migrantes angolanos em Londrina/PR com os serviços públicos de saúde do Brasil.

No nosso entendimento, para que o ambiente acadêmico seja um espaço propício para o contato com as políticas públicas traçadas no país em que os migrantes se instalam, há a necessidade da criação de um conjunto de ações com o

objetivo de orientar os migrantes para o acesso aos serviços públicos, em particular o de saúde. Importa aqui destacar que “o direito à educação decorre de dimensões estruturais coexistentes na própria consistência do ser humano” (CURY, 2002, p. 261). Neste sentido, entendemos que o ambiente acadêmico traduz um lugar que impulsiona e amplia o acesso aos demais direitos previstos pelos documentos legais. Ou seja, “[...] a educação como direito e sua efetivação em práticas sociais se convertem em instrumento de redução das desigualdades e das discriminações [...]” (CURY, 2002, p. 261).

Ao apontarem que “os cuidados em saúde acabam por constituir a porta de entrada para os imigrantes nos serviços públicos [...]”, Goldberg, Martin e Silveira (2015, p. 34) reforçam a importância de ações orientadoras no ambiente acadêmico e demais espaços de inserção dos imigrantes.

No caso específico dos migrantes angolanos em Londrina/PR, a pesquisa demonstrou que há um número significativo que, nas suas vivências universitária no Brasil, nunca foi orientado sobre o funcionamento da política de saúde no Brasil. Dos 26 migrantes que responderam ao questionário, apenas 10 (38,5%) apontaram que foram orientados. Apesar de que se tenha registrado um número significativo de migrantes que nunca recebera orientação sobre o funcionamento da política de saúde no Brasil nas suas vivências universitária, 19 migrantes apontaram que já solicitaram informações sobre a política de saúde no Brasil, sendo que deste total, mais de 30% apontaram que solicitaram informações para outros migrantes, 15,38% para docentes e 11,53% para os serviços de apoio das IES em que estavam/estão matriculados.

A partir das entrevistas realizadas, identificamos que os migrantes angolanos em Londrina/PR obtiveram informações a respeito do SUS – e o seu funcionamento – principalmente a partir de exemplos dados pelos docentes em momentos de aulas, e não de ações desenvolvidas pelas IES em que estes migrantes estudaram/estudam.

Foi na disciplina de administração, ao fazermos uma comparação entre os hospitais privados e públicos. Aí o meu professor falou sobre o SUS, e lembro que os meus colegas estavam a comentar sobre todo o protocolo do SUS, para obter os serviços (Manuel Ndombaxi, grifo nosso).

Tenho também um Professor de Administração Pública, que fala bastante sobre o SUS. Pelo que já ouvi, é um sistema muito forte (Pedro Vakulukuta).

Entre os relatos dos migrantes angolanos em Londrina/PR, destaca-se o de uma respondente formado na área da saúde. Para esta migrante, foi o ambiente acadêmico que proporcionou maior aproximação com a política pública de saúde no Brasil:

A gente tem as matérias que estudam as leis do SUS, então a gente acaba estudando, tanto no técnico quanto na graduação. Além destas matérias, teve outra que tem um ponto aqui outro ponto ali, que acaba sempre falando do SUS. É porque a graduação e o curso técnico aqui no Brasil já são baseados no Sistema Único de Saúde. A gente estuda porque é o que a gente vai viver. Porque a gente começa o estágio numa UBS, num postinho de saúde. Lá a gente precisa saber o que é aquilo lá. Então, quando a gente estuda o SUS, a gente estuda qual é o papel do técnico ou do enfermeiro dentro daquela instituição. Então isso é presente no curso inteiro. Acredito que até dentro da medicina, os trabalhos são diferenciados. Um hospital de baixa complexidade e uma de alta complexidade. Então a gente precisa saber a diferença dos dois, porque a gente estuda para quando a gente for no estágio saber o que faz ali e o que faz aqui (Maria Ngueve¹²⁹).

A partir dos relatos dos nossos entrevistados, verificou-se ainda que os migrantes angolanos em Londrina/PR reconhecem a importância das informações sobre o SUS as quais tiveram acesso nas relações que estabeleceram dentro do ambiente acadêmico. Neste sentido, dados da pesquisa apontam que, durante a vida universitária, 84,6% dos migrantes que responderam ao questionário já acessaram os serviços de saúde. Apesar de alguns terem informado que nas IES que frequentavam/frequentam havia/há serviços de saúde, os migrantes sinalizaram que estes acessos ocorreram em grande medida fora das estruturas das respectivas IES:

Sei que a minha universidade tem convênio com hospitais privados, mas com o SUS não. Mas tem serviços de saúde na própria universidade (Manuel Ndombaxi).

Tinha uma enfermaria para os primeiros socorros. Eu lembro que uma vez, uma colega minha que estava grávida, a pressão dela despencou e nós a encaminhamos para lá. Lá chamaram a ambulância e levaram ela para uma unidade de saúde. Mas tinha sim para casos assim mais rápidos. **Eu nunca precisei dos serviços lá na universidade** (Kituxi Malamba, grifo nosso).

Quando estava na UEL, tinha o DASC¹³⁰. Mas hoje estou numa particular, e não tem Pedro Vakulukuta).

A escolaridade – presente no perfil migratório dos angolanos em Londrina/PR –, não é determinante na relação destes migrantes com o SUS, e, de

¹²⁹ Destaca-se que Maria Ngueve é a única participante das entrevistas que é da área da saúde.

¹³⁰ A Divisão de Assistência à Saúde da Comunidade é parte integrante dos serviços prestados pela Universidade Estadual de Londrina, destinados à comunidade acadêmica.

modo geral, com as políticas públicas. Todavia, constitui uma importante variável para o contato destes migrantes com os serviços de saúde. Como apontam Besarria et al. (2016), a escolaridade tem a possibilidade de afetar a saúde de determinada pessoa de diversas maneiras. Para os autores, dado o aumento de um ou mais anos de escolaridade, “[...] pode melhorar a eficiência alocativa das pessoas em saúde, ajudando a entender o efeito de certos procedimentos que estão sendo usados para melhorar a saúde” (BESARRIA et al. 2016, s/p). Seguindo esta linha argumentativa, a inserção destes migrantes no ambiente acadêmico permite a obtenção de maiores informações que estimulam a adoção de comportamentos positivos para a saúde, ajudando, por exemplo, na compreensão das prescrições médicas, bem como nos aspectos relacionados à promoção e prevenção da saúde.

Acredito sim que o meu nível de escolaridade me ajudou na busca e acesso aos serviços de saúde. Na verdade, olho mais na questão humana. Hoje, pelo meu nível de escolaridade eu consigo entender mais o jeito como o SUS funciona, e o jeito como hoje os agentes de saúde trabalham (Manuel Ndombaxi)

tenho certeza que o nível de escolaridade influencia sim, porque se fosse uma pessoa que não tivesse acesso à educação, não teria acesso assim com muita facilidade (Luísa da Conceição).

De acordo com a literatura, um dos principais benefícios da escolaridade para a saúde é a capacidade que esta proporciona na relação e processamento das informações sobre as condutas benéficas para a saúde da pessoa escolarizada. É nesta perspectiva que Grossman (1972) destaca que a escolaridade também se apresenta como um elemento que tem a possibilidade de melhorar a habilidade de processamento de informações sobre saúde de uma pessoa, bem como a capacidade de aplicar as lições que venham a surgir destas informações. A par da literatura, os relatos dos migrantes angolanos em Londrina/PR endossam a importância da escolaridade no processamento de informações sobre saúde:

Acredito que a minha escolaridade tenha influenciado no modo como eu tenho as informações. Porque a gente tem conhecimento, a gente procura buscar mais afundo. Então acredito que quando a pessoa tem um pouquinho de escolaridade, a gente já entende que isso a gente pode fazer em tal lugar. **Então a gente vai correr atrás das informações para ver onde aquilo te leva.** Você procura solucionar os teus problemas. Então acredito que minha escolaridade fez sim toda diferença (Maria Ngueve).

O nível de escolaridade facilitou bastante porque, o entendimento que eu tenho do sistema de saúde hoje, não é o mesmo entendimento que tem o meu pai brasileiro, que é um senhor que teve o seu estudo no seu tempo, mas que foi pouco, até porque antigamente os filhos também precisam

começar a trabalhar muito cedo para ajudar os pais. Por exemplo, a esperança que eu tenho hoje, ele já não tem. São outros tempos (Kituxi Malamba).

Como apontam Anversa et al. (2018, p. 630), a partir das redes de apoio criadas nos ambientes acadêmicos, “a permanência na universidade pode favorecer o amadurecimento e potencializar a autonomia e as seguranças pessoal e profissional dos acadêmicos, influenciando todos os domínios da qualidade de vida”.

Outro efeito da escolaridade para a saúde está diretamente ligado ao comportamento da pessoa escolarizada. A partir dos resultados do estudo intitulado a “*Análise da relação entre escolaridade e a saúde da população brasileira*”, Besarria et al. (2016, s/p) concluem que “[...] pessoas com mais escolaridade têm comportamentos mais saudáveis. É possível perceber que anos adicionais de estudo reduz a probabilidade de se fumar atualmente e aumenta a probabilidade de praticar exercícios físicos [...]”, entre outras ações benéficas à saúde. Como apontam Paes e Paixão (2016, p. 88), “[...] é clara a associação entre acesso à educação e melhores níveis de saúde e de bem-estar”. Ainda segundo as autoras:

[...] essas duas esferas são igualmente importantes, complementando-se e funcionando como mecanismos interdependentes, já que, com as rápidas transformações advindas dos progressos políticos, econômicos, sociais, ambientais e dos avanços técnico-científicos, podem ser observadas, ainda, desigualdades nas condições de saúde e de vida entre países, regiões e grupos sociais (PAES; PAIXÃO, 2016, p. 81).

Através da nossa pesquisa, entendemos que a escolaridade dos migrantes angolanos em Londrina/PR exerce um papel preponderante nos hábitos que são indispensáveis para o cuidado com a saúde. Como mostram os dados do questionário, 96,15% (25) dos migrantes¹³¹ angolanos em Londrina/PR compreendem que o tabagismo é prejudicial à saúde e, portanto, apontaram que não fumam. Quanto ao uso de bebidas alcoólicas; 19 (dos 26 migrantes) apontaram que não fazem o consumo de bebidas alcoólicas; 2 informaram que bebem pelo menos uma vez por mês; e 4 afirmaram que bebem uma a duas vezes por semana. Apenas 1 (um) migrante não respondeu a esta questão.

A respeito da frequência na realização de atividades físicas, os dados são apresentados na tabela a seguir:

¹³¹ Apenas um migrante não respondeu a esta questão

Tabela 15 - Frequência de realização de atividades físicas por parte dos migrantes angolanos em Londrina/PR

Resposta	Quantidade de imigrantes	(%)
Nenhum dia da semana	2	7,69
Diariamente	11	42,31
Raramente	10	38,46
Atualmente não	2	7,69
Não respondeu	1	3,84
Total	26	100

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com dados da pesquisa.

De modo geral, os migrantes angolanos em Londrina/PR fazem uma autoavaliação positiva sobre a saúde. A respeito da autoavaliação do estado de saúde, Pavão, Werneck e Campos (2013, p. 724) afirmam que:

A autoavaliação do estado de saúde é um importante indicador do construto multidimensional da saúde e consiste na percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde. É, portanto, um indicador subjetivo e engloba tanto componentes físicos quanto emocionais dos indivíduos, além de aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida.

De acordo com os dados do questionário - com exceção de um migrante que não efetuou a sua autoavaliação - , as autoavaliações podem ser observadas na tabela a seguir:

Tabela 16 - Autoavaliação da saúde dos migrantes angolanos em Londrina/PR

Resposta	Quantidade de imigrantes	(%)
Muito Bom	4	15,38
Bom	10	38,46
Regular	10	38,46
Ruim	1	3,84
Não respondeu	1	3,84
Total	26	100

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com dados da pesquisa.

Conforme dados da Tabela 16, 24 migrantes se autoavaliaram satisfatoriamente. Enquanto 4 migrantes avaliam seus estados de saúde como sendo

Muito Bom, 10 apontam que o estado de saúde é Bom. Outros 10 migrantes consideram que tem a saúde Regular.

Quando questionados sobre a percepção que têm sobre o que é necessário para cuidar da saúde, além de terem apontado a importância de se seguir as orientações dos profissionais de saúde, os migrantes angolanos em Londrina/PR compreendem que ações como a prática de exercícios físicos, a higiene, os hábitos alimentares e a eliminação da automedicação são basilares para uma boa saúde:

Inicialmente a alimentação. Mudar os hábitos alimentares, prática de atividades físicas, e saber diferenciar o que está certo e o que está errado. Saber quando procurar o médico, evitar automedicação. Acho que são coisas básicas (Maria Ngueve).

Apesar de que, ao analisarmos os depoimentos dos migrantes que participaram da pesquisa, observarmos que muitos relatos apontam mais para o ambiente acadêmico como um caminho ao conhecimento institucional do SUS e sua lógica operativa e de trabalho, e menos sobre comportamentos benéficos à saúde, a pesquisa demonstrou que, para estes migrantes angolanos em Londrina/PR, o ambiente acadêmico representa um espaço privilegiado que proporciona o acesso às informações que impulsionam o acesso aos serviços de saúde – ou os serviços públicos no geral.

A educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano, havendo um consenso sobre o relevante papel de ações de promoção da saúde e de educação em saúde desenvolvidas dentro das escolas, garantindo a formação integral dos alunos. A escola torna-se, portanto, espaço essencial para o desenvolvimento do conhecimento comum e para a integração com a comunidade, encontrando-se nela grande parte da população que demonstra interesse em aprender e residindo grande potencial disseminador de informações, sendo ambiente favorável à promoção da saúde (PAES; PAIXÃO, 2016, p. 80).

Destaca-se que “as políticas de saúde reconhecem o espaço escolar como espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para saúde” (BRASIL, 2009, p. 12). Portanto, o ambiente escolar deve ser entendido como

“[...] um espaço de relações, um espaço privilegiado para o desenvolvimento crítico e político, contribuindo na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde” (BRASIL, 2009, p. 8).

Neste sentido, Paes e Paixão (2016, p. 88), destacam que o ambiente acadêmico deve funcionar “[...] como palco para muitas transformações [...]” e, ao mesmo tempo, “[...] servir para propor mudanças na forma de se pensar e construir saúde [...]”.

De forma geral, a presente pesquisa demonstrou que, a partir das suas vivências universitárias, os migrantes angolanos em Londrina/PR analisam o acesso e sua avaliação de forma mais efetiva. Ainda, dada a escolaridade, esses migrantes têm maior compreensão sobre saúde e, de forma mais ampliada, sobre o funcionamento do SUS.

4.6. SAÚDE E A SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA DOS MIGRANTES ANGOLANOS EM LONDRINA/PR NO CONTEXTO DE PANDEMIA DA COVID-19

No contexto de pandemia, além de 3 (dos 6 migrantes que participaram das entrevistas da nossa pesquisa) apontarem que viveram o luto – perda de familiares ou de pessoas próximas - em decorrência da COVID-19, os migrantes angolanos em Londrina/PR sinalizaram ainda que tanto em termos de saúde mental quanto socioeconomicamente, foram negativamente afetados.

Quanto ao cuidado da saúde no contexto de pandemia, os migrantes angolanos em Londrina/PR entrevistados apontaram que não testaram positivo para a COVID-19, e que procuram tomar todos os cuidados de prevenção contra a COVID-19. Porém, o cumprimento do isolamento social na fase aguda da pandemia não ocorreu em tempo integral. No caso dos migrantes que exercem atividades laborais, apesar de terem apontado que tiveram/têm acesso aos EPIs¹³², destacaram que algumas funções que exercem dificultaram/dificultam o cumprimento de todos os cuidados de prevenção contra a COVID-19.

Fiz o máximo que pude. [...] por trabalhar dentro do covidário durante um ano e três meses, foi difícil. Porque as vezes a gente acaba se descuidando. Mas a gente procura utilizar os EPIs oferecidos pela instituição. Só que em alguns momentos a gente acaba quebrando as regras para defender a vida, para salvar as pessoas. A gente sabe que não pode fazer isso, mas na hora lá que você vê que a vida daquela pessoa depende disso, você acaba quebrando as regras e esquecendo de você, para tentar salvar o outro. É errado, mas, moralmente para nós é o certo (Maria Ngueve).

¹³² Equipamentos de Proteção Individual.

De modo geral, os migrantes apontaram como principais situações que impossibilitam o estrito cumprimento do isolamento social as saídas para a aquisição de bens ou serviços para a satisfação de necessidades básicas (como mercado, farmácia, etc.); o trabalho presencial; e a existência de outro(s) morador(es) do mesmo domicílio que trabalham presencialmente.

Questionados sobre como têm se sentido neste contexto de pandemia, os migrantes angolanos em Londrina/PR apontaram que na fase crítica da pandemia sentiram-se mal psicologicamente - tendo como principais consequências a ausência de sono, estresse e falta de atenção. Com o domínio de mais informações sobre o vírus e o avanço da vacinação, estes migrantes apontaram que o estado psicológico registrou melhorias:

[...] no começo foi aquele medo, porque era um desconhecido, e o ser humano em si tem medo do desconhecido. Então era aquele medo exagerado. **Mas, na medida que fomos tendo mais informações e tendo mais métodos para nos prevenir contra a doença, hoje eu levo de ânimo mais leve.** Lógico, sem baixar a guarda e tendo todos os cuidados possíveis, hoje levo de ânimo mais leve, sem aquela psicose de que, se sair para fora do portão a doença pega, etc. (Kituxi Malamba, grifos nossos).

Entre as principais dificuldades enfrentadas no cotidiano de isolamento social, os migrantes apontaram que sentem fortemente a ausência do relacionamento social, além do agravamento da situação de vulnerabilidade socioeconômica que se agravou no período de pandemia, mas que já existe em função das condições como estes migrantes estão inseridos “[...] no processo produtivo e reprodutivo da sociedade [...]” (BARATA, 2008, p. 20). Isto é, em um processo de relação de produção que os submete à “[...] marginalização e exploração pelo capital econômico” (SALADINI, 2011, p.14).

Neste sentido, 100% dos migrantes apontaram que viram suas situações socioeconômicas agravadas – principalmente os que são profissionais autônomos e que registraram forte redução em suas rendas, e aqueles migrantes que passaram à condição de desempregado em função da pandemia.

Um dos exemplos é a empresa em que eu trabalhava e que fechou nessa pandemia por falta de retorno financeiro. Porque, apesar de ter a pandemia e eu ter o bebê, eu mesma trabalhava remotamente. Mas fechou por causa do retorno financeiro (Carolina Muhongo).

Olha, a pandemia impactou e muito na minha situação socioeconômica em 2020, porque as empresas foram fechando, o desemprego aumentou, e foi

faltando de tudo um pouco, e os preços nos mercados foram aumentando [...] (Kituxi Malamba).

Diante das dificuldades no contexto de pandemia já elencadas, apenas um migrante apontou que teve acesso à medida econômica adotada pelo governo federal para o enfrentamento da crise pandêmica. Considerada a principal medida econômica adotada pelo Brasil na pandemia da COVID-19, o programa de transferência de renda denominado Auxílio Emergencial¹³³ foi adotado com o principal objetivo de abrandar os efeitos da crise sobre as pessoas que, no contexto de pandemia, mais sofreram o impacto financeiro negativo.

Eu tive acesso ao auxílio emergencial. Até foi fácil, e não precisei fazer nada. Todo mundo que está cadastrado no Bolsa Família teve acesso lá no início. Então foi automático. E foi muito bom. Ajudou demais (Carolina Muhongo).

No caso dos migrantes angolanos que participaram das nossas entrevistas e que não tiveram acesso ao Auxílio Emergencial, 4 apontaram que estavam com vínculo empregatício formal – portanto, não atendiam as exigências para o acesso ao benefício -, e 1 apontou que não acessou o direito porque estava com a situação migratória irregular.

A adoção de medidas como o Auxílio Emergencial ou outras políticas públicas são fundamentais para a redução dos níveis de vulnerabilidade socioeconômica e o enfrentamento de situações como o de pandemia do novo coronavírus. Nessa perspectiva, Madeira et al. (2020, s/p), destacam que:

Reside na área de políticas públicas, portanto, a função de compreender a ampla atribuição dos Estados e os tipos de intervenções na sociedade, seja na economia, seja na provisão de serviços públicos. A crise mundial tem revelado que modelos de Estados de bem-estar, com suas distintas formas de cobertura, importam sobremaneira nas formas como os governos têm enfrentado e mitigado a pandemia.

Ainda segundo os autores, quando encaramos com maior seriedade a concepção e a efetiva execução das políticas públicas, seus impactos na prevenção

¹³³ À quando da sua instituição em 2020, além das pessoas já cadastradas no Cadastro Único ou beneficiário do programa Bolsa Família, o direito ao benefício se estendia à [...] pessoas que fazem parte do cadastro de Microempreendedores Individuais (MEI), os contribuintes individuais do INSS, autônomos e trabalhadores informais que não recebem nenhum outro benefício do Governo Federal (com exceção do Bolsa Família) [...], maiores de 18 anos, sem emprego formal, com renda familiar mensal “[...] per capita (por pessoa) de até meio salário mínimo (R\$ 522,50) ou renda familiar mensal total de até três salários mínimos (R\$ 3.135), além de não ter tido rendimentos tributáveis, em 2018, acima de R\$ 28.559,70 (ou seja, que não precisou declarar Imposto de Renda em 2018) [...]” (BRASIL, 2020)

e combate de situações como a da COVID-19 são extremamente positivos (MADEIRA et al., 2020).

Com relação as dificuldades em saúde no cotidiano do isolamento social, entre os migrantes angolanos em Londrina/PR participantes da pesquisa, apenas 2 informaram que enfrentaram dificuldades em saúde no cotidiano do isolamento social. Essas migrantes são mães e informaram que as dificuldades estiveram ligadas a rotina hospitalar que têm em função das crianças.

Algumas vezes procuro me atualizar. Geralmente procuro em jornais, nos noticiários. Acho importante ainda ir atrás dessas informações porque a pandemia ainda não é dada como encerrada. Ela continua. Temos por exemplo a questão das variantes que estão a surgir, então é importante a gente estar atualizado, de modo que qualquer coisa a aparecer de novo, não nos surpreenda (Pedro Vakulukuta).

Apesar de reconhecerem que não mais buscam as informações sobre a pandemia como ocorria na fase crítica, os migrantes angolanos em Londrina/PR que participaram da pesquisa informaram que procuram se manter informados sobre as atualizações da pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa, buscamos analisar a interface entre a escolaridade dos migrantes angolanos em Londrina/PR e o acesso aos serviços de saúde, a partir do novo fluxo migratório de angolanos para o Brasil. Para Aydos (2010), o novo fluxo migratório de angolanos para o Brasil teve seu início na década de 1990 – ainda em um período crítico da guerra fratricida em Angola. Segundo a autora, este novo fluxo migratório é caracterizado por um novo perfil migratório (AYDOS, 2010), composto majoritariamente por jovens formados e/ou em busca de formação acadêmica.

A partir da pergunta central da nossa pesquisa (Qual é a interface entre a escolaridade dos migrantes angolanos em Londrina/PR e o acesso aos serviços de saúde?) - e perseguindo-se os objetivos previamente estabelecidos -, a presente pesquisa foi estruturada a partir dos processos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização – que contemplaram os eixos de análise que da presente pesquisa.

Enquanto na territorialização a análise se concentrou na vivência destes migrantes em Angola e a relação com a política de saúde angolana, na desterritorialização, analisou-se o processo migratório dos angolanos em Londrina/PR a partir da periodização feita por Aydos (2010) e adensada pelas migrações contemporâneas. Já na reterritorialização, analisamos a relação dos migrantes angolanos em Londrina/PR com a política de saúde traçada no Brasil; a relação entre a escolaridade destes migrantes e o acesso aos serviços de saúde no Brasil; bem como a saúde e a situação socioeconômica dos migrantes angolanos em Londrina no contexto de pandemia da COVID-19.

Ao analisarmos a vivência destes migrantes e sua relação com a política de saúde de Angola, identificamos que os migrantes angolanos em Londrina/PR não acessavam com regularidade os serviços de saúde, tanto público quanto privado. A pesquisa demonstrou que essa relação distanciada entre os migrantes angolanos e os serviços de saúde em Angola se deve, em larga escala, pela preferência do uso da medicina tradicional; a divulgação insuficiente sobre a política de saúde e o real funcionamento do sistema nacional de saúde; a não gratuidade efetiva dos serviços públicos de saúde; e a descrença nos serviços prestados tanto em unidades sanitárias públicas quanto em privadas.

Atendendo o fluxo migratório de angolanos em direção ao Brasil, foi possível caracterizar o perfil migratório dos angolanos em Londrina/PR. De acordo com os dados do presente estudo e do SISMIGRA (2020), o perfil migratório dos angolanos em Londrina/PR é marcada pela presença expressiva de jovens, maioritariamente provenientes da capital Luanda, solteiros, escolarizados e trabalhadores. Assim, as características do perfil migratório dos migrantes angolanos em Londrina/PR acompanham os atuais fluxos migratórios de angolanos em direção, como destacados por (FURTADO, 2020).

No processo de reterritorialização, os migrantes angolanos em Londrina/PR apontam a existência de inúmeras diferenças entre os sistemas de saúde de Angola e do Brasil – com maiores vantagens para o SUS. Além das condições das unidades sanitárias e dos mecanismos de publicização da política pública de saúde traçada pelo Estado brasileiro, estes apontam os atendimentos como uma das principais características que diferenciam os dois sistemas de saúde. Designado pelos imigrantes angolanos como a liturgia do atendimento, a humanização no atendimento em saúde foi apontada como um dos principais problemas do Sistema Nacional de Saúde de Angola.

Quanto a relação dos migrantes angolanos em Londrina/PR com a política de saúde traçada no Brasil, identificamos que, ainda que existam algumas posições antagônicas, há uma percepção positiva sobre o acesso aos serviços de saúde. Apesar de reconhecerem facilidades no acesso aos serviços de saúde – ainda que na condição de migrantes – o número de acessos aos serviços de saúde não apresenta diferença significativa quando comparado aos acessos destes migrantes aos serviços de saúde em Angola. A pesquisa permitiu identificar que o acesso dos migrantes angolanos em Londrina/PR é condicionado pelo conceito de doença socialmente construído em Angola e pela preferência no uso da medicina tradicional – fatores que compõem o próprio processo migratório. Como foi apontado por Haesbaert e Porto- Gonçalves (2006, p. 95) os migrantes de maneira geral não são “desterritorializados, mas territorializados de forma muito mais complexa do que a manifestada pelas territorialidades tradicionais uniescalares e bem demarcadas”. Isso significa que os elementos citados anteriormente que compõem o processo migratório dos angolanos em Londrina/PR, têm impacto no processo de reterritorialização dos angolanos no Brasil, em particular, na relação destes com o SUS.

A pesquisa demonstrou que o processo migratório dos angolanos em Londrina/PR é atravessado por elementos – como a presença de diferentes sistemas de saúde no processo de reterritorialização desses migrantes, o conceito de doença construindo socialmente por estes migrantes e o recurso à medicina tradicional - que reduzem a influência da escolaridade no acesso aos serviços de saúde.

Concernente a relação entre a escolaridade dos migrantes angolanos em Londrina/PR e o acesso aos serviços de saúde no Brasil, constatamos que o ambiente acadêmico é o principal espaço de inserção dos migrantes angolanos em Londrina/PR na sociedade brasileira, bem como o mecanismo propulsor do contato destes migrantes com os serviços públicos – em particular o de saúde.

À vista disso, entendemos que a escolaridade dos angolanos em Londrina/PR pode desempenhar um papel importante no acesso destes migrantes aos serviços de saúde no Brasil, uma vez que o ambiente acadêmico se configura em um espaço privilegiado que permite aos migrantes angolanos em Londrina/PR acessarem informações que impulsionam o acesso aos serviços de saúde e demais direitos consagrados – particularmente para os angolanos, que apresentam fluxos migratórios marcados pela forte presença da mobilidade acadêmica.

Ao constatar-se a transcendência da escolaridade para o acesso dos migrantes angolanos em Londrina/PR – e concordando com Santos (2018, p.47) ao apontar que, atualmente, “[...] o multiculturalismo se tornou bastante evidente onde a pluralidade cultural, étnica e religiosas está bem exposto perante a sociedade, com suas diferenças devido a todos fatores que nele apresenta, incluindo a presença de muitos imigrantes” – destacamos que o ambiente escolar é um espaço ainda pouco aproveitado para a concretização de um processo de reterritorialização dos migrantes que possibilite melhores relações com os serviços públicos nas sociedades de instalação.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. SIQUEIRA, S. Migração e Território: uma aproximação teórica. **Anais XXI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Poços de Calda, 2018. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/3298/3157>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

AMORIM, S. G; RUFINO, C. Imigração internacional e Gestão Pública da Saúde na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) – Uma contextualização a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS). **XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP**. Águas de Lindóia, 19-23 nov. 2012.

ANDRADE, A. M. J; TEIXEIRA, M. A. P. Adaptação à universidade de estudantes internacionais: Um estudo de um programa convênio. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**. Porto Alegre, 2009, v. 10, n. 1, p. 33-44. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902009000100006>. Acesso em: 18 mar. 2021.

ANGOLA. Agência Angola Press - ANGOP. **Parlamento aprova OGE para 2020**. Luanda, 2019. Disponível em: <https://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/politica/2019/11/50/Parlamento-aprova-OGE-para-2020,8f27e63f-a786-43a1-bef3-d90ace99def3.html> . Acesso em: 14 mai. 2020.

_____. Conselho de Ministros. **Estratégia Integrada Para a Melhoria do Sistema de Educação 2001-2015**. Luanda, 2001. Disponível em: <https://planipolis.iiep.unesco.org/sites/default/files/ressources/angola_estrategia_integrada_melhoria.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2022.

_____. Comissão Interministerial de Angola. **Últimos dados sobre o COVID-19**. Luanda, 2021. Disponível em: <<https://www.cisp.gov.ao:10443/>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

_____. **Constituição (2010)**. Constituição da República de Angola. Luanda: Imprensa Nacional, 2010b. Disponível em: <<https://governo.gov.ao/ao/angola/a-constituicao/>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

_____. Decreto-Lei nº 2, de 14 de janeiro de 2000. Aprova o estatuto orgânico do Ministério da Saúde. - Revoga o Decreto n.º 2/85 de 2 de Março e toda a legislação que contrarie o disposto neste Decreto-Lei. Luanda, 2000: **Diário da República**: série I, nº 2, p. 22, de 14 de jan. 2000.

_____. Decreto Presidencial nº 262, de 24 de novembro de 2010. Aprova a Política Nacional de Saúde. Revoga toda legislação que contrarie o presente Decreto Presidencial. Luanda, 2010a. **Diário da República**: série I, nº 222, p. 3633, de 24 de novembro de 2010.

_____. **Decreto nº 38-A, de 7 de Agosto de 1992**. Autoriza à Conferência Episcopal de Angola e São Tomé (CEAST) a criar a Universidade Católica de Angola (UCA) como uma instituição da Igreja Católica. Disponível em:

<<https://lexlink.eu/conteudo/geral/ia-serie/63426/decreto-no-38-a92/14793/por-tipo-de-documentolegal>>. Acesso em: 11 out. 2021.

_____. **Lei nº 7, de 15 de Outubro de 2004**. Institui a Lei de Bases da Proteção Social. Disponível em: <https://socialprotection.org/sites/default/files/07_04%20%281%29.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

_____. Instituto Nacional de Estatística. **Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS) 2015-2016**. Luanda, 2017.

_____. **Instituto Nacional de Estatística – INE**. Projecção da População 2014-2050. Luanda, 2014. Disponível em: <<https://www.ine.gov.ao/publicacoes/detalhes/ODQ%3D#>>. Acesso em: 09 out. 2021.

_____. **Instituto Nacional de Estatística – INE**. Resultados Definitivos do Recenseamento Geral da População e da Habitação de Angola 2014. Luanda, 2016.

_____. **Instituto Nacional de Estatística – INE**. Síntese de conjuntura econômica. Luanda, n. 22, 2018.

_____. Jornal de Angola. **Taxa de alfabetismo considerada elevada**. 2019 Disponível em: <<https://jornaldeangola.ao/ao/noticias/detalhes.php?id=435562>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. Lei nº 21-B, de 28 de Agosto de 1992. Lei de Base do Sistema Nacional de Bases do Sistema Nacional de Saúde. - Revoga toda a legislação que contrarie o disposto na presente lei, nomeadamente a Lei n.º 9/75, de 13 de Dezembro, o Decreto n.º 8/76, de 21 de Fevereiro, o Decreto n.º 29/77, de 28 de Março, e a alínea c) do Artigo 4.º da Lei n.º 13/88, de 16 de Julho, no que respeita à área da saúde. Luanda, 1992: **Diário da República**: série I, nº 34, p. 392, de 28 de ago. 1992.

_____. Lei nº 9, de 13 de Dezembro de 1975. Cria o Serviço Nacional de Saúde. Luanda, 1975: **Diário da República**: série I, nº 28, p. 63, de 13 de dezembro de 1975.

_____. Lei nº 17, de 07 de Outubro de 2016. Aprova a nova Lei de Bases do Sistema de Educação e Ensino. Luanda, 2016: **Diário da República**: Serie I, nº 170, p.3993, de 07 de Outubro de 2016. Disponível em: <<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/109840/136418/F1315876591/Untitled.FR12.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2022.

_____. Ministério das Finanças. **OGE do Ano Corrente**. Luanda, 2020b. Disponível em: <<https://www.minfin.gov.ao/PortalMinfin/#!/materias-de-realce/orcamento-geral-do-estado/oge-do-ano-corrente>>. Acesso em: 22 jul. 2021.

_____. Ministério das Finanças. **Assembleia Nacional aprova OGE para 2021**. Luanda, 2020c. Disponível em: <<https://www.minfin.gov.ao/PortalMinfin/#!/sala-de-imprensa/noticias/8596/assembleia-nacional-aprova-oge-para-2021>>. Acesso em: 22 jul. 2021.

_____. **Ministério da Saúde de Angola**. Disponível em:
<<https://www.vacina.gov.ao/index.aspx>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde de Angola. **Plano nacional de desenvolvimento sanitário. 2012-2025**. Luanda, 2012. Disponível em:
<<http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/ang169620.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

_____. Portal Oficial do Governo da República de Angola. **Sistema Nacional de Saúde vai integrar medicina tradicional**. Luanda, 2020a. Disponível em:
<<https://governo.gov.ao/ao/noticias/sistema-nacional-de-saude-vai-integrar-medicina-tradicional/>>. Acesso em: 22 jul. 2021.

_____. Portal Oficial do Governo da República de Angola. **Sobre Angola**. Luanda, c2021. Disponível em: <<https://governo.gov.ao/ao/angola/sobre-angola/>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. **História – 5.ª Classe (Actualização Curricular)**. 1ª ed., 2018.

ANTÓNIO, N. D. **Transição pela transação: uma análise da democratização em Angola**. 2013. 200f. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2013.

ANVERSA, A. C; SANTOS FILHA, V. A. V; SILVA, E. B; FEDOSSE, E. Qualidade de vida e o cotidiano acadêmico: uma reflexão necessária. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 3, p. 626-631, 2018.

ARAUJO, A. P. C; FILARTIGAS, D. M. E; CARVALHO, L. C. Bolivianos no Brasil: migração internacional pelo corredor fronteiraço Puerto Quijarro (BO)/Corumbá (MS). **INTERAÇÕES**. Campo Grande: v. 16, n. 1, p. 131-141, jan./jun. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/inter/a/cTVZgWFFrgNYLLckSdjwbhk/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 25 jun. 2021.

ARAÚJO, C. E. M. Fim do tráfico. In.: **SCHWARCZ, L. M; GOMES, F. (orgs.)**. **Dicionário da escravidão e liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, p. 232, 2018.

ARRUDA, N. M; ALVES, L. C. A influência da escolaridade nas condições de saúde da população idosa da região Sudeste do Brasil: uma análise dos anos de 1998 e 2008. **Anais XXI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Poços de Calda, 2018. Disponível em:
<<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/3258/0>>. Acesso em: 01 fev. 2021.

ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**. Bahia: v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em 29 jul. 2021.

AYDOS, M. R. **Migração forçada**: uma abordagem conceitual a partir da imigração de angolanos para os estados de São Paulo e do Rio de Janeiro, Brasil (1970-2006).

Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2010. Disponível em:
<<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/279346>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**. Bahia: v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em 02 nov. 2020.

AYDOS, M. R. **Migração forçada**: uma abordagem conceitual a partir da imigração de angolanos para os estados de São Paulo e do Rio de Janeiro, Brasil (1970-2006). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2010. Disponível em:
<<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/279346>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

BAENINGER, R (Org.). **Imigração Boliviana no Brasil**. Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; Fapesp; CNPq; Unfpa, 2012. 316 p.

BAENINGER, R; PERES, R. Migração de crise: a migração haitiana para o Brasil. **Rer. Bras. Est. Pop.**, Belo Horizonte, v. 34, n.1, p. 119-143, jan./abr. 2017. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/MzJ5nmHG5RfN87c387kkH7g/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 24. Jun. 2017.

BAENINGER, R. **Fases e faces da migração em São Paulo**. Campinas: Nepo/Unicamp, 2012. 146 p.

BAHIA, L. Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil et al. Dicionário da educação profissional em saúde. EPSJV, 2008 e (texto 6b) **Revista Poli – Saúde, Educação, Trabalho. SUS: 30 anos**. Ano X, n.59, Edição Especial, julho 2018.

BANCO MUNDIAL. **Angola: aspectos gerais**. c2021. Disponível em:
<<https://www.worldbank.org/pt/country/angola/overview>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

BARATA-FEYO. J. M. A LUTA POR Angola vista do lado da UNITA (1984) Parte 2. **Youtube**. 22 out. 2018. Disponível em:
<<https://www.youtube.com/watch?v=Psh1AC2FgOE&t=1402s>>. Acesso em: 25 jun. 2021.

BARBOSA, C. L. B; MARINHO, D. M; CARVALHO, L. S. C. O. Debate como metodologia de ensino para a aprendizagem crítica. In: **ALMEIDA, B. T; CARVALHO, D. A. S. O. [Orgs.]. Programa de Residência Pedagógica na Licenciatura em Informática: Partilhando possibilidades**, p. 22-32. Natal: Faculdade Metropolitana Norte Rio-grandense, 2020. Disponível em:
<<https://www.editorafamen.com.br/product/programa-de-residencia-pedagogica-na-licenciatura-em-informatica-partilhando-possibilidades/>>. Acesso em: 07 out. 2021.

BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde: condições sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo: v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, M. L.; BARROS, A. J.; D. CARVALHO, M. S.; CODEÇO, C. T.; HALLAL, P. R. C.; MEDRONHO, R. A.; STRUCHINER, C. J.; VICTORIS, C.; GWERNECK, G. L. O quê urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Santa Catarina: v. 23, s. 22, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720200032>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

BASSO, P. Sviluppo diseguale, migrazioni, politiche migratory. In: **BASSO, P. PEROCOO, F. (Org.). Gli imiigrati in Europa: desiguaglianze, razzismo, lotte. Parte prima**. Milão: Franco Angeli, 2003.

BESARRIA, V. S. C; BESARRIA, C. N; IBIAPINA, G. R; ARAÚJO, D. K. L; NÓBREGA, A. C; IBIAPIA, W. V. Análise da relação entre escolaridade e a saúde da população brasileira. **Revista Espacios**, v. 37, n. 02, p. 10, 2016. Disponível em: <<https://www.revistaespacios.com/a16v37n02/16370210.html#:~:text=No%20geral%2C%20foi%20constatado%20que,que%20possuem%20de%2015%20a>>. Acesso em: 05 nov. 2020.

BILLON, P. L. Angola's Political Economy of War: the role of oil and diamonds, 1975-2000. **African Affairs**, Oxford, v. 100, p. 55-80, 2001. Disponível em: <<https://academic.oup.com/afraf/article-abstract/100/398/55/23113?redirectedFrom=fulltext>>. Acesso: 16 mai. 2020.

BOECKMANN DE ANDRADE, B. **Angola, entre a dor e a cura: repensando a produção de conhecimento médico**. Brasília, 2016. 120 p. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/21205/1/2016_BrunaBoeckmanndeAndrade.pdf>. Acesso em 27 de jul. 2021.

BRASIL, F. G; CAPELLA, A. C. N. **Os Estudos das Políticas Públicas no Brasil: passado, presente e caminhos futuros da pesquisa sobre análise de políticas**. Revista Política Hoje, v. 25, n. 1, p. 71-90, 2016.

BRASIL. Agência Brasil. **Terremoto que matou 300 mil no Haiti faz 10 anos**. Brasília, 2020b Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-01/terremoto-que-matou-300-mil-no-haiti-faz-10-anos>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. **Lei nº 581, de 4 de setembro de 1850**. Estabelece medidas para a repressão do tráfico de africanos neste Império. *Coleção das leis do Império do Brasil*, v. 1, parte 1, p. 267. Rio de Janeiro, 1850. Disponível em: <https://bd.camara.leg.br/bd/handle/bdcamara/18364?_ga=2.236736129.1822895735.1633453255-2017921139.1627419708>. Acesso em: < 05 set. 2021.

_____. **Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997**. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. Brasília, 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9474.htm>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. **Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei da Migração. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. **Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980.** Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. Brasília, 1980. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6815.htm>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. **Lei nº 818, de 19 de setembro de 1949.** Regula a aquisição, a perda e a reaquisição da nacionalidade, e a perda dos direitos políticos. Brasília, 1949. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l0818.htm>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Relatório de participação dos imigrantes no mercado formal.** Brasília, 2018a.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Departamento de Polícia Federal.** Brasília, 2018b.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Divisão de Temas Educacionais.** Orientação sobre Vistos e Documentação para Estudantes Estrangeiros. Disponível em: <http://www.dce.mre.gov.br/estrangeiros/vistos_e_documentacao.php>. Acesso em: 09 ago. 2021.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Brasil registra mais de 700 mil imigrantes entre 2010 e 2018.** Brasília, 2019. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/news/collective-nitf-content-1566502830.29>>. Acesso em: 07 jul. 2021. Brasília, 2018b.

_____. Ministério da Saúde. **O que você precisa saber sobre a Covid-19.** Brasília, 2020a. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. **Portaria Interministerial nº 13, de 16 de dezembro de 2020.** Dispõe sobre a concessão do visto temporário e da autorização de residência para fins de acolhida humanitária para nacionais haitianos e apátridas residentes na República do Haiti. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-interministerial-n-13-de-16-de-dezembro-de-2020-295228173>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Relatório de participação dos imigrantes no mercado formal.** Brasília, 2018a.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Departamento de Polícia Federal.** Brasília, 2018b.

_____. Ministério da Educação. **Programa de Estudantes Convênio de Graduação.** Brasília, 2018c.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Comitê Nacional para os Refugiados.** Brasília, 2018d.

_____. Casa Civil. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 29 jan. 2021.

_____. Casa Civil. **Decreto 7508 de 28 de junho de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 29 jan. 2021.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2011/decreto-7508-28-junho-2011-610868-norma-pe.html>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

_____. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 27 jul. 2021.

_____. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília, 2015. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2015/emendaconstitucional-86-17-marco-2015-780276-publicacaooriginal-146355-pl.html>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

_____. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 27 jul. 2021.

_____. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 27 jul. 2021.

_____. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília,

1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 27 jul. 2021.

_____. **Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 29 abr. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Brasília, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2019**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_2019.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>>. Acesso em: 23 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fo lheto.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 24**. Brasília, 2009. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Brasil confirma primeiro caso da doença**. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>>. Acesso em: 21 set. 2021.

_____. Ministério da Cidadania. **Auxílio Emergencial 2020**. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/servicos/auxilio-emergencial/auxilio-emergencial-2020>>. Acesso em: 21 set. 2021.

_____. **Resolução Normativa nº 108, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2014**. Dispõe sobre a concessão de visto temporário ou permanente e permanência definitiva a título de reunião familiar

_____. **Resolução Normativa nº 36, DE 28 DE SETEMBRO DE 1999**. Concessão de visto temporário ou permanente a título de reunião familiar.

_____. Controladoria Geral da União. **Portal da Transparência**. Função Específica – Saúde. Brasília, c2022. Disponível em: <<https://portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2021>>. Acesso em: 21 abr. 2022

BRAVO, M. I. S; PELAEZ, E. J; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 6-23, 2018. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6545985>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRITO NETO, M. **História e Educação em Angola: da ocupação colonial ao MPLA**. Campinas: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 2005.

CANGUE, J. Exclusão social e pobreza na qualidade de ensino: estudo de caso no ensino primário em Angola. **Revista Educação, Pesquisa e Inclusão**, Boa Vista, v. 1, p. 169-182, 2020. Disponível em: <<https://revista.ufr.br/rep/article/view/e202013>>. Acesso em: 09 out. 2021.

CARDOSO, B. **A morte do velho Kipacaça**. Luanda: Editora UEA, 1987.

CARNEVALLI, J. A; MIGUEL, P. A. C. Desenvolvimento da pesquisa de campo, amostra e questionário para realização de um estudo de tipo survey sobre a aplicação do qdf no Brasil[Resumo]. In: **Anais do XXI ENEGEP, Salvador, Bahia**, 2001. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2001_tr21_0672.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2021.

CARVALHO, C. A. J. A contribuição do conceito de território para uma gestão socialmente justa da cidade. In: **GARIBE, R; CAPUCCI, P. Gestão local nos territórios da cidade: ciclo de atividades com as subprefeituras**. São Paulo, São Paulo (Cidade). Secretaria das Subprefeituras, 2004. p.57-65. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=429924&indexSearch=ID>>. acessado em: 01 fev. 2021.

CASTAÑEDA, H. **Im/migration and health**: conceptual, methodological, and theoretical propositions for applied anthropology. **American Anthropological Associates (AnthroSource)**, Napa Bulletin, v.1, n.34, p.6-27, 2010. Disponível em: <<https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1556-4797.2010.01049.x>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T; MACÊDO, M; PEREDA, L. **Resumo Executivo Imigração e Refúgio no Brasil. A inserção do imigrante, solicitante de refúgio e refugiado no mercado de trabalho formal**. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília: OBMigra2019.

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T; MACÊDO, M. **Relatório Anual OBMigra 2020**. Disponível em: <<https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/dados/relatorio->

anual/2020/OBMigra_RELAT%C3%93RIO_ANUAL_2020.pdf> Acesso em: 25 jun. 2021.

CECCIM R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic., Saúde, Educ., Botucatu**, v.9, n.16, p.161- 177, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

COHEN, G. A. **Forças produtivas e relações de produção**. Crítica Marxista, n. 13, p. 63-82, 2010.

CONVÊNÇÃO RELATIVA AO ESTATUTO DOS REFUGIADOS. 28 jul. 1951.

Disponível em:

<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_a_o_Estatuto_dos_Refugiados.pdf>. Acesso em: 08 out. 2021.

COUNTRY ECONOMY. **Angola – Demografia e economia**. Disponível em:

<<https://pt.countryeconomy.com/paises/angola>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. **Angola – Esperança de vida ao nascer**. Disponível em:

<<https://pt.countryeconomy.com/demografia/esperanca-vida/angola>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

_____. **Angola – Taxa de Alfabetização**. Disponível em:

<<https://pt.countryeconomy.com/demografia/taxa-alfabetizacao/angola>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

CHAUÍ, Marilena. **Brasil: mito fundador e sociedade autoritária**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2000.

CHAVEZ ELORZA, M. G. E pur si muove. Elementos para una teoría de las migraciones en el capitalismo global. **Migr. Inter**, Tijuana , v. 9, n. 4, p. 255-258, dez. 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062018000200255&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 07 jul. 2021.

CHILUMBO, A. E. J. **O sistema educativo angolano e sua adequação no contexto cultural das zonas rurais em Huambo – Angola (África)**. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, ano 04, ed. 07, vol. 13, p. 05-19. Jul/2019. Disponível em:

<<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/sistema-educativo-angolano>>. Acesso em: 09 out. 2021.

CORREIA, S. A. B. Cem anos de historiografia da Primeira Guerra Mundial: entre história transnacional e política nacional. **Revista Topoi**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 29, p. 650-673, jul./dez., 2014. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/topoi/a/xm4mGJ7mGT8w7C7mbdTjk6w/?lang=pt>>. Acesso em: 08 out. 2021

- CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: **MINAYO, M. C. de S. (org.); DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21ª edição. Petrópolis: Vozes, 2002.
- CURY, C. R. J. Direito à educação: direito à igualdade, direito à diferença. **Cadernos de Pesquisa**, n. 116, p. 245-262, jul. 2002.
- CYMBALISYA, R; XAVIER, I. R. A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade. **Cad. Metrópole**, n. 17, p. 119-33, 2007. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/8767>>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- DIAS, A. C. S. Migração Internacional no Brasil: persistências históricas e tendências contemporâneas. **Vértices**, Campos dos Goitacazes, v. 22, n. Especial, p. 851-870, 2020. DOI: <https://doi.org/10.19180/1809-2667.v22nEspecial2020p851-870>. Disponível em: <<http://www.essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/15826>>. Acesso em: 09 mar. 2022.
- DIAS, G. Mobilidade migratória: uma leitura crítica para além de metáforas hidráulicas. **REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.**, Brasília, v. 27, n. 57, dez. 2019, p. 61-78.
- DIEHL, R. C; MENDES, J. M. R. OS SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA: UM ESTUDO COM BASE NA PRODUÇÃO QUALIFICADA DA ÁREA DO SERVIÇO SOCIAL (2013-2018). In: **XVI Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea, 2019**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2019, p.1-16. Disponível em: <<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/19602/1192612317>>. Acesso em: 19 abr. 2021.
- DIEME, K.; TONHATI, T.; PEREDA, L. A migração haitiana e a construção de seus “Nortes”: Brasil um “Norte” alternativo e temporário. **Revista Brasileira de Sociologia**, Porto Alegre, v. 8, n. 19, p. 126-147, maio/ago. 2020.
- DOMENACH, H; PICOUET, M. **Las Migraciones**. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, Dirección General de Publicaciones, 1995.
- DOMINGOS, W. C. Vozes de Mulher Gênero e cidadania em Angola. **Revista Especialidades [online]**, v. 13, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://cchla.ufrn.br/espacialidades/v13/2018-dossie07.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2022.
- DUTRA, D. **Migração internacional e trabalho doméstico: mulheres peruanas em Brasília**. Brasília: CSEM; Sorocaba, SP: OJM, 2013. 352 p.
- DURKHEIM, É. **As Regras do Método Sociológico**. 9ª ed. Lisboa: Editora Presencial, 2004.
- DUARTE, C; CABRAL, S. O diferencial de salários dos imigrantes no mercado de trabalho português. BANCO DE PORTUGAL, publicações e estudos, 2012.

Disponível em: <<https://www.bportugal.pt/paper/o-diferencial-de-salarios-dos-imigrantes-no-mercado-de-trabalho-portugues>>. Acesso em: 17 set. 2021.

Esteves, A; et al. **Condições de vida e inserção laboral de imigrantes em Portugal: efeitos da crise de 2007-2008**. Observatórios das Migrações, ACM. IP, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/38415>>. Acesso em: 20 mai. 2022.

FAQUIN, E. S.; BETTIOL LANZA, L. M. Imigrantes e seus “Acessos” às Políticas de Seguridade Social: reflexões acerca da Região Metropolitana de Londrina/PR. **O Social em Questão**, n. 41, p. 131-154, mai./ago. 2018.

FERNANDES, F; BASTIDE, R. **Branco e negro em São Paulo**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1959.

FERNANDES, J. M. Hospital Josina Machel (antigo Hospital Dona Maria Pia). **Patrimônio de Influência Portuguesa**. C2021. Disponível em: <<https://hpip.org/pt/Heritage/Details/65>>. Acesso em: 13 set. 2021.

FILIPPE, L. A problemática da escrita no ensino superior em Angola: instrumentos de remediação. **Fólio-Revista de Letras**, Vitória da Conquista, v. 11, n. 2, p. 195-219, jul. /dez., 2019. Disponível em: <<https://periodicos2.uesb.br/index.php/folio/article/view/5571/4608>>. Acesso em: 11 out. 2021.

FLEURY, S; OUVERNEY, A. M. Política de Saúde: Uma Política Social. *In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2 ed., rev., amp; 2014. p.25-57, tab, graf.* Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXT0_1_POLITICA_DE_SAUDE_POLITICA_SOCIAL.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

FONSECA, D. J. A tripla perspectiva: a vinda, a permanência e a volta de estudantes angolanos no Brasil. *Pro-Posições*. Campinas: jan./abr. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73072009000100003>>. Acesso em: 16 nov. 2020.

FRANCISCO, W. C. Migrações internacionais. **Mundo educação**, c2021. Disponível em: <<https://mundoeducacao.uol.com.br/geografia/migracao-internacional.htm>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ - FIOCRUZ. **Monitoramento da assistência hospitalar no Brasil (2009-2017)**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/print/42808>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF . **Crise da migração venezuelana no Brasil**. Brasília: Escritório de Representação do UNICEF no Brasil, 2019. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-brasil>>. Acesso em> 07 jul. 2021.

_____. **Orçamento Geral do Estado 2018, Educação**. Luanda: Escritório de Representação do UNICEF em Angola, 2018. Disponível em: <<https://www.unicef.org/esa/media/2436/file/UNICEF-Angola-2018-Education-Budget-Brief.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

FURTADO, S. C. **Migração internacional em São Paulo: Jingas de Angola, mulheres angolanas**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2020.

FURTADO, S. C. Migrações Angolanas. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” - Nepo/Unicamp, 2020. 170p.

FUSCO, W. **Redes sociais na migração internacional**: o caso de Governador Valadares. In: Textos Nepo n. 40. Campinas: Unicamp, 2002. Disponível em: <<https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/colecaoTextos.php>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

GELLNER, E. O advento do nacionalismo e sua interpretação: os mitos da nação e da classe. In: **Balakrishnan, Gopal. Um Mapa da Questão Nacional**. Rio de Janeiro: Contraponto, p. 107-127, 1996.

GIDDENS, A. **A contemporary critique of historical materialism**. Stanford: Standford University Press, 1995.

GIL, I. C. Territorialidade e Desenvolvimento Contemporâneo. **REVISTA NERA**. Bauru: ano 7, n. 4 – jan/julh, 2004. Disponível em: <<https://revista.fct.unesp.br/index.php/nera/article/view/1476>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

GOLDBERG, A.; MARTIN, D.; SILVEIRA, C. Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. **Interface: Comunicação, Saúde. Educação**. Botucatu: v. 19, n. 53, p. 229-232, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200229&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2021.

GOLDBERG, A.; MARTIN, D.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde e Sociedade**, vol.27, n.1, pp.26-36, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170870>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

GOMES, A. C. Imigrantes italianos: entre a italianità e a brasilidade. In: **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**. Brasil: 500 anos de povoamento. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<https://brasil500anos.ibge.gov.br/territorio-brasileiro-e-povoamento/italianos/razoes-da-emigracao-italiana.html>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

GOMES, S. F. **Relações entre língua oficial e línguas locais na escola: como as crianças de aldeias de Cabinda/Angola aprendem o português e em português**. 155f. Dissertação de Mestrado apresentada a Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-9N5LDM/1/disserta__o_para_in_cio_imprimir.pdf>. Acesso em 25 fev. 2022.

GONÇALVES, M. A. **Organização e funcionamento do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciência de da Administração/ UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2014, 132p.

GONDIM, G. M. M; MONKEN, M. BAHIA, L. Territorialização em saúde. In: **PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro, EPSJV, 2 ed. rev. ampl., p. 392-399, 2008. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

GONDIM, G. M. M; MONKEN, M. Território e territorialização. In: **GONDIM, G. M. M; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M (Org.). Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 21-44, 2017. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26065>>. Acesso em: 07 jul. 2021

GREGOR, V. Imigração alemã: formação de uma comunidade teuto-brasileira. In: **Brasil: 500 anos de povoamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<https://brasil500anos.ibge.gov.br/en/territorio-brasileiro-e-povoamento/alemaes/condicoes-de-emigracao.html>>. Acesso em: 07. Jul. 2021.

GRINBERG, K. Nova língua interior: os judeus no Brasil. In: **Brasil: 500 anos de povoamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<https://brasil500anos.ibge.gov.br/territorio-brasileiro-e-povoamento/judeus.html>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

GROSSMAN, M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. **Journal of Political Economy**, v. 80, n. 2, p. 223–255, mar./abr.1972. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/1830580>>. Acesso em: 15. Set. 2021.

GUIBU, I. A; MORAES, J. C; COSTA, E. A; ACURCIO, F. A; COSTA, K. S, *et al.* Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Supl. 2-17, 2017

GUIMARÃES, L. M. P.; VAINFAS, R. Sonhos galegos: 500 anos de espanhóis no Brasil. In: **Brasil: 500 anos de povoamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<https://brasil500anos.ibge.gov.br/territorio-brasileiro-e-povoamento/espanhois.html>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

HAESBAERT, R.; PORTO- GONÇALVES, C., W. **A nova des-ordem mundial**. São Paulo: UNESP, 2006.

HAESBAERT, R.; BRUCE, G. A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari. **GEOgraphia**, Niterói, v. 4, n. 7, 2002. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/geographia/issue/view/824>>. Acesso em: 07 jul. 2014.

HAESBAERT, R. Desterritorialização: entre as redes e os aglomerados de exclusão. In: **CASTRO, et. al. (Orgs.). Geografia: Conceitos e Temas**. RJ: Bertrand Brasil, 1995.

_____. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____. Território e multiterritorialidade: um debate. *Revista GEOgraphia*, Niterói, ano 9, n.17, p. 19-45, 2007. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/geographia/article/view/13531/0>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. **Territórios alternativos.** Rio de Janeiro: Editora Contexto, 2002.

_____. **Des-territorialização e identidade: a rede “gaúcha” no nordeste.** Rio de Janeiro: Editora Contexto, 1997. Disponível em: <<http://www.eduff.uff.br/ebooks/Des-territorializacao-e-identidade.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. Da Desterritorialização à Multiterritorialidade. **Boletim Gaúcho de Geografia**, v. 9, n. 1, 2003. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/bgg/article/view/38739/26249>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

HAESBAERT, R. O mito da desterritorialização: do fim dos território à multiterritorialidade. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

HAIDER, A. **Armadilha da identidade: raça e classe nos dias de hoje.** Tradução de Leo Vinicius Liberato. São Paulo: Veneta, 2019 (Coleção Baderna).

HANDERSON, J. Diáspora, sentidos sociais e mobilidades haitianas. *Horizontes Antropológicos*, ano 21, n. 43, p. 51-78, 2015.

HANDERSON, J. **Diáspora. As dinâmicas da mobilidade haitiana no Brasil, no Suriname e na Guiana Francesa.** Tese de Doutorado. UFRJ/ Museu Nacional – Rio de Janeiro, 2015.

HARRIS, J. R; TODARO, M. P. Migration, unemployment and development: a two sector analysis. In: **American Migration Review**, vol.60 nº1, pg.126-142, mar., 1970. Disponível em: < <https://www.jstor.org/stable/1807860>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

HEGENBERG, L. **Doença: um estudo filosófico** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 137 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pdj2h>>. Acesso em: 20 set. 2021

HOBSBAWM, E. J. **Nações e nacionalismos desde 1970: programa, mito e realidade.** Tradução Maria Celia Paoli, Anna Maria Quirino. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

Humanização. **Fundação Oswaldo Cruz.** Rio de Janeiro, c2021. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/humanizacao>>. Acesso em: 20 set. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. **Brasil: 500 anos de povoamento**. Rio de Janeiro: 2000. Disponível em: <<https://brasil500anos.ibge.gov.br/territorio-brasileiro-e-povoamento.html>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua PNAD contínua -Características gerais dos domicílios e dos moradores 2019**. Brasília: 2019a. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. **Informativo IBGE sobre Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica, n.41, em nov. 2019b.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2019 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019c. p. 130. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. Estimativa populacional 2020 IBGE. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/londrina/panorama>>. Acesso em: 17 set. 2021.

_____. Panorama de Londrina (PR). Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/londrina/panorama>>. Acesso em: 07 set. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, n. 13. Brasília: Ipea, 2007. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5776&Itemid=9>. Acesso em: 05 out. 2021.

_____. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, n. 28. Brasília: Ipea, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=37679&Itemid=9>. Acesso em: 21 abr. 2022.

ISIDRO, E. C. A proteção social em Angola: tensões e perspectivas em tempo de crise agravada pela COVID-19. **Humanidades & Inovação**, Palmas, v. 8, n. 39, p. 63-75, 2021. Disponível em: <<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/5746>>. Acesso em: 14 abr. 2022.

_____. **Serviço social: cotidiano e produção de conhecimento em Angola**. 2019. 148 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019

JANNUZZI, P. M. Indicadores no ciclo de políticas e programas sociais no Brasil. In: **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE**. Indicadores sociais: Passado, Presente e Futuro. Rio de Janeiro: 2017.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores Sociais no Brasil**. Campinas: Editora Alínea, 2017.

JEAN BAPTISTE, M. D. **O Haiti está aqui: uma análise da compreensão dos imigrantes haitianos sobre a política social no Brasil**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2018. 201f.

JUNIOR, N. C; OLIVEIRA, R. L. S; JESUS, C. H; LUPPI, C. G. Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 13, n. 2, out. 2011 . Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122011000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 jun. 2021.

KANDANDA, C. T. Os meandros da fundação da UNITA. **Jornal Club-K [online]**, Luanda, 20 jun. 2016. Disponível em: <https://www.club-k.net/index.php?option=com_content&view=article&id=24733:os-meandros-da-fundacao-da-unita-carlos-kandanda&catid=9&lang=pt&Itemid=1078>. Acesso em: 25 fev. 2022.

KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. **Psicologia em Estudo**, v. 6, n.1, p.17- 27, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-73722001000100003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 fev. 2021.

KNOEMA. **Atlas mundial de dados – Angola – Pobreza.**, 2019. Disponível em: <<https://pt.knoema.com/atlas/Angola/%C3%ADndice-de-GINI>>. Acesso em: 07 jul. 2021

KODAMA, K. O sol nascente do Brasil: um balanço da imigração japonesa. In: **Brasil: 500 anos de povoamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: < <https://brasil500anos.ibge.gov.br/territorio-brasileiro-e-povoamento/japoneses.html>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

KRIPKA, R. M. L; SCHELLER, M; BONOTTO, D. L. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. **4º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (IV CIAIQ 2015)**. Investigação Qualitativa em Educação, v. 2. Sergipe: 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/280924900_Pesquisa_Documental_consideracoes_sobre_conceitos_e_caracteristicas_na_Pesquisa_Qualitativa_Documentar_y_Research_consideration_of_concepts_and_features_on_Qualitative_Research>. Acesso em: 26 jan. 2021.

LAURELL, A. C. La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, supl. 2, e00043916, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/TjQrjYBhcgYKYKHh7Nv8cHS/?lang=es>>. Acesso em: 17 jul. 2021.

LAVAL, C; DARDOT, P. **La Nueva Razón del Mundo**. Gedisa Editora, Barcelona, 2013.

LEMES, JR; BETTIOL LANZA, L. M; FAQUIN, E. S; ROMIZI, F; RODRIGUES, J. R; DOS SANTOS, K. V. Perfil de imigrantes da região metropolitana de Londrina/PR. Cambé, PR: Grupo SerSaúde – UEL, 2020.

LESSA, D.K.P.F.T.M. **Direitos Fundamentais do Migrante Internacional: mudança de paradigma legislativo frente ao novo contexto migratório global.** 2016. 265f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2016.

LIMA, J. C. Transposição didática e modelos de simulações: o caso da Conferência de Berlim. **14º Encontro Nacional de Prática de Ensino Geografia Políticas, Linguagens e Trajetórias**, 29 jun./04 jul., 2019. Campinas: Universidade Estadual de Campina.

Londrina (PR). **História da Cidade de Londrina.** Disponível em: <<https://portal.londrina.pr.gov.br/historia-cidade>>. Londrina, 2019. Acesso em: 07 set. 2021.

LOPES, C. M. Que efeitos da paz na redução da pobreza? Uma perspectiva a partir dos dados empíricos recolhidos nas cidades do Huambo e Luanda. In: **Rodrigues, C. U. Costa, A. B. Pobreza e Paz nos PALOP.** Lisboa: Sextante, 2010.

LUZ, N. V. O industrialismo e o desenvolvimento econômico do Brasil 1808-1920. **Revista de História**, v. 27 n. 56, p. 271 – 285, 1963. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/view/122193>>. Acesso em: 08 out. 2021.

MADEIRA, L. PAPI, L. GELISKI, L. ROSA, T. Os estudos de políticas públicas em tempos de pandemia. **DADOS – Revista de Ciências Sociais.** Rio de Janeiro: 2020. Disponível em: <<http://dados.iesp.uerj.br/os-estudos-de-politicas-publicas-em-tempos-de-pandemia/>> Acesso em: 07 jul. 2021.

MACHADO, E, M; KYOSEN, R. O. Política e Política Social. **Serviço Social em Revista**, v. 3, n. 1, p. 61-68 jul/dez, 2000. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/n1v3.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2021.

MARCONDES, D. A Descoberta do Novo Mundo e a Crise da Ideia de Natureza Humana Universal. *Revista Crítica Histórica*, ano VI, n. 12, dez./2015. Disponível em: <<http://www.revista.ufal.br/criticahistorica/attachments/article/254/Dossi%C3%AA%207.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2021.

MARINUCCI, R; MILESI, R. Migrações Internacionais Contemporâneas. Instituto das Migrações e Direitos Humanos. Brasília, 2005. Disponível em: <https://www.migrante.org.br/refugiados-e-refugiadas/migracoes-internacionais-contemporaneas/>. Acesso em: 07 jul. 2021.

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações básicas para a pesquisa. In: **MOTA, A. E. et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** 2ª. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <<https://www.poteresocial.com.br/livro-servico-social-e-saude-para-download/>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. In: _____. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MARTINS, José de Souza. O Problema das Migrações no Limiar do Terceiro Milênio. In: **O Fenômeno Migratório no Limiar do Terceiro Milênio. Desafios Pastorais**. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

MARX, K. Infraestrutura e Superestrutura: O 'prefácio' da Contribuição à Crítica da Economia Política. Trad. Florestan Fernandes. In: **IANNI, O (org.). Marx – sociologia**. 3.ed. Col. Grandes Cientistas Sociais. São Paulo: Ática, 1982.

MASSEY, D. S. Economic development and international migration in comparative perspective. In: **Population and Development Review**, v.14, n. 3, p. 383-413, set., 1988. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/1972195>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

MASSEY, D. S; ARANGO, J; HUGO, G; KOUAOUICI, A; PELLEGRINO, A; TAYLOR, J. E. Theories of international migration: A review and appraisal. In: **Population and Development Review**. New York: Population Council, vol.19, n.3, p. 431-466, set., 1993. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/2938462>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.25, n. 4, mar. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>>. Acesso em: 11 de mai. 2022.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: **MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>>. Acesso em: 15, jul. 2021.

MATTA, G. C; MORENO, A. B. Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, 2014, v. 18, n. 48, pp. 09-22. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0230>>. Acesso em: 27 Jul. 2021.

MATTEI, L. F. Sistema de proteção social brasileiro enquanto instrumento de combate à pobreza. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 57-65, jan./abr. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/XVMxSPvRYVVj86YGbSsj56N/?lang=pt>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

MAUCH, C; VASCONCELOS, N. **Os alemães no sul do Brasil: cultura, etnicidade e história**. Canoas: Ed. Ulbra, 1994. 222 p.

MEDEIROS, A. A. **Deslocamento, interculturalidade e transitividade migratória em filmes dirigidos por Karim Ainouz**. Bauro: UNESP, 2018. Disponível em:

<<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/157284?locale-attribute=en>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

Medicina tradicional em Angola precisa de normas para regular a atividade. **LUSA**, Lisboa, 08 ago. 2018. Disponível em: <<https://www.lusa.pt/article/2018-08-06/24620100/medicina-tradicional-em-angola-precisa-de-normas-para-regular-a-atividade>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

MENEZES, A. P. R; MORETTI, B; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate** [online]. v. 43, n. especial 5, pp. 58-70. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001000058&tlng=pt>. Acesso em: 27 jul. 2021.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Revista Ciência Saúde Coletiva [online]**, v.15, n.5, p. 2297–2305, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 24 out. 2021.

_____. O dilema do SUS. **Conasems**, 2004 3 p. Disponível em: <<http://repositoriosanitaristas.conasems.org.br/jspui/handle/prefix/622>>. Acesso em: 21 out. 2021.

_____. As redes de atenção à saúde, 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011, 549 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em 24 out. 2021.

MENDES, J. M. R.; WÜNSCH, D. S. Trabalho, classe operária e proteção social: reflexões e inquietações. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 241-248, jul./dez. 2009.

MIGUELES, C. **Pesquisa: por que administradores precisam entender disso?** 2 ed. Rio de Janeiro: E-Papers Serviços Editoriais, 2004.

MISSÃO PAZ. **Origem dos atendidos: dados 2016**. Disponível em: <<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1AjvAsFmiS5gzYZ1VFXPTvkAry04eXDdx2AZuOP-iEdg/edit#gid=0>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

MONTEIRO, B. M. **Imigração em Portugal e a comunidade angolana**. Dissertação de mestrado em Antropologia Social e Cultural, apresentada ao Departamento de Ciências da Vida da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra. Coimbra: 2012. 77p.

MORAES SÁ, R. O Princípio Constitucional da Publicidade. **Revista Científica Semana Acadêmica**. Fortaleza, ano MMXIV, nº. 56, 02 jun. 2014. Disponível em: <<https://semanaacademica.org.br/artigo/o-principio-constitucional-da-publicidade>>. Acesso em: 21 ago. 2021.

MOREIRA, P. O; DALLABRIDA, V. R; MARCHESAN, J. Processos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização (TDR): um estudo sobre a

realidade socioeconômica no planalto norte catarinense. **DRdv – Desenvolvimento Regional em debate**. Santa Catarina: v. 6, n. 2, ed. Esp., p. 88-103, jul., 2016. Disponível em: <<https://www.periodicos.unc.br/index.php/drd/article/view/1210>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

MOTT, M.L. Imigração árabe: um certo oriente no Brasil. In: **Brasil: 500 anos de povoamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<https://brasil500anos.ibge.gov.br/territorio-brasileiro-e-povoamento/arabes/razoes-da-emigracao-arabe.html>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

NDOMBELE, E. D; TIMBANE, A. A. O ensino da língua portuguesa em Angola: reflexões metodológicas em contexto multilíngue. **Fólio – Revista de Letras**, Vitória da Conquista, v, 12, n. 1, jan./jun., 2020. Disponível em: <<https://periodicos2.uesb.br/index.php/folio/article/view/6604>>. Acesso em: 08 mar. 2022.

NETTO, J. P. Crise do capital e consequências societárias. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul/set. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000300002>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

NOGUEIRA, M. A. **As possibilidades da política: ideias para a reforma democrática do Estado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

NORONHA, A. B. Interculturalidade em saúde: formação para o diálogo. **Revista RETS**. Rio de Janeiro: n. 6, p. 8-12, abr./mai./jun., 2010. Disponível em: <<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/revistas/2010/revista-rets-no6>>. Acesso em: 19 mar. 2021.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POPULAÇÃO “ELZA BERQUÓ” – NEPO. Observatório das Migrações em São Paulo – Unicamp-CNPq. **Imigrantes Internacionais registrados (Registro Nacional de Estrangeiro – RNE / Registro Nacional Migratório – RNM)**. Disponível em: <<https://www.nepo.unicamp.br/observatorio/bancointerativo/numeros-imigracao-internacional/sinre-sismigra/>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

OLIVEIRA, A. T. R; A dinâmica demográfica de imigrantes e refugiados no Brasil na década de 2010. In: **CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. Relatório Anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil**. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2021.

OLIVEIRA, C. L. P; BARRETO, P. C. S. Percepção do racismo no Rio de Janeiro. **Estudos Afro-Asiáticos**, ano 25, n. 2, 2003, p. 183-213. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/gLWCxBT4CvXbQsLKbZhMN4r/?lang=pt>>. Acesso em: 10 set. 2021.

OLIVEIRA, C. R.; PEIXOTO, J.; GÓIS, P. A nova crise dos refugiados na Europa: o modelo da repulsão-atração revisitado e os desafios para as políticas migratórias. **R. Bras. Est. Pop**, Belo Horizonte, v. 34, n. 1, p. 73-98, 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/s3QNh6frpnGhPc8PcLwCsn/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 08 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. Departamento das Nações Unidas para Assuntos Econômicos e Sociais. **Número total de migrantes internacionais em meados do ano 2020**. Disponível em:

<https://migrationdataportal.org/international-data?i=stock_abs_&t=2020>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. **Sobre nós**. Disponível em: <<https://www.un.org/en/about-us>>. Acesso em: 27 set. c2022.

_____. ONU NEWS. **3 milhões de migrantes seguem bloqueados por medidas contra Covid-19**. Disponível em:

<<https://news.un.org/pt/story/2021/01/1739062>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. ONU NEWS. **Nações Unidas lembram os mortos da segunda guerra mundial**. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2021/05/1750022>>. Acesso em: 27 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. **Destaques da migração internacional 2020** (Relatório de 15 de janeiro de 2021). Genebra, 2021. Disponível em: <<https://www.un.org/en/desa/international-migration-2020-highlights>>. Acesso em 07 jul. 2021.

_____. **Termos-chave de migração**. Genebra, c2021. Disponível em: <<https://www.iom.int/key-migration-terms#Migration>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard – Global – Angola**. Genebra, 2021. Disponível em: <<https://covid19.who.int/region/afro/country/ao>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

_____. Comitê Regional Africano. Promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde : estratégia para a região africana. Ouagadougou, 2000. Disponível em: <file:///C:/Users/uel/Downloads/2112-Texto%20do%20artigo-7832-1-10-20191218%20(1).pdf>. Acesso em: 18 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Indicadores de saúde: Elementos Conceituais e Práticos (Capítulo 4)**. Brasília, c2017. Disponível em: <https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14411:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-4&Itemid=0&showall=1&lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2021.

_____. **Malária**. Brasília, 2018. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/malaria>>. Acesso em: 17 set. 2021.

OSÓRIO, R. G. O Sistema Classificatório de Cor ou Raça do IBGE. In: **Texto para Discussão**, n.996. Instituto de Pesquisa Aplicada - Ipea, nov. 2003. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4212>. Acesso em: 07 jul. 2021.

OUR WORD IN DATA. **Coronavirus (COVID-19) vaccinations**. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL>. Acesso em: 02 ago. 2021.

PACHECO, L; COSTA, P; TAVARES, F. O. História económico-social de Angola: do período pré-colonial à independência. **Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade - População e Sociedade**, vol. 29 jun 2018, p. 82-98. Porto: 2018. Disponível: <<https://www.cepese.pt/portal./pt/populacao-e-sociedade/edicoes/populacao-e-sociedade-n-o-29/historia-economico-social-de-angola-do-periodo-pre-colonial-a-independencia>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

PAES, C. C. D. C; PAIXÃO, A. N. P. A importância da abordagem da educação em saúde: revisão de literatura. **REVASF**, Petrolina, v. 6, n. 11, p. 80-90, 2016.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723- 1728, Jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2021.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: **GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PAVÃO, A. L. B; WERNECK, G. L; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográfico, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 723-734, abr., 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/b4Nyg8BYjDRzDMjnZpdWshB/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 06 out. 2021.

PAXE, I. P. V. **Políticas educacionais em Angola: desafios do direito à educação**. 2014. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-01102014-101718/pt-br.php>>. Acesso em: 08 mar. 2022.

PEREIRA, L. N. N. Etnias de fronteira e questão nacional: o caso dos “regressados” em Angola. **Cadernos de Campo**, n. 10, p. 45-62. São Paulo: 2002. <<https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/52393>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

PEREZ GARCIA, Y. **Migración y trabajo entre las regiones del sur desde la perspectiva global: un análisis del flujo de cubanos Hacia Angola**. Buenos Aires: CLACSO, 2015.

PERLATTO, F. Seletividade da esfera pública e esferas pública subalternas: disputas e possibilidades na modernização brasileira. In: **Revista de Sociologia e Política**. V.23, n.53. p. 121-145, mar. 2015.

PETRUS, M. R. **Emigrar de Angola e Imigrar no Brasil - Jovens Imigrantes Angolanos no Rio de Janeiro: história(s), trajetórias e redes sociais**. Rio de

Janeiro: UFRJ, 2001. Disponível em: <<http://objdig.ufrj.br/42/teses/538811.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

PIORE, M. **Birds of passage: Migrant labor in industrial societies**. Cambridge, Cambridge University Press, 1979, 240 p. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/books/birds-of-passage/D484584EA8D9D88B0154176E8EE4D82D>>. Acesso em: 07 de jul. 2021.

POLANY, K. **A grande Transformação: as origens de nossa época**. Elsevier editora. São Paulo, 2012.

PORTES, A. Migration and social change: some conceptual reflections. In: **Journal of Ethnic and Migration Studies**, vol. 36, n. 10, Jul., 2010. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1369183X.2010.489370>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

PRADO, J. DEL. La división norte-sur en las relaciones internacionales. **Agenda Internacional**, v. 5, n. 11, p. 23-34, 20 ago. 1998. Disponível em: <<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/agendainternacional/article/view/7202>>. Acesso em: 27 set. 2021.

PRATA, A. C. A. C. **Diferencias salarias por raça no Brasil: análises contrafactuais nos anos de 1996 e 2006**. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Economia do Setor Público da Universidade de Brasília. Brasília, 2009, 75f.

PROTOCOLO RELATIVO AO ESTATUTO DOS REFUGIADOS. 04 out. 1967. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Protocolo_de_1967_Relativo_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf>. Acesso em: 08 out. 2021.

PUCCINI, C. Direito dos imigrantes ao sistema público de saúde. **O Estrangeiro**, 2013. Disponível em: <<https://oestrangeiro.org/2013/03/29/direito-dos-imigrantes-ao-sistema-publico-de-saude/>>. Acesso em: 20 set. 2021.

QUEZA, A. J. **Sistema de Saúde em Angola: uma proposta a luz da reforma do serviço nacional de saúde em Portugal**. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2010.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Editora Ática, 1993. Disponível em: <[http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/bernardo/BIBLIOGRAFIA%20DISCIPLINAS%20POS-GRADUACAO/CLAUDE%20REFFESTIN/RAFFESTIN,%20Claude%20-%20Por%20uma%20Geografia%20do%20Poder\(3\).pdf](http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/bernardo/BIBLIOGRAFIA%20DISCIPLINAS%20POS-GRADUACAO/CLAUDE%20REFFESTIN/RAFFESTIN,%20Claude%20-%20Por%20uma%20Geografia%20do%20Poder(3).pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2021.

RAMOS, A. G. **Introdução crítica à sociologia brasileira**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1995.

RATHA, D; SHAW, W. South-South migration and remittances. **World Bank Paper**. Washington, DC: n. 102, 2007. Disponível em: <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/6733>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

REIS, J.J. A presença negra: encontros e conflitos. In: **Brasil: 500 anos de povoamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<https://brasil500anos.ibge.gov.br/territorio-brasileiro-e-povoamento/negros.html>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. “Nos achamos em campo a tratar da liberdade”: a resistência negra no Brasil oitocentista. In.: **MOTA, C. G. (org.). Viagem Incompleta: a experiência brasileira**. São Paulo: Editora Senac, p. 262, 1999.

RESSTEL, C. C. F. P. Fenômeno migratório. In: **Desamparo psíquico nos filhos de dekasseguis no retorno ao Brasil [online]**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, p. 35- 52. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/xky8j/pdf/resstel-9788579836749-04.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

RODRIGUES, C. U. Pobreza em Angola: efeito da guerra, efeito da paz. **Revista Angolana de Sociologia**, n. 9, p. 113 – 123. Luanda: 2012. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/ras/451>>. Acesso em: 08 jul. 2020.

RORIGUES, J. R. **Cuidados primários em saúde e imigração haitiana**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2020. 163f.

ROSA, J. C; MATTED, M. A. Novas mobilidades: o panorama atual das migrações contemporâneas e os direitos humanos. **Ponto de Vista – Caçador**, v. 9, n. 1, p. 7-24, jan. /jun., 2020.

RODRIGUES, C. U. Pobreza em Angola: efeito da guerra, efeito da paz. **Revista Angolana de Sociologia**, n. 9, p. 113 – 123. Luanda: 2012. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/ras/451>>. Acesso em: 18 mai. 2020.

SALADINI, A. P. S. **TRABALHO E IMIGRAÇÃO: os direitos sociais do trabalhador imigrante sob a perspectiva dos direitos fundamentais**. Dissertação (Mestrado) apresentado ao Programa de Mestrado Ciência Jurídica do Centro de Ciências Sociais Aplicadas do Campus de Jacarezinho da Universidade Estadual do Norte do Paraná. Jacarezinho, 2011, 285f.

SALVADOR, E. Crise do capital e o socorro do fundo público. In: **BOSCHETTI, Ivanete et al (orgs.), Capitalismo em crise: Política Social e Direitos**. Cortez Editora, p. 35-63, 2010.

SAQUET, M. A. **Os tempos e os territórios da colonização italiana**. Porto Alegre: EST Edições, 2002.

SANA, D. S; LANZA, F; RODRIGUES, J. R; BETTIOL LANZA, L. M; ALVES, M. V. Os processos de reterritorialização dos imigrantes haitianos na região de Londrina-PR e sua interface com as religiões. **Travessia - Revista do Migrante**, São Paulo, n. 82, p. 187 - 204, jan./abr., 2018. Disponível em: <<https://travessia.emnuvens.com.br/travessia/article/view/376>>. Acesso em: 16 set. 2021.

SANTOS, C. M. **A escola e o acolhimento do aluno imigrante: algumas considerações**. Monografia (Licenciatura em Pedagogia). Pedagogia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, 2018.

SANTOS, M. A; BARBIERI, A. F; CARVALHO, J. A. M; MACHADO, C. J. Migração: uma revisão sobre algumas das principais teorias. In **TEXTO PARA DISCUSSÃO N° 398**, ago, 2010. Disponível em: <<https://econpapers.repec.org/paper/cdptexdis/td398.htm>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SANTOS, H.S; MEDEIRO, A. A **Migração e acesso aos serviços de saúde: a necessidade da pauta intercultural para o cumprimento dos direitos humanos**. Bauru: UNESP, 2017. Disponível em: <<http://www.inscricoes.fmb.unesp.br/upload/trabalhos/20177311134.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

SANTOS, M. **Território e Sociedade: entrevista com Milton Santos**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

SANTOS, C. M. **A escola e o acolhimento do aluno imigrante: algumas considerações**. Trabalho de Conclusão de Curso de Licenciatura em Pedagogia. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019, 60f.

SANTOS, D. Encontro entre a pobreza e moral em Luanda. Urbanização, direitos e violência. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 99-122, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922015000100099&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 out. 2020.

SANTOS, R. A. 'Branqueamento' no Brasil. **Casa de Osvaldo/Fundação Fio Cruz**, v. 15, n. 221-224, jan.-mar. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/TFmsTd4qyTYDJPFg3Jcc6GB/?lang=pt>>. Acesso em: 24 jun. 2021.

SANTOS, J.V. FACHIN, P. Como se dará a evolução de Covid-19 na população que vive em condições precárias? Entrevista especial com Guilherme Werneck. **Instituto Humanitas Unisinos**. Rio Grande do Sul: 2020 <<http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/597542-como-se-dara-a-evolucao-de-covid-19-na-populacao-que-vive-em-condicoes-precarias-entrevista-especial-com-guilherme-werneck-2>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

SANTOS, F. V. A inclusão dos migrantes nacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, vol. 23, núm. 2, p. 477-494 abril-junho, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/58z9csfWSTJnw9dnqnvmfQb/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SANTOS, V. M. Notas desobedientes: decolonialidade e a contribuição para a crítica feminista à ciência. **Psicologia & Sociedade**, n. 30, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30200112>>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SAQUET, M. A. **Os tempos e os territórios da colonização italiana**. Porto Alegre: EST Edições, 2002.

SASAKI, E. M; ASSIS, G. O. Teorias das Migrações Internacionais. GT – Migração: sessão 3 – A migração internacional no final do século. In: **XII Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos Populacionais/ABEP, outubro de 2000, Caxambu**. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/969>><http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/969>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SASSEN, S. **Expulsões: brutalidade e complexidade na economia global**. Trad. Angélica Freitas, 1ed. Rio de Janeiro: Editora Paz & Terra, 2016.

SAYAD, A. **A Imigração ou os paradoxos da alteridade**. São Paulo: EDUSP, 1998.

SERÃO, A. K; BUZA, A. G; MANUEL, I. J. D. **Políticas de democratização do ensino: estudo de caso das escolas públicas do Município de Cacuaço- Província de Luanda**. Luanda: 2017. Disponível em: <https://www.aforges.org/wp-content/uploads/2017/12/1-Políticas-de-democratizac_a_o-do-Ensino.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2022.

SERROTE, W. P. Política econômica de Angola: uma análise às transformações observada na economia angolana no tempo da guerra ao tempo de paz. **Dados de África(s)**, v. 1, n. 1, 2020.

SERVO, L. M. S; SANTOS, M. A. B; VIEIRA, F. S; BENEVIDES, R. P. S. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 4, p. 114-129, dez. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44nspe4/114-129/pt/#>>. Acesso em: 21 abr. 2022.

SCALABRIN, I. C. MOLINAR, A. M. C. A importância da prática do estágio supervisionado nas licenciaturas. **Revista Unar**, vol. 7, n.1, 2013. Disponível em: <<http://revistaunar.com.br/cientifica/volumes-publicados/volume-7-no1-2013>>. Acesso: 07 de out. de 2021.

SILVA, I. G. ESTADO E LUTAS SOCIAIS NO BRASIL NO GOLPE DE 2016: o Estado de exceção avança. **Revista de Políticas Públicas**, vol. 22, pp. 503-518, 2018. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/3211/321158844023/html/>>. Acesso em: 24 out. 2021.

SILVA, A. P. O Brasil e os 40 anos de reconhecimento de Angola. **Passagens. Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica**. Rio de Janeiro: v. 8, n. 03, p. 471- 488, 2016. Disponível em: <<https://www.historia.uff.br/revistapassagens/artigos/v8n3a32016.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

SILVA, A. L R; SVARTMAN, E. M; LANDSBERG, C. **Sul Global**. Porto Alegre: UFRGS Editora, c2021. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/editora/series-e-selo/sul-global/>>. Acesso em 27 set. 2021.

SILVA, P. A. S. **Território: abordagens e concepções**. Sergipe: Universidade Federal de Sergipe, 2015. Disponível em: <http://www2.fct.unesp.br/nera/artigodomes/12artigodomes_2015.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2020.

Sistema de Registro Nacional Migratório - SISMIGRA. Polícia Federal. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/microdados/1733-obmigra/dados/microdados/401205-sismigra>>. Acesso em: 07 jun. 2021.

SOUSA, A. A. Território e Identidade: elementos para a identidade territorial. **Caderno Prudentino de Geografia**. Presidente Prudente: v.1, n.30, p. 119-132, 2008. Disponível em: <<https://revista.fct.unesp.br/index.php/cpg/article/view/7436>>. Acesso em: 29 jan. 2021.

SOUSA DOMINGOS, Ó; BETTIOL LANZA, L. M. Políticas públicas e a sua publicização: o princípio da publicidade como elemento fundamental ao acesso dos imigrantes angolanos no Brasil aos serviços de saúde. **Anais X Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luís, 2021. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissa_old_1204_1204612ed1070fd90.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2022.

SOUZA, F. V. L. Contextualizando o golpe de 2016 e seu impacto nas políticas sociais. **VI Seminário CENTROS -Crise e Mundo do Trabalho no Brasil**, Itaperi, 22 a 24 de agosto de 2018.

TASSONI, E. C. M. Afetividade e aprendizagem: A relação professor-aluno. In: *Psicologia, análise e crítica da prática educacional*. Campinas: ANPED, 2000.

TEIXEIRA, V. L. D. S. **Imigrantes angolanos em Portugal: resiliência às crises e impacto no envio de remessas para as suas famílias**. Dissertação de Mestrado em Migrações, Inter-Etnicidades e Transnacionalismo, apresentada a Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa (NOVA FCSH). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2022. 95f. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10362/136407>>. Acesso em 20 mai. 2022.

TERENCE, A. C.F; ESCRIVÃO FILHO, E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. **XXVI Encontro Nacional de Engenharia de Produção - ENEGEP** - Fortaleza, 9 a 11 de out., 2006.

TETA, J.S. **Educação superior em Angola**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.

TOLEDO, A; LEMES, J. R. Migração e subalternidade. In: **BETTIOL LANZA, L. M; FAQUIN, E.V; ROMIZI, F [Orgs]. A mobilidade humana internacional: entre direitos ideias e políticas reais**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2021. 359p.

TORRES, A. Pacto colonial e industrialização de Angola (anos 60-70). **Análise Social**, vol. XIX (77-78-79), p. 1101-1119, 1983. Disponível em: <<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223465985W6dOR5rt8Jv59IF7.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

TRADE ECONOMICS. Angola – Indicadores Econômicos. Disponível em: <<https://tradingeconomics.com/angola/indicators>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

UNESP. **Núcleo Negro da Unesp para Pesquisa e Extensão**. São Paulo: mai. 2016. Disponível em: <<https://www.faac.unesp.br/index.php#!/departamentos/comunicacao-social/projetos-de-extensao/nupe/>>. Acesso em: 31 mar. 2021.

VASCONCELOS, C. M; PASCHE, D. F. O Sistema único de Saúde. In: **CAMPOS, G. W. S; MINAYO, M. C. S; AKERMAN, M; JÚNIOR, M. D; CARVALHO, Y. N. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. pp.531-562. Disponível em: <<https://professor-ruas.yolasite.com/resources/Tratado%20de%20Saude%20Coletiva.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

VENTURA, M. Imigração, saúde global e direitos humanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, mar. 2018. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/409/imigracao-saude-global-e-direitos-humanos>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

VENÂNCIO, R. P. Presença portuguesa: de colonizadores a imigrantes. In: **Brasil: 500 anos de povoamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<https://brasil500anos.ibge.gov.br/territorio-brasileiro-e-povoamento.html>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

VIANA, A. L. D; FONSECA, A. M. M. da; SILVA, H. P. da. Proteção social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, e00216516, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001400502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2021.

VIEIRA, S. **Análise da política econômica do governo Lula**. Monografia apresentada ao curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. 97f.

VICENTE, M. T. C. RAIMUNDO, M. D. AZZALIS, L. A. JUNQUEIRA, V. B. C. FONSECA, F. L. A. Análise dos índices de qualidade do serviço de saúde prestado no serviço público e privado de Angola. **Journal of Human Growth and Development**. São Paulo, v. 26 no. 2, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 27 jul. 2020.

VIEGAS, A. P. B; CARMO, R; F; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 24, n.1, p. 100-112, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

VILLEN, P. **Imigração na modernização dependente: “braços civilizatórios” e atual configuração polarizada**. 285f. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Estadual de Campina, Campinas 2015.

_____. Migrações, trabalho e resistências: perspectivas do Norte e do Sul Global. **IV Conferência Internacional – Greves e Conflitos Sociais**. São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://www.iassc2018.sinteseeventos.com.br/trabalho/view?IDTRABALHO=178>>. Acesso em: 20 abr. 2022.

_____. Imigração e racismo na modernização dependente do mercado de trabalho. **Lutas Sociais**, São Paulo, vol. 16, n. 34, p. 126-142, jan/jun., 2015.

VISENTINI, P. F. Editorial: terceiro mundo ou sul global? **Austral: Revista Brasileira de Estratégia e Relações Internacionais**, v.4, n.8, Jul./Dez. 2015.

WENDEN, C. W. As novas migrações. In: **SUR – Revista internacional de Direitos Humanos**. n. 23, v. 13, p. 17-28, 2016. Disponível em: <<https://sur.conectas.org/as-novas-migracoes/>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

YAZBEK, M. C. Política Social e Desenvolvimento: o novo padrão da dependência na América Latina e seus impactos na estrutura da desigualdade. In: **ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL**, 13, 2012. Juiz de Fora: Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, nov. 2012.

APÊNDICE

APÊNDICE A

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL**

Discente: Óscar Sousa Domingos

Orientadora: Profa. Dra. Líria Maria Bettiol Lanza

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM MIGRANTES ANGOLANOS EM LONDRINA/PR

Identificação

Nome:	Estado Civil:
Ocupação:	Sexo:
Escolaridade:	Idade:
Ano de chegada no Brasil:	Filhos:
Tempo de residência em Londrina/PR:	

QUESTÕES

Sobre o sistema de saúde em Angola e o acesso aos serviços de saúde

1. O que tem a dizer sobre o Sistema de Saúde de Angola? Sabe como funciona? Como obteve essas informações?
2. Já procurou assistência médica e/ou medicamentosa em alguma unidade sanitária em Angola? Se sim, foi gratuito? Quais outros aspectos gostaria de apontar?
3. Com qual frequência procurava os serviços de saúde em Angola? Quais os motivos o(a) levavam a procurar esses serviços? Quantas vezes por ano você visitava um serviço de saúde e qual o serviço que mais frequentava?
4. Como descreve as condições das unidades sanitárias na sua cidade de residência em Angola?

5. Já procurou atendimento médico alternativo (medicina tradicional)? Se sim, com qual frequência procura a medicina tradicional e por que procurou esses serviços? Como descreve estes serviços?
6. Na sua percepção o que é preciso para cuidar da saúde?

Sobre o acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil e a escolaridade

7. O que você sabe sobre o SUS? E como se informou sobre ele?
8. Como você descreve o acesso aos serviços que frequenta em relação ao agendamento de consultas, tempo para ser atendido, exames e acesso aos medicamentos?
9. Dê sua opinião sobre o acesso aos serviços de saúde que já frequentou.
10. Quantas vezes por ano, em média, você visitou um serviço de saúde e qual o serviço que mais frequentou? Justifique sua resposta indicando qual serviço foi procurado e quais motivos o levaram até ele?
11. Você sabe o que é uma Unidade Básica de Saúde? Já foi atendido em uma?
12. Já foi encaminhado(a) para outros serviços de saúde? Caso tenha respondido sim, conte como foi essa experiência?
13. Foi solicitado algum documento ao acessar os serviços de saúde? Qual?
14. Quais diferenças e semelhanças pode apontar entre o SUS e o Sistema de Saúde de Angola?
15. Considerando sua condição de migrante, qual sua percepção sobre o acesso e o atendimento?

Sobre a relação entre os migrantes e o universo acadêmico dentro do espaço reterritorializado.

16. Comente sobre a experiência de cursar o ensino superior no Brasil.
17. Quando esteve ou se ainda está no ambiente acadêmico, você obteve informações sobre o SUS? Caso tenha respondido sim, comente como ela ocorreu e quais informações recebeu.

18. Na Instituição de ensino que frequentou havia algum serviço de saúde disponível para os estudantes? Caso tenha respondido sim, comente como foi essa experiência.
19. Participa/participava de atividades no ambiente acadêmico/profissional/religioso? Quais são essas atividades?
20. Como tem sido a relação com os demais frequentadores deste ambiente?
21. A partir da relação estabelecida nesse ambiente, teve alguma influência que o levou a acessar as políticas públicas, em particular a de saúde?
22. Na sua percepção, quais implicações tem a sua escolaridade quando se trata de questões de saúde? Você acredita que a sua escolaridade o ajudou na obtenção de informações e acesso aos serviços de saúde?

Sobre a saúde em tempos de pandemia

23. Você viveu o luto pela covid-19?
24. Diante da pandemia como você cuidou de sua saúde? Caso tenha ido à algum serviço de saúde, qual foi e por que motivo?
25. Você testou positivo para Covid-19? Caso tenha respondido sim? Como foi o seu acompanhamento?
26. Neste contexto de pandemia, como tem se sentido?
27. Como a pandemia impactou a situação socioeconômica? Caso esteja trabalhando, você tem acesso aos EPIs? E caso não esteja trabalhando, você acessou o auxílio emergencial? Se sim, comente como foi esse processo?
28. Você está conseguindo manter o isolamento social? Por quê?
29. Quais dificuldades em saúde tem enfrentado(a) no cotidiano do isolamento social?
30. Você busca informações sobre a pandemia? Onde e por quê?

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO



Universidade
Estadual de Londrina

QUESTIONÁRIO Nº _____

PESQUISADOR(A): _____

MUNICÍPIO: _____

DATA: ____/____/____

BLOCO I – INFORMAÇÕES GERAIS

CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

- Sexo: () F () M
- Idade: _____ anos
- Cidade de nascimento: _____
- País de nascimento: _____
- Localidade anterior ao Brasil: _____

6. Tempo de permanência no Brasil:

1	Menos de 6 meses	
2	De 6 meses a 1 ano	
3	De 1 ano a 2 anos	
4	De 2 anos a 3 anos	
5	De 3 anos a 4 anos	
6	De 4 anos a 5 anos	
7	De 5 anos a 6 anos	
	Mais de 6 anos	
8	Não sabe/Não respondeu	

7. Estado Civil:

1	Solteiro	
2	Casado(a)/União Estável Sem filho	
3	Casado(a)/União Estável Com filho	
4	Divorciado(a)/Separado(a)	
5	Viuvo	

8. Principal razão que o(a) levou a emigrar:

1	Em busca de melhores condições de vida	
2	Continuidade dos estudos	
3	Questões políticas/econômicas	
4	Trabalho	
5	Reunião Familiar	
6	Outra. Qual?	

9. Principais dificuldades para inserção na sociedade brasileira?

1	Diferenciação nos costumes	
2	Discriminação	
3	Idioma	
4	Acesso à moradia	
5	Acesso à educação	
6	Acesso à saúde	
7	Outro. Qual?	
8	Nenhum	

10. Em caso de discriminação, aponte qual:

1	Por ser estrangeiro	
2	Pela raça	
3	Pela condição financeira	
4	Pela religião	
5	Outro. Qual?	

CRACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA, PROFISSIONAL E FAMILIAR

11. Qual é a situação profissional neste momento?

1	Empregado	
2	Informal	
3	Desempregado (*se procurou trabalho nas últimas 2 semanas)	
4	Fora da força de trabalho (*desempregado e não procurou trabalho nas últimas 2 semanas)	
5	Beneficiário do governo	
6	Autônomo	

12. Atualmente, qual é a sua profissão/ocupação no Brasil?

13. Qual foi sua renda no último mês?

1	Abaixo de R\$ 250,00	
2	De R\$ 250,00 a R\$ 500,00	
3	De R\$ 501,00 a R\$ 1.000,00	
4	De R\$ 1.001 a R\$ 1.500,00	
5	De R\$ 1.501,00 a R\$ 2.000,00	
6	De R\$ 2.000,00 a R\$ 3.000,00	
7	De R\$ 3.000,00 a 5.000,00	
8	Acima de R\$ 5.000,00	

14. Quantas pessoas dependem dessa renda? _____

15. Recebe financiamento dos pais ou familiares no país de origem? Se SIM, indique de quem recebe:

1	Não recebo	
2	Pais ou familiares	
3	Instituição religiosa	
4	Outro. Qual?	

16. Qual é a renda familiar no país de origem?

1	Abaixo de R\$ 250,00	
2	De R\$ 250,00 a R\$ 500,00	
3	De R\$ 501,00 a R\$ 1.000,00	
4	De R\$ 1.001 a R\$ 1.500,00	
5	De R\$ 1.501,00 a R\$ 2.000,00	
6	De R\$ 2.000,00 a R\$ 3.000,00	
7	De R\$ 3.000,00 a 5.000,00	
8	Acima de R\$ 5.000,00	

17. Tem filhos? _____ () Sim. Quantos? _____ () Não

BLOCO II – ESCOLARIDADE E AMBIENTE UNIVERSITÁRIO; E ACESSO À POLÍTICA DE SAÚDE

18. Escolaridade

1	Sem escolaridade	
2	Ensino Fundamental Incompleto	
3	Ensino Fundamental completo	
4	Ensino Médio Incompleto	
5	Ensino Médio completo	
6	Formação Técnica Profissional	
7	Ensino Superior Incompleto	
8	Ensino Superior completo	
9	Pós-Graduação cursando	
10	Pós-Graduação completo	

19. Qual é o tipo de Pós-Graduação?

1	Especialização	
2	Mestrado	
3	Doutorado	

20. Em caso de conclusão, qual foi o ano?

21. Qual é o tipo de Instituição de ensino?

1	Pública	
2	Privada	

22. É bolsista? _____ Se sim, indique:

1	Nacional	
2	Internacional	

23. Na sua vivência universitária a sua Universidade no Brasil orientou sobre o funcionamento da política de saúde? () Sim () Não

24. Você já solicitou para alguém informação sobre a política de saúde no Brasil? () Sim () Não

25. Se sim, para quem solicitou?

1	Estudante brasileiro	
2	Docente	
3	Serviço de apoio da universidade	
4	Outros imigrantes	
5	Outro. Qual?	

26. Durante sua vida universitária você usou o serviço de saúde? () Sim () Não

27. Como você avalia sua saúde?

1	Muito bom	
2	Bom	
3	Regular	
4	Ruim	

28. Você fuma?

1	Nunca	
2	Diariamente	
3	Raramente	
4	Atualmente não	

29. Você bebe?

1	Nunca	
2	Pelo menos uma vez por mês	
3	Uma a duas vezes por semana	
4	Três ou mais vezes na semana	

30. Com qual frequência faz atividades físicas?

1	Nenhum dia da semana	
2	Diariamente	
3	Raramente	
4	Atualmente não	

ACESSO À POLÍTICA DE SAÚDE

31. Já ouviu falar do SUS?

() Sim () Não () Parcialmente

32. Tem o Cartão SUS?

() Sim () Não () Não sabe

33. Sabe onde estão localizados os serviços de saúde?

() Sim () Não () Parcialmente

34. Está cadastrado em uma Unidade de Saúde da Família?

() Sim () Não

35. Está cadastrado em uma UBS?

() Sim () Não

36. Já recebeu visita de algum profissional de saúde (agente de controle de endemias; agente comunitário de saúde; equipe de saúde da família)?

() Sim () Não () Não sabe

37. Já foi atendido em algum serviço de saúde?

() Sim () Não () Não sabe

38. Caso tenha respondido SIM, em qual?

1	Unidade Básica de Saúde	
2	Hospital	
3	Centro de Especialidades	
4	Farmácia Popular	
5	UPA	
6	SAMU – Urgências	
7	Serviços Odontológicos	
8	CISMENPAR	
9	CAPS	
10	Outro. Qual?	
11	Consulta particular	
12	Emergência particular	

39. Quantas vezes você procurou o serviço de saúde nos últimos anos? _____ Por quais motivos?

1	Consulta médica – Pediatria	
2	Exames laboratoriais	
3	Teste rápido	
4	Vacinação	
5	Medicamento	
6	Consulta médica – Ginecologista	
7	Consulta médica – Clínico Geral	
8	Procedimento odontológico	
9	Pré-natal	
10	Grupo de caminhada	
11	Teste de gravidez	
12	Outros. Qual?	

40. Em caso de atendimento, como foi?

1	Muito Bom	
2	Bom	
3	Satisfatório	
4	Ruim	
5	Muito Ruim	
6	Não sabe	

41. Algum motivo abaixo tenha tornado o atendimento diferenciado?

1	Cor	
2	Sexo/Orientação sexual	
3	Nacionalidade	
4	Origem étnica	
5	Religião	
6	Raça	
7	Outro. Qual?	

42. Se o atendimento NÃO foi bem avaliado Indique os motivos:

1	Qualidade	
2	Língua	
3	Discriminação	Por estrangeiro ser Por ser negro Pela religião Outro. Qual?
4	Não me adaptei	
5	A(o) atendente não compreendeu as práticas de saúde do meu país de origem	
6	Outro. Qual?	

43. Caso NÃO tenha sido atendido em serviços de saúde, isto se deu por quê?

1	Não precisei	
2	Possuo plano privado de saúde	
3	Dificuldade de acesso	
4	Falta de informação	
5	Preferi pagar	
6	Outro. Qual?	

Anotações de dados e informações relevantes da pesquisa de campo:

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O ACESSO À SAÚDE DE MIGRANTES ANGOLANOS EM LONDRINA/PR E SUA INTERFACE COM A ESCOLARIDADE

Prezado (a) Senhor (a):

Estendemos este convite para participar da nossa pesquisa **O ACESSO À SAÚDE DE MIGRANTES ANGOLANOS EM LONDRINA/PR E SUA INTERFACE COM A ESCOLARIDADE**, que realizar-se-á em local e horário a combinar, de acordo sua disponibilidade. A presente pesquisa tem como objetivo, **analisar a interface entre a escolaridade dos migrantes angolanos em Londrina/PR e o acesso aos serviços de saúde**. Por se tratar de um estudo sobre a comunidade angolana em Londrina/PR e que se serve de aporte à permanência no Brasil, sua participação é importantíssima. Com o seu consentimento, sua participação se dará por intermédio de uma entrevista grava com roteiro semiestruturado.

Vale ressaltar que sua participação é totalmente voluntária, podendo o(a) Sr(a), recusar ou desistir a qualquer momento, sem ônus e/ou prejuízos à sua pessoa. Esclarecemos, também, que todas as informações pessoais recolhidas servirão apenas para os fins traçados nesta pesquisa, ficando assim inteiramente preservada a sua identidade. A gravação da entrevista será arquivada junto do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina. Esclarecemos ainda que a sua participação não será remunerada e não pagará pela aceitação da entrevista. No entanto, garantimos que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando estas estiverem ligadas à sua participação.

Quanto as entrevistas e aplicação dos questionários, informamos que serão realizadas presencialmente. Apesar do atual contexto, acreditamos que presencialmente há maiores possibilidades de se obter o parecer dos entrevistados a respeito da discussão proposta. Para tal, todas as medidas preventivas contra a Covid-19 serão adotadas. São elas:

- (i) as entrevistas e a aplicação dos questionários serão feitas em espaços abertos, mantendo a distância mínima orientada pelas autoridades sanitárias (com o mínimo de 2 metros de distância);
- (ii) não haverá qualquer contato físico (inclusive no momento de saudação ou despedida);
- (iii) não haverá a partilha de objetos pessoais (caso algum(a) entrevistado(a) da pesquisa venha a precisar de algum material, como por exemplo caneta, será fornecido sem a exigência de devolução do mesmo material);
- (iv) far-se-á o uso do álcool gel e demais medidas de higiene que se fizerem necessárias, e com frequência;
- (v) o uso da mascarará será obrigatório para a entrevista (preferencialmente o uso de máscara PFF2/N95 ou mascarará cirúrgica embaixo da mascarará de pano. Sempre bem ajustadas para evitar vazamentos) Para tal, sempre que houver entrevista, me farei acompanhar de mascarará(s) extra(s) para atender uma eventual necessidade;
- (vi) em caso de um ou mais entrevistados apresentarem algum sintoma do coronavírus, a entrevista será suspensa para uma data a ser combinada, sempre respeitando o tempo previsto para o cumprimento da quarentena;
- (vii) como forma de maior prevenção, apenas a entrevista será motivo de contato presencial com os entrevistados da pesquisa.

Cabe ainda informar que os possíveis riscos desta pesquisa estão ligados ao desconforto que algumas questões constantes no questionário e no roteiro semiestruturado podem causar. Assim sendo, quando estiver diante de questões ligadas a informações familiares e de tratamento ao acessarem os serviços de saúde (ou outra informação pessoal que considera ser restrita), e que não sejam encaradas da melhor maneira, não haverá obrigatoriedade para responder.

Entendemos que os benefícios que podemos extrair desta pesquisa são importantes para analisarmos, não apenas o que leva os angolanos a migrarem para o Brasil, mas também, as condições e permanência da comunidade angolana no território brasileiro.

Caso algumas dúvidas venham a surgir, o(a) Sr.(a) poderá contar: Óscar Sousa Domingos, (43) 99975-4877, oscar Sousa28@hotmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone (43) 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

O presente termo será assinado em duas vias iguais, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao(à) Sr.(a).

Londrina/PR, ____ de _____ de 202__

Pesquisador responsável

Óscar Sousa Domingos

RNM: V99238-8

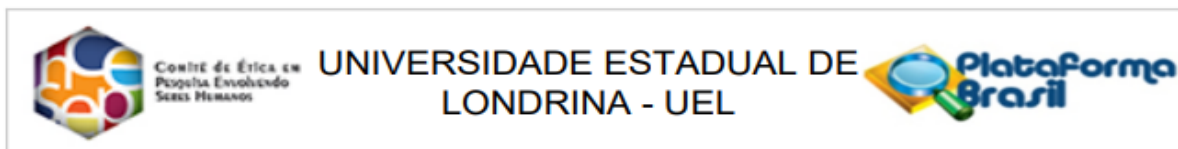
Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa acima descrita.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

ANEXOS

ANEXO A
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES
HUMANOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A relação entre o nível de escolaridade dos imigrantes angolanos no Brasil e o acesso à saúde

Pesquisador: OSCAR SOUSA DOMINGOS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 46967521.8.0000.5231

Instituição Proponente: CESA/SERVIÇO SOCIAL/Prog. de Pós-Graduação em Serviço Social e Política

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.783.262

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado "A relação entre o nível de escolaridade dos imigrantes angolanos no Brasil e o acesso à saúde", sob responsabilidade do pesquisador OSCAR SOUSA DOMINGOS, vinculado ao Prog. de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da UEL (mestrado), orientado pela Prof^a. Dr^a. Líria Maria Bettiol Lanza.

O presente projeto busca analisar a influência da escolaridade dos migrantes angolanos em Londrina/PR no acesso aos serviços de saúde. Apesar de que, de acordo com a literatura, a escolaridade seja um indicador que influencia diretamente as condições de saúde, no contexto migratório, podemos encontrar fatores que limitam o acesso dos migrantes aos serviços públicos – em particular os de saúde - no país receptor.

Trata-se de uma pesquisa mista (qualitativa e quantitativa), e os seus procedimentos metodológicos serão organizados em quatro momentos: revisão bibliográfica, levantamento documental, pesquisa de campo e estimativa. Os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada com imigrantes angolanos, formados em universidades brasileiras e residentes em Londrina/PR, no mínimo, há quatro anos. A estimativa será feita através do modelo de regressão ANCOVA. A revisão bibliográfica para a presente pesquisa contemplará temas como: Angola, Brasil, Migração, Escolaridade, Indicadores de Saúde. Na pesquisa documental, pretende-se analisar os documentos oficiais (Federais, Estaduais e Municipais). Os documentos a serem analisados tratam

Endereço: LABESC - Sala 14

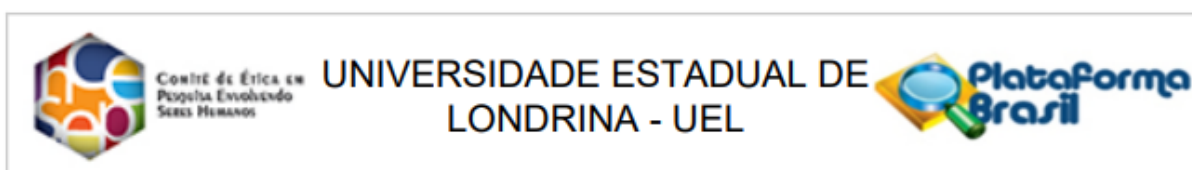
Bairro: Campus Universitário

UF: PR **Município:** LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.783.262

sobre as Políticas de Saúde no Brasil; Registros Administrativos da Polícia Federal – que é o órgão responsável pelo controle de entrada e saída de migrantes das fronteiras brasileiras -, (este registro é produzido via SINCRE,

contemplando dados dos imigrantes internacionais que possuem RNM); e dados do Conare vinculado ao Ministério da justiça. Tais documentos permitirão a compreensão das orientações das políticas de saúde estabelecidas pelo Estado brasileiro através do

Sistema Único de Saúde (SUS), bem como as dinâmicas migratórias dos angolanos para o Brasil.

Na fase da pesquisa de campo, utilizar-se-á a técnica da observação participativa e de entrevista com roteiro semiestruturado. A entrevista a ser usada será semiestruturada por meio de um questionário contendo os principais tópicos da pesquisa, permitindo que os entrevistados emitam as compreensões que tenham a respeito destes.

Através desta entrevista - que será feita com 7 dos 45 imigrantes -, o pesquisador utilizará um roteiro de perguntas previamente elaboradas que atendem questões do objetivo geral e dos objetivos específicos da pesquisa, que nos permitirão analisar a influência da escolaridade dos migrantes angolanos em Londrina/PR no acesso aos serviços de saúde, caracterizar o perfil socioeconômico e cultural dos migrantes angolanos em Londrina/PR, levantar elementos que compõem o acesso aos serviços

de saúde desses imigrantes e compreender como se dá a relação entre os migrantes angolanos em Londrina/PR e o universo acadêmico dentro do espaço reterritorializado.

A entrevista será gravada, mediante a aceitação do entrevistado. Em caso de rejeição será adotado outro meio para o registro das informações, sempre respeitando a vontade do entrevistado. Depois de transcritas e editadas por parte do pesquisador conforme a norma padrão, preservando-se sempre as informações, a identidade dos participantes será preservada, utilizando-se, para tanto, letras alfabéticas no intuito de distinguir cada um dos sujeitos da pesquisa. Na fase da estimação nos serviremos do modelo de regressão ANCOVA, com auxílio dos dados obtidos no questionário semiestruturado, que será feita com todos os membros associados da NAAL

(aproximadamente 45 sujeitos informantes) e nos ajudarão a analisar quais as probabilidades de demanda e acesso aos serviços de saúde, dada as características do grupo pesquisado. Ou seja, as relações causais entre o nível de escolaridade dos migrantes angolanos residentes em Londrina/PR; o vetor de característica do grupo pesquisado; e o acesso aos serviços de saúde.

Critério de Inclusão: A escolha dos entrevistados basear-se-á no fato de serem formados em universidades brasileiras, residirem no Brasil - especificamente em Londrina/PR – num período

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

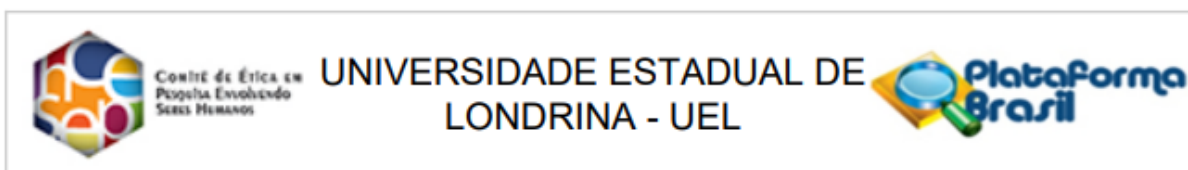
UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.783.262

não inferior a quatro anos, e por já terem uma vivência com o Sistema Único de Saúde (SUS).

No caso específico da entrevista, a escolha dos participantes da pesquisa será de forma intencional e de acordo com o tempo disponível que tiverem para participar na entrevista, que contará com sete participantes, sendo quatro do sexo feminino e três do sexo masculino. A intencionalidade na escolha dos participantes na entrevista parte do pressuposto de que estes sejam usuários dos serviços de saúde e já terem verbalizado que acessam com regularidade os serviços de saúde em Londrina/PR.

Critério de Exclusão: Migrantes angolanos que, mesmo estando em Londrina/PR, não sejam residentes num período superior a quatro anos, que não sejam formados em universidades brasileiras e que não tenham vivência com o SUS.

As entrevistas serão realizadas presencialmente. Apesar do atual contexto, os pesquisadores acreditam que presencialmente há maiores possibilidades de obter o parecer dos sujeitos a respeito da discussão proposta. Para tal, todas as medidas preventivas contra a Covid-19 serão adotadas. São elas:

- (i) as entrevistas serão feitas em espaços abertos, mantendo a distância mínima orientada pelas autoridades sanitárias (com o mínimo de 2 metros de distância);
- (ii) não haverá qualquer contato físico (inclusive no momento de saudação ou despedida);
- (iii) não haverá a partilha de objetos pessoais (caso algum sujeito da pesquisa venha a precisar de algum material, como por exemplo caneta, será fornecido sem a exigência de devolução do mesmo material);
- (iv) far-se-á o uso do álcool gel e demais medidas de higiene que se fizerem necessárias, e com frequência;
- (v) o uso da máscara será obrigatório para a entrevista (preferencialmente o uso de máscara PFF2/N95 ou máscara cirúrgica embaixo da máscara de pano. Sempre bem ajustadas para evitar vazamentos) Para tal, sempre que houver entrevista, me farei acompanhar de máscara(s) extra(s) para atender uma eventual necessidade;
- (vi) em caso de um ou mais sujeitos apresentarem algum sintoma do coronavírus, a entrevista será suspensa para uma data a ser combinada, sempre respeitando o tempo previsto para o cumprimento da quarentena;
- (vii) como forma de maior prevenção, apenas a entrevista será motivo de contato com os sujeitos da pesquisa.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

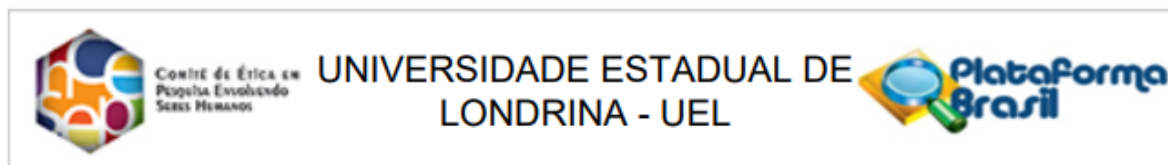
UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.783.262

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é analisar a influência da escolaridade dos migrantes angolanos em Londrina/PR no acesso aos serviços de saúde.

Como objetivos secundários pretende-se:

- Verificar as relações causais entre escolaridade e acesso à saúde no contexto migratório angolano no Brasil;
- Levantar elementos que compõem o acesso aos serviços de saúde dos migrantes angolanos em Londrina/PR;
- Caracterizar o perfil socioeconômico e cultural dos migrantes angolanos em Londrina/PR;
- Compreender como se dá a relação acesso à saúde e universo acadêmico entre os migrantes angolanos em Londrina/PR na perspectiva da reterritorialização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador informa que os possíveis riscos estão ligados ao desconforto que algumas questões constantes no questionário e no roteiro semiestruturado podem causar, podendo levar os participantes a não responderem tais questões. Questões ligadas a informações familiares e de tratamento ao acessarem os serviços de saúde, por exemplo, podem não ser encaradas da melhor maneira pelos sujeitos da pesquisa. Para mitigar esses efeitos, os sujeitos participantes na pesquisa serão devidamente esclarecidos sobre as condições de participação no projeto de pesquisa e todos os direitos que lhes são conferidos.

O pesquisador afirma que os benefícios que podemos extrair desta pesquisa são importantes para analisar, não apenas o que leva os angolanos a migrarem para o Brasil, mas também, as condições de permanência da comunidade angolana no território brasileiro, com particularidade no acesso aos serviços públicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será realizada com financiamento próprio e tem um orçamento estimado em R\$ 1.500,00, que serão gastos com transporte, materiais de escritório, impressão dos TCLEs e questionários, e aquisição de álcool gel e máscaras.

O cronograma da pesquisa está adequado e a entrevista está prevista para o período entre 06.09.2021 a 08.02.2022.

Endereço: LABESC - Sala 14

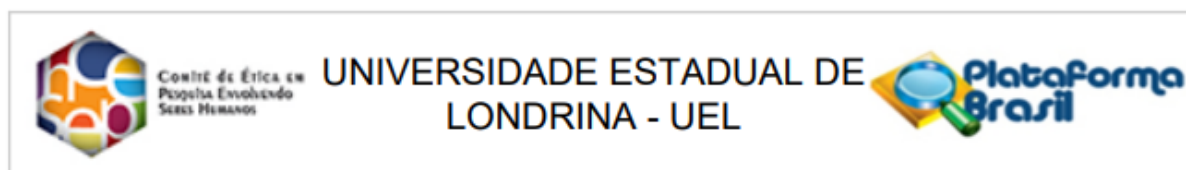
Bairro: Campus Universitário

UF: PR **Município:** LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.783.262

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou os seguintes termos de apresentação obrigatória:

- Termo de sigilo e confidencialidade devidamente preenchido e assinado.
- Folha de rosto devidamente preenchida e assinada pela coordenação do programa de pós graduação em serviço social e política social da UEL.
- Autorização da instituição co-participante (Núcleo Associativo dos Angolanos em Londrina) para realização do estudo.
- TCLE adequado, em linguagem clara e acessível, em forma de convite aos participantes, contudo não estão descritos os riscos da pesquisa no mesmo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa é relevante, está muito bem elaborada e é muito importante, e as pendências levantadas previamente foram respondidas e atendidas.

1. Esclarecer como os questionários serão aplicados aos participantes e como as entrevistas serão realizadas de forma remota (em ambiente virtual) ou presencialmente;

a. Caso seja realizada de modo remoto é importante incluir nos riscos, aqueles inerentes ao ambiente virtual conforme a carta circular da CONEP, a qual pode ser acessada no site do nosso comitê <http://www.uel.br/comites/cepesh/pages/arquivos/CartacircularCONEP.pdf>

b. Caso seja realizada presencialmente, será necessário descrever os cuidados que serão tomados em relação ao combate ao coronavírus.

PARECER: NÃO ATENDIDO

PARECER 2: ATENDIDO - O pesquisador esclareceu que as entrevistas serão realizadas presencialmente. E que serão adotadas medidas preventivas contra a COVID-19.

2. Na plataforma Brasil os riscos da pesquisa foram muito bem descritos, contudo não constam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Desta forma é necessário incluir os possíveis riscos no TCLE, para que o participante tenha ciência dos mesmos antes de realizar o aceite para participar da pesquisa.

a. caso a pesquisa seja realizada em ambiente virtual é necessário incluir estas informações no TCLE.

PARECER: Foi atendido apenas a inclusão dos riscos já descritos anteriormente na plataforma brasil, sendo necessário a inclusão dos outros riscos de acordo com a resposta do item anterior.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

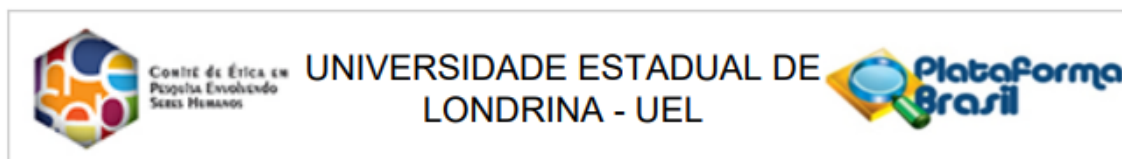
UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.783.262

PARECER 2: ATENDIDO. Foram informados no TCLE os riscos, a informação de que as entrevistas serão realizadas presencialmente, e os cuidados que serão tomados, a fim de evitar a transmissão do coronavírus.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1754180.pdf	11/06/2021 11:45:54		Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

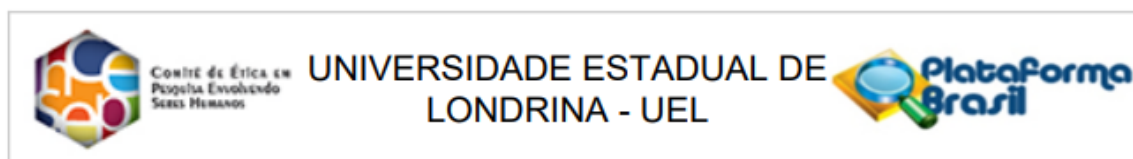
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.783.262

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	11/06/2021 11:45:28	OSCAR SOUSA DOMINGOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_de_Mestrado_.pdf	11/06/2021 11:45:06	OSCAR SOUSA DOMINGOS	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade_e_Sigilo.pdf	18/05/2021 10:52:19	OSCAR SOUSA DOMINGOS	Aceito
Outros	ROTEIRO_PARA_A_ENTREVISTA.pdf	18/05/2021 10:48:38	OSCAR SOUSA DOMINGOS	Aceito
Outros	Questionario.pdf	18/05/2021 10:48:04	OSCAR SOUSA DOMINGOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_Instituicao_Coparticipante.pdf	18/05/2021 10:43:01	OSCAR SOUSA DOMINGOS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto_Oscar_Sousa.pdf	18/05/2021 10:32:49	OSCAR SOUSA DOMINGOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 15 de Junho de 2021

Assinado por:
Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br