

Florência de Oliveira Reis Vaz

**Estudo sobre a evacuação de doentes dos Países
Africanos de Língua Oficial Portuguesa para Portugal**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2012

Trabalho apresentado à
Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Mestre em
Acção Humanitária, Cooperação e
Desenvolvimento.

Resumo

Esta dissertação procura esmiuçar a problemática da evacuação dos doentes oriundos de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) para Portugal ao abrigo dos acordos de cooperação no âmbito da saúde. Foram identificados os pontos fortes, as fragilidades e as possibilidades nos diversos países de origem e em Portugal.

Procurou-se analisar a utilidade prática da legislação existente e até que ponto esta é efectivada.

Verificou-se a impossibilidade por parte do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal para responder ao universo das necessidades dos doentes evacuados. Como consequência, o trabalho identificou o uso por parte do Serviço Nacional de Saúde de critérios e prioridades para seleccionar os doentes a evacuar e realizar esse processo em tempo útil.

As fragilidades do SNS português e a quase inexistente articulação entre os profissionais de saúde que actuam em Portugal e os que actuam nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa conduzem a estadias prolongadas em Portugal que contribuem para o agravamento das situações sociais e psicológicas dos doentes.

A este respeito, este trabalho sublinha os problemas com os quais se debatem os doentes evacuados, e em particular a habitação precária, as dificuldades económicas extremas, e problemas de integração social e linguística que acabam por interferir no prognóstico de recuperação terapêutica.

Abstract

This dissertation aims at scrutinizing the problems related to the evacuation of the vulnerably sick people from the African Countries of Portuguese Official Language (PALOP), in accordance with the agreement of cooperation on health matters.

It analyses the practical utility of the existing legislation in this field, and to which point this legislation is actually effective.

The study found that the Portuguese National Health Service (SNS) is incapable of providing the required universal services as well as the need of the evacuated persons. As a consequence, it also identified that the SNS uses criteria and priorities in order to proceed to the most urgent sick persons to evacuate in due time.

The vulnerabilities of the Portuguese National Health Service and the almost inexistent articulation between the health professionals from both Portugal and the African Countries of Portuguese Official Language contributes for the prolonged aggravation of the social and psychological situation of the sick people evacuated.

In this respect, this work underlines main problems that the evacuated sick persons from African Countries of Portuguese Official Language, and in particular precarious housing, extreme economic difficulties, social and linguistic integration problems that end up interfering with the prognostic of their therapeutic recovery.

Résumé

Ce travail vise à un approfondissement de la problématique de l'évacuation de malades originaires des Pays Africains de Langue Officielle Portugaise (PALOP) vers le Portugal, dans le cadre d'accords de coopération dans le domaine de la santé. Il identifie les points forts, les vulnérabilités et les possibilités dans les différents pays d'origine et au Portugal.

Les normes législatives en vigueur sont analysées afin de cerner à quel point elles sont effectives.

Il apparait que le Service National de Santé (SNS) portugais est dans l'incapacité de répondre à l'intégralité des besoins des malades évacués. En conséquence, ce travail identifie l'utilisation par le SNS de critères et de priorités afin de procéder à la sélection des malades à évacuer, et en vue de réaliser cette évacuation en temps utile.

Les déficiences du SNS portugais, ainsi que la quasi inexistence d'articulation entre les professionnels de la santé qui travaillent au Portugal et ceux qui travaillent dans les PALOP, conduisent à des séjours prolongés au Portugal, contribuant à une aggravation de la situation sociale et psychologique des malades.

Cette étude souligne à cet égard les problèmes auxquels les malades évacués doivent faire face, et en particulier le logement précaire, les difficultés économiques extrêmes, et les problèmes d'intégration sociale et linguistique ayant un impact sur le pronostic de récupération thérapeutique.

Agradecimentos

A dissertação foi executada essencialmente com base em entrevistas, pelo que são diversas as entidades e pessoas que com os seus testemunhos contribuíram para este trabalho. Tendo em conta que algumas pediram anonimato opto por não referenciar nenhum testemunho em especial e agradecer a todos no geral, pois sem eles nada disto seria possível.

Agradeço em particular á Prof. Dr.^a Maria João Dias pela sugestão do tema e pelas indicações que me facultou no início do trabalho.

Por último uma nota de agradecimento ao meu orientador deste projecto, o Prof. Doutor João Casqueira Cardoso pela sua disponibilidade, simpatia e motivação.

Lista de Abreviaturas

- ACGB** - Associação de Cooperação com a Guiné-Bissau
- ACIDI** - Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural
- ACP** – África, Caraíbas e Pacífico
- AEO** – African Economic Outlook
- AIDA** – Ayuda, Intercambio y Desarrollo
- APD** – Ajuda Pública ao Desenvolvimento
- BM** – Banco Mundial
- CAD** – Comité de Ajuda ao Desenvolvimento
- CIC** – Comissão Interministerial para a Cooperação
- CNAI** – Centro Nacional de Apoio ao Imigrante
- CPLP** – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
- CV** – Cabo Verde
- DGS** – Direcção Geral de Saúde
- DPP** – Divisão de Planeamento e Programação
- FED** – Fundo Europeu de Desenvolvimento
- FMI** – Fundo Monetário Internacional
- GB** – Guiné-Bissau
- HDE** – Hospital de Dona Estefânia
- HSM** – Hospital de Santa Marta
- HSM^a** – Hospital de Santa Maria
- IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano
- IEFP** – Instituto de Emprego e Formação Profissional
- INR** – Índice Internacional Normalizado
- IPAD** – Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento
- IPO** – Instituto Português de Oncologia
- ISS** – Instituto Segurança Social
- MNE** – Ministério dos Negócios Estrangeiros
- MS** – Ministério da Saúde
- OCDE** - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

ODM – Objectivos do Milénio

OIM – Organização Internacional para a Migrações

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONGD – Organização Não Governamental para o Desenvolvimento

ONU – Organização das Nações Unidas

PADE – Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PIB – Produto Interno Bruto

PIC – Programa Indicativo de Cooperação

PII – Plano de integração dos imigrantes

PMA – Países Menos Avançados

PNUD - Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PT - Portugal

RNB – Rendimento Nacional Bruto

RSI – Rendimento Social de Inserção

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SNS – Serviço Nacional de Saúde

STP – São Tomé e Príncipe

UE – União Europeia

USD – Dólar dos Estados Unidos

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice Geral

INTRODUÇÃO.....	5
PARTE I. CONCEITOS E CONTEXTOS BÁSICOS.....	7
1. COOPERAÇÃO	7
2. COOPERAÇÃO PORTUGUESA	9
2.1. A COOPERAÇÃO HOJE	9
2.2. ANÁLISE DA APD PORTUGUESA.....	14
2.3. O FUTURO	16
3. ENQUADRAMENTO DOS PALOP	17
3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS PAÍSES	18
3.1.1 Angola	18
3.1.2. Cabo Verde (CV).....	18
3.1.3. Guiné-Bissau (GB)	19
3.1.4. Moçambique	19
3.1.5. São Tomé e Príncipe (STP)	20
3.2. COOPERAÇÃO COM OS PALOP	20
3.3. PIC ENTRE PORTUGAL E OS PALOP	21
3.3.1. Angola	22
3.3.2. Cabo Verde	24
3.3.3. Guiné-Bissau	25
3.3.4. Moçambique	27
3.3.5. São Tomé e Príncipe.....	29
PARTE II. ESTUDO DE CAMPO	31
1. METODOLOGIA.....	31
2. DOENTES EVACUADOS.....	33
2.1. Legislação.....	34
2.2. Entidades envolvidas.....	35
2.3. Responsabilidades por parte dos governos.....	36
2.4. Direitos e deveres dos evacuados.....	37
3. ESTUDO DE CASO.....	37

3.1. CIRCUITOS DE EVACUAÇÃO DE DOENTES AO ABRIGO DOS ACORDOS.....	37
3.2. ALTA MÉDICA	39
3.3. ESTATÍSTICAS	40
3.4. EVACUAÇÃO.....	45
3.4.1. Critérios de selecção	46
3.4.2. Tempo de Espera	48
3.4.3. Imigração	50
3.5. ASSISTENCIA MÉDICA.....	50
3.5.1. Diagnósticos	51
3.5.2. Tempos de espera	52
3.5.3. Procedimentos	53
3.5.4. Articulações	53
3.6. ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	54
3.6.1. Apoios por parte das Embaixadas	60
3.6.2. Outros Organismos Nacionais	63
3.6.3. Instituições da Sociedade Civil.....	68
3.7. ALTA MÉDICA	71
3.7.1. Desistência/Óbito	71
3.7.2. Visto de Residência	72
3.7.3. Imigração ilegal	72
3.7.4. Regresso ao país de origem	73
3.8. OS ACORDOS.....	75
3.9. CIRCUITOS DE EVACUAÇÃO DE DOENTES FORA DOS ACORDOS DE EVACUAÇÃO.....	76
3.10. BOAS PRÁTICAS EXISTENTES E RECOMENDAÇÕES	78
3.10.1. País de origem	79
3.10.2. Portugal.....	84
CONCLUSÃO.....	90
BIBLIOGRAFIA	95
ANEXOS	99

Índice de Gráficos

Gráfico nº1 – APD Bilateral e Multilateral	15
Gráfico nº2 – Distribuição Geográfica de APD	16
Gráfico nº3 – Especialidades médicas mais procuradas – PALOP - 2010.....	42
Gráfico nº 4 – Hemodiálise – PALOP - 2010	45
Gráfico nº 5 – Encaminhamentos - PALOP	77

Índice de Quadros

Quadro nº 1 - Evolução da APD Portuguesa 2006 - 2010.....	16
Quadro nº2 - Destinatários do Financiamento de APD em Saúde (2003-2008)	21
Quadro nº 3 - Distribuição Sectorial da APD Bilateral – Angola (2007-2010)	23
Quadro nº 4 - Distribuição Sectorial da APD Bilateral – Cabo Verde (2007-2010).....	25
Quadro nº 5 - Distribuição Sectorial da APD Bilateral – Guiné-Bissau (2007-2010) ...	26
Quadro nº 6 - Distribuição Sectorial da APD Bilateral – Moçambique (2007-2010)....	28
Quadro nº 7 - Distribuição Sectorial da APD Bilateral – STP (2007-2010)	29
Quadro nº 8 - Número Máximo de Doentes a Evacuar por Ano	36
Quadro nº 9 – Circuito de Evacuação de Doentes	38
Quadro nº 10 – Circuito de Evacuação de Doentes em Situação de Urgência.....	39
Quadro nº 11 - Total de Pedidos de Evacuação de Doentes dos PALOP 2004-2010	40
Quadro nº 12 – Doentes Evacuados PALOP - Total encargos - 2008	42
Quadro nº 13 - Vistos de Estada Temporária Concedidos Para Tratamento Médico.....	50
Quadro nº 14 – Circuito de Evacuação de Doentes PALOP Fora dos Acordos.....	77

INTRODUÇÃO

A cooperação tem levantado muitas questões ao longo dos anos, entre elas se a ajuda é a adequada, se corresponde às necessidades reais das populações, se é eficiente e eficaz. A experiência tem demonstrado que muitas vezes os recursos são mal direccionados e que a ajuda é ineficaz. Tendo sido aliás um dos temas mais debatidos ao longo de todo o mestrado.

Várias são as reportagens que nos chegam quer pela televisão, quer pelos jornais denunciando que existem doentes oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) a viver em situações de extrema precariedade. Assim com este estudo procurou-se saber se os acordos de cooperação no domínio da saúde estabelecidos entre Portugal e os PALOP eram mais um exemplo de como não fazer cooperação, ou se pelo contrário era um caso de sucesso.

Este estudo visa responder se os acordos de cooperação de evacuação de doentes efectuados entre Portugal e os PALOP no âmbito da saúde se enquadram no contexto da realidade actual, se o processo é adequado e se responde às necessidades dos doentes.

Foi adoptado o método qualitativo, através de entrevistas não directivas seguido de uma análise de conteúdo. Foram elaborados guiões de entrevista semi-estruturados com questões abertas de forma a permitir o entrevistado se expressar livremente.

A generalidade das entrevistas foi gravada, embora tenha havido recusa por parte de alguns na gravação da entrevista e houve também quem preferisse responder via email. Posteriormente foi elaborada uma grelha de análise, onde se apresentaram as ideias chave, as semelhanças, a complementaridade e as diferenças entre os diversos intervenientes em todo o processo.

Durante o processo existiram algumas restrições á pesquisa efectuada, como a informação existente sobre a cooperação portuguesa limitar-se quase unicamente a documentos oficiais. E foi encontrada alguma reserva e até mesmo resistência por parte de algumas entidades em conceder informação.

A dificuldade em obter algumas entrevistas, algumas demoraram vários meses a conseguir, atrasou todo o processo. Também a impossibilidade de ir aos países de origem dos doentes, recolher a informação na fonte e analisar pessoalmente como decorrem os processos de evacuação, limitou o trabalho realizado, que dessa forma poderia ser mais rico e rigoroso. Contudo, o objectivo do trabalho foi alcançado, e os resultados obtidos foram esclarecedores e producentes.

A dissertação apresenta-se em duas partes, a primeira é uma abordagem teórica sobre a cooperação portuguesa, especificando mais a cooperação com os PALOP, tendo sido elaborado o enquadramento destes. A segunda parte da dissertação é o estudo de caso. Numa primeira fase são identificados os procedimentos existentes, a legislação e os dados estatísticos das evacuações. Seguidamente procurou-se explicar os principais problemas desde o início do processo, a evacuação do doente, passando pela estadia em Portugal até ao retorno ao país de origem. Foi feita também uma abordagem de boas práticas existentes e uma exposição de recomendações efectuados quer por profissionais da área da saúde, quer por profissionais da área social. Como término, foi realizado um apanhado das principais conclusões, foram dadas algumas sugestões e identificadas as limitações encontradas ao longo de todo o processo.

PARTE I. CONCEITOS E CONTEXTOS BÁSICOS

1. COOPERAÇÃO

A cooperação é o resultado de um processo que nas últimas décadas tem estado em constante mutação, numa tentativa de actualização permanente e de maior adequação de processos. Não obstante, desde os primórdios da antiguidade que existem algumas evidências de ajuda entre países. Contudo, é no século XX que este fenómeno se adensa com a relação entre colonizadores e colónias. Na década de 30 e 40 com o programa “Good Neighbor Policy”, a administração de Franklin Roosevelt procurou ajudar no desenvolvimento dos países da América Latina. Este e o projecto de desenvolvimento instituído pelo Reino Unido para as suas colónias, foram por assim dizer os pioneiros (Kanbur, 2003). No entanto, é com o final da segunda grande guerra que podemos afirmar que tudo começou, quando os Estados Unidos assumiram o primeiro grande projecto de Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD)¹, concedendo entre 2 e 3% do seu Produto Interno Bruto (PIB) para ajudar na reconstrução de uma Europa devastada pela guerra (Silva, 2011).

Com o seu aparelho produtivo destruído, os países europeus enfrentaram enormes dificuldades, que originaram a consciencialização para a necessidade de uma nova ordem mundial assente na cooperação internacional e na solidariedade entre os povos. Esta nova linha de pensamento e a guerra fria² foram determinantes na evolução da APD nas décadas que se seguiram. Nos anos 50 e 60 com a descolonização, surge a preocupação por parte das grandes potências para com os Países Menos Avançados (PMA), nascendo assim a ajuda externa e a APD passa a ter como objectivo o crescimento económico, é neste contexto, que as ex-colónias tornam-se prioridade política de cooperação e desenvolvimento. Se nos anos 50 foram os Estados Unidos o maior doador, nos anos 60 os países do norte da Europa tornam-se também eles doadores muito expressivos. Este facto deve-se essencialmente às relações bilaterais entre ex-

¹ Este projecto foi denominado de Plano Marshall, e foi anunciado em 05/06/1947 pelo actual secretário de estado de então George Marshall.

² A ajuda internacional passa a ser vista como “arma” na guerra ideológica entre os Estados Unidos da América e a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas.

colonizadores e ex-colónias. Durante os anos 60 um terço da APD vem das Nações Unidas (Mourato, 2011).

É em 1961 que a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) cria o Comité de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD) com a finalidade de definirem quais os critérios para auxiliar no debate e na coordenação das ajudas (Silva, 2011).

A partir dos anos 70 os principais doadores são instituições como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BM) e as Nações Unidas. É também nos anos 70 que surgem novos conceitos, como “redistribuição com o crescimento” e “necessidades humanas básicas” e é também quando se verifica um aumento maciço de Organizações não Governamentais (ONG) (Mourato, 2011).

Com a queda do muro de Berlim e o fim da guerra fria, novas e profundas alterações são efectuadas na cooperação internacional. Os apoios financeiros deixam de ser concedidos de forma incondicional. Passam a ser condicionantes de atribuição da ajuda o cumprimento por parte dos países receptores dos direitos humanos e dos princípios democráticos. A comunidade internacional passa a hesitar em financiar países politicamente instáveis, onde se tem verificado que a ajuda tem sido ineficaz. O conceito de ajuda passa a ter o componente desenvolvimento político constitucional e passam a constar na agenda da cooperação, itens como a boa governação e a prevenção de conflitos (Guimarães, 2007).

É nos anos 90 que se começa a pôr em causa a ajuda internacional, sendo alegado interesses próprios por parte dos dadores, altos índices de corrupção por parte dos países receptores e as relações de dependência que começam a ser criadas. Torna-se então necessário repensar a ajuda internacional. Em 2001, com origem nas Nações Unidas, são definidos os Objectivos Do Milénio (ODM), estabelecendo-se metas globais gerando um novo entusiasmo e originando um aumento dos montantes doados. Os ODM são oito, e definem que até 2015, os 189 Estados Membros da Organização das Nações Unidas (ONU) comprometem-se a reduzir para metade a percentagem de pessoas cujo rendimento é inferior a 1dólar por dia, a alcançar o ensino primário universal, a promover a igualdade de género e a autonomização da mulher, a reduzir em

dois terços a taxa de mortalidade de crianças com idade inferior a cinco anos, a diminuir em três quartos a taxa de mortalidade materna, a combater o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), a malária e outras doenças graves, a garantir a sustentabilidade ambiental, integrando princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais invertendo a actual tendência para a perda de recursos ambientais e reduzindo para metade a percentagem da população sem acesso permanente a água potável, melhorando desta forma consideravelmente a vida de pelo menos 100 000 habitantes de bairros degradados, até 2020, e criar uma parceria global para o desenvolvimento (UNICEF, 2000).

Não são apenas os ODM que surgem com o novo milénio, uma nova forma de como a ajuda internacional é efectuada surge e aspectos como a harmonização das diferentes políticas de cooperação, a apropriação dos projectos de investimento por parte dos países receptores e a eficácia tornam-se prioridades. Assim, num esforço sem precedentes dos países intervenientes na cooperação internacional, realizam em 2002 a Conferência Internacional Sobre o Financiamento da Cooperação de Monterrey, México sendo complementada pela Declaração de Paris em 2005, de onde surgiram um conjunto de decisões de compromisso, que juntamente com a Declaração do ODM mudaram todo o panorama da ajuda internacional (Silva, 2011).

2. COOPERAÇÃO PORTUGUESA

2.1. A COOPERAÇÃO HOJE

Para Portugal, a cooperação é um dos pilares da política externa, procurando através desta, desenvolver e integrar a CPLP na comunidade internacional, promover a língua portuguesa e fortalecer a sua posição e influência nos teatros de discussão e decisão internacionais. Na cooperação, Portugal (PT) tem que definir estratégias muito claras baseando-se em valores e princípios orientadores universais, mas tendo em atenção a visão da história e da realidade contemporânea portuguesa. A orientação política no documento “Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa³” reflecte as linhas orientadoras de toda a cooperação. Este documento estabelece os princípios, as prioridades, os dispositivos, os mecanismos e as estratégias a prosseguir. Este

³ Aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 196/2005, de 22 de Dezembro

documento visa a melhoria da eficácia da APD portuguesa, com a finalidade de reduzir a pobreza e promover um desenvolvimento sustentado a nível mundial. Efectivamente, o documento “Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa” reflecte as orientações internacionais em matéria de cooperação para o desenvolvimento.

Os princípios orientadores presentes no programa da Cooperação Portuguesa preconizam:

- Contribuir para a concretização dos ODM.
- Ajudar a reforçar a segurança humana, em particular a dos Estados frágeis ou em situações de pós-conflito.
- Reforçar o espaço lusófono.
- Apoiar o desenvolvimento económico, numa perspectiva de sustentabilidade social e ambiental.
- Envolver-se mais activamente nos teatros de discussão e decisão internacionais, em apoio ao princípio da convergência internacional em torno de objectivos comuns.
- Aumentar a APD.

Como prioridades, para a cooperação portuguesa estabeleceu-se (IPAD, 2006):

- Aplicar princípios de deferência pelos direitos humanos, pela boa governação, pela sustentabilidade ambiental, pela diversidade cultural, pela igualdade de género e pela luta contra a pobreza nas acções de cooperação.
- Geograficamente os projectos de cooperação serão essencialmente concentrados nos países de expressão portuguesa.
- Em termos sectoriais foram definidas as áreas da boa governação, participação e democracia; desenvolvimento sustentável e luta contra a pobreza, particularmente nos sectores da educação, saúde, desenvolvimento rural, ambiente, crescimento económico, contribuindo para o desenvolvimento sustentável, nomeadamente através da apropriação e capacitação dos países parceiros.

- Apostar em acções de educação para o desenvolvimento em Portugal e no quadro da União Europeia (UE), criando conhecimento e sensibilizando a opinião pública portuguesa para as temáticas da cooperação internacional.

Num contexto multilateral, como linhas orientadoras, realça-se:

- Dar especial atenção a África e em particular aos PMA e aos Estados frágeis.
- Reforçar o espaço lusófono, valorizando o espaço da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).
- Desenvolver e implementar uma abordagem que concilie a ajuda bilateral e multilateral, cumprir com os compromissos internacionais assumidos na Declaração de Paris e potenciar as vantagens comparativas da cooperação portuguesa.
- Dar preferência ao desenvolvimento de parcerias com agências da ONU, no quadro da UE, da OCDE e das Instituições Financeiras Internacionais e Regionais.

Como espaços multilaterais prioritários temos a UE, a CPLP, a ONU, a OCDE⁴, Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional e Bancos Regionais de Desenvolvimento e a Conferência Ibero-americana. Sendo que a UE é o espaço multilateral que tem maior relevo na política da cooperação portuguesa, quer em termos político-constitucionais, quer em termos de contribuições financeiras. Como não pode existir desenvolvimento sustentável sem o envolvimento do sector privado, a estratégia para este sector passa por incentivar as parcerias público – privadas, criar uma nova Instituição Financeira, com vista a promover a dinamização das economias beneficiárias da APD portuguesa, numa perspectiva de apoio ao desenvolvimento sustentável, através do envolvimento das empresas portuguesas e promover uma coordenação nacional estratégica, envolvendo as diferentes instituições do sector público e do sector privado. Para que a estratégia de cooperação tenha uma maior consistência e coesão é necessários envolver a sociedade civil. Assim é fundamental procurar promover a concertação com actores da sociedade civil, valorizando a sua acção, estabelecer parcerias de qualidade e co-

⁴ Em particular o CAD e o Centro de Desenvolvimento

responsabilização, criar parcerias público – privadas, desenvolver mecanismos e linhas de financiamento que promovam a coerência de políticas e a sustentabilidade das acções, regulamentar o estatuto do cooperante, reformular o enquadramento legal para o mecenato, rever o Estatuto das Organizações Não Governamentais para o Desenvolvimento (ONGD) e o enquadramento dos apoios à cooperação inter-universitária nas áreas da cooperação para o desenvolvimento, definir uma nova política de bolsas, incentivar a introdução da educação para o desenvolvimento nos currículos escolares e valorizar acções de responsabilidade social empresarial.

O Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD) é o dispositivo central de execução da política de Cooperação Portuguesa, competindo-lhe o planeamento, financiamento, acompanhamento e avaliação dos resultados da cooperação desenvolvida. Foi criado em 2003 e tem como principais funções a supervisão, direcção e coordenação da ajuda pública ao desenvolvimento; o planeamento, programação, acompanhamento e avaliação dos programas e projectos de cooperação; o enquadramento adequado dos programas de cooperação e de ajuda pública ao desenvolvimento financiados e realizados por outros organismos do Estado e demais entidades públicas. Para além desta função de coordenação das actividades públicas, o IPAD concentra também a informação sobre projectos de cooperação promovidos por entidades privadas. É ainda da responsabilidade do IPAD a “defesa” da política nacional de cooperação no exame de avaliação efectuado pelo CAD da OCDE.

Os dispositivos de cooperação visam:

- Promover a centralidade de coordenação e coerência da política da cooperação,
- Dar resposta às necessidades reconhecidas, fomentando a racionalização de meios, a eficiência e a eficácia da ajuda.
- Incrementar uma coordenação orientada para resultados, integrando as actividades da cooperação portuguesa de forma coesa.
- Fortalecer a coordenação inter-ministerial, associando estratégias bilaterais e multilaterais, estabelecendo metas transversais, promovendo a sustentabilidade e apropriação das iniciativas pelos parceiros.

- Reforçar o poder do IPAD como entidade coordenadora, quer ao nível bilateral, quer multilateral.
- Intensificar a capacidade de acompanhamento e execução dos projectos e programas da cooperação.
- Efectuar Conselhos de Ministros para os Assuntos da Cooperação e Ampliar a assiduidade de reuniões em sede da Comissão Interministerial para a Cooperação (CIC).
- Impulsionar a cooperação descentralizada, reconhecendo no quadro desta a cooperação intermunicipal e criar um Fórum de Cooperação para o Desenvolvimento.

Para que os objectivos pré estabelecidos sejam alcançados, é necessário definir e implementar mecanismos de programação e coordenação estratégica. Estes asseguram a condução da execução das orientações previstas no documento “Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa”, de forma a ser possível obter um conjunto integrado e coerente, visando a eficiência e a eficácia da cooperação portuguesa.

Os mecanismos e instrumentos de cooperação:

- Fomentar a eficiência e a racionalidade da cooperação portuguesa, através de uma orçamentação de base plurianual.
- Desenvolver uma gestão por resultados e normalizar procedimentos, desenvolver uma abordagem integrada e eficaz do apoio a projectos, programas e do apoio ao orçamento.
- Implementar Clusters de Cooperação.
- Desenvolver um novo mecanismo para o voluntariado para a cooperação.
- Reforçar a coordenação, a presença e a visibilidade da cooperação portuguesa nos países parceiros.
- Promover a qualidade dos projectos apostando no acompanhamento e na avaliação.

Os Cluster são elementos inovadores no documento “Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa”, estes visam a unificação em intervenções integradas com a finalidade de obter um impacto sustentável em determinada região (Sangreman e Carvalho, 2007).

A nível global, actualmente defende-se que a ajuda para ser eficaz tem que ser previsível e sustentável. O conceito de desenvolvimento sustentável parece ser aceite por todos e esse será o objectivo a alcançar. Procura-se um consenso entre conceitos como o desenvolvimento humano e a protecção ambiental. Várias são as condicionantes que influenciam o impacto que a ajuda internacional tem nos países receptores. A dívida externa, a corrupção, as dificuldades económicas dos países doadores e os altos custos de transacção que os países receptores têm para fornecer relatórios aos países doadores são alguns desses condicionantes. Na área da saúde a “Visão Estratégica” baseia-se nos ODM e define como prioritárias a redução da mortalidade infantil, o melhoramento dos cuidados maternos, e o combate á malária, tuberculose e ao VIH/SIDA.

2.2. ANÁLISE DA APD PORTUGUESA

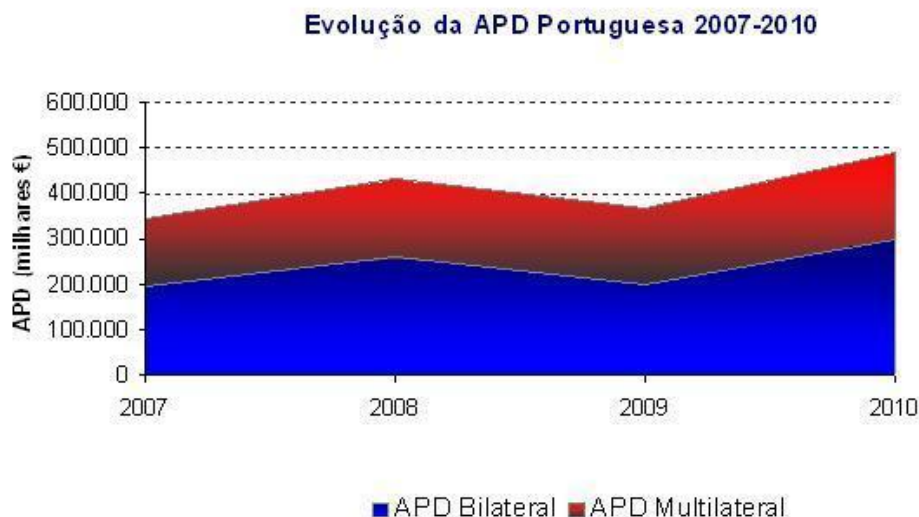
A política de cooperação privilegia o reforço das relações com a CPLP, assentando na língua, na cultura e na valorização do legado histórico. Portugal não pode unicamente centrar a sua cooperação na CPLP. Torna-se necessário conciliar as diversas parcerias de cooperação, quer enquanto membro da UE, quer como membro das Nação Unidas. Assim é necessário harmonizar as diferentes estratégias de cooperação. Como a UE, apoia a estratégia UE/África que visa a erradicação da pobreza num contexto de desenvolvimento sustentável, os objectivos estratégicos da cooperação com os PALOP vão ao encontro da Estratégia para África da UE.

A ajuda Multilateral é essencialmente canalizada através da UE, através do Fundo Europeu do Desenvolvimento (FED) que financia os países de África, Caraíbas e Pacífico (ACP), e para o orçamento da Comissão Europeia de ajuda externa.

A política comunitária de ajuda ao desenvolvimento, é canalizada principalmente para os países ACP, através do Acordo de Cotonou, e para os países da América Latina e da Ásia. Portugal tem procurado aumentar gradualmente a sua APD, como podemos

verificar na evolução demonstrada no gráfico nº 1. A redução verificada em 2009 deve-se ao pagamento de parte da dívida por parte do governo Angolano.

Gráfico nº1 – APD Bilateral e Multilateral

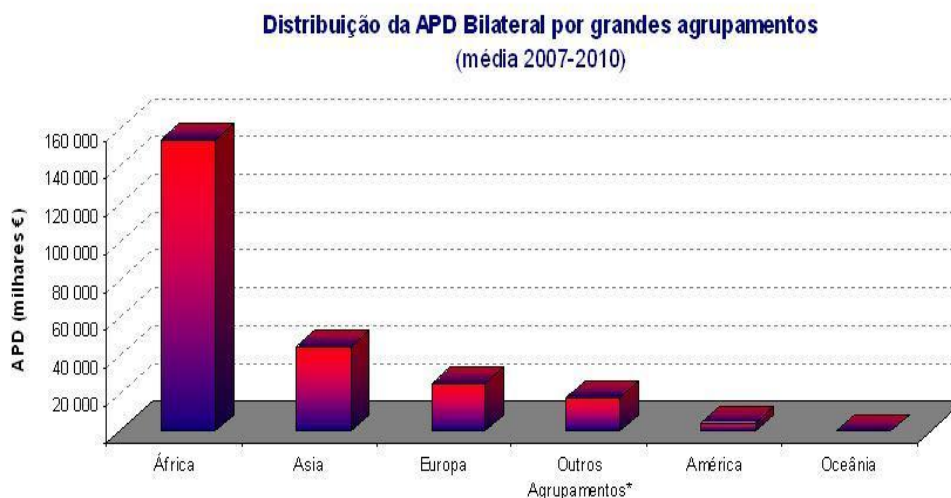


Fonte: IPAD/DFP (Divisão de Planeamento e Programação) (2012)

A APD Bilateral que significa que existe uma atribuição directa aos países receptores totaliza uma média de 58% do total da APD. Como demonstram os gráficos, Portugal tem vindo a dar prioridade ao continente africano onde se situam os cinco PALOP, que nos últimos 4 anos representou 63% do destino total da APD Bilateral portuguesa. O continente asiático, devido a de Timor-Leste, é a segunda prioridade Portuguesa, consumindo um valor médio de 18% do global da APD Bilateral nos anos compreendidos entre 2007 e 2010.

Em termos sectoriais, as prioridades da Cooperação Portuguesa, visando a boa gestão dos recursos têm vindo a ter em conta dois preceitos, o de dar resposta às necessidades mais prementes dos países parceiros, identificadas nos seus documentos de estratégias nacionais para o desenvolvimento e o de agir em áreas em que tenha vantagem comparativa. Assim, a cooperação portuguesa tem incidido na área da boa governação, participação e cidadania, no desenvolvimento sustentável e luta contra a pobreza, na educação para o desenvolvimento. As vantagens comparativas, como a língua, os laços históricos, as redes alargadas de relacionamento, definiram como sectores prioritários a educação, a formação e apoio em áreas como a sistema judicial e administração pública.

Gráfico nº2 – Distribuição Geográfica de APD



Fonte: IPAD/DPP (2012)

2.3. O FUTURO

Traduzindo uma vontade política de cooperar mais e melhor as palavras-chave do futuro serão programar, priorizar, avaliar e racionalizar. Será necessário abandonar o amadorismo com que muitas vezes a cooperação é efectuada. Pois para se maximizar as verbas é necessário analisar as reais necessidades dos países parceiros, identificar onde somos mais capazes, priorizar as necessidades concentrando as verbas nos sectores prioritários, programar de forma integrada e consistente, e avaliar. Nos dias de hoje, ainda muitas destas etapas são desvalorizadas e ignoradas.

Quadro nº 1 - Evolução da APD Portuguesa 2006-2010

Ano	APD Total	APD/RNB %
2006	315.774	0,21
2007	343.726	0,22
2008	429.955	0,27
2009	368.157	0,23
2010	489.964	0,29

Fonte: IPAD/DPP (2012)

No futuro para uma melhor rentabilização dos recursos tal não poderá continuar a acontecer, até porque a previsão é uma redução do volume da APD. Apesar do esforço em aumentar a APD nos últimos anos, Portugal continua aquém de cumprir com o compromisso assumido na UE.

Foi estabelecido que todos os estados membros deveriam contribuir para a APD com 0,33% do Rendimento Nacional Bruto (RNB) até 2006, de 0,51% até 2010 e de 0,7% até 2015. Como podemos observar, apesar do aumento verificado em 2010, estas metas estão longe de serem atingidas. Tendo em conta a actual situação macro económica do país, a necessidade de controlo do défice público e de consolidação orçamental, como forma de combate à actual crise financeira e com vista ao cumprimento das regras estabelecidas pelo Pacto de Estabilidade e Crescimento da UE, muito provavelmente haverá uma maior redução da APD nos próximos anos, e muito dificilmente se cumprirá alguma das metas estabelecidas pela UE. Como nem sempre maiores verbas significam maiores resultados, terá que haver uma aposta clara na qualidade, de forma a assegurar a relevância e a utilidade das verbas. A cooperação portuguesa terá que ser coerente e ter um sentido colectivo. Geograficamente, apostar-se-á na continuidade da linha de orientação sempre seguida pela Cooperação Portuguesa, de dar prioridade aos países de língua portuguesa, em especial nos PALOP e Timor-Leste, sem prejuízo do crescimento das relações Sul-Sul, sobretudo entre o Brasil (Cravinho).

3. ENQUADRAMENTO DOS PALOP

Os países PALOP caracterizam-se por Índices de Desenvolvimento Humano (IDH)⁵ muito baixos e indicadores de saúde base desastrosos. Estes indicadores são o resultado da escassez de água potável, ausência de saneamento, alimentação deficitária, falta de higiene, existência de insuficientes campanhas de vacinação e um Sistema Nacional de Saúde (SNS) de baixa cobertura e acessibilidade. As doenças endémicas, as doenças transmissíveis, a má nutrição, os problemas pré-natais e a elevada taxa de mortalidade materna caracterizam os PALOP. No entanto, novos problemas começam a surgir no panorama da saúde em CV, STP e Moçambique como a hipertensão, diabetes e excesso de peso. O Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) monitoriza o

⁵ Em 2010 foram tidas como critérios a esperança de vida ao nascer, anos médios de estudo e anos esperados de escolaridade e o PIB per capita.

desempenho dos diversos países de forma a verificar se os ODM são alcançados. O PNUD elabora diversos relatórios, é com base neles que será efectuado o perfil dos PALOP e evidenciados alguns indicadores pertinentes (PNUD).

3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS PAÍSES

3.1.1 Angola

Segundo o PNUD Angola ocupava em 2010 a 146^a posição no ranking geral no IDH. O relatório de desenvolvimento Humano indica que 54% da população Angolana vive com menos de 1,25 Dólares dos Estados Unidos (USD) por dia. Em termos geográficos 58% da população rural vive abaixo do limiar de pobreza nacional enquanto nos espaços urbanos a taxa desce para 19%. A prevalência de população subnutrida é de 44%. Apenas cerca de 50% da população tem acesso a água potável e 60% a instalações sanitárias (OMS). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2009 a esperança de vida á nascença é de 52 anos, e por cada 1000 nascidos vivos 161 morrem antes de completarem cinco anos de idade. A taxa de mortalidade materna é de 610 por cada 100.000 nados vivos. Apesar destes valores durante a última década verificou-se uma melhoria significativa destes números. Em Angola para cada 100.000 habitantes existem 8 médicos e 135 enfermeiros (OMS). A prevalência do VIH/SIDA em Angola é reduzida, em 2009 foi de 2% (OMS).

3.1.2. Cabo Verde (CV)

Cabo Verde é um dos poucos países de África que poderá alcançar os ODM. Em Setembro de 2010 quatro dos oito ODM (o 2.º, 3.º, 4.º e 5.º) já haviam sido alcançados permitindo ao país ocupar a 118.^a posição do ranking do IDH. A taxa de pobreza era em 2007 de 26,6% e a prevalência de população com subnutrição era de 14% (PNUD). A população com acesso a água potável em 2010 era de 89,5%, mas apenas 40,8% dos domicílios (57,4% zona urbana e 15,9% na zona rural) teve acesso às fossas sépticas ou sistemas de esgotos, e 53,3% dos domicílios rurais e 22,7% dos domicílios urbanos não dispunham de casa de banho ou de latrinas. Cerca de 63% das famílias não tinham acesso a qualquer tipo de recolha de resíduos sólidos, com grandes disparidades entre a

zona urbana e a rural (88,5% versus 24,3%) (African Economic Outlook (AEO)). Segundo a OMS esperança de vida em 2009 foi estimada em 72,7 anos. A taxa de mortalidade de crianças menores de cinco em 2007 era 28 por cada mil. O rácio de mortalidade materna era de 94 por cada 100.000 mil nascimentos. Relativamente ao número de médicos e enfermeiros temos uma proporção de 61,3 e 143 respectivamente por cada 100.000 habitantes em 2008 (AEO). A taxa de prevalência do HIV/SIDA é de 0,8% (AEO).

3.1.3. Guiné-Bissau (GB)

A Guiné-Bissau ocupa a 164^a posição do ranking geral no IDH. Em 2002 48,8 % da população guineense vivia com menos de 1USD por dia e 96,7% com menos de 2 USD por dia. A taxa de prevalência de população subnutrida era de 22% em 2007 (PNUD). Em 2008 61% da população tinha acesso a água potável (83% no meio urbano e 51% no rural). Por outro lado apenas 21% da população tinha acesso a instalações sanitárias no mesmo ano (49% no meio urbano e no rural 9%) (AEO). Na Guiné-Bissau, segundo a OMS, em 2009 a esperança de vida estimada à nascença é de 49 anos. A incidência de mortalidade de crianças com idade inferior a cinco anos era 193 por cada 1000 nados vivos. Por sua vez, a taxa de mortalidade materna é de 1000 em cada 100.000 nascimentos. Em 2009 apenas 38% da população tinha acesso a serviços de saúde. Por cada 100.000 habitantes na Guiné-Bissau existem apenas 5 médicos e 55 enfermeiros (OMS). A prevalência do HIV/SIDA na Guiné-Bissau foi de 2,5% em 2009. O número de novas infecções tem vindo a diminuir, tendo-se estabilizado em cerca de 2.000 novos casos ano (OMS). Segundo a OMS, em 2008 um óbito em cada quatro, em crianças com idade inferior a 5 anos tem como causa de morte a malária.

3.1.4. Moçambique

O Índice de Desenvolvimento Humano 2010 colocou Moçambique na 165.^a posição do ranking geral. Em Moçambique cerca de 55% da população é pobre e a prevalência de população com subnutrição era de 37% (PNUD). Apenas 47% da população tem acesso a água potável e 17% a instalações sanitárias (OMS). Segundo a OMS, em 2009 a esperança de vida á nascença é de 49 anos. Por cada 1000 nados vivos 142 morrem

antes de atingirem os cinco anos. A taxa de mortalidade materna, embora tenha melhorado era em 2009 de 550 por 100.000 nascimentos. Existe apenas um médico por cada 30.000 habitantes e um enfermeiro por cada 3.000. O paludismo é a principal causa de morte em Moçambique (29%), seguido pelo VIH/SIDA (27%). A taxa de prevalência do VIH era de 11,5% em 2009. Por sua vez a principal causa de morte em crianças com idade inferior a 5 anos é a malária (23%) (OMS).

3.1.5. São Tomé e Príncipe (STP)

STP ocupava em 2010 a 127^a posição do ranking do IDH. A pobreza em 2009 foi estimada em cerca de 54% e a taxa de prevalência de população com subnutrição era de apenas 5% (PNUD). Em STP 89% da população já tinha acesso a água potável em 2008. Já no que diz respeito a instalações sanitárias, no mesmo ano de referência apenas 26% da população tinha acesso a estas (30% espaço urbano e 19% no rural) (AEO). Em 2009, segundo a OMS a esperança de vida á nascença é de 68 anos. A mortalidade de crianças com idade inferior a cinco anos ronda os 78 óbitos em cada 1000 nascimentos. Existem 53 médicos e 171 enfermeiro por cada 100.000 habitantes (AEO).

3.2. COOPERAÇÃO COM OS PALOP

Os PALOP com excepção de Cabo Verde estão classificados pelas Nações Unidas de PMA. Desta forma o desafio que estes países representam para a cooperação Portuguesa é enorme. Um dos pilares da política externa portuguesa é a política de cooperação com os PALOP e Timor-Leste, com vista á promoção e consolidação da língua oficial portuguesa, no reforço de sua presença e influência no mundo. Devido a um passado comum, laços históricos e culturais a cooperação portuguesa dá prioridade à CPLP.

Com a adopção da Estratégia Geral de Cooperação da CPLP e da Declaração sobre os ODM, documentos estes que originaram grandes avanços conceptuais e metodológicos, acompanhados pelas actividades desenvolvidas à luz do Programa Indicativo de cooperação (PIC), a cooperação entre estes países tem vindo a ganhar uma maior expressão. Este passado comum reflecte-se não só em termos geográficos mas também em termos sectoriais. Sendo definidas como áreas prioritárias a boa governação,

participação e cidadania, o desenvolvimento sustentável e luta contra a pobreza, mais concretamente nos sectores da saúde e educação e por último foi seleccionado como área prioritária a educação para o desenvolvimento.

Quadro nº2 - Destinatários do Financiamento de APD em Saúde (2003-2008)⁶

PAÍSES	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL	%
Angola	257,7	133,9	375,0	898,2	1330,8	816,0	3811,6	8,2%
Moçambique	649,0	563,9	706,6	686,3	166,8	271,8	3044,4	6,5%
Guiné-Bissau	1515,8	2251,2	2305,3	3139,9	3320,0	1063,5	13595,7	29,2%
Cabo Verde	2208,8	1901,2	2640,8	1853,0	1567,0	1875,8	12046,6	25,9%
São Tomé e Príncipe	2270,8	2635,2	2520,7	1794,4	1512,0	1142,7	11875,8	25,5%
Timor Leste	135,3	80,1	144,0	137,6	166,2	239,2	902,4	1,9%
CPLP/Outros	0,0	128,3	0,0	176,5	356,0	547,2	1208,0	2,6%
TOTAL	7037	7694	8693	8686	8419	5956	46484	100%

Fonte: IPAD/ DPP (2012)

A área da saúde embora encarada como preferencial, entre 2003 e 2008 apenas abrangeu 2,79% do total da APD Bilateral Portuguesa, que corresponde a 46.484.405€, sendo que este valor inclui os montantes dispendidos pelos doentes evacuados.

3.3. PIC ENTRE PORTUGAL E OS PALOP

A estratégia da cooperação entre Portugal e os PALOP enquadra-se nos objectivos da Cooperação Portuguesa expressos no documento *Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa* — elaborado pelo Ministério dos Negócios Estrangeiros e nas prioridades estabelecidas pelos PALOP. Os Programas Indicativos de Cooperação (PIC) por país devem estar de acordo com o Consenso Europeu em matéria de ajuda ao desenvolvimento. Desta forma, os programas de estratégia PIC devem ter como principais objectivos a erradicação da pobreza num contexto de desenvolvimento sustentável, a promoção da democracia, a boa governação e o respeito pelos direitos humanos, procurando cumprir os ODM. Os PIC são elaborados de acordo com as linhas

⁶ Em milhares de euros.

orientadoras da UE, dos ODM e da Declaração de Paris no sentido de estabelecer progressivamente uma programação plurianual comum (Torres e Ferreira).

Os sectores estratégicos da cooperação foram definidos com base numa combinação entre prioridades estabelecidas pelos governos dos PALOP para o desenvolvimento do país e os objectivos e capacidades financeiras e humanas de resposta por parte da Cooperação Portuguesa, assim como, as mais-valias existentes em determinadas áreas.

As vantagens comparativas atribuídas a Portugal resultam fundamentalmente da comunhão linguística e várias similaridades decorrentes do passado histórico comum e concentram-se essencialmente em duas áreas, na educação e na formação. Por outro lado, a necessidade de racionalizar os meios financeiros colocados à disposição da Cooperação Portuguesa, obriga a que se assumam critérios de centralização na afectação de recursos e que sejam introduzidos mecanismos que visem a maximização da eficácia da sua ajuda, potenciando assim a ajuda e melhorando a coordenação e a complementaridade.

3.3.1. Angola

A 26 de Julho de 2007 foi assinado o PIC para 2007-2010, de acordo com as prioridades estabelecidas pelo Governo angolano para o desenvolvimento do país e as mais-valias da cooperação portuguesa em áreas específicas.

No âmbito deste PIC, no montante de 65 Milhões de Euros, Portugal aposta em dois eixos essenciais de intervenção, o primeiro é o da boa governação, participação e democracia, este eixo incide em áreas de intervenção como a capacitação da administração pública, a cooperação na justiça, na polícia e segurança e na área técnico-militar. O segundo eixo estratégico visa o desenvolvimento sustentável e a luta contra a pobreza e incide nas áreas do desenvolvimento sócio-comunitário, educação, mais especificamente no ensino básico, secundário, superior e técnico profissional e na capacitação e investigação nas áreas agrícolas, segurança alimentar e saúde.

Neste PIC, pela primeira vez na cooperação portuguesa, irá ser efectuado um acompanhamento permanente e os projectos ou programas integrados serão efectuados

de forma conjunta pelos dois países. Desta forma o PIC estará de acordo com a estrutura de programa de cooperação recomendada pela UE, de forma a ser assegurada uma maior coerência entre as estratégias dos Estados-Membros.

Quadro nº 3 - Distribuição Sectorial da APD Bilateral – Angola (2007-2010)

SECTORES	2007	2008	2009	2010
INFRAESTRUTURAS E SERVIÇOS SOCIAIS	11.802.340 €	10.160.836 €	11.150.294 €	10.459.417 €
Educação	6.255.976 €	4.153.226 €	4.621.061 €	4.110.512 €
Saúde	1.313.223 €	815.950 €	1.196.807 €	1.264.263 €
População/Saúde reprodutiva				88.971 €
Fornecimento de água e saneamento básico	132.208 €		18.429 €	86.520 €
Governo e sociedade civil	1.870.806 €	2.926.064 €	2.826.528 €	2.173.783 €
Outros	2.230.127 €	2.265.596 €	2.487.469 €	2.735.368 €
INFRAESTRUTURAS E SERVIÇOS ECONÓMICOS	553.083 €	389.980 €	323.046 €	155.488 €
Transporte e armazenamento	4.224 €	48.250 €		612 €
Comunicação	512.712 €	301.842 €	246.811 €	120.656 €
Bancos e serviços financeiros	36.147 €	39.888 €	76.235 €	34.220 €
SECTORES DE PRODUÇÃO	491.169 €	536.074 €	634.787 €	280.375 €
Agricultura, silvicultura e pescas	462.879 €	420.466 €	595.995 €	259.097 €
Indústria, minas e construção	0 €	115.608 €	37.307 €	21.130 €
Comércio e turismo	28.290 €	0 €	1.485 €	148 €
MULTISECTORIAL/ TRANSVERSAL	827.128 €	820.144 €	514.449 €	327.604 €
TOTAL SECTORIAL	13.673.720 €	11.907.034 €	12.622.576 €	11.222.884 €
Acções relacionadas com a dívida			-20.045.352 €	-21.075.395 €
Custos administrativos dos doadores	51.721 €	195.738 €	284.864 €	182.316 €
Apoio às ONG	249.499 €	1.099.335 €		
Apoio aos refugiados		882 €	2.590 €	4.823 €
Não especificado		47.308 €	63.213 €	
TOTAL NÃO SECTORIAL	301.220 €	1.343.263 €	-19.694.685 €	-20.888.256 €
TOTAL BILATERAL	13.974.940 €	13.250.297 €	-7.072.109 €	-9.665.372 €

Fonte: IPAD/DPP (2012)

Na área da saúde estão em curso projectos de reforço institucional e de capacitação de recursos de saúde no combate às endemias, com destaque para o apoio Projecto Centro de Investigação em Saúde (CISA). O Centro foi criado com a finalidade de vir a contribuir para a resolução dos principais problemas de saúde, que afectam o país e a região e poder contribuir para melhorar as condições de saúde da população do

Município do Dande através de um reforço assistencial dos seus serviços de saúde na região.

3.3.2. Cabo Verde

Em 2008, Cabo Verde iniciou uma nova fase do seu desenvolvimento, ao passar a País de Rendimento Médio, pelo que o PIC (2008-2011), assentará em aspectos inovadores, concentrando-se em áreas estruturantes, para que se consolidem e reforcem os avanços quer sociais, quer económicos já obtidos e tornar Cabo Verde num pólo catalisador e de liderança da região.

A cooperação bilateral entre Portugal e Cabo Verde e concentrar-se-á em três eixos principais estratégicos: o primeiro para boa governação, participação e democracia, o segundo para o desenvolvimento sustentável e a luta contra a pobreza, e o terceiro que prevê a implementação de um cluster de cooperação que se concentra em três pilares fundamentais: Capacitação e Modernização Administrativa; Capacitação e Modernização do sector da Educação e Promoção do Empreendedorismo, realçando o Projecto Morabeza e o projecto de informatização dos Municípios do Fogo e da Brava. No eixo da boa governação as áreas de intervenção serão a das finanças públicas, segurança interna, capacidade institucional e na área técnico-militar.

O eixo do desenvolvimento sustentável e a luta contra a pobreza vai incidir nas áreas da educação, o ensino superior em particular, infra-estruturas, formação profissional e desenvolvimento social. O PIC 2008-2011 determina que a ajuda incida essencialmente sobre a Cooperação Técnica, Apoio ao Orçamento de Estado, Créditos de ajuda, Acordo de Cooperação Cambial e Apoio à Sociedade Civil (ONGD).

O aumento em 2010 deveu-se á atribuição de linhas de crédito concessionais para financiar projectos integrados no programa nacional do governo de CV, programas onde a aposta incide sobre energias renováveis, ambiente, água, construção, equipamentos de infra-estruturas e infra-estruturas rodoviárias.

Quadro nº 4 - Distribuição Sectorial da APD Bilateral – Cabo Verde (2007-2010)

SECTORES	2007	2008	2009	2010
INFRAESTRUTURAS E SERVIÇOS SOCIAIS	25.110.326 €	23.980.913 €	24.077.352 €	21.388.246 €
Educação	19.315.262 €	18.288.386 €	18.534.497 €	14.457.472 €
Saúde	1.567.035 €	1.875.771 €	2.307.896 €	3.884.497 €
Fornecimento de água e saneamento básico	22.673 €	10.000 €	24.695 €	182.455 €
Governo e sociedade civil	1.768.606 €	1.773.722 €	1.624.775 €	1.166.530 €
Outros	2.436.750 €	2.033.034 €	1.585.489 €	1.697.292 €
INFRAESTRUTURAS E SERVIÇOS ECONÓMICOS	8.921.626 €	19.957.590 €	15.016.346 €	61.216.127 €
Transporte e armazenamento	8.233.470 €	19.822.599 €	14.360.562 €	23.619.226 €
Comunicação	607.437 €	39.951 €	538.842 €	51.682 €
Energia				37.428.636 €
Bancos e serviços financeiros	80.719 €	95.040 €	116.244 €	111.583 €
Negócios e outros serviços			698 €	5.000 €
SECTORES DE PRODUÇÃO	205.633 €	140.750 €	32.328 €	9.461 €
Agricultura, silvicultura e pescas	89.759 €	35.518 €		
Indústria, minas e construção	0 €	27.726 €		
Comércio e turismo	115.874 €	77.506 €	32.328 €	9.461 €
MULTISECTORIAL/ TRANSVERSAL	906.278 €	818.145 €	467.878 €	979.265 €
TOTAL SECTORIAL	35.143.863 €	44.897.398 €	39.593.904 €	83.593.099 €
Ajuda a programas e ajuda sob forma de produtos	-2.239.204 €	-739.204 €	-739.204 €	23.365.198 €
Acções relacionadas com a dívida	-1.359.563 €	-1.314.922 €	-1.104.091 €	38.578 €
Ajuda humanitária			74.172 €	
Custos administrativos dos doadores	127.023 €	228.890 €	324.636 €	218.274 €
Apoio a ONGs	202.944 €	174.238 €	36.276 €	
Não especificado	46.214 €	39.881 €	206.084 €	90.000 €
TOTAL NÃO SECTORIAL	-3.222.586 €	-1.611.117 €	-1.202.127 €	23.712.050 €
TOTAL BILATERAL	31.921.277 €	43.286.281 €	38.391.777 €	107.305.149 €

Fonte: IPAD/DPP (2012)

3.3.3. Guiné-Bissau

O PIC que abrange o triénio 2008-2010, foi elaborado com base nas linhas orientadoras da UE e de acordo com o Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (DENARP) e com o Plano de Combate ao Narcotráfico, procurando assim alinhar-se com os ciclos temporais da programação Guineense.

Quadro nº 5 - Distribuição Sectorial da APD Bilateral – Guiné-Bissau (2007-2010)

SECTORES	2007	2008	2009	2010
INFRAESTRUTURAS E SERVIÇOS SOCIAIS	9.468.386 €	8.454.839 €	8.893.066 €	10.824.550 €
Educação	3.634.697 €	3.559.806 €	3.588.430 €	3.657.502 €
Saúde	2.866.014 €	824.835 €	891.140 €	1.168.239 €
População/Saúde reprodutiva	252.518 €	103.273 €	23.200 €	183.075 €
Fornecimento de água e saneamento básico	217.842 €	154.497 €	100.352 €	86.859 €
Governo e sociedade civil	872.990 €	1.483.800 €	2.651.400 €	2.589.538 €
Outros	1.624.325 €	2.328.628 €	1.638.544 €	3.139.337 €
INFRAESTRUTURAS E SERVIÇOS ECONÓMICOS	450.795 €	125.183 €	99.329 €	53.265 €
Transporte e armazenamento	2.754 €		949 €	
Comunicação	206.447 €	121.950 €	71.430 €	37.520 €
Energia			26.950 €	15.745 €
Bancos e serviços financeiros		3.233 €		
Negócios e outros serviços	241.594 €			
SECTORES DE PRODUÇÃO	53.818 €	114.629 €	686.349 €	296.583 €
Agricultura, silvicultura e pescas	49.189 €	108.981 €	469.918 €	296.583 €
Comércio e turismo	4.629 €	5.648 €	216.431 €	
MULTISECTORIAL/ TRANSVERSAL	590.267 €	426.702 €	299.624 €	183.577 €
TOTAL SECTORIAL	10.563.266 €	9.121.353 €	9.978.368 €	11.357.975 €
Ajuda a programas e ajuda sob forma de produtos		2.000.000 €		121.573 €
Ajuda humanitária		10.000 €		
Custos administrativos dos doadores	374.026 €	338.660 €	351.751 €	379.750 €
Apoio a ONGs	563.371 €	900.494 €		
Apoio aos refugiados	1.733 €		1.295 €	6.753 €
Não especificado	15.309 €		29.634 €	
TOTAL NÃO SECTORIAL	954.439 €	3.249.154 €	382.680 €	508.076 €
TOTAL BILATERAL	11.517.705 €	12.370.507 €	10.361.048 €	11.866.051 €

Fonte: IPAD/DPP (2012)

De forma a obter uma maior eficácia, as prioridades estabelecidas neste documento de orientação estratégica da cooperação concentram-se em dois Eixos Estratégicos: o da boa governação, participação e democracia, o do desenvolvimento sustentável e a luta contra a pobreza, variam apenas as áreas de intervenção. Enquanto o eixo da boa governação, participação e democracia, intervém nas áreas de apoio á administração do estado, mais especificamente finanças, segurança e justiça, e cooperação técnico-militar,

o eixo para o desenvolvimento sustentável e a luta contra a pobreza intervém nas áreas da educação, desenvolvimento socioeconómico e saúde.

Na área da Saúde, o PIC estabelece a continuação do apoio ao Hospital Nacional Simão Mendes em Bissau, e a continuação da evacuação de doentes para hospitais portugueses, aliando o envio de missões médicas especializadas de curta duração, às quais deverão, sempre que possível, integrar médicos de nacionalidade guineense que se encontrem a exercer em Portugal. Desta forma pretende-se diminuir o número de evacuados para Portugal e constituir um primeiro passo para a promoção do regresso dos médicos Guineenses ao país de origem

3.3.4. Moçambique

O PIC 2007-2009 para Moçambique distinguiu-se por ter sido elaborado de acordo com as linhas orientadoras da EU e pelo alinhamento da programação portuguesa com as prioridades moçambicanas, inscritas no Plano de Acção da Redução da Pobreza Absoluta (PARPA II) e com o ciclo de programação moçambicano. Com o objectivo de obter uma maior eficácia o PIC 2007-2009 passou a ter uma maior concentração da actuação da Cooperação Portuguesa, quer em termos sectoriais, quer em termos geográficos.

Neste sentido, o novo PIC incidiu sua actuação nos seguintes eixos prioritários, o da capacitação institucional, o da implementação de um cluster de cooperação e um terceiro para o desenvolvimento sustentável e a luta contra a pobreza que irá intervir nas áreas da educação, desenvolvimento socioeconómico, cultura e gestão sustentável de recursos naturais.

O eixo estratégico de capacitação institucional terá como áreas de intervenção o apoio á administração estatal, justiça, orçamento estado e cooperação policial e técnico-militar. Geograficamente, a cooperação Portuguesa irá concentrar a sua actuação nas províncias de Maputo, Sofala e Nampula.

Quadro nº 6 - Distribuição Sectorial da APD Bilateral – Moçambique (2007-2010)

SECTORES	2007	2008	2009	2010
INFRAESTRUTURAS E SERVIÇOS SOCIAIS	12.047.148 €	13.440.382 €	14.284.124 €	11.990.652 €
Educação	7.095.141 €	7.927.382 €	8.686.303 €	7.820.384 €
Saúde	141.781 €	97.937 €	238.777 €	141.137 €
População/Saúde reprodutiva	25.000 €	100.000 €	45.995 €	50.015 €
Fornecimento de água e saneamento básico	450.392 €		119.826 €	122.638 €
Governo e sociedade civil	1.892.869 €	2.041.843 €	2.746.748 €	1.099.286 €
Outros	2.441.965 €	3.273.220 €	2.446.475 €	2.757.192 €
INFRAESTRUTURAS E SERVIÇOS ECONÓMICOS	767.662 €	164.112 €	185.229 €	150.766 €
Transporte e armazenamento				19.959 €
Comunicação	729.980 €	50.428 €	87.990 €	47.843 €
Energia		7.713 €		
Bancos e serviços financeiros	37.682 €	105.971 €	65.443 €	82.964 €
Negócios e outros serviços			31.796 €	
SECTORES DE PRODUÇÃO	113.778 €	374.153 €	1.096.212 €	295.864 €
Agricultura, silvicultura e pescas	86.494 €	321.957 €	1.095.772 €	264.700 €
Indústria, minas e construção	27.284 €	44.314 €		17.614 €
Comércio e turismo		7.882 €	440 €	13.550 €
MULTISECTORIAL/ TRANSVERSAL	1.028.733 €	1.074.544 €	1.227.579 €	1.238.647 €
TOTAL SECTORIAL	13.957.321 €	15.053.191 €	16.793.144 €	13.675.929 €
Ajuda a programas e ajuda sob forma de produtos	1.125.788 €	1.189.627 €	31.490.989 €	70.847.700 €
Ajuda humanitária	28.458 €	325.716 €		
Custos administrativos dos doadores	168.764 €	305.661 €	374.270 €	503.684 €
Apoio a ONGs	518.253 €	486.234 €		
Não especificado		50.000 €	172.899 €	
TOTAL NÃO SECTORIAL	1.841.263 €	2.357.238 €	32.038.158 €	71.351.384 €
TOTAL BILATERAL	15.798.584 €	17.410.429 €	48.831.302 €	85.027.313 €

Fonte: IPAD/DPP (2012)

No quadro nº 6 os 70.847.700€ que constam na rubrica Ajuda a programas, deve-se essencialmente à atribuição de uma linha de crédito destinada ao financiamento de projectos integrados no programa de desenvolvimento de Moçambique.

3.3.5. São Tomé e Príncipe

Quadro nº 7 - Distribuição Sectorial da APD Bilateral – STP (2007-2010)

SECTORES	2007	2008	2009	2010
INFRAESTRUTURAS E SERVIÇOS SOCIAIS	7.228.586 €	8.412.876 €	9.547.910 €	8.741.153 €
Educação	3.653.320 €	4.343.259 €	5.373.917 €	4.556.525 €
Saúde	1.512.000 €	1.142.713 €	1.418.725 €	1.872.634 €
População/Saúde reprodutiva	849.144 €			60.786 €
Fornecimento de água e saneamento básico		52.800 €	30.874 €	263.471 €
Governo e sociedade civil		1.503.680 €	1.377.408 €	1.092.368 €
Outros	1.214.122 €	1.370.424 €	1.346.986 €	895.369 €
INFRAESTRUTURAS E SERVIÇOS ECONÓMICOS	1.220.090 €	242.866 €	159.116 €	252.741 €
Transporte e armazenamento	950.108 €	118.987 €	51.910 €	35.839 €
Comunicação	150.858 €	95.437 €	60.294 €	46.018 €
Energia				96.778 €
Bancos e serviços financeiros	38.176 €	28.442 €	46.912 €	74.106 €
Negócios e outros serviços	80.948 €			
SECTORES DE PRODUÇÃO	96.736 €	38.268 €	6.000 €	72.384 €
Agricultura, silvicultura e pescas	37.061 €	6.000 €	6.000 €	66.960 €
Indústria, minas e construção	2.835 €			
Comércio e turismo	56.840 €	32.268 €		5.424 €
MULTISECTORIAL/ TRANSVERSAL	195.691 €	129.497 €	119.077 €	159.262 €
TOTAL SECTORIAL	8.741.103 €	8.823.507 €	9.832.103 €	9.225.540 €
Ajuda a programas e ajuda sob forma de produtos	-14.501 €	-9.667 €	280.691 €	9.819.181 €
Custos administrativos dos doadores	82.072 €	311.140 €	370.336 €	364.079 €
Apoio a ONGs	204.697 €	58.762 €	56.976 €	
Não especificado	525.520 €	24.831 €	96.858 €	
TOTAL NÃO SECTORIAL	797.788 €	385.066 €	804.861 €	10.183.260 €
TOTAL BILATERAL	9.538.891 €	9.208.573 €	10.636.964 €	19.408.800 €

Fonte: IPAD/DPP (2012)

A elaboração do PIC (2008-2011) foi elaborada de acordo com o Programa Indicativo Nacional (2008-2013) estabelecido para STP, numa lógica de complementaridade. Procurando uma maior eficácia, concentrou a APD em dois eixos estratégicos, o da boa governação, que irá incidir na capacitação e reforço institucional, na cooperação com as áreas policial, segurança e técnico profissional, e o do desenvolvimento sustentável e a

luta contra a pobreza que prevê a intervenção nas áreas da educação, saúde, desenvolvimento sócio-comunitário, ambiente e ordenamento do território.

No âmbito da saúde, realça-se o projecto “Saúde para Todos”, que resulta do Protocolo assinado entre o IPAD, a ONGD Instituto Marquês de Valle-Flôr e o Ministério da Saúde de STP. Este documento estabelece como objectivos, melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde primários e preventivos, melhorar a qualidade da água, alargar a prestações de cuidados médicos a todo o território, capacitar o sistema e os técnicos de saúde de STP, continuar a prestar assistência médica aos doentes evacuados, procurando contudo criar mecanismos para a redução gradual deste número, promover a saúde pública e educar os jovens em matéria de educação para a saúde e contribuir para a melhoria da qualidade e sustentabilidade do sistema de saúde de STP.

Este aumento verificado no quadro nº 7 em 2010, resulta da atribuição de uma linha de crédito de ajuda para financiar projectos em sectores prioritários para STP, designadamente, portos, aeroportos e redes de electricidade. Um significativo quinhão dos 2,79% da APD Bilateral destinada á saúde é gasto com a evacuação de doentes oriundos dos PALOP. Este é o tema que seguidamente será trabalhado.

PARTE II. - ESTUDO DE CAMPO

1.METODOLOGIA

O estudo tem como objectivo analisar a eficácia dos acordos de cooperação no domínio da saúde estabelecidos entre Portugal e os PALOP. A análise do problema de estudo foi efectuada através do método qualitativo, para desta forma ser possível obter dados descritivos, por regra ricos, completos, globais e verdadeiros (Neves 1996). Com a utilização deste método pretendeu-se responder à questão se os acordos de cooperação para evacuação de doentes efectuados entre Portugal e os PALOP se enquadram no contexto da realidade actual e se o processo é adequado ou até mesmo, se responde á necessidades dos doentes.

Esta foi precedida de uma revisão bibliográfica. A revisão bibliográfica foi realizada a partir de material pré existente. Esta permitiu analisar o fenómeno com base em informação muito mais ampla do que aquela que teria se tivesse que ser pesquisada pessoalmente. A revisão bibliográfica foi fundamentada com documentação diversa, principalmente livros e artigos científicos, mas também foram usadas resenhas, teses e jornais (Quivy & Campenhoudt 1992).

A revisão de literatura passou por diferentes etapas, começando pela formulação do problema, seguindo-se a elaboração do plano, a identificação e localização das fontes, a obtenção e leitura do material, a elaboração de fichas bibliográficas de apontamentos e finalmente a construção e redacção do texto. Foi efectuada também uma recolha estatística de informação sobre a cooperação portuguesa.

Num plano mais específico, procurou-se dados estatísticos sobre informação o número de doentes que se encontram em Portugal ao abrigo dos acordos, que tipos de patologias são mais requeridas e que encargos acarretam para o SNS Português. Como fontes foram utilizados o IPAD, a Direcção Geral de Saúde (DGS), o Ministério dos Negócios Estrangeiros (MNE) e alguns relatórios provenientes do Hospital Santa Marta (HSM) e Hospital Dona Estefânia (HDE). Na escolha da amostra foi tida em conta alguma

diversidade dos entrevistados e procurou-se que a amostra tivesse uma dimensão adequada (Albarello et al 1997).

Neste estudo não pode ser utilizada uma amostra aleatória, a opção foi por retirar a amostra de um grupo específico.

Para o método qualitativo foram seleccionados como amostra Embaixadas, Hospitais públicos, ONG, organismos públicos, como o Instituto da Segurança Social (ISS), Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI), Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e médicos que conhecem a realidade dos PALOP, visto terem estado diversas vezes no terreno. Procurou-se cobrir todo o universo. Foram entrevistados hospitais e instituições que trabalham com doentes oriundos de CV, GB, STP, e Moçambique. Por outro lado os médicos entrevistados tinham estado a trabalhar em cooperação em diferentes países já mencionados. Também foram entrevistadas associações e médicos que trabalham com doentes evacuados fora dos acordos. No entanto não foi possível entrevistar todas as embaixadas.

Como instrumento de recolha foram realizados questionários semi-estruturados que se focaram no processo desde a evacuação até á alta dos doentes, pretendendo saber de que forma o processo é eficaz ou não (Hoffmann & Oliveira 2009). As entrevistas efectuadas nesta investigação são denominadas de entrevistas não directivas, pois tiveram como a finalidade a obtenção de informação através de discurso livre. Esta técnica foi a escolhida porque permite detectar atitudes, motivações e opiniões. Estas entrevistas permitiram obter dados mais ricos e abundantes e uma imagem do fenómeno mais próxima, mas também mais complexa (Laville & Dionne 1999). As entrevistas foram realizadas entre os meses de Junho de 2011 e Janeiro de 2012. As entrevistas com duração aproximada de trinta minutos cada, foram gravadas e posteriormente transcritas de forma cuidadosa e detalhada. Este método permitiu descrever os dados recolhidos e teve por objectivo interpretá-los.

Inicialmente foi definido o quadro geral e com base neste foi elaborada uma grelha de análise provisória. Após confrontar as constatações obtidas com a grelha, surgiu a necessidade de a reformular (Quivy & Campenhoudt 1992).

No final a informação recolhida permitiu alcançar uma certeza provável. Foi feita uma análise sobre a parcialidade, fiabilidade e relevância da informação (Lessard e al. 1990).

Durante o processo de discussão e validação dos dados, foram assegurados a qualidade dos mesmos e testadas as hipóteses explicativas de forma a ser obtida uma teoria devidamente fundamentada (Gil 1999).

O objectivo central deste estudo era responder se os acordos de cooperação de evacuação de doentes se enquadram no contexto da realidade presente, se o processo é apropriado, se responde às necessidades dos doentes. Pretendeu-se ilustrar o que está a ser feito e de que forma, reconhecer boas práticas e reunir soluções para implementar no futuro.

2. DOENTES EVACUADOS

No intuito de tentar suprir necessidades em áreas da saúde que impõem o recurso a técnicos e meios humanos altamente especializados e que não se encontram disponíveis nos países de origem, no domínio da saúde, foram estabelecidos Acordos de Cooperação Internacional. Estes regulam a assistência médica aos doentes evacuados oriundos dos PALOP e estabelecem as responsabilidades e encargos a atribuir a cada um dos países participantes dos acordos (CPR). Nestes são também estabelecidos o número máximo de doentes a evacuar por ano.

Quadro nº 8 - Número máximo de doentes a evacuar por ano

País de origem	Plafond anual acordado
Angola	200
Cabo Verde	300
Guiné-Bissau	300
Moçambique	50
São Tomé e Príncipe	200

Fonte: DGS (2011)

Posteriormente, iremos observar que o plafond máximo anual será ultrapassado muitas vezes. O plafond máximo estabelecido nos últimos anos tem sido em muito ultrapassado pela GB, por STP e por CV. Isto deve-se à inoperância dos SNS particularmente em cuidados de saúde altamente especializados.

2.1. Legislação

Acordos de Cooperação

- Decreto n° 24/77, de 3 de Março e Decreto n° 129/80 de 18 de Novembro, com a República de Cabo Verde;
- Decreto n° 25/77 de 3 de Março, com a República Democrática de S. Tomé e Príncipe;
- Decreto do Governo n° 35/84, de 12 de Julho, com a República Popular de Moçambique;
- Decreto do Governo n° 39/84, de 18 de Julho, e Decreto n° 29/91 de 19 de Abril com a República Popular de Angola;
- Decreto n° 44/92, de 21 de Outubro, com a República da Guiné -Bissau.

Alguns destes acordos prevêem também o recebimento de cidadãos de PALOP por parte do Estado português com vista á formação de técnicos médicos e paramédicos, quer no domínio da medicina hospitalar, quer no domínio da saúde pública (Ministério da Saúde, 2008).

Evacuações

Resolução n° 37/94 (B.O. n° 29 de 16/08/94) – Regula todo o sistema de evacuação de doentes. Artigo 9° Revogado;

Decreto-Lei n° 125/79 (B.O. n° 51 de 22/12/79) – Constitui as medidas relativas á evacuação de funcionários públicos e seus familiares por motivos de saúde. Artigo 9° Revogado;

Decreto-Lei n° 52/93 (B.O. n° 32 de 30/08/93) - Revoga os artigos 9° do Decreto-Lei n° 125/79 e 8° da Portaria n° 36/83 acabando com o enquadramento por condição de doença ocorrida no estrangeiro;

Portaria nº 36/83 (B.O. nº 22 de 28/05/83) – Regula em termos análogos aos da função pública, a evacuação dos trabalhadores e familiares doentes no âmbito da previdência social;

Portaria nº 78/92 (Supl. B.O. nº 25 de 30/12/92) – Disciplina a condição dos acompanhantes dos doentes evacuados abrangidos pelo sistema de previdência social;

Portaria nº 8/2005 de 7 de Fevereiro (B.O. nº 51 de 22/12/79) – Fixa os montantes do subsídio diário único para despesas com a estadia e transporte locais, nas situações de evacuação interna e externa;

Despacho nº 7/93 (B.O. nº 29 de 09/08/93) – Determina novos critérios reguladores para a evacuação de doentes cujo tratamento é efectuado no exterior.

Vistos de Estada Temporária e Autorizações de Residência

Decreto Regulamentar 84/07, de 4 de Julho, que aprova o regime jurídico de entrada, permanência, saída e afastamento de cidadãos estrangeiros do território português.

Decreto-lei nº 32/2003 de 30 de Julho, que regula a concessão de vistos temporários para tratamento médico a cidadãos da CPLP.

Lei nº 23/2007, de 4 de Julho, que define as condições e procedimentos de entrada, permanência, saída e afastamento de cidadãos estrangeiros do território nacional, bem como o estatuto de residente de longa duração.

Quando obtiverem alta médica, poderão ficar a residir em Portugal se obtiverem uma Autorização de Residência ao abrigo da alínea g) do nº 1 do artigo nº 122 da Lei nº 23/2007, de 4 de Julho.

2.2. Entidades envolvidas

Entidades Portuguesas

DGS – coordena e avalia os processos de evacuação de doentes, através da Divisão de Cooperação Internacional, inserida na Direcção de Serviços de Assuntos Europeus e Cooperação Internacional;

Hospitais públicos – recebem e cuidam os doentes;

Embaixadas Portuguesas e consulados nos PALOP – têm competências na emissão dos vistos;

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) – centraliza os pedidos dos vistos dos diversos consulados e é o responsável final pela concessão dos vistos.

Entidades de cada Estado africano

Médico Assistente – propõe a evacuação do doente;

Junta Médica – responsável pela avaliação clínica da evacuação dos doentes.

Ministro da Saúde – ratifica o processo de evacuação do doente.

Embaixadas e consulados em Portugal – mediadoras entre os diferentes países e as entidades portuguesas envolvidas.

2.3. Responsabilidades por parte dos governos

Por um lado, por parte do Estado Português: Compete ao Estado Português assumir as despesas inerentes à assistência médica hospitalar, que inclui o internamento, hospital dia e ambulatório, assim como os meios complementares de diagnóstico e terapêutica sempre que efectuados em estabelecimentos hospitalares oficiais ou nas suas dependências. Compete-lhe também a responsabilidade pelo transporte em ambulância do aeroporto ao hospital sempre que o estado clínico do doente assim o obrigue. Excepcionalmente, o acordo com a República Popular de Angola prevê que o Estado Português só terá que suportar apenas metade das despesas com assistência médica. Por outro lado, Angola, assim como Moçambique suportam apenas metade das despesas relacionadas com alojamento a doentes não internados ou em regime de ambulatório.

Por outro lado, por parte dos Estados Africanos: Quanto ao Estado do país de origem do doente compete assegurar o transporte para Portugal a posteriormente, após a alta o regresso ao país de origem, assim como a deslocação do aeroporto ao local de destino. O alojamento sempre que os doentes não fiquem internados, mesmo após o tratamento ser dado por concluído pelas autoridades hospitalares portuguesas é igualmente do Estado de origem do doente. Cabe-lhe também a responsabilidade do fornecimento de medicamentos e próteses, assim como funeral ou repatriamento se ocorrer o óbito do doente.

2.4. Direitos e deveres dos evacuados

O doente após chegar a Portugal tem 48 horas para entrar em contacto com a embaixada. Durante a sua permanência terá que informar e manter actualizado a sua morada e contacto telefónico, entregar o relatório trimestral, para que este posteriormente possa envia-lo para o Ministério da Saúde (MS) do país de origem do doente. Deverá manter a sua situação de permanência em Portugal regularizada e cumprir com os despachos emitidos pelo MS e/ou Juntas de Saúde. Terá que cumprir as datas das consultas, exames e tratamentos. Deverá igualmente ser esclarecido sobre os seus direitos e deveres, ter acesso aos tratamentos médicos necessários, a um subsídio diário, medicamentos, transporte e ajudas técnicas.

3. ESTUDO DE CASO

3.1. CIRCUITOS DE EVACUAÇÃO DE DOENTES AO ABRIGO DOS ACORDOS

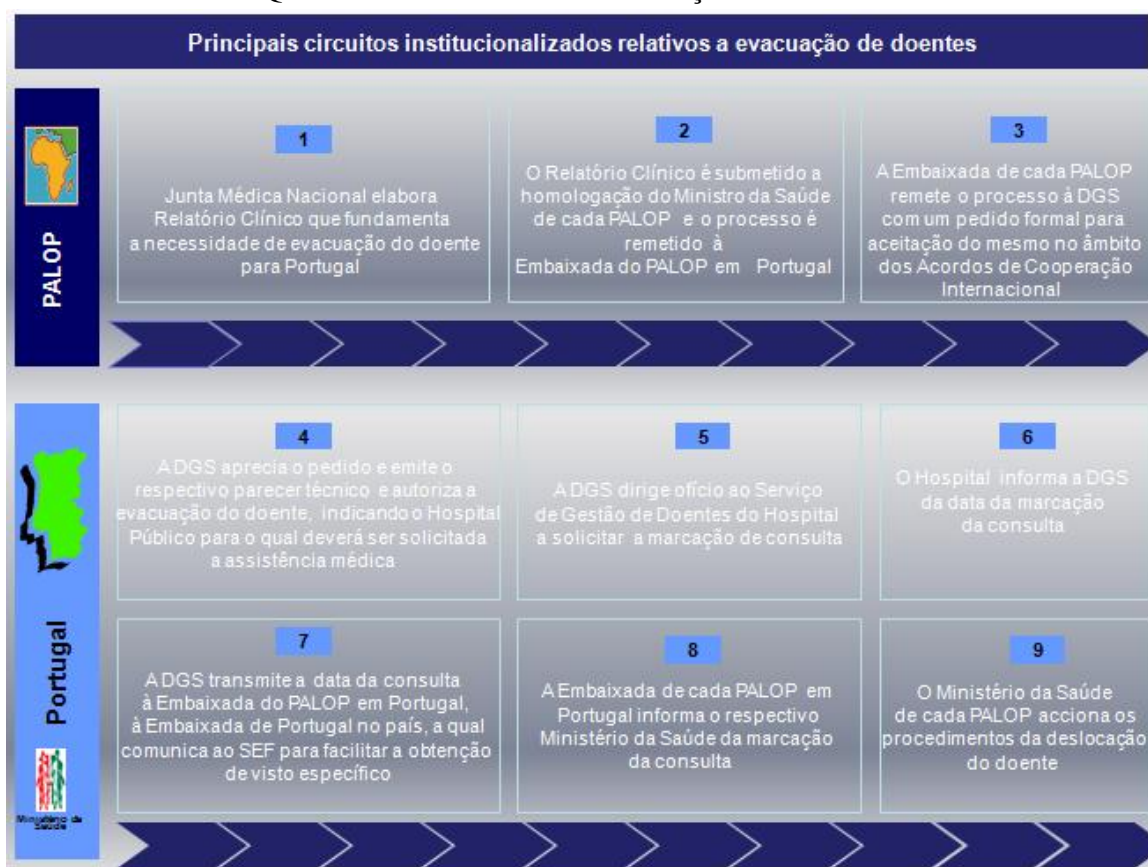
A evacuação de um doente tem que cumprir um circuito de procedimentos que tem início na apreciação da proposta de evacuação efectuada pelo médico responsável, por parte da Junta Nacional do país de origem do doente. Este é um processo deveras burocrático e geralmente muito moroso. A Junta Nacional estuda e determina quanto à fundamentação da evacuação para diagnóstico e/ou tratamento e emite parecer favorável relativamente à deslocação do doente para Portugal. Posteriormente, o relatório da Junta Nacional é submetido a homologação pelo Ministro da Saúde do país de origem do doente e o processo é enviado à respectiva Embaixada em Portugal. Estas remetem o processo à DGS, com um pedido formal para aprovação do mesmo no âmbito dos Acordos

Com o processo em seu poder, a DGS efectuará o registo de entrada do processo de cada doente, que depois será apreciado pelo médico responsável pela avaliação e orientação clínica dos casos. Ele irá confirmar a aceitação da evacuação do doente e indicará os pormenores relativamente ao tipo de consulta a efectuar e indicará o hospital público para o qual deverá ser solicitada a assistência médica. Concluído o

procedimento anterior, a DGS remete o ofício ao Serviço de Gestão de Doentes do hospital indicado pelo Médico, a requerer a marcação de consultas. Quando o hospital informar a DGS da data da marcação da consulta, a DGS irá, transmitir essa informação à Embaixada do país em Portugal, à Embaixada de Portugal no país e ao SEF, de forma a facilitar a obtenção de visto específico (por motivo de doença e no contexto de evacuação orientada pela Junta Nacional).

Por último, caberá à Embaixada de cada país em Portugal informar o respectivo MS da marcação da consulta, que, por sua vez, irá preparar a vinda do doente para Portugal.

Quadro nº 9 – Circuito de Evacuação de Doentes



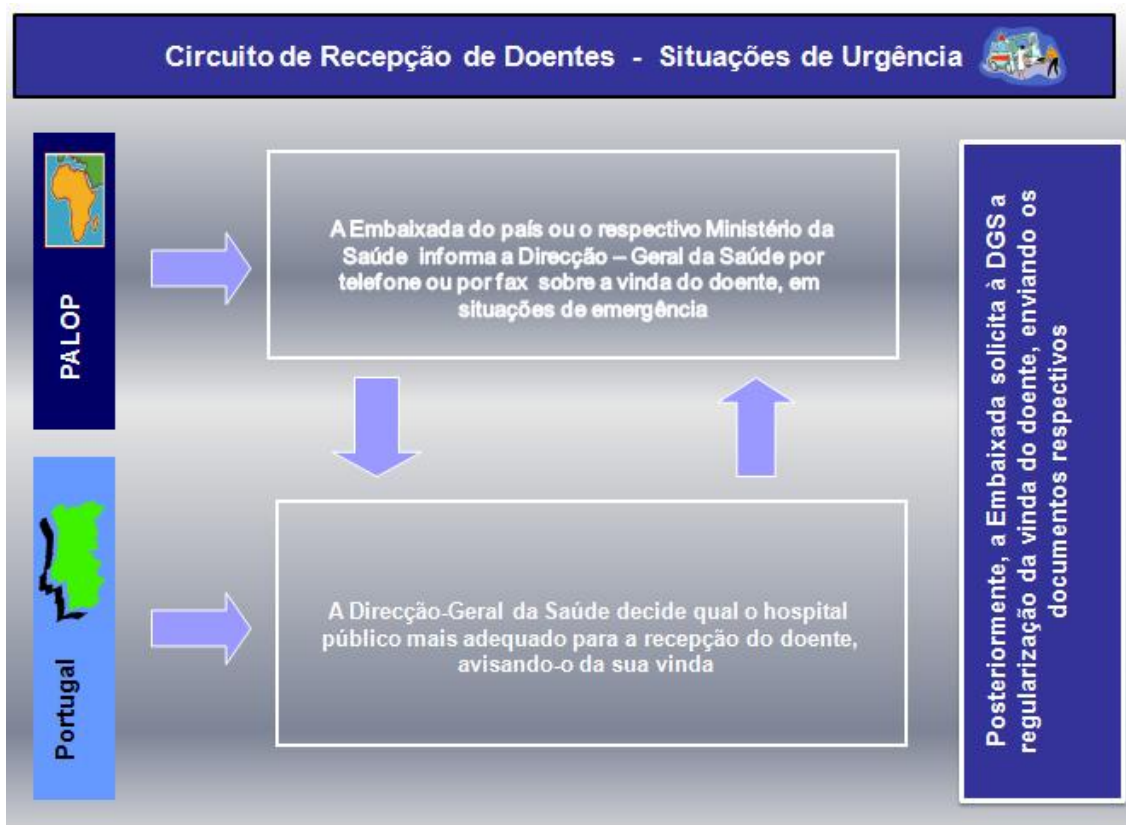
Fonte: DGS (2011)

Circuito de evacuação em situações de emergência

Em situações de emergência o circuito de evacuação é simplificado, reduzindo os procedimentos e tornando-se bastante mais célere. O processo tem início quando a embaixada ou MS do país informa a DGS via telefone ou fax do envio de um doente em

situação de emergência. A DGS irá seleccionar qual o hospital mais adequado e informá-lo da vinda do doente. Por último a embaixada irá proceder ao envio dos documentos necessários para a DGS, de forma, a que esta regularize a situação do doente.

Quadro nº 10 – Circuito de Evacuação de Doentes em Situação de Urgência



Fonte: DGS (2011)

3.2. ALTA MÉDICA

A partir do momento em que os doentes recebem alta, um novo circuito começa, o do retorno dos doentes aos seus países de origem a menos que estes fiquem a residir em Portugal. Este tem início com a comunicação por parte do hospital à DGS e à embaixada do país da alta do doente.

Se porventura o doente necessitou de apoio por parte dos serviços sociais do hospital, estes devem entrar em contacto com os serviços sociais da embaixada do país de forma a ser acautelado uma eventual continuidade.

Caberá aos hospital elaborar um relatório clínico do doente, onde constem todos os procedimentos efectuados e evoluções da doença mas também uma orientação futura. Este será enviado para a DGS e para a embaixada do país de origem.

Caberá também aos hospital elaborar um relatório para cada doente onde constará a contabilização de todos os encargos inerentes ao doente. Se porventura houver uma transferência do doente para outro hospital, este deve ser informado pelo hospital receptor do estatuto do doente e dos custos resultantes.

No fim o hospital terá que enviar para a DGS o relatório com os encargos globais dispendidos com cada doente, que por sua vez irá transmitir a informação á embaixada portuguesa e á do país de origem do doente. Anualmente a DGS efectua uma compilação global dos custos por país e comunica-o às embaixadas.

3.3. ESTATISTICAS

Quadro nº 11 - Total de Pedidos de Evacuação de Doentes dos PALOP 2004-2010

	ANGOLA	CABO VERDE	GUINÉ-BISSAU	SÃO TOMÉ E PRINCIPE	MOÇAMBIQUE	
ANO	Nº DOENTES	Nº DOENTES	Nº DOENTES	Nº DOENTES	Nº DOENTES	TOTAL
2004	2	232	157	268	23	682
2005	0	280	245	196	22	743
2006	26	292	488	178	14	998
2007	28	278	507	172	10	995
2008	0	300	719	210	12	1241
2009	1	341	745	226	7	1320
2010	0	381	403	194	6	984
TOTAL	57	2104	3264	1444	94	6963

Fonte: DGS (2011)

Ao analisar o quadro nº 13, observamos que o número de doentes evacuados de STP é por vezes superior aos estabelecidos nos acordos de cooperação, e os da Guiné mais do que duplicam. Este facto como já foi mencionado, deve-se á incapacidade de resposta do SNS dos respectivos países.

A GB não evacua doentes só para PT, também estabeleceram um acordo de evacuação com o Senegal devido à proximidade territorial. Segundo testemunho este suporta todos os encargos com estas evacuações.

“ (...) o Senegal é um país irmão...que identifica as dificuldades no sector financeiro e entretanto segundo informações que tenho...o governo Senegalês assume a totalidade das despesas.”

Embora não exista acordo com mais nenhum país a GB também evacua doentes para outros países da Europa.

"GB evacua para PT, para França e para o norte da Itália."

"O Dr. Augusto Bidonga vai distribuindo as crianças por diversos países, não é só PT, envia para Itália, leva outros para a Suíça."

Podemos verificar que Angola, não tem evacuado doentes ao abrigo dos acordos de cooperação. Apesar de continuarem a evacuar doentes para Portugal, todos os encargos são assumidos pelo Governo Angolano, (note-se que no caso de Angola, ao abrigo do Decreto nº 29/91 de 19 de Abril, Portugal apenas assume 50% das despesas com internamento, hospital dia e ambulatório, meios complementares de diagnóstico e terapêutica), pois segundo a Embaixada Angolana os custos globais são mais reduzidos. Isto verifica-se porque após a evacuação para a primeira consulta, o paciente passa a integrar a lista de espera como um cidadão nacional. O que origina que o doente tenha que ficar meses a aguardar por exames complementares e/ou cirurgia. Se for pago particularmente estes prazos são reduzidos.

Tendo em conta que a embaixada tem que suportar os encargos com alojamento, transporte e alimentação durante toda a estadia do doente em Portugal, quando o tempo de espera é muito longo, segundo a embaixada de Angola, verificou-se que estas despesas acabavam por ser mais dispendiosas para o Governo Angolano, do que suportar a totalidade das despesas com a assistência médica.

Já em Moçambique, a diminuição do número de doentes evacuados deve-se ao facto de terem um outro acordo com a África do Sul, e ser para lá que são enviados o grande número de doentes. Esta opção deve-se á proximidade física dos dois países, o que torna as despesas com deslocação muito mais reduzidas, geralmente a distância é de 300 a 600KM, e permite em muitos casos o doente deslocar-se apenas para fazer os

tratamentos ou cirurgia e voltar a casa. Podendo neste caso efectuar várias deslocações não sendo necessário ficar a viver no país de acolhimento durante meses ou anos, muitas vezes num total isolamento, como se verificava em Portugal.

Para Portugal vêm apenas casos pontuais, de pessoas que têm familiares cá. Nestes casos a embaixada apenas funciona como elemento de ligação, sendo todo o processo elaborado e resolvido em Moçambique.

Quadro nº 12 – Doentes Evacuados PALOP - Total encargos - 2008

Doentes Evacuados dos PALOP - Totais de Custos - 2008			
País		Total	%
Angola		0	0%
Cabo Verde		1.859.292,07	66,9%
Guiné-Bissau		558.899,87	20,1%
Moçambique		24.196,17	0,9%
S.Tomé e Príncipe		338.636,52	12,2%
Total		2.781.024,63	

Fonte: DGS (2011)

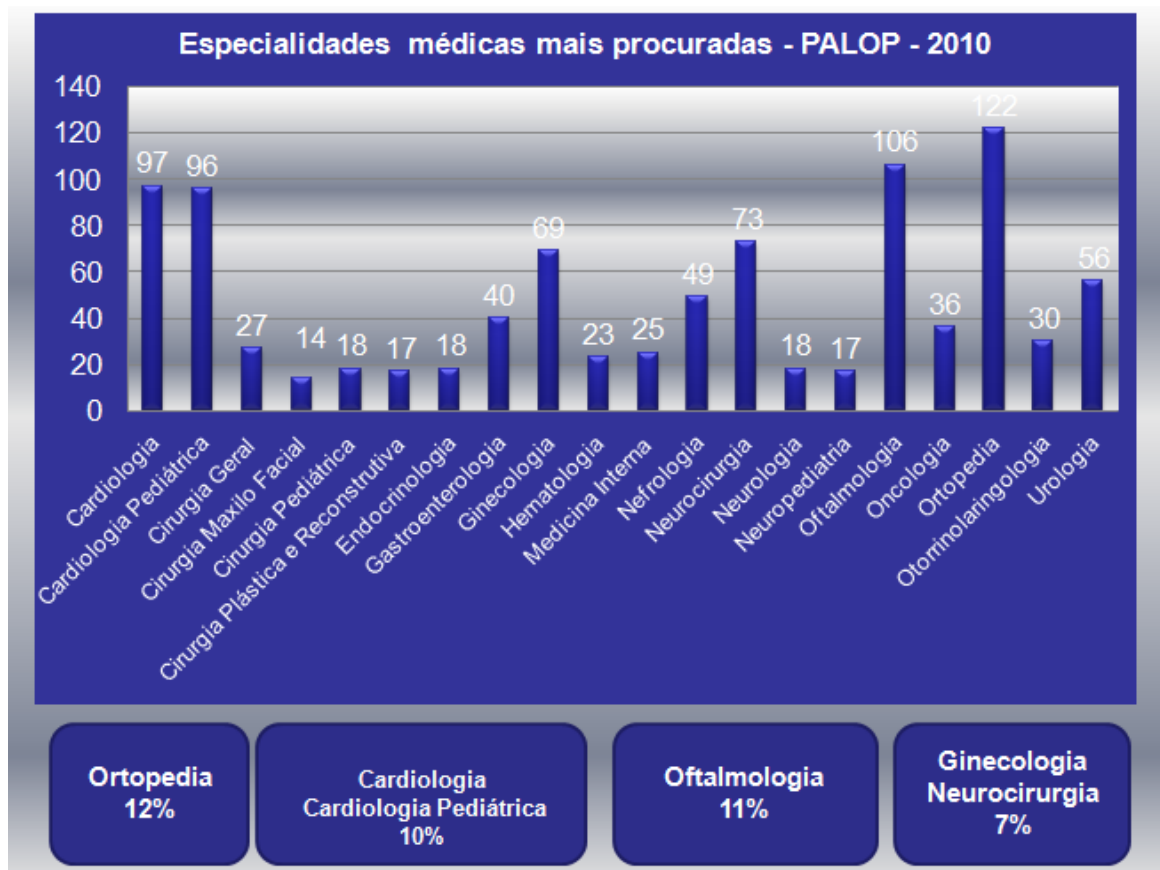
Os custos apresentados não contabilizam a totalidade dos custos suportados pelo SNS com a assistência médica aos doentes evacuados, visto alguns hospitais ainda não terem calculado custos efectivos relativos ao movimento assistencial com estes doentes. Podemos no entanto concluir que o custo médio anual suportado pelo SNS decorrente da prestação de cuidados de saúde a doentes evacuados dos cinco PALOP é de 3.000.000,00 €.

Por outro lado, os valores acima indicados reflectem que quase 67% dos custos são relativos a tratamento de doentes oriundos de Cabo Verde, em virtude deste país referenciar doentes para tratamento em Portugal que exige uma abordagem de intervenção clínica e terapêutica diferenciada, complexa e especialmente onerosa.

As causas clínicas que mais originam evacuações, como se pode observar nos gráficos são as ortopédicas, cardiologias, oftalmológicas e ginecológicas. A nível de Ortopedia

os casos mais frequentes são relativos a fracturas e a patologias degenerativas (artroses dos joelhos/anca).

Gráfico nº3 – Especialidades Médicas Mais Procuradas – PALOP - 2010



Fonte: DGS (2011)

As causas clínicas que mais originam evacuações, como se pode observar nos gráficos são as ortopédicas, cardiologias, oftalmológicas e ginecológicas. A nível de Ortopedia os casos mais frequentes são relativos a fracturas e a patologias degenerativas (artroses dos joelhos/anca).

Na Cardiologia temos que separar em dois grupos. Primeiro temos a população pediátrica essencialmente com cardiopatias congénitas que requerem correcção cirúrgica, já na população adulta verificam-se principalmente quadros de hipertensão

maligna, síndrome metabólica e doença isquémica do coração (grave). Se juntarmos a Cardiologia com a Cardiologia Pediátrica, sendo que cada uma representa cerca de 10% dos doentes evacuados, juntas correspondem a mais de 20% do número de evacuações, sendo assim a maior causa de evacuação.

Os casos de cirurgia geral são requeridos principalmente em situações do foro oncológico que carecem de procedimento cirúrgico, sendo as intervenções mais frequentes as neoplasias da mama, colo do útero, tiróide, aparelho digestivo, e correcções de fistulas uro-genitais, resultantes de sequelas de partos distócitos.

Na oncologia médica existe uma predominância em quadros hematológicos.

Assim como na cardiologia, na neurocirurgia temos que separar em dois grupos. A população pediátrica surge essencialmente com malformações congénitas por hidrocefalia, enquanto os casos da população adulta estão relacionados com traumatismos cranianos e tumores cerebrais.

Em oftalmologia surgem em maior numero situações de retinopatia diabética, glaucoma, infecções oculares graves ou suas sequelas.

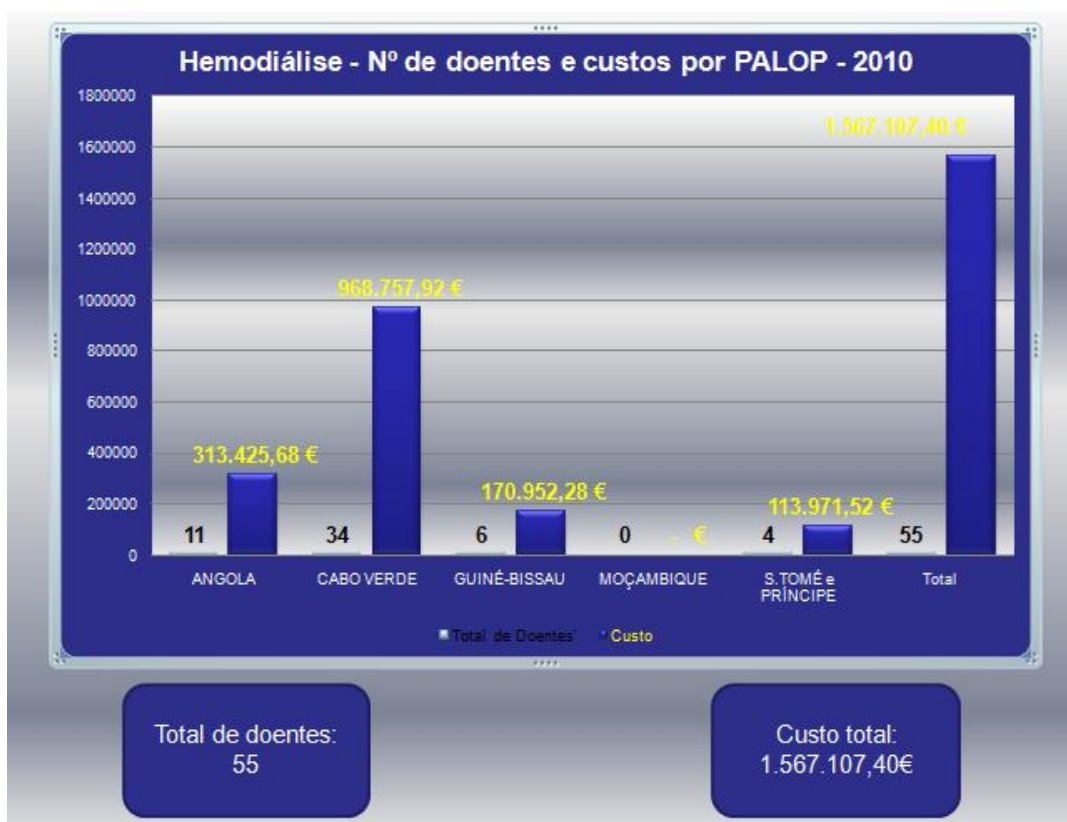
Os pacientes de Urologia por norma têm malformações congénitas que requerem cirúrgica ao aparelho urinário, ou padecem de Hidronefrose por cálculo renal.

A Nefrologia, como podemos observar no gráfico abaixo, consome grande parte dos 3.000.000,00€ anuais gastos com os doentes evacuados. São os casos de insuficiência renal terminal, que obrigam a realização de hemodiálise.

Podemos verificar que Cabo Verde é o país que mais doentes têm a fazer hemodiálise em Portugal, e que só esses consomem um terço do valor total do custo médio anual suportado pelo SNS para cuidados de saúde a doentes evacuados. Daqui é fácil perceber porquê 67% do total dos custos são relativos a doentes oriundos de Cabo Verde.

Nestas situações os pacientes não poderão voltar ao país de origem, sendo-lhes atribuídas autorizações de residência para ficarem em PT. A menos que no futuro sejam criadas condições para que possam realizar hemodiálise nos seus países assim permanecerão indefinidamente.

Gráfico nº 4 – Hemodiálise – PALOP – 2010



Fonte: DGS (2011)

Segundo o DR. Claudio Correia, Chefe da Divisão de Mobilidade de Doentes da DGS, PT está a ajudar a implementar em CV uma unidade de hemodiálise. Esta está a ser financiada por CV, e PT entra com apoio técnico. Espera-se que esta entre em funcionamento dentro de um ou dois anos. Também na GB este panorama parece vir a alterar-se em breve, pois segundo o Secretário da Embaixada da GB, o Dr. Carlos Baldé (...) a Venezuela vai nos apoiar na criação, desde o início até ao fim de uma unidade de hemodiálise (...) o apoio é financeiro, é tudo... os médicos vão ser Guineenses, Cubanos, e médicos e técnicos Venezuelanos também, está previsto para abrir este ano ainda, 2012.

3.4. EVACUAÇÃO

Para melhor entender este processo tem que ser efectuada uma abordagem sobre a problemática da saúde nestes países.

O primeiro dos obstáculos muita vezes tem origem nas suas crenças e mitos. É de referenciar que geralmente, primeiramente é ao curandeiro que recorrem para curar os

seus problemas de saúde. Só quando este reconhece não ser capaz de solucionar o problema é que recorrem ao SNS, numa primeira fase significa posto de saúde mais próximo.

Convém ainda alertar para duas realidades, a dos que vivem perto dos centros urbanos e a dos que vivem longe destes. São os últimos que têm dificuldades acrescidas no acesso à saúde. Devido às dificuldades de acessos (transportes disponíveis, estradas e a distância aos centros) e às dificuldades financeiras quer dos doentes quer dos postos de saúde que muitas vezes não possuem meios para enviar o doente para o hospital, acaba por ser muito reduzido o número de doentes que chegam a ter assistência hospitalar. Muitos morrem antes disso, e outros chegam numa fase em que a doença já se encontra num estágio muito avançado (Henriques, 2009).

Por último, mesmo quando têm acesso ao SNS este, nestes países é muito ineficaz. É de realçar a falta de meios de diagnóstico e de profissionais de saúde especializados. Embora o grau de gravidade destes problemas não seja igual em todos, é efectivamente um problema comum a todos. “ (...) verificámos que na GB há muito poucos recursos materiais e de preparação e formação dos recursos humanos (...) ”; “ (...) em STP o nível médico é baixinho, o hospital está muito mal equipado (...)”.

3.4.1. Critérios de selecção

O número de doentes que necessitam de evacuação nestes países é em muito superior à nossa capacidade de resposta e muito maior ainda que os números estabelecidos pelos acordos. Num universo tão vasto é necessário escolher. A problemática é que critérios utilizar para efectuar a triagem. Este não é um tema consensual, visto que alguns defendem que doentes crónicos não devem ser evacuados. O que é consensual é que parece não haver critério algum no modo como estes doentes são seleccionados.

Segundo opiniões diversas, em boa prática a decisão de evacuação de um doente devia essencialmente respeitar a dois critérios, o tipo de patologia e o tempo cirúrgico.

"As pessoas vêm, depois muitas vezes são doenças crónicas, com tratamentos prolongados, como por exemplo os doentes da diálise... e isso faz com que depois haja problemas sociais (...)."

"Existem dois tipos de situações, aquelas que podemos resolver lá, com material daqui, com as condições que eles têm, podemos fazer montes de tratamentos... doentes muito graves... não há capacidade instalada para tratar esse tipo de doentes têm que ser evacuados... o caso das cardiopatias graves... hemodiálise (...)."

"Há patologias que não fazem sentido, como é o caso da paralisia cerebral... eles não vêm cá fazer nada e depois não regressam."

"Também é preciso coragem para dizer que há doentes que não vêm para aqui fazer nada... doentes que não têm recuperação possível, não têm cura em lugar nenhum do mundo... os doentes a evacuar deviam ser aqueles doentes, principalmente cirúrgicos, que precisem de um tratamento imediato, e vem, é tratado e regressa ao país de origem. Não podem ser os doentes crónicos... para esses tem que se dar a capacitação local para serem tratados lá... não têm cura e ficam cá a vida toda, e isso é uma situação que não faz sentido... na minha perspectiva dura e crua só devia vir quem tem possibilidade de ver o seu problema resolvido... um doente crónico que fica cá, deixa de ser PALOP e passa a ser um doente do SNS... de CV estão aí centenas de doentes que conseguiram autorização de residência... eu não tenho dúvidas que por cada 200 que vêm ficam lá milhares que cumprem os critérios de evacuação (...) não sabemos muito bem se quem vem é quem deve vir, ou quem não deve vir."

"O doente cirúrgico tem que vir no tempo cirúrgico que tem indicação... não faz sentido vir um ano e meio antes... tem que haver comunicação entre equipas médicas de cá e lá".

É preciso recursos locais, para que se faça uma triagem muito bem-feita, bem identificados, bem dirigidos na hora certa, para o serviço certo e no mínimo tempo perdido no meio disto, e com um circuito bem organizado de forma a que o doente possa regressar.

Nunca é fácil decidir quem vive e quem morre. Este será sempre um aspecto controverso, porque as opiniões, como foi possível observar, não são unânimes sobre os critérios a utilizar nas evacuações.

Mais importante ainda é verificar-se que na realidade não existem critérios pré definidos e há uma onda de suspeição sob as entidades envolvidas e sob os próprios doentes como indicam os depoimentos de algumas instituições:

"Não está em causa o estado de gravidade do doente, mas sim se há dinheiro para ultrapassar a burocracia."; e ainda: "Aquilo deve ser, quem paga consegue, quem não paga não consegue."

"Muitos conseguem vir porque são funcionários públicos, e porque é que não esperam como os outros? E são estes que conseguem os apoios."

"(...) está tudo adulterado, num país onde a corrupção impera, acabam por vir pessoas com diagnósticos falsos... cujo único objectivo é sair de lá (...)"

"Os doentes vêm e não há nenhum critério".

"Sabe que muitos não são doentes, mas compram a Junta Médica para virem evacuados para PT."

3.4.2. Tempo de Espera

O processo de evacuação dos doentes é extremamente burocrático e moroso, embora seja de salientar que a morosidade difere de país para país.

"(...) demora muito tempo a menos que a pessoa tenha dinheiro."

"Uma junta médica demora cerca de 2 anos a conseguir... eu conheço casos que estiveram 3 anos à espera... CV é mais rápido (...)."

"CV é mais rápido que a Guiné e STP, mas também demora muito tempo."

"(...) depende do país... normalmente na GB demora muito, muito tempo até diagnosticarem a doença, esse intervalo de tempo chega a ser um ano... muitos já foram tratados, já estiveram internados durante um grande período de tempo e acabam por ser evacuados para cá."

Os vários meses de espera, por vezes até anos, origina muitas vezes a um agravamento do estado clínico do doente, que originam a necessidade de procedimentos terapêuticos muito mais complexos e morosos, e em alguns casos o estado do doente é de tal forma gravoso que é irreversível.

"Vêm com problemas que se fossem tratados logo de início se resolviam bem, ou o tratamento era mais simples, como vêm passado muito tempo o tratamento é muito mais difícil e muitas vezes não tão eficaz."

"No caso das cardiopatias, quanto mais cedo forem tratados... o êxito final destas situações é maior. O que acontece muitas vezes é que chegam cá em muito más condições."

"Depende da patologia ... problema cardíaco é positivo... agora pessoas com problemas oncológicos já não... mas também há casos de sucesso... já vêm em estados muito avançados."

" (...) vêm em situações muito complicadas que muito possivelmente... com uma cirurgia leve teria resolvido o problema e acabam por ter que fazer várias cirurgias... mas não quer dizer que não tenham sucesso no tratamento."

"Isso depende... há pessoas que estão muito tempo há espera... anos... depende muito... também depende da ordem da DGS à marcação da consulta... enquanto a consulta não é marcada não podem autorizar o visto... porque eles também têm o número de quotas para poder dar o número de consultas... depende da patologia... faziam diagnóstico, passam dois anos sem serem acompanhados e a patologia alterava-se... isto ia gerar outras patologias (...)."

Segundo esta última declaração o tempo de espera pode aumentar exponencialmente dependendo do tempo de resposta da DGS. Da parte desta, quando confrontados com a questão responderam “Depois que chega o pedido é despachado em 30 dias”. Por sua vez a embaixada da GB não só não corrobora esta afirmação como fez questão de salientar esta questão.

“Chegando aqui os processos á embaixada nós fazemos o tratamento administrativo...encaminhamos os processos para a DGS aqui em Lisboa, onde é feito o pedido de marcação de consultas... nós ainda não temos as marcações solicitadas á DGS de 2011, neste momento⁷ ainda não temos nem sequer 50% dos pedidos feitos... não foram respondidos, o que quer dizer que demora muito tempo. Nós temos uma quota anual de 300 doentes, compreendemos que ultrapassamos o número de quotas, mas também não justifica... não haver aceleração na marcação das consultas... no ano de 2011 de Janeiro a Dezembro fizemos pedidos para 621... só houve resposta de 121, o que significa que nem atingiu o número de quota que temos anualmente.”

Podemos e devemos ainda acrescentar a variante corrupção. Segundo relatos, ser funcionário público, ou subornar, parece ser o mais eficaz para se ultrapassarem os obstáculos. Porém, para os doentes da Guiné, tudo é ainda mais complicado, visto o seu país não pagar a viagem para PT, são os doentes e familiares que têm que conseguir reunir o dinheiro da passagem. Alguns conseguem apoios de ONG no terreno, outros vendem tudo o que têm, outros endividam-se ou fazem peditórios, quem não consegue fica pelo caminho.

"Alguns quando têm patologias graves, e o país não paga, têm que fazer alguma coisa para vir... quando vêm, acontece que vêm em situações muito avançadas, às vezes há situações em que já não vale a pena vir."

"Os doentes mais graves, sobretudo os de CV são evacuados quase imediatamente... os da GB não, até porque muitas vezes quando o doente é autorizado a evacuar... como o estado não garante sequer o acesso à viagem, eles muitas vezes... têm que arranjar dinheiro para poderem viajar e portanto este período às vezes pode ser muito prolongado... chega a acontecer situações caricatas de doentes que quando cá chegam já passou a data da consulta... outras vezes são evacuados e chegam a estar á espera cerca de um ano da dita consulta."

⁷ 27/01/2012.

3.4.3. Imigração

O sonho de vir trabalhar para a Portugal, que muitos, alienados por completo da realidade acreditam ser o "El dorado", leva a que tentem usar a doença como o meio para alcançar o sonho, deixando esta muitas vezes para segundo plano.

"Uma boa parte destes doentes vêm com o objectivo de ficar... vêm com a ideia de que quando aqui chegarem vão trabalhar, principalmente os acompanhantes, vão fazer um pezinho de meia para depois levar. Vêm todos com esta ideia."

"A evacuação muitas vezes é pretexto de imigração... muitas vezes o pai já vem com a perspectiva de ficar a trabalhar na Europa (...)"

"Nós, chamamos a isto, evacuação oportunista, ou seja, aproveitam-se da condição da criança para depois ficar cá, colocando em causa a própria criança que muitas vezes acaba por ficar numa instituição... Um homem africano... deixa lá uma família desmembrada, chega cá e constitui outra... vai esquecer a família lá que vai perder a sua fonte de sustento... muitas vezes quem vem, nem é o pai nem a mãe, vem aquele que tem mais cabedal para trabalhar."

"Na GB... eu penso que o processo de evacuação funciona um bocadinho como uma porta aberta á imigração ilegal, sendo que neste momento já há ONG a operarem na GB."

3.5. ASSISTENCIA MÉDICA

Quadro nº 13 - Vistos de Estada Temporária Concedidos Para Tratamento Médico

	Angola	Cabo Verde	Guiné-Bissau	Moçambique	São Tomé e Príncipe	Total
2000	0	6	0	0	0	6
2001	0	0	5	1	8	14
2002	0	4	18	8	26	56
2003	3	11	44	13	60	131
2004	8	3	88	31	274	404
2005	72	269	158	19	205	723
2006	92	414	400	20	252	1178
2007	72	289	410	17	176	964
2008	102	325	508	13	178	1126
2009	94	399	567	9	245	1314
2010	55	511	401	4	273	1244

Fonte: MNE (2011)

No que diz respeito á assistência médica, para além dos problemas tradicionais que o nosso SNS apresenta no que diz respeito a listas de espera, nada estava preparado para o aumento do número de doentes evacuados verificado na última década. Como indica o comentário da DR^a Anabela Paixão "(...) antigamente eram dois, três doentes por ano, agora são oitenta só para a cardiologia pediátrica... a partir de 2006, o número de doentes da GB aumentou exponencialmente (...)."

O quadro acima demonstra o aumento do número de vistos concedidos nos últimos doze anos para uma melhor percepção deste fenómeno.

3.5.1. Diagnósticos

Após a chegada do doente são efectuados exames para confirmação de diagnóstico. Segundo os médicos entrevistados, dependendo do país de origem, depende também a fiabilidade dos diagnósticos.

"(...) no contexto global dos doentes e da evacuação eu penso que é a má triagem, mas isso é um problema lá (...)"

"Os diagnósticos errados acontecem com alguma frequência, sobretudo na GB... cerca de 40% (...) o que não quer dizer que não tenha nenhuma doença."

"Os médicos apercebem-se que vêm pessoas com diagnósticos errados, por isso, é que é necessário investir no país de origem."

A principal causa apontada para os diagnósticos errados é a falta de meios de diagnóstico nos países de origem, quer em termos de equipamentos quer em termos humanos.

"(...) GB ... têm muita dificuldade em fazer os diagnósticos."

"(...) as doenças cardiovasculares são as maiores causas de evacuação... também constatámos em STP que não havendo recursos para fazer essa triagem é muitas vezes mal feita. Não havendo nenhum meio de diagnóstico cardiovascular, nomeadamente o electrocardiograma... no hospital de STP... não havendo nenhum cardiologista para fazer esse diagnóstico, este problema era deixado ao cargo de um médico de clínica geral... e então muitas pessoas eram mal evacuadas."

"Às vezes há uma equivocação no diagnóstico que é dado ao doente pelo facto de não haver equipamentos materiais especializados... a maioria dos doentes vem à procura do diagnóstico, digo isso porque o doente não sabe bem qual é a doença que tem."

Há sintomas que não são fáceis de averiguar... podem mentir aos médicos de lá (...)"

No que diz respeito a diagnósticos falsos, estes são cada vez mais raros.

“(...) aquilo que se fala de diagnósticos falsos... nós, não temos qualquer experiência (...)”

"No meio de coisas sérias, houve muitas coisas falsas, certamente houve muita gente que veio para fazer outras coisas em PT, agora já é mais difícil, porque como a nossa embaixada sabe que nós vamos lá três vezes por ano, e a nossa própria embaixada quer que a gente veja os doentes. Os próprios médicos... tinham interesse que nós víssemos os doentes.”

"Nem sempre o que diz a Junta Médica... é a realidade. O que verificámos na consulta é que os de CV normalmente é a realidade e vem bem definido o diagnóstico, vêm bem encaminhados... torna-se mais fácil... os da GB nós sinalizamos logo que este é capaz de dar problemas. Apesar de a embaixada não apoiar em nada eles continuam a vir. Vêm com diagnósticos mal feitos... alguns nem existem, o que significa que para muitos continua a ser uma porta para imigração e depois o que nós sabemos é que a embaixada não apoia em nada."

Outro problema que surge nesta fase é a detecção de novas e diversas patologias no doente, para além daquela que já lhe foi diagnosticada. No entanto existem patologias em que este cenário está a mudar, quer pela introdução de alguns meios, quer humanos, quer materiais.

"Às vezes, o diagnóstico coincide, outras vezes quando chega cá o diagnóstico não corresponde com o diagnóstico da Junta Médica... no caso das cardiopatias congénitas normalmente vêm bem feitos porque já têm alguma experiência... as infecciosas nem sempre vêm bem feitas."

3.5.2. Tempos de espera

O nosso SNS é conhecido pelas longas listas de espera, quer para consultas, quer para cirurgias, variando consoante a especialidade.

"Quem entra na lista de espera nacional, tem que ficar seis, oito ou dez meses à espera de uma cirurgia... depende muito da especialidade... As escolioses podem demorar dois anos a serem operados... depende da gravidade."

"No caso da Nefro vêm directamente para o hospital para o serviços de internamento... já vêm com valores analíticos completamente elevados, alterados... Vêm directamente para o serviço de internamento fazer os exames se tiver diagnóstico, se não tiver vem para fazer diagnóstico (...)"

"Nós sabemos bem como temos cá o SNS, nós temos listas de espera para cirurgia monstruosas.”

Este é um dos factores que acarretam inúmeros problemas de carácter social e financeiros, pois quanto mais longa for a estadia do doente, maior será a sua exposição não só às dificuldades financeiras como aos vícios.

"Há muitas pessoas que já disseram que se continuarem nesta situação são obrigados a voltar sem acabar os tratamentos... não estavam à espera que demorasse tanto tempo a obter uma consulta e têm trabalho lá, então ponderam voltar sem acabar os tratamentos."

"(...) quando chegam cá, o nosso problema é claramente não podermos pôr estes doentes á frente dos outros em termos cirúrgicos, porque quando um doente fica três, quatro ou cinco meses à espera de ser operado e não tem uma estrutura social que o suporte é um convite à imigração ilegal... se você vem com o seu filho... e não tem meios de subsistência, tem que arranjar formas de subsistência."

A discriminação positiva é defendida para estes doentes, mas como os fazer sem que isso afecte os doentes nacionais?

3.5.3. Procedimentos

Quando um profissional de saúde impinge aos doentes procedimentos, cuja lógica não entendem e que por vezes são antagónicas às suas crenças e costumes, os conflitos vão surgir. As divergências culturais podem constituir uma barreira à terapêutica. Torna-se por isso importante por parte do profissional de saúde sensibilidade, compreensão e até algum conhecimento dos seus costumes e crenças. O total desconhecimento da nossa legislação e do modo de funcionamento do nosso SNS originam diversos constrangimentos. O simples preenchimento de fichas e/ ou boletins é um obstáculo.

Outro problema parece ser o transporte dos doentes, muitos deles com problemas de locomoção e outros em estados bastantes debilitados. O transporte de doentes, segundo o Regulamento Geral de Acesso ao Transporte não Urgente no Âmbito do SNS é um direito assentido dos doentes sempre que a situação clínica o justifique, mas a verdade é que muitas vezes falha porque não há transporte disponível.

"(...) os que vão ao Instituto Português de Oncologia (IPO) geralmente têm, agora os de Santa Maria não (...)"

"Depois de quatro ou cinco horas a fazer tratamento, saem e vêm de transporte público... a passar muito mal."

"As dificuldades que os doentes têm para se deslocar ao hospital (...)."

3.5.4. Articulações

Os hospitais, através dos seus próprios serviços sociais, reencaminham os doentes para as ONG locais, de forma a dar resposta às necessidades básicas destes como a alimentação, transporte, roupa e fundo de manuseio. Os casos mais graves são reencaminhados para o Programa de Apoio a Doentes Evacuados (PADE), que possui uma rede de casas de Acolhimento. Segundo o comentário de uma assistente social "(...) depois encaminhamos para a comunidade para obtenção quer de bens alimentares, quer de transporte."

3.6. ASSISTÊNCIA SOCIAL

Muitas são as dificuldades sociais e económicas com que os doentes evacuados se deparam quando chegam a Portugal. As despesas com a alimentação, medicamentos, transportes e habitação deveriam ser supridas pelas embaixadas, mas quer pelos poucos recursos que disponibilizam, ou até mesmo pela ausência total destes, os doentes ficam sem meios de satisfazerem estas necessidades. Muitos destes problemas são em parte solucionados por instituições nacionais ou até mesmo pelo Estado português.

"(...) apoiamos mais de cem... através de alimentos, roupa... a procurar emprego... a pedir autorização de residência ... temos médico de clínica geral, enfermeira e psicólogo (...)"

"O Pade cobre toda a situação da pessoa à partida."

"(...) nas situações mais complexas, realmente é o PADE que resolve e apoia na totalidade. Uma criança e um acompanhante que vá para uma das casas do PADE, falo por mim, é um descanso."

"Nós temos 18 pessoas aqui na casa, apoiamos em tudo... basicamente tudo o que necessitam"

"Não só garantimos os meios de subsistência, mas também ter uma rede de casas que supervisiona-se tudo desde o princípio até ao fim... mas também para não ser uma porta de entrada para a imigração ilegal."

"(...) a partir do momento que entra nas nossas casas não precisa de mais nenhum apoio... também acompanhamos os doentes á consulta... no final nós pagamos o regresso... são garantidos os meios de subsistência e acompanhamento no processo da terapêutica... renovação do visto e depois todo o acompanhamento... há diversas actividades... estudam português, estudam informática... as crianças são integradas no sistema de ensino (...)."

Convém salientar que existem realidades diferentes, porque aqueles que vêm ao abrigo de instituições, estas suprem a totalidade das necessidades dos doentes, os problemas surgem quando estes doentes estão em pensões ou em casa de familiares. A grande

maioria destes doentes vive em condições habitacionais degradantes, alojados em pensões sobrelotadas, sem as devidas condições de higiene e privacidade, ou em casa de familiares⁸, onde se defrontam com os mesmos problemas que existem nas pensões. É de salientar ainda que os imigrantes PALOP, na sua maioria enquadram-se no perfil de imigrantes de baixa escolaridade e baixas qualificações profissionais. Geralmente trabalham em construção civil ou nas limpezas, pelo que auferem baixos rendimentos. Apesar de as condições nas pensões e muitas vezes na casa de familiares não serem as mais recomendáveis, não são raras as vezes em que os doentes as preferem às casas de acolhimento.

"A maior parte das pessoas não querem ficar em casas de acolhimento... não querem ter uma hora para acordar, uma hora para dormir, um dia para limpar, não poderem ausentar-se para ir para casa da prima para eles não funciona."

"Nós temos uma rede de organizações para os apoiar, eles às vezes é que não querem... às vezes querem sair para arranjar trabalho."

"No início tivemos problemas com os nossos doentes, muitos recusaram o apoio porque ao já estarem em PT... já tinham as suas próprias formas de se organizarem em PT, alguns com falsas expectativas que depois acabam por se perder... eles preferiam viver do apoio de uma entidade pontual... quando eles estavam ali de certa forma supervisionados... começaram a ver que tinham que obedecer a um determinado número de regras e de estar a acompanhar mesmo... às vezes o acompanhamento ficava para segundo plano... enquanto nas nossas casas, estão para tratamento médico... outros recusaram o regresso ao país de origem."

"Uma casa de acolhimento... exige um conjunto de regras... que nem todos estão dispostos a cumprir... as más condições das pensões, eu vejo mais como uma opção (...) Alguns passam dificuldades, mas há ali muita mentira... tem que se fazer um balanço das verdadeiras dificuldades e do que realmente acontece... é claro que continua a haver necessidades... mas já não é bem o que se pinta."

Os que estão nas pensões são sobretudo doentes oriundos de CV. Há algum tempo atrás foram realizadas reportagens que relatavam as condições deploráveis em que os doentes PALOP viviam nas pensões. Segundo relatos, desde então foram efectuadas algumas melhorias, principalmente no que diz respeito á higiene, embora estas continuem longe do desejável.

⁸ Num estudo efectuado pelo Hospital Dona Estefânia (HDE), numa amostra de 385 doentes que se encontram em casa de familiares, verificaram que 42% dos doentes residem com famílias onde vivem pais, filhos, avós ou primos, e em 25% dos casos vivem pais e mais de dois filhos

"O feedback que tenho das mães dos doentes é que não... não têm as condições de higiene desejáveis... são muito húmidas, reclamam muito da humidade."

"Um dos objectivos... é haver interacção, porque estão ali todos com o mesmo propósito... as condições não são as melhores... os doentes que estão acamados não se conseguem deslocar, e ficam ali dentro das pensões."

Por outro lado, os que ficam em casa de familiares deparam-se com problemas similares, por norma são famílias com dificuldades económicas e albergar um parente, ou dois durante semanas é uma coisa, agora aquartelar durante vários meses ou até mesmo anos torna-se insustentável. Isso obriga o doente ou o acompanhante a trabalhar para ajudar, o que origina a que por vezes a terapêutica seja negligenciada. Também acontece que por vezes são convidados a sair, ou após serem internados no hospital, assim que têm alta já não têm para onde regressar.

"(...) também falha... há certo tipo de doentes que precisam realmente de cuidados durante o dia e as famílias não conseguem acompanhar... muitas vezes as famílias já têm as casas sobrelotadas... eles para virem, alguém cá tem que se responsabilizar pela vinda do doente... o que acontece é que quando eles chegam cá muitas vezes essa pessoa nem aparece ou não tem capacidade para cuidar do doente."

"(...) eles vêm para cá com dinheiro próprio, depois chegam cá e a embaixada não apoia em nada e é a situação precária que se adivinha... as famílias no início acolhem e é tudo muito lindo, espírito familiar, mas a criança até vem acompanhada e são mais duas bocas para comer, a mãe ou o pai até nem sabem falar português e arranjar emprego é difícil, e muitas vezes têm que dar acompanhamento à criança, e começa a ser um peso... e o que acontece? O pai acaba sem abrigo e a criança fica no hospital ou vai para uma instituição... crianças que estavam em casa de familiares, mas depois de irem para o hospital as famílias já não assumiam... os próprios hospitais já estão preparados para estas situações, e as coisas já estão oleadas de certa maneira (...)"

"(...) eles vêm e depois são reencaminhados para as especialidades... existem sempre muitas consultas em que têm que ser seguidos... acabam por ficar muito tempo cá, e como não têm apoio da embaixada, e as famílias vivem em situações precárias muitas vezes... estas pessoas acabam por ser obrigadas a trabalhar, obrigadas a organizar-se."

"(...) estão em casa de familiares... normalmente com salários baixos e famílias numerosas... não têm muitas boas condições sociais e económicas para ter mais uma pessoa em casa... o que acontece ao fim de algum tempo, é que por vezes são convidados de uma forma pacífica a sair."

"Como quase todos têm família cá acabam por vir... há sempre um primo ou um vizinho que os acolhe... o problema é quando se tem que dar a medicação em ambulatório, ou vir às consultas é complicado... ou eles conseguem um bom suporte familiar ou rede de amigos que os vão apoiando ou acabam por cair aqui."

" (...) duas famílias ficaram no aeroporto porque ninguém da família apareceu para os ir buscar... eram da GB... a menina acabou por ficar internada mais pela parte social do que pela parte clínica, porque podia ser tratada em ambulatório... nestas alturas nós articulámos com o PADE... nessa altura não tinham vagas, ficaram algum tempo a aguardar, mas depois lá conseguiram... O PADE é sem dúvida uma resposta aquilo que a embaixada não dá."

"As famílias aguentam um, dois meses e depois não aguentam mais... muitos vêm para aqui chorar a dizer que querem trabalhar, mas não podem porque estão aqui para se tratarem... as famílias muitas vezes colocam-nos na rua... muitas vezes são os vizinhos que ficam com eles porque têm pena, mas é uma coisa provisória... colocam-nos a viver em varandas... e em corredores."

"Nós temos situações de pessoas a viver em situações precárias, casas sobrelotadas... que dormem no chão (...)"

A falta de dinheiro leva mesmo ao incumprimento do tratamento terapêutico, pois os doentes por vezes não conseguem comprar os medicamentos, o que muitas vezes originam agravamentos do estado de saúde do doente.

"(...) da minha experiência eles não desistem... eles desaparecem muitas vezes é quando estão para ter alta ... a minha experiência é que quando o doente não cumpre a terapêutica é pela falta de meios... não é de estranhar que precise de uns óculos e não cumpre, uma prótese e não cumpre... mas de uma forma em geral eles cumprem, e se não cumprem é porque não têm meios... não penso que seja voluntario."

"Incumprimento terapêutico há muito, por razões várias, escassez económica, dificuldade em entenderem a gravidade do não cumprimento da terapêutica (...)"

" Não respeitam a medicação porque não têm dinheiro para a comprar."

" (...) o que às vezes acontece é que eles não têm dinheiro para ir às consultas e faltavam às consultas."

É de salientar que os medicamentos adquiridos por estes doentes não têm comparticipação médica.⁹ Além disso estes doentes não têm isenção de taxas moderadoras.

"Continuam a cobrar a doentes evacuados, às vezes consultas... continuam a emitir facturas... depois não vão ao hospital porque lhes dizem que enquanto não pagarem não podem ter assistência no hospital... não se pode fazer isso, mas faz-se."

Um outro problema que não está sequer previsto é o vestuário.

"O que nós temos aqui no Hospital, e que nós damos logo, é roupa, eles quase todos vêm com roupa muito desadequada às nossas estações do ano, temos roupa e sapatos (...)"

⁹ Como exemplo vou usar o Varfine (anti-coagulante), uma caixa com 60 comprimidos, com comparticipação custa 0,98 € e sem comparticipação custa 3,15€.

Mas nem todas as barreiras com que estes doentes se deparam são financeiras, a estas temos que acrescentar as sociais. Estas são diversas, começando logo pela barreira linguística, porque apesar de estarmos a falar de países cuja língua oficial é o português a verdade é que muitos são os que apenas falam crioulo. Este problema torna-se mais acentuado entre os cidadãos de Guiné, porque existem diferentes dialectos dentro do próprio país. É de salientar ainda que estamos a falar de população que em grande parte não sabe ler nem escrever. Comunicar com elas muitas das vezes é complexo, o que constitui novas barreiras para o sucesso da terapêutica.

"(...) imagina uma pessoa que não sabe ler, que tem uma consulta para o dia tanto, ela pode esquecer, não sabe ler, como vai saber se a consulta é hoje ou amanhã, se não tiver pessoas ali que lhe indique... uma pessoa que não sabe falar português vai a um hospital... não percebem o que os médicos dizem."

"Há muitos que não falam português e têm dificuldade em ir a um hospital e pedir um relatório com a previsão de quanto tempo vão ficar... muitas vezes os médicos, nem todos, não sabem e as pessoas ficam muito tempo sem relatório, e sem relatório não podem renovar o visto."

"O que é um relatório para eles? Eles sabem o que é um relatório? Sabem que têm que levar o relatório quando forem a outro médico? Já alguma vez lhes ensinaram isso? eles têm que compreender para depois aceitar."

"Nestas problemáticas não podemos ser burocráticos, porque eles não entendem."

"(...) precisam compreender a importância da terapêutica ... a dificuldade da língua é grande ... CV não temos problema... agora na Guiné... ou recorreremos à linha SOS imigrante ... ou a funcionárias africanas que aqui trabalham e a uma organização cá de Lisboa."

"Eles não percebem português ... quando não sabem ler nem falar português é muito complicado"

A falta de apoio familiar, ou mesmo a ausência de qualquer familiar, acarreta problemas emocionais diversos. Podemos ainda acrescentar as dificuldades de adaptação à nossa cultura e até mesmo à nossa alimentação que em nada se parece com a deles. Problemas estes que vão voltar a ter quando regressarem. As normas e regras que em muito divergem das portuguesas, como os aspectos burocráticos e a regras de higiene às quais têm que se adaptar muito rapidamente.

"Habitua-se aqui a um tipo de vida... e depois vão para lá e não têm nada... é claro que tudo isto choca."

"A adaptação é dos dois lados, quando vêm da GB para PT e quando vão de PT para a GB...há um período de adaptação... não gostam da comida... e há a envolvente, o duche, os interruptores, a

campanha, o movimento, a enfermeira, é tudo, tudo é um mundo completamente diferente... eles às vezes ficam assustados... é um choque, depois habituam-se... Quando regressam... chegam lá, não têm Nestum para comer, não têm televisão, nem iogurtes... mas o objectivo final fica cumprido."

" (...) os que vêm das tabancas não estão habituados a viver nestes contextos... temos situações de hábitos e questões de higiene... há situações que são mesmo muito problemáticas ... muito trabalhosas."

Tudo isto constituiu só por si só, um custo humano muito severo. Mesmo que tudo corresse pelo melhor nunca seria fácil para eles, esta é uma das razões pela quais muitos defendem a aposta no tratamento dos doentes no país de origem.

"Passa por investir nos próprios países, porque a evacuação é uma coisa terrível"

"O custo humano... ficar lá com a sua família, comida, hábitos (...)"

A acrescentar a esta lista interminável de dificuldades temos a problemática dos acompanhantes, que vêm e não têm qualquer protecção, não foram acautelados nos acordos e caíram num vazio legislativo.

"O acompanhante não tem figura jurídica nenhuma, não tem sequer acesso à saúde."

A sua vinda também é controversa, pois cada vez mais vozes defendem que em vez de serem uma mais-valia, são uma fonte de problemas. Existem mesmo instituições que só recebem crianças que venham sozinhas.

"Os pais vêm, e vêm com vontade de tratar os filhos... mas contudo as dificuldades que se vão acumulando ali à volta faz com que haja algum desleixo por parte dos pais."

"Têm uma cultura muito diferente da nossa, que uma criança com 9 ou 10 anos já é ela que autonomamente tem que tomar a medicação."

"A solução era as crianças virem sozinhas... até determinada idade... ficavam cá numa instituição, tratavam-se e regressavam, e porquê? Porque o grande problema é os acompanhantes... mas desta forma... este problema ficava resolvido."

"Os acompanhantes não são uma mais valia... muito pelo contrário... muitas vezes nem são capazes de ser responsabilizados pela medicação, são completamente indiferenciados... os acompanhantes são um problema acrescido, inclusive já tivemos até dois casos em que os pais morreram cá, vinham tão doentes... alguns adultos são capazes de vir na tentativa de apanhar a boleia e tratarem-se também "

"Inicialmente os responsáveis da Ayuda, Intercambio y Desarrollo (AIDA), não permitiam que uma criança saísse da GB sozinha, para eles isso era inconcebível... hoje são eles próprios a impor essa condição lá no próprio país... porque inicialmente esta condição foi nossa."

"(...) verificou-se que muitas das vezes a vinda dos pais para PT ... os pais estavam preocupados em arranjar emprego (...)."

3.6.1. Apoios por parte das Embaixadas

Com base nos mais diversos relatos, é relevante separar o desempenho das diferentes embaixadas. Nenhuma tem um desempenho brilhante, a falta de recursos financeiros parece ser o principal motivo, mas entre “o vai mais ou menos cumprindo” de CV e o “nada, zero mesmo” da GB vai um longo caminho. Estamos por isso perante realidades diferentes que importa distinguir.

Cada embaixada tem o seu próprio procedimento, que varia fundamentalmente com base nas verbas disponíveis e no número de doentes que evacuam.

No caso da embaixada de Moçambique, quando questionada sobre como se procedia ao pagamento de medicamentos, transportes e outras despesas, a resposta foi “ todos os problemas são sanados em Moçambique”. E segundo terceiros, parece que efectivamente são sanados.

Já no que toca a CV não foi possível obter qualquer parecer por parte da embaixada. Segundo os testemunhos obtidos, longe de ser perfeito o desempenho da embaixada, existe um interesse e um acompanhamento por parte desta para com os doentes.

"Às vezes as pessoas demoram muito tempo a receber os subsídios... os subsídios vêm...se o subsidio atrasar como é que as pessoas vão fazer? As pessoas estão aqui, não têm família, não trabalham porque estão em tratamento, se o subsidio atrasar como é que elas vão fazer?"

"A embaixada de CV vai buscá-los ao aeroporto... disponibiliza transporte para levá-los ao hospital ... há ainda muita coisa para fazer... A embaixada não consegue ajudar todos."

"Há casos em que veio o despacho de CV, mas os médicos de cá ainda não deram alta e o doente fica cá a fazer tratamento sem protecção."

A embaixada atribui um subsídio mensal a cada doente, este varia, mediante o sistema de apoio, se é da Assistência e Promoção Social ou de uma Seguradora, sendo que os segundos atribuem subsídios mais avultados. Foi referido por terceiros que o subsídio da Assistência e Promoção Social, era de 13,00€ por dia, 30 dias por mês, mas que entretanto houve corte, e que agora são os mesmos 13,00€ por dia, mas apenas 20 dias

por mês o que corresponde a 260,00€ mensais. Dos 13,00€ diários recebidos 8,00€ são para pagar a pensão. A grande maioria vem ao abrigo da Assistência e Promoção Social.

"Há coisas que funcionam mal porque as pessoas não têm dinheiro, há pessoas a não fazerem os tratamentos porque não têm dinheiro para os medicamentos, muitos não têm dinheiro para comer", "depois que pagam o valor do quarto eles ficam com 40 ou 80€ por mês, como é que eles comem, compram medicamentos e compram passe com 40 ou 80€."

"(...) os doentes de CV não passam por situações sociais gravosas tanto quanto eu sei, ainda para mais a embaixada apoia com um subsídio (...)."

Este subsídio embora notoriamente insuficiente, adicionado com o apoio pontual de diversas instituições, origina a que as situações sociais são se tornem tão graves como acontece com a GB e STP.

Segundo a embaixada de STP todos os doentes são monitorizados e acompanhados dentro das possibilidades.

"Todos passam pela embaixada...conhecemos a situação toda de cada doente... nós, damos atendimento às segundas e quintas... damos subsídio de alimentação...damos passe...medicamentos...se a família apoia, nós só apoiamos naquilo que é preciso...sabemos que é pouco."

Segundo terceiros, as "possibilidades" são claramente insuficientes, embora salientem o esforço e interesse da embaixada, e atribuam o escasso acompanhamento à falta de recursos, embora por outro lado, tenha sido posto em causa a forma aleatória como os apoios são atribuídos. "Há famílias que estão muito bem protegidas e há outras que não têm protecção nenhuma"

A embaixada da GB, segundo relatos até há um ano atrás, nada havia no sentido de apoiar estes doentes por parte da embaixada. Há cerca de um ano foi contratada uma assistente social para fazer o acompanhamento destes doentes, embora até ao momento não existam resultados práticos.

"A embaixada devia dar a passagem e garantir o seu regresso... no caso da Guiné, não pagam a passagem, como é que eles vão ter dinheiro para regressar...só se for a OIM...como é que eu vou dizer a um doente que pode vir a ter um problema de saúde, que durante cinco anos não podem regressar a Portugal."

"O estado não paga nada, pelo que sabemos muitas vezes até as juntas médicas são pagas pelos doentes", "o país de origem só faz a articulação", "já chegou a acontecer de as pessoas chegarem ao aeroporto e não aparecer ninguém para os ir buscar."

O parecer da embaixada da GB é que efectivamente não têm capacidade financeira para responder às necessidades, embora exista uma consciencialização dos problemas e estejam a trabalhar no sentido de tentar minorar os problemas no futuro.

“A embaixada não tem recursos, ou seja, todo o apoio que estamos neste momento a dar aos doentes é dos recursos que a embaixada possui através da receita consular, portanto, nós estamos a apoiar em passes sociais para deslocação do doente ao hospital em tratamento em ambulatório e na compra de alguns medicamentos... o governo da GB, quer dizer o ministério da saúde não atribui nenhuma verba.”

Para minimizar os problemas sociais estão a procurar parcerias para apoiar os seus doentes "(...) com a direcção da AMI, com quem em principio vamos assinar um protocolo para nos ajudar nos géneros alimentícios e medicamentos para os nossos doentes evacuados (...)”. Outra instituição com quem estão a tentar chegar a um entendimento nos mesmos moldes, é com os Médicos Sem Fronteiras.

Foi ainda referida, com especial apreço, a recente abertura de uma casa de acolhimento em Novembro de 2011, a Fundação Ricardo Sanhá, no Bairro de Chelas e que tem capacidade para 15 doentes.

É de referir ainda, a co-responsabilização dos familiares por parte da embaixada “Hoje em dia todos os doentes quando vêm para PT, haverá um familiar que faz termo de responsabilidade a dizer que assume a vinda do familiar em alojamento, alimentação, medicação e retorno caso necessário.”

A opinião geral é unânime sobre o acompanhamento prestado pelas diferentes embaixadas aos seus doentes.

"A parte das embaixadas não é cumprida...CV ainda faz mais ou menos o acompanhamento ... a Guiné tenta fazer... agora já têm uma assistente social... já estão a fazer alguns progressos...STP faz o acompanhamento que pode, ... eles têm uma quota para x doentes, mas vêm o triplo. Eles pagam renda a alguns, dão passes a uns, a outros dão medicamentos ou fraldas. É à consideração, muito subjectiva dos apoios que dão, não sei quais são os critérios."

"Normalmente os doentes que vêm da Guiné e STP como não têm apoio da embaixada têm sempre imensas dificuldades. Desde os mais básicos, como a alimentação, roupa, dinheiro para transporte, medicação...CV dá ajuda monetária, dá medicação... e sempre que possível apoiam. No caso da Guiné e STP já não se verifica isso. A Guiné nada, zero mesmo. STP... a verdade é essa não têm recursos para dar."

"Os que vêm de Angola os tratamentos são feitos em clínicas privadas porque o tratamento é mais rápido...CV bem ou mal... eles têm tudo controlado, penso eu...Temos uma boa articulação com as duas, mas STP ainda consegue pagar viagens e transportes, a Guiné não consegue."

"Temos que separar ... CV vai dando algumas respostas, não considero que sejam muito boas, que não são, mas vão dando alguma resposta. STP e GB não ... STP vai dando alguma coisa esporadicamente... CV vai cumprindo com alojamento, com apoio á medicação, com algum apoio mensal, que é muito reduzido, mas é alguma coisa... GB não tem qualquer tipo de resposta para nada."

"É muito mau da GB, mau de STP e de CV funciona bem, embora não seja o ideal, mas acho que não é o ideal por problemas financeiros da própria embaixada... mas em termos de organização e de apoio funcionam bem."

"(...) a GB não, STP paga algumas viagens, STP ainda tem alguns recursos a GB não... de lá para cá tem que ser os doentes ... de cá para lá nós asseguramos (...)."

Todas as embaixadas parecem estar bem articuladas quer com os hospitais, quer com os diversos organismos públicos e até mesmo com diversas instituições locais.

3.6.2. Outros organismos Nacionais

Primeiro, o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural e o Instituto da Segurança Social, IP

A 19 de Dezembro de 2007, é realizado um protocolo de cooperação entre o ACIDI e o Instituto da Segurança Social (ISS) com vista à criação de um programa de apoio a doentes estrangeiros a receberem tratamento em Portugal, ao qual se denominou de PADE. O PADE visa apoiar doentes e respectivos acompanhantes, quer venham ao abrigo dos acordos de cooperação no domínio da saúde entre Portugal e os PALOP quer venham fora dos acordos. Embora os doentes que recebem fora dos acordos são casos pontuais, pois como por regra as casas estão lotadas, dão prioridade aos que vêm ao abrigo dos acordos.

"O ACIDI fez um estudo e concluíram que a maior parte dos sem abrigo imigrantes, eram doentes que tinham vindo ao abrigo dos acordos."

"A cooperação estabelecida entre Portugal e cada um dos países africanos de língua portuguesa (PALOP), no âmbito da prestação de cuidados prestados pelo Serviço nacional de saúde, prevê a permanência temporária de cidadãos dos PALOP em Portugal. Ainda que esta cooperação defina benefícios

fundamentais a esta população, permaneciam um vasto conjunto de situações/problemas que se agravavam em resultado de diversos factores:

- O Alojamento em pensões tem-se mostrado pouco digno para os doentes deslocados e insustentável financeiramente para as Embaixadas;
- Os doentes em tratamento ambulatorio ou a aguardar sessões de tratamento viviam, por vezes, em condições desumanas, bem como os seus acompanhantes;
- As condições de vida têm grande importância no tratamento, podendo, até potenciar e/ou acelerar o processo de recuperação;
- Nalguns casos tem sido uma porta aberta para a imigração ilegal.

Na continuidade dos trabalhos realizados em 2005 e 2006 pelo ACIDI, IP., após identificadas as grandes dificuldades relacionadas com a vinda e estadia dos doentes de junta médica, foi sendo clara a urgência da existência de um Programa, com a finalidade de criar soluções complementares às existentes, para ajudar a resolver os vários problemas associados a estes doentes em regime ambulatorio, nomeadamente ao nível da alimentação, dormida, transportes, segurança e higiene dos doentes e acompanhantes.

Assim surgiu o PADE- Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros, numa tentativa de estabelecer um circuito fechado que permita a monitorização de cada situação, de modo a que saiba sempre o seu percurso desde a obtenção da Junta Médica até ao fim do tratamento.

Destina-se a abranger cidadãos estrangeiros e seus acompanhantes que necessitem de tratamento em Portugal, por não ser possível fazê-lo nos países de origem, e se encontrem numa situação de extrema pobreza.”

Este resulta da necessidade de dar resposta á situação de extrema pobreza em que alguns doentes se encontravam e tentar suprir as dificuldades que estes enfrentavam de alojamento, alimentação, apoio social e psicológico, que não eram supridas pelas autoridades do país de origem após a sua chegada a Portugal como acordado.

"As embaixadas tinham que garantir a subsistência e como não garantem... este trabalho é um bocadinho para substituir o trabalho das embaixadas que não é feito, enquanto não é feito."

Nesse contexto, o PADE surge para dar respostas de acolhimento temporário e apoio financeiro aos doentes através da atribuição de “Bolsas de Saúde”. As bolsas são atribuídas pelo ISS. " O ACIDI coordena o projecto e o ISS financia."

“(…) dentro dos acordos ... ficou estabelecido ... apoio entre o estado português e o país de origem de acompanhamento... este acompanhamento deveria ser feito, então para dar este tipo de resposta foi criado um protocolo entre o ISS e o ACIDI, em que o ISS nos dava uma quantia de verba para nós podermos dar apoio.”

“O PADE — objecto de Protocolo de Cooperação entre o ACIDI e o Instituto da Segurança Social, I.P. — visa dar uma resposta de acolhimento temporário e apoio financeiro aos doentes estrangeiros oriundos

dos PALOP, durante a sua estada em Portugal para tratamento, bem como a um acompanhante, desde que as Embaixadas dos países de origem comprovem não dispor das condições para assegurar o devido apoio aos cidadãos dos seus países. O ISS, enquanto parceiro do Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros, apoia em média 50 pessoas/mês, tendo sido atribuídas 600 bolsas de saúde durante o ano de 2011.”

Durante o ano de 2010 e 2011, foram atribuídas bolsas de saúde a 50 doentes por ano com um valor máximo de 445,30€ mês cada. "Recebem uma bolsa por cada doente, que vai até um valor de 445,30€, valor máximo". Desta forma procura-se atestar as condições adequadas de residência e de apoio social, aos doentes e seus familiares durante a sua estadia em Portugal.

“Nas nossas casas a capacidade é superior às bolsas que a segurança social nos dá... nós só estamos a receber 50 bolsas mensais, e nós neste momento estamos a ultrapassar um pouco... a nossa principal dificuldade é não conseguir dar apoio às diversas entidades ... falta de verba.”

O PADE assegura a gestão e a organização de um serviço que visa a integração dos doentes em articulação com todos os intervenientes. O processo tem início quando "Os casos são sinalizados pelas embaixadas, Hospitais, o que for, no Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI)".

“Para entrar no processo do PADE ...nós fazemos uma candidatura, fazemos uma entrevista ... e escolhemos as situações mais urgentes, quer a nível clínico ... quer social ... situações extremas ... situações em que estão sem abrigo... depende da situação em que as pessoas se encontram... não temos o critério da ordem de chegada...com CV não temos agido, a embaixada de CV dá apoio... nós intervimos em situações em que não há ninguém para dar apoio, acompanhamento.”

Integrado no PADE consta uma rede de casas de acolhimento, através das quais se poderá proceder a um melhor acompanhamento e monitorização de cada doente.

“Nós decidimos criar casas de acolhimento, não muito grandes ... muitas dessas foram criadas especificamente para o nosso programa, outras já existiam (...).”

A partir do momento em que são integrados no programa, todas as necessidades dos doentes são garantidas. Para um melhor funcionamento foram criados alguns mecanismos para o melhor funcionamento de todo o processo.

“(...) Assinam contratos ... onde está estabelecido que têm que cumprir as normas internas da casa...as regras são as mesmas que temos em nossa casa (...)”

“(...) A criança vem, os pais passam uma declaração para a criança vir sem acompanhante, a criança vem para tratamento médico não é para adopção (...)”

“Têm uma directora de casa que o vai acompanhando ao longo do processo ...controlam quem entra, quem sai, tempo de espera, a permanência na casa.”

Trabalham em rede com uma série de entidades e desta forma têm conseguido altas taxas de sucesso nos tratamentos e de retorno aos seus países.

"Há uma estreita relação com o hospital ... há uma estreita relação com todas as entidades e tem que ser assim, não pode ser de outra forma ... estar articulados com uma série de entidades, embaixadas, ONGs, juntas de freguesia, hospitais, ISS."

"As pessoas levam efectivamente o tratamento até ao fim e estão a regressar ao país de origem."

Findos os tratamentos, as diligências propensas ao repatriamento são activados pelo ACIDI. Inclusive nos casos de necessidade de reavaliação do doente, o regresso é assegurado, assim como o acompanhamento no país de origem.

"A pessoa tinha uma consulta daqui a nove meses e tinha que ficar cá nove meses a aguardar a consulta ... há situações em que realmente tem que haver este intervalo de nove meses... temos doentes que têm uma consulta de avaliação e passado dois ou três dias voltam ao país de origem, vão e voltam."

O PADE procura cobrir todos os ângulos da evacuação e melhorar os procedimentos. Este projecto será sujeito a uma primeira avaliação no final de 2011."Vamos fazer agora no final do ano a avaliação do projecto." No entanto há quem defenda que o ACIDI funciona quase como mais uma casa de acolhimento e que devia sim funcionar como coordenador de todo o processo. Juntar á mesma mesa todos os responsáveis, quer de instituições, hospitais, SEF, embaixadas e até mesmo DGS e ISS, ou seja, todos aqueles que trabalham com esta franja, sobre a alçada do ACIDI, de forma a todos trabalharem em conjunto, definindo estratégias comuns e de complementaridade, trabalhando como um todo. Seria assim possível obter uma maior rentabilização dos recursos e resultados mais eficazes.

Segundo, o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF).

Ao SEF compete prorrogar os vistos quando os tratamentos são prolongados, atribuir as autorizações de residência quando a doença é impeditiva de regresso ao país de origem e segundo diversas entidades deveria também competir garantir o repatriamento dos doentes que após alta médica, se recusam a voltar ao país de origem. Relativamente á prorrogação dos vistos as críticas, surgem do facto deste procedimento ter que ser pago, e se estes doentes não têm dinheiro para coisas básicas como comida e medicamentos como vão ter para burocracias.

"Quando o visto caduca e eles têm que o renovar, têm que pagar."

"O visto normalmente é de seis em seis meses e precisam renovar consoante o tratamento."

Também no processo de legalização, o bom funcionamento do processo depende da existência ou não de alguma entidade que oriente o doente.

“Quando o programa de tratamento é monitorizado por algumas Instituições Oficiais ou não (PADE, Santa Casa Unidades Hospitalares onde estão internados, etc.), o SEF é informado do desenrolar e sucesso da situação clínica deste cidadãos, podendo intervir sempre que tal seja necessário. Quando o tratamento está a cargo do próprio doente, esta situação escapa ao controlo do SEF que apenas tem conhecimento da sua situação quando estes se dirigem ao SEF para prorrogar os seus Vistos.”

Ao SEF são apontadas poucas críticas, mas a mais evidenciada é a inoperância por parte deste, quando os doentes se recusam a regressar ao país de origem.

"Quando damos alta enviamos uma declaração para as embaixadas... para o SEF... e para a DGS... mas depois não se faz nada ... mas ficar cá tira o lugar a outro."

" (...) o SEF diz que não podem obrigá-los."

" (...) fizemos uma lista de todos os doentes que tiveram alta aqui do hospital... em 2009... liguei ao SEF para saber o que tinha sido feito deles... o feedback que tivemos foi que alguns conseguiram o titulo de residência... outros tinham mudado de residência e não era possível contactá-los, e os que continuavam na mesma morada o SEF não vai lá a casa."

Quando questionado em que situações o SEF procede ao repatriamento involuntário destes doentes, a resposta diferiu em parte dos testemunhos dados por outras entidades.

“Muito excepcionalmente, em casos em que o cidadãos já terminaram os seus tratamentos com sucesso e que se recusam determinantemente em regressar aos seus países de origem. Nestes casos e quando a Notificação para abandono voluntário não seja acatada pelos visados, os mesmos serão detidos e apresentados ao correspondente Juiz para atribuição das Medidas de Coacção adequadas, para que o SEF os afaste através da Expulsão Administrativa.”

Mas nem tudo são críticas e ao SEF é atribuída uma das boas práticas existentes em todo este processo “O SEF em Movimento”.

"Tratámos muitas vezes da regularização da situação das pessoas que têm visto, articulámos muitas vezes com o SEF... o SEF vem aqui ao hospital nos casos de internamento, e procurámos que nada disto seja pago... existe esta proximidade com o SEF e consegue-se muita coisa."

O SEF criou um projecto denominado “SEF em Movimento”, cuja acção itinerante permite a regularização da situação de permanência dos doentes onde quer que se encontrem. Desta forma solucionam o problema que alguns doentes têm de locomoção.

“O SEF em Movimento é um Projecto de apoio a cidadãos Estrangeiros carenciados ou, com fragilidades sociais várias, e que necessitam da nossa intervenção no terreno, para que se possam regularizar documentalmente. Assim sendo, possuímos uma equipa exclusivamente dedicada a este apoio e que possui uma unidade (veículo), móvel para efectuar o atendimento e recepção documental nos locais onde os cidadãos carenciados necessitam da nossa intervenção. Para este fim temos contado com a preciosa ajuda dos nossos parceiros no projecto 8, Associações de Imigrantes e de moradores; Hospitais e outras Unidades Médicas, Segurança Social, Direcção Geral dos Serviços Prisionais, Direcção geral de Reinserção Social e outras ONGs), que sinalizam casos de cidadãos irregulares, para que posteriormente os possamos legalizar. O Projecto está cada vez mais “vivo” e continua a crescer com novas parcerias que alargam a nossa acção e abrangência.”

3.6.3. Instituições da sociedade civil

São diversas as instituições que estão vocacionadas para esta franja. Existem instituições que apoiam apenas doentes de um país específico, e outras que apoiam todos. Existem instituições que têm casas de acolhimento, outras que apoiam em alimentação, transporte, roupas, médicos, acompanhamento dos doentes, servem de ponte com o SEF, têm tradutores, ou seja, tentam suprir um vasto universo de necessidades. Umas dedicam-se a doentes evacuados dentro dos acordos, outras a doentes evacuadas fora dos acordos, outras acolhem doentes em ambas as situações.

O problema é que as necessidades ultrapassam em muito a capacidade destas instituições.

"Há pessoas que estão em centros de acolhimento porque não há vagas... vieram há pouco tempo e não têm onde ficar... temos duas pessoas em tratamento médico em situação de sem abrigo (...)"

"Muitas vezes levam os doentes directamente para os hospitais... o HSM^a foi muitas vezes uma espécie de hotel ... quando têm alta e não têm para onde ir , vai-se protelando a sua saída até arranjar um local"

"(...) que estão em hospitais, porque o hospital não pode dar alta enquanto não encontrarem alojamento (...)"

E se não houver vaga nestas instituições as misericórdias não os aceitam, pelo que têm que ficar nos hospitais ou centros de acolhimento.

"Porque não consideram aquela pessoa legal, porque ela não tem autorização de residência... depende da segurança social, depende de sítio para sítio, cada pessoa que está no atendimento tem uma posição arbitrária, também depende, se há uma criança ainda actua, agora se for um homem sozinho ninguém actua."

"Se o PADE não der resposta, nem houver nenhum familiar não há alternativa... as misericórdias... não actua enquanto não estiverem legalizados... como vêm ao abrigo do acordo, e este prevê as responsabilidades atribuídas... elas não actua enquanto os doentes não tiverem autorização de residência... é uma situação que se consegue ao fim de algum tempo, mas durante esse tempo ficam assim..."

"(...) não enquadram o sistema de segurança social, logo não podem ser reencaminhados para as misericórdias."

Importa ainda referir a forma como estas instituições são monitorizadas, avaliadas e a forma como articulam com os outros intervenientes.

Por um lado, a *Monitorização/Avaliação*.

As instituições que recebem bolsas do PADE, são monitorizadas e sofrem avaliações periódicas.

"Sim, vêm cá fazer fiscalizações não só de contas...mensalmente, eu faço o registo de atendimentos...faço relatórios mensais, semestrais e anuais."

"O PADE coordena todas as casas, há reuniões mensais dos directores de casa, e há relatórios que têm que se entregar. Depois o PADE entrega um relatório global ao ISS."

"Existe um acordo pré-estabelecido, existe uma monitorização mensal. Antes de ser estabelecido o acordo eles têm que conhecer a fundo o nosso trabalho, a nossa residência, os nossos doentes, como trabalhamos."

Aquelas que não recebem qualquer tipo de apoio também não têm qualquer tipo de monitorização ou avaliação por parte dos organismos públicos.

Por outro lado, as *várias articulações com outros intervenientes*:

Relativamente às instituições que estão a trabalhar com esta franja, todas elas parecem bem articuladas com os mais diversos organismos públicos, embora por exemplo a Girassol Solidário não tenha conhecimento do programa PADE. Trabalham também em articulação com os hospitais, as embaixadas e muitas ainda articulam entre si. Algumas estão inclusive em articulação com ONGs que se encontram nos países de origem.

"Hoje em dia há mecanismos suficientes, há articulação suficiente ... Articulação com a AIDA, com o PADE, com os hospitais, com o ISS, a DGS, as embaixadas, o SEF (...)"

"Temos com a AIDA, ACIDI, PADE, Hospital S. João, e com a Associação de Cooperação com a Guiné-Bissau (ACGB), eles deram aulas de português e informática (...)"

"Temos parcerias com o ACIDI, ISS, o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) e em termos de medicamentos há organizações que nos apoiam."

"Temos um acordo com o SEF... protocolos com a embaixada, Banco Alimentar e uma ONG em CV."

Já em termos médicos, a falta de articulação dos profissionais de saúde de PT com os profissionais de saúde dos países de origem é apontado como um dos principais problemas deste processo.

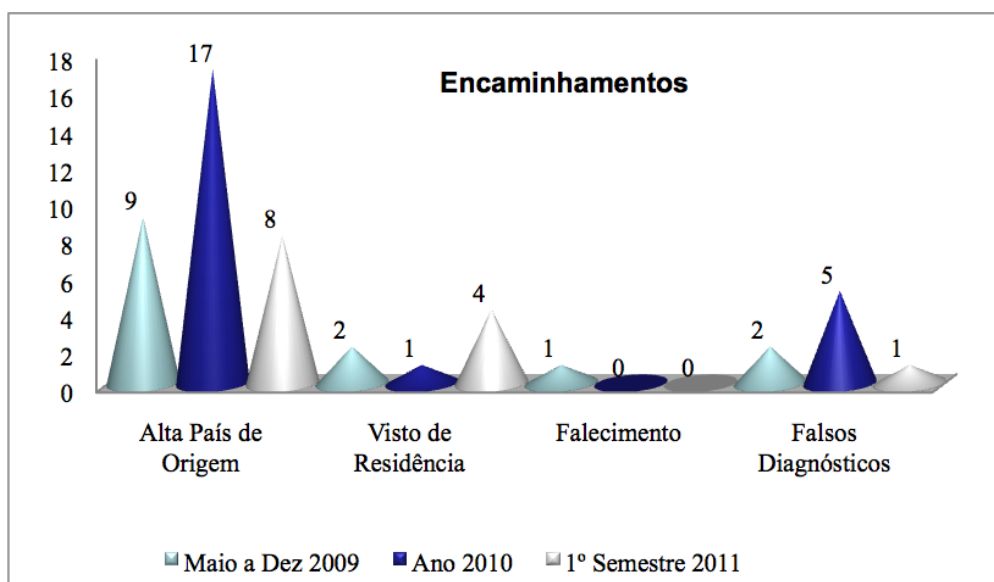
"(...) nós recebemos os doentes sem que tenhamos qualquer intervenção no processo de evacuação em relação a prioridades, a tipo de patologias... o único ponto de contacto com o serviço de saúde que recebe o doente é o médico que está mais ou menos a assinar as guias de marcha... quando o doente chega... nós não tivemos qualquer intervenção... o doente tanto vem muito mal e tem que ser internado imediatamente, como é um doente que podia esperar seis meses a um ano no país de origem para depois ser tratado imediatamente, muitas vezes vêm para aqui engrossar os problemas sociais... a nossa consulta é feita com uma assistente social de tal forma a dimensão do problemas."

"(...) há uma desconexão entre as várias etapas deste processo, desde que são evacuados lá até chegarem aqui (...)"

3.7. ALTA MÉDICA

Numa pequena amostra recolhida no HDE, podemos observar que num universo de 50 doentes, no período compreendido entre Maio de 2009 e Junho de 2011, observamos que 14% dos doentes obtiveram visto de residência e 16% dos diagnósticos estavam errados. É de salientar ainda, que apesar de 68% ter alta para regressar ao país de origem, não significa que efectivamente o tenham feito.

Gráfico nº 5 – Encaminhamentos - PALOP



Fonte: HDE (2011)

3.7.1. Desistência/Óbito

São muito pontuais, os doentes que abandonam os tratamentos, embora alguns cheguem a considerar esta hipótese, poucos são aqueles que se atrevem a desistir realmente. Os tratamentos têm altas taxas de sucessos, existem óbitos, mas em reduzido número com a excepção dos casos oncológicos. Os doentes oncológicos, muitas das vezes quando chegam, a doença já está num estágio muito avançado, e como é do conhecimento comum, neste tipo de diagnósticos é fatal.

"Todos os doentes que passaram por aqui concluíram os tratamentos."

"As pessoas levam efectivamente o tratamento até ao fim e estão a regressar ao país de origem."

3.7.2. Visto de Residência

Vários são os doentes e acompanhantes que conseguem obter o visto de residência, quer seja pelo facto do tratamento exigir uma permanência efectiva no nosso país, quer seja pelo facto de reunirem os pressupostos do artigo nº 88 da Lei de Estrangeiros¹⁰.

"Vêm com o visto que não dá para trabalhar, mas a lei, como todas as leis podem ser contornadas... o art. 88 diz que desde que se verifiquem cumulativamente estes três pontos: entrar legal no país, ter um contrato de trabalho legal e ter situação da segurança social regularizada, ou seja, ter 9 meses de descontos, podem pedir residência."

"Há muitas pessoas que não querem que se renove o visto, mas sim a autorização de residência."

"Há situações em que o doente não pode regressar ao país de origem... deixa o estatuto de estrangeiro e passa ao estatuto de imigrante (...)"

"Eles podem se legalizar através de um contrato de trabalho (...)"

3.7.3. Imigração ilegal

Vários são os doentes que após terem alta, mesmo sem terem autorização de residência, continuam a viver em PT.

Alguns vêm com esse propósito, outros devido ao longo tempo de permanência cá, já estão integrados e não querem voltar. Outros não querem voltar devido á situação precária em que vivem no país de origem. Outros ainda porque não têm como voltar.

"Nós compreendemos que eles não queiram voltar, muitos deles estão aqui à dois, três anos... já arranjam emprego... as crianças estão integradas no meio escolar (...)"

Este é um dos grandes problemas apontado por todos os intervenientes. A evacuação de doentes ser uma porta de entrada no nosso país é de si só um problema, mas a precariedade em que algumas destas pessoas ficam cá a viver é um problema ainda maior.

"(...) quase se está a promover sem abrigo, chegam cá, não têm dinheiro, não têm onde ficar... cada vez mais a triagem tem que ser mais apertada."

"(...) já as crianças que vêm à responsabilidade da família é uma realidade completamente diferente, é o descalabro do ponto de vista social quando resolvem ficar para aí... a partir do momento em que vêm ao abrigo dos protocolos de cooperação, não têm direito a mais nada a partir do momento que têm alta e

¹⁰ Lei 23/2007, de 4 de Julho.

resolvem não voltar... uma vez que têm alta cessam os direitos, têm que regressar, quando não regressam é o descalabro... arranjam um emprego e não querem voltar... e a embaixada desvincula-se completamente (...)"

"(...) um dos grandes problemas... a maioria quer ficar no nosso país... CV a maioria regressa ... da Guiné conheço um ou dois casos que regressaram, é um grande problema para nós, não só para nós hospital, mas para nós país. É uma entrada de imigração ilegal... ficam em situações desumanas, e isto, é uma bola de neve, daí até comportamentos de risco destas crianças, a comportamentos de risco dos pais... é um problema que vai originar outros problemas."

3.7.4. Regresso ao país de origem

A taxa de regresso é mais uma variante que depende dos factores país de origem, doente institucionalizado ou não.

"CV... são os que regressam mais, porque como estão alojados em pensões, sabem que se não voltarem perdem tudo, isto para pessoas que não têm cá família nenhuma."

"A embaixada de CV como vai dando os subsídios, têm os doentes muito controlados... quase todos os doentes que tiveram alta regressou, porquê? Quando termina o tratamento se não regressarem, não têm direito a nada e eles acabam por regressar."

O que nós fomos verificando, é que todas as situações que foram acompanhadas pelo PADE, e foram efectivamente algumas, são que eles regressam."

"Todos eles regressam, não fica cá ninguém, porque eles vêm para tratamento médico."

"Das crianças que vieram acompanhadas só duas não voltaram, eu diria que temos uma taxa de retorno de 95%."

A principal preocupação com o retorno dos doentes prende-se no facto de estes terem ou não acompanhamento médico nos países de origem.

"Há, agora eles vão lá? Porque o miúdo até está bem... eles vão fazer 200km para ir à consulta? Não vão. Quem é que os transporta até às consultas?"

"O doente quando regressa tem que ter a situação segura, não se pode pôr em risco todo o trabalho feito em PT... O doente quando regressa é acompanhado... e a própria AIDA faz a monitorização desse doente... a AIDA sabe quem são estes doentes, onde moram e quem são as famílias... um doente quando regressa tem que regressar em segurança."

"(...) com CV é fácil... nós temos algum contacto com os cardiologistas que referenciam os doentes...temos muita confiança com os doentes que referenciamos para lá outra vez... temos também Telemedicina com o Hospital Pediátrico de Coimbra... discutem os doentes via Telemedicina (...)"

"(...) há acompanhamento...na GB é mais fácil porque a AIDA trata dessa situação e CV, STP e Angola é mais difícil...temos lá amigos, uma rede informal que nos ajudam lá."

"(...) o que fazemos é ... contactar as entidades que estão lá, a Caritas, a Aida na GB... que nos dão o apoio para os acompanhar."

É, de salientar que a maioria destes testemunhos foi dado por instituições, não sendo por isso possível afirmar se aqueles que estão nas pensões e em casa de familiares têm o acompanhamento garantido, principalmente na GB. Alguns esforços têm sido feitos no sentido de forma aos doentes poderem regressar e não ficarem cá devido ao acompanhamento pós ambulatório. Um dos exemplos mais falados é os aparelhos de INR (Índice Internacional Normalizado)¹¹. Até há bem pouco a ausência deste aparelho na GB e STP foi durante vários anos motivo, para que os doentes com necessidade de efectuarem este teste obterem Título de Residência em PT. Então foram adquiridos alguns aparelhos e enviados para os Centros de Saúde em STP e GB, deu-se formação para aprenderem a trabalhar com o aparelho e assim foi possível suprir este problemas.

"Os doentes ficavam cá só para fazer a medição do nível do sangue... verificou-se que era uma questão de levar o aparelho para o país de origem, dar formação a quem o utilizar, era uma solução tão rápida e tão prática."

"(...) nós porta do mais comprámos o aparelho (medidor de INR) e enviámos para o centro de saúde de lá... nós também, com estes doentes, nós demos os medicamentos e continuámos a dar... agora a Guiné tem medicamentos."

No caso de o doente carecer de reavaliação médica passado um longo período, coloca em causa o seu regresso, dependendo das situações, pode-se optar pela sua permanência em PT.

"Os médicos não têm que saber quais os procedimentos documentais para as pessoas estarem aqui... o Sr. vai ter alta, tomar esta medicação e quero que volte daqui a 6 meses... só que esse doente não vai para a Guiné e voltar daqui a 6 meses... acabam por ficar aqui numa situação de grande precariedade."

"(...) as crianças que vêm ao cuidado dessas ONG como a AIDA... a situação é completamente diferente, essas vêm devidamente acompanhadas e regressam, e depois elas garantem o acompanhamento (...)"

"(...) aqueles que têm que ser reavaliados ao fim de 6 meses ou mais, regressam ao país de origem e depois nós providenciamos o regresso deles."

¹¹ Este aparelho é utilizado para medir o tempo de coagulação do sangue. Custa cerca de 590,00€ cada um, acrescido do valores das tiras. 24 Tiras custam 137,00€. O procedimento é muito simples, é a básica pica no dedo de forma a obter uma gota de sangue que se coloca numa das tiras, que seguidamente se coloca no aparelho, e em cerca de 1 minuto obtém-se o resultado.

"Aqueles que têm que ter acompanhamento esporádico, tipo, uma ou duas vezes por ano acabam por ficar, porque não podemos garantir que se voltarem, possam regressar."

"Isso está tudo garantido... nós contactámos com uma entidade lá ... marca a viagem para virem fazer a consulta."

3.8. OS ACORDOS

Quando questionados sobre se os acordos se enquadram no contexto da realidade actual, unanimemente a resposta é negativa. São várias as críticas aos acordos, sendo que a inoperância do poder político e o excesso de burocracia são aquelas que levantam mais vozes.

"(...) uma desconexão entre as diversas etapas do processo, é um processo muito complexo que começa no país de origem... o que há é uma grande distância entre os serviços que operam no terreno e as pessoas que recebem cá os doentes... há uma série de entidades no meio disto...completamente alheadas do que é o problema real... não podem dizer que não sabem...não é assunto que as entidades oficiais não tenham conhecimento... talvez não haja vontade política de mudar as coisas... eu muitas vezes me pergunto: haverá alguém a ganhar com isto? provavelmente... existem coisas que eram muito fáceis de resolver... nós próprios aqui... já nos disponibilizamos para ir lá de três em três meses... fazemos os rastreios, avaliámos as doenças, mandámos tratar aquilo que pode ser tratado lá e numa data vêm cá só para isso, até isso já fizemos... já fizemos saber, que provavelmente as coisas seriam muito mais eficientes se funcionassem desta maneira."

"Os acordos não fazem sentido, aliás toda a gente sabe disso ... alguém tem que tomar a iniciativa... a DGS que é a entidade responsável... é que tem que promover uma alteração legislativa... aqueles protocolos só faziam sentido á vinte anos atrás quando nós recebíamos meia dúzia de doentes por ano, agora são aos milhares (...)"

"Em termos de diplomacia ninguém quer falar disto. Nos meandros dos corredores políticos não se fala"

"(...) nós fazemos questão que eles venham evacuados dentro dos acordos...nós estamos a tentar estreitar as relações com a DGS ... PT ainda é um país muito burocrático infelizmente... e esta é uma delas ...todo o processo é burocrático."

"O acordo é um bocadinho vago... não há obrigatoriedade do que está estabelecido... Fazer um acordo mais específico, onde não houvesse margem para as entidades envolvidas não fazerem o que foi acordado."

"Os acordos são extremamente morosos e muitas crianças morrem enquanto estão à espera... é uma coisa bonita de se dizer que existe, mas depois na prática não funciona... Não podem estar à espera que o papel entre no MS, vá para a embaixada, da embaixada para a DGS portuguesa e depois faça todo o percurso para trás, é moroso, não vale a pena, muitos morrem... Crianças à espera de serem evacuadas que acabam por morrer é o prato do dia."

"O país de origem para nós dá-nos logo se vai ter problemas sociais ou não... Moçambique não nos deu grandes problemas, porque a embaixada apoia, apoia em 100%... Os acordos têm muito tempo e em nada estão preparados para a nossa realidade global, que bem ou mal, PT vai cumprindo aquilo a que foi sujeito... mas os países terceiros não cumprem o que está estabelecido. CV ainda vai cumprindo, agora STP vai cumprindo uma ou outra coisa, a GB não cumpre com nada... CV e também Moçambique... eles têm um subsídio mensal... e além deste subsídio eles pagam 80% da medicação... estão em pensões em que ou não pagam ou pagam valores muito baixos."

"É um processo muito burocrático, passa por diversas entidades, e é por isso que demora um bocadinho (...)."

Também é unanimemente que todos afirmam que no final das contas, PT sai lesado de todo este processo.

"Na sua essência os acordos são válidos, o problema é a forma como são executados, e a verdade é que PT sai lesado nesses acordos (...)"

"(...) nós cumprimos, e cumprimos com muito mais do que aquilo que somos obrigados."

"Não é uma obrigação de PT... mas a verdade é que no final a factura vai recair à segurança social."

"Aqueles que não regressam, não só não permitem que aqueles que precisam de tratamento não possam vir, porque ultrapassa a quota, como PT tem que pagar a creche dessas crianças e subsídios porque são doentes e não podem trabalhar... quem se manter cá deve trabalhar, deve procurar trabalho... há muitos que conseguem... agora aqueles que não sabem ler nem escrever... não têm trabalho...PT tem que pagar o RSI."

No entanto é também referido que a existência destes acordos é válida.

"É melhor funcionarem mal, mas irem resolvendo do que não haver nada."

"Esses acordos são muito bem-vindos á GB porque sem eles haveria de facto muitas dificuldades com os nossos doentes...de facto se não fosse a cooperação seria um caos."

3.9. CIRCUITOS DE EVACUAÇÃO DE DOENTES FORA DOS ACORDOS DE EVACUAÇÃO

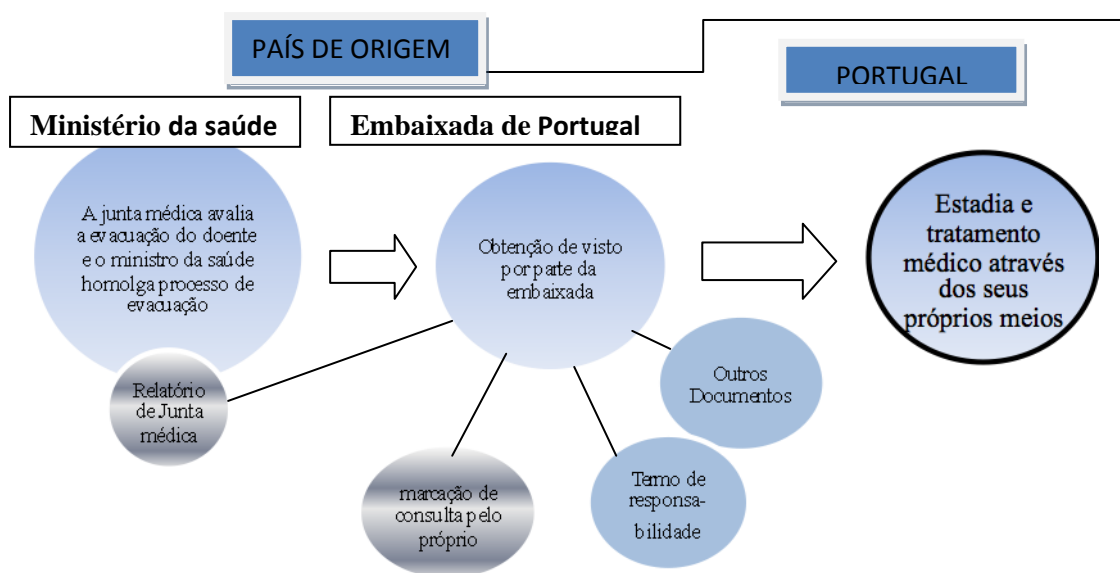
O circuito fora dos acordos elimina vários procedimentos, tornando-se menos burocrático e em consequência mais célere. Organizações que evacuam doentes para PT, quando questionados quais as principais diferenças entre evacuar dentro e fora e dentro dos acordos responderam:

“A diferença é muito simples, fora dos acordos é muito mais rápido, não há volta a dar.”

“(…) fora dos acordo, temos crianças que num mês são evacuadas, depende de vários factores... a maior parte das crianças das aldeias não estão registadas, ou seja, não têm certidão de nascimento, se não têm certidão de nascimento não podem fazer o passaporte... tem que se juntar os pais para fazer a certidão de nascimento, depois tem o passaporte, a junta médica, tudo depende destes documentos... num processo que seja mais demorado demora no máximo três meses.”

“A AIDA tem experiência em evacuar doentes dentro dos acordos e fora dos acordos ... e eles preferem evacuar doentes fora dos acordos, apenas porque é muito mais rápido.”

Quadro nº 14 – Circuito de Evacuação de Doentes PALOP Fora dos Acordos



Fonte: ACIDI (2011)

Como podemos observar no esquema acima, tudo se resume à junta médica e obtenção dos documentos necessários para obtenção do visto. Os doentes evacuados fora dos acordos por regra vêm ao abrigo de instituições, que cobrem todas as necessidades dos doentes e efectuem o devido acompanhamento.

"Vão sempre acompanhados nas consultas... eles muitas vezes não falam português mas aprendem rapidamente e nós vamos aprendendo algumas palavras em crioulo... e rapidamente isso é ultrapassado...o doente vai à consulta e nós temos que ir com ele, temos que saber o que é que se passa... o que é que é preciso... o doente não pode ir sozinho."

O Hospital de S. João no Porto recebe muitos destes doentes não cobrando nada pelos tratamentos médicos. Foi ainda mencionado pelo Dr. Filipe Basto¹² que após sinalizarem um doente ao Hospital de S. João, conseguem evacua-lo num espaço de tempo inferior a uma semana. Quando os doentes chegam o Hospital já tem tudo preparado para os receber.

"Quando o Hospital de S. João se compromete a receber... o doente chega e vai directamente para o hospital, apenas tivemos duas situações em que o doente não foi directamente para internamento... o hospital já sabe... portanto o doente entra logo naquele dia."

Angola, por sua vez, neste momento apenas está a evacuar doentes fora dos acordos, devido às longas filas de espera dos hospitais portugueses, como já foi mencionado.

3.10. BOAS PRÁTICAS EXISTENTES E RECOMENDAÇÕES

É de salientar que nos últimos três, quatro anos, houve uma preocupação e dedicação por parte de diversos profissionais não só do ACIDI, mas também por parte dos profissionais de saúde e instituições.

Como já foi demonstrado anteriormente, nada estava preparado para o aumento do número de doentes evacuados verificado na última década. Todos os mecanismos já implementados, que serão descritos abaixo, inclusive o programa PADE são posteriores a 2006. Muitas coisas já foram melhoradas, mas ainda são muitas as coisas que precisam de sofrer alterações, a primeira das quais são os acordos, que são obsoletos. O legislador terá que redefinir as responsabilidades e estas terão que ter carácter de obrigatoriedade. Deverá ser definido o estatuto legal não só dos doentes mas também dos acompanhantes. Terão de ser clarificadas as condições de acolhimento e revistos os termos da vinda de acompanhantes. Deverá ser garantido a isenção de taxas moderadoras, participação nos medicamentos e transporte de doentes.

"Os acordos têm que ser revistos... não abrangem por exemplo os acompanhantes... que como é normal adoecem e não têm qualquer protecção, qualquer mais-valia, não conseguem ir ao médico sequer. Os medicamentos têm que ser comparticipados... o mais importante era se conseguíssemos garantir estes tratamentos no país de origem, evitava-se estes custos todos."

¹² Director do Gabinete de Saúde Internacional do Hospital de São João - Porto.

"Não ... tem que haver uma atribuição de responsabilidades. Os legisladores deviam conhecer o terreno. Tem que haver uma redefinição de responsabilidades."

"(...) tem que haver um protocolo, uma forma de estes doentes poderem ser tratados imediatamente e voltarem."

"Para isto funcionar melhor, primeiro deviam ser revistos os acordos, deviam definir o número de doentes que vêm."

"Quem sabe se nos novos acordos não vem lá uma cláusula que indica que as crianças vêm sozinhas...se PT apertar a fiscalização, não só se vai defender, como vai defender quem vem para cá (...)."

Deverá estabelecer-se uma ligação directa entre a DGS Portuguesa e a DGS dos PALOP, via informática de forma a simplificar o processo, torná-lo mais célere e permitir assim uma monitorização de todos os casos. Segundo o Dr. Cláudio Correia, da DGS, está neste momento a ser criado um programa de gestão electrónica do sistema de forma a, ser possível, uma melhor e mais célere gestão do processo do doente. A criação de um instrumento que facilite uma melhor, comunicação, informação e articulação entre todos os intervenientes parece ser imprescindível para o bom funcionamento de todo o processo.

3.10.1. País de origem

No país de origem terão que ser implementados novos métodos de triagem, não tão aleatórios, mais justos e honestos. O processo terá de ser efectuado de uma forma mais célere. Como exemplo de boa prática existe o Instituto do Coração em Moçambique, que é uma ONG que resultou da associação de quatro ONG Europeias.

As ONG Europeias são a Cadeia da Esperança de Portugal, a Chaine de L'Espoir de França, a Chain of Hope de Londres e a Coeur pour Tous da Suíça.

"Quando o país é muito grande e se quer fazer cooperação, o melhor é associarmo-nos a outros países... consegue-se assim em conjunto fazer alguma coisa."

Este projecto foi crescendo e hoje é já uma referência, ao longo dos anos foram instalando equipamentos e formando profissionais, desde Abril de 2001 que efectuam cirurgias de coração aberto.

"Moçambique evacua pouco... uma das razões porque o número de evacuações é menor, é porque de facto se criaram lá muitos recursos locais... muitos cardiologistas locais já se formaram... formaram-se recursos muitos importantes nos últimos 14 anos."

De forma a tornar este modelo sustentável financeiramente, e devido ao bom desempenho dos seus profissionais de saúde foi possível para além da cardiologia clínica e cirurgia cardíaca expandirem-se a várias outras especialidades clínicas, tendo inclusive um serviço de urgências aberto 24 horas por dia.

"Isto não é tudo medicina gratuita, medicina humanitária, nestes países também há pessoas ricas, que têm muito dinheiro... nós podemos arranjar formas... temos muita gente rica que vai ao instituto e que paga e permite ajudar a manutenção e crescer, as pessoas têm dinheiro ou seguros, lá usa-se muito o sistema de seguros. Com isso conseguimos equilibrar as coisas. Quando se começa um projecto destes temos também que nos adaptar à realidade do país... não temos que dar tudo, mas damos o importante... se eles fizerem as contas é capaz de sair barato, tendo em conta o que seria o contrário."

A ONG Cadeia da Esperança, está a tentar implementar um modelo similar em STP. Inicialmente começaram por criar meios de rastreio.

"Não é preciso grandes custos para pelo menos saber rastrear os doentes... em STP está em vias de ser resolvido, com o Instituto Marquês de Valle Flor numas áreas e nós na área cardiovascular, os equipamentos já lá estão, vamos alarga-la e dar um passo ainda maior nisso, estamos a formar uma médica São Tomense... daqui a dois anos quando ela voltar vai ser o filtro, ela só vai nos contactar certamente em situações em que seja preciso tratamento e vão chegar devidamente orientados... Em Moçambique já se passa assim... quando o doente chega nós já cá temos o relatório... já sabemos o que é que vamos fazer, os exames marcados, temos tudo afinado (...)."

Quando abordados sobre os encargos de tal projecto, a resposta foi contundente, defendendo mesmo que tal processo acaba por ser mais económico do que continuar a evacuar indiscriminadamente.

"Há áreas em que os custos são muito pequeninos, outras são maiores, na nossa área, na cardiologia de facto os custos são elevados, mas nós não fizemos tudo de uma vez, começamos pelas coisas básicas, essas não são muito caras, nós para STP devemos ter gasto aí o máximo, nos equipamentos que conseguimos uns 40.000,00€. Às vezes também conseguimos coisas que não se podem desperdiçar, por exemplo a prova de esforço foi nos dada pelo hospital de Santarém, que estava a renovar... o outro ainda

estava a funcionar e nós pagamos apenas o envio... dá perfeitamente para as necessidades... coisas usadas mas em bom estado."

"Um cardiologista experiente com estes meios de diagnóstico básicos permite ver se o problema é sério ou não... Nós temos prevenido nos últimos três anos muitas evacuações, não digo todas porque não estamos lá sempre ... com estas três idas e com Telemedicina este filtro é de quase 100%... com custos relativamente reduzidos... para PT talvez tenha mais custos traze-los (...)."

Aliás é unânime a defesa na formação e na transferência de competências para os países de origem. Todos defendem que têm que se tentar criar condições nos países de origem, para que estes passem a ser mais autónomos.

"Portugal como quem trata deveria mudar este acordo e procurar tratá-los no país de origem ... enviar um grupo de equipas que fossem lá formar técnicos ... muitas máquinas são obsoletas pela falta de manutenção porque não há técnicos ... apostar em equipamentos de diagnóstico... um programa sério de equipas médicas de várias especialidades que se deslocassem periodicamente lá."

" (...) continuar o que estamos a fazer sim, mas investir lá... se não se olhar desta forma, mais cedo ou mais tarde vai haver conflito de interesses...sai mais barato tratar os doentes lá a todos os níveis, a nível clínico e a nível social"

"Ficava muito mais barato, fica mais caro evacuar uma criança para PT do que se fosse tratada lá... era mais rápido, muito mais rápido e barato."

Podemos fazer mais e melhor com menos... resolver todo o problema da Guiné não é na nossa geração, mas podemos construir uma ponte... faz-se muita coisa boa cá com os doentes evacuados, mas eu continuo a achar que os melhores exemplos são os de implementação lá...seis equipas como a minha resolviam esses mesmos doentes. Uma equipa como a minha com um anestesista, um cirurgião, um ajudante e uma enfermeira multiplicado por seis... vejam só o que se poupa em viagens... operar uma hérnia aqui custa muito mais do que operar uma hérnia lá, porque as condições de trabalho aqui são muito mais caras que as condições de trabalho lá... tem que se dar pequenos passos, começa-se com 20%, depois aumenta-se para 40% e assim sucessivamente."

"Transferir para lá o mais possível, para criar cada vez mais autonomia, e para aqui... as coisas muito avançadas, que não vão poder ser lá nos próximos anos... tornar tudo muito mais simples e certamente mais seguro."

"Existir uma transferência de competências para os países de origem para eles serem cada vez mais independentes do nosso SNS... para evitar que para além das suas próprias fragilidades, tenham que ser defrontados com as nossas próprias fragilidades."

Mesmo que estas equipas vão para o terreno não se prevê uma diminuição no número de evacuados num futuro próximo, mas sim um aumento porque irá haver um universo maior de doentes a ir às consultas. A solução com vista no futuro passa pela

implementação de uma melhoria sustentada nos SNS locais. Estabelecer protocolos que definam quais os critérios de evacuação e onde sejam definidas prioridades. As evacuações deverão ser orientadas não apenas por pontos de vista médicos, mas também tendo em conta aspectos sociais, de viabilidade de regresso e continuidade do tratamento após o regresso. Recomenda-se uma maior proximidade entre os profissionais de saúde portugueses e os PALOP, através da utilização da Telemedicina. Desta forma será possível aos médicos portugueses acompanharem o doente desde a origem, além de poderem contribuir na determinação do diagnóstico.

"Encurtar estes processos, haver ainda uma maior articulação entre todos os intervenientes."

"Haver uma maior proximidade entre os profissionais de saúde daqui com os profissionais de saúde dos países que nos enviam os doentes para que o processo de referência se torne menos administrativo e mais clínico e social."

"O que é preciso é encontrar plataformas de entendimento com os médicos que lá estão e ver quando é que precisam ir lá dar apoio, em segundo lugar implementar um sistema de Telemedicina para que se possa fazer consultas sem ter que vir cá os doentes... por último formar pessoas em algumas especialidades para que elas próprias lá, possam resolver a situação, ou digamos 80 a 90 % das situações."

O envio de equipas médicas das especialidades mais necessárias, para que estas estejam no terreno de forma continuada.

"Têm material, têm equipamentos, têm medicamentos... não têm é material humano, daí a minha intenção de dar formação lá... dar formação a alguns médicos que lá estejam de forma a darem continuidade ao nosso trabalho. E nós irmos lá duas ou três vezes por ano resolver alguns problemas do ponto de vista cirúrgico, que é onde eles têm uma maior lacuna... aproveitar os médicos e enfermeiras reformados que têm uma disponibilidade maior, ou dispensar-nos para nós irmos lá periodicamente para darmos o nosso contributo... quando saímos de lá volta tudo um pouco à estaca zero, por isso apostar na formação lá (...)"

"Era mais eficaz enviar verdadeiras equipas de trabalho, diagnóstico, de especialidades muito concretas... muitas vezes têm equipamentos... e eles não têm formação para trabalhar com eles... mas também não é em quinze dias que eles vão aprender a trabalhar com aquilo."

"Há um conjunto de situações que poderiam ser tratadas lá ... com uma boa triagem ... há um conjunto de médicos que vão lá periodicamente... era bom era que isto fosse oficial ... ficava muito mais barato enviar para lá uma equipa."

"Aproveitar os nossos internos da especialidade, é muito interessante numa fase de formação encontrarem outras realidades... é uma oportunidade ótima que eles têm de conhecer realidades diferentes... patologias diferentes, condições diferentes... é muito enriquecedor ver coisas que nunca irão ver aqui, tratar doentes que nunca irão ter oportunidade de tratar aqui."

Estas mesmas equipas deverão ser utilizadas para efectuar cirurgias no terreno de forma a apenas serem evacuados aqueles cuja complexidade da doença exija a evacuação para PT. Também estas equipas deverão reavaliar doentes que já tiveram alta e regressaram ao seu país. Este trabalho também poderá ser efectuado através do uso da Telemedicina. O que se tem é que se garantir o seguimento do doente após o seu regresso. Estas equipas deverão implementar no terreno campanhas de rastreio e prevenção.

"Importa apostar muito no rastreio, importa apostar muito na prevenção, nada está feito nessa área, a não ser as campanhas de vacinação... Lesões pré-malignas são fáceis de tratar... se estas forem diagnosticadas e tratadas numa fase inicial... mas prevenção zero, nada está feito... treinar enfermeiras para elas mesmas serem capazes de fazerem o diagnóstico com protocolos que se estabeleçam (...)."

Aumentar a capacidade instalada através do envio de equipamentos e formação dos profissionais de saúde.

"(...) reabilitar as infra-estruturas lá e depois enviar de cá material, formadores, médicos... pessoas que pudessem ficar lá algum tempo ...fazer isto na GB era possível."

"Nós temos aqui tanto material que nós podemos utilizar... existe muito material que utilizamos uma vez e depois vai para o lixo, lavado e esterilizado pode voltar a ser utilizado lá."

Desta forma seria possível efectuar uma melhor avaliação dos doentes e evitar diagnósticos errados.

"Eu acredito que havendo mais médicos na GB mais gente tem acesso á medicina, grande parte destas questões de saúde podem ficar lá, ser tratadas lá ou podem ser vigiadas lá, nem sempre tem que se vir logo... também não chegam a situações mais avançadas."

"Os médicos daqui vão trabalhar com os médicos locais, para os ajudar a distinguir os problemas que são graves dos que não são graves, mas não vão uma vez numa lógica de expedição, isto tem que ter um trabalho com regularidade... isto não vai gerar uma evacuação massiva."

"(...) os médicos locais vão vendo os doentes ao longo do ano e quando as equipas lá chegam também têm que ver os doentes propostos para evacuação, e muitas vezes quando vamos ver esses doentes verificamos que muitos não são verdadeiras causas de evacuação... e tem-nos acontecido também o contrário, pessoas que não estava prevista a sua evacuação, estão em condições que justificam a sua vinda a PT (...)"

"Eles têm médicos, o grande problema não é para tratar o paludismo, não é para tratar a diarreia, não é para tratar essas questões... tem a ver com determinadas doenças mais complexas... não é preciso ter lá

médicos permanentemente, o que é preciso é criar dois tipos de coisas, criar estas missões... ter os médicos lá ensinados nesse sentido e saber que depois há uma equipa médica que vai lá rever esses doentes... fizemos alguns cursos de formação de como é que se desconfia de uma doença cardíaca, deixamos ficar um electrocardiografo para começarem a fazer electrocardiogramas... quando lá chegamos já estão os doentes seleccionados, pode haver falhas, mas já estão muito mais bem seleccionados."

3.10.2. Portugal

Pouco ou muito pouco tem que ser inventado, porque as alternativas, já existem, o problema é que são pontuais e parece não haver vontade política para mudar. Existem profissionais empenhados, existem boas práticas implementadas, falta apenas generalizá-las, porque apenas abrangem uma pequena franja de doentes. Dois aspectos podem a este respeito ser sublinhados:

Primeiro, os *aspectos sociais e processuais*.

O PADE criou uma rede de casas de acolhimento que segundo testemunhos funcionam bem, suprem todas as necessidades dos doentes, e no fim a taxa de retorno dos doentes ao país de origem é elevada. O principal problema parece ser o número insuficiente de vagas. Porque não alargar esta Rede, utilizando não só casas de acolhimento mas também famílias de acolhimento? Esta parece ser a solução, também para tirar os doentes das pensões e das casas de familiares que não reúnem as condições adequadas. Todo e qualquer familiar ou conhecido de um doente que se responsabilize pela sua vinda deverá ser sujeito a uma avaliação pelos serviços sociais, para que seja assegurado o acompanhamento necessário. No caso de se verificar que este não reúne as condições essenciais, numa primeira fase, deverá tentar suprir-se as carências da família, e em último recurso reencaminhar o doente para casas ou famílias de acolhimento.

Uma rede bem estruturada que suprisse todos os doentes, resolveria não só os problemas de precariedade em que estes vivem, como também contribuiria para uma diminuição de doentes que após terem alta, ficam em situação de ilegalidade em PT. No entanto as boas práticas não estão limitadas às casas do PADE, na verdade é a Casa do Gil a nível nacional que reúne os mais rasgados elogios por parte dos operacionais de saúde, já quando falámos de ONGs a trabalhar nos países de origem a AIDA é sem

dúvida a grande referência. Foi mencionado inclusive que a AIDA criou um centro de acolhimento para os miúdos que voltam e precisam de acompanhamento médico e que moram longe de Bissau, para que este seja assegurado após o regresso.

"As crianças que ficam na Casa do Gil têm um acompanhamento excepcional, não tem nada a ver com as outras (...)"

"(...) a Casa do Gil e a AIDA... com esses sim, funcionamos melhor (...)"

"Na Guiné são apoiados pela AIDA, que entram em contacto com o PADE e guarda-mos logo uma vaga... depois falámos com o SEF, a DGS e os Hospitais."

A Casa do Gil foi inclusive referenciada pela DGS devido ao seu método inovador de evacuação dos doentes dentro dos acordos, conseguindo desta forma reduzir o tempo de evacuação para mês e meio, no máximo.

"(...) nós estamos a inverter o processo... nós não esperamos que a embaixada informe o ministério ou tudo mais, nós tentamos abolir essa parte, e a parte cá em PT somos nós que fazemos, informamos a embaixada, a DGS, a DGS já sabe que aquele hospital vai assumir aquela cirurgia... vai simplesmente perguntar à embaixada, se ela vai dar o estatuto de doente, a embaixada por nossa pressão, por nosso lobbies e já sabe que aquela criança vem a nossa responsabilidade, simplesmente responde que sim, nós tentamos encurtar este processo burocrático, e os papeis que são esquecidos muitas vezes em cima da secretária, isto depois do fax ou do email, e isto para nós não faz sentido...o tempo médio de espera é um mês e meio no máximo, partir do momento em que nos enviam a sinalização."

A Casa do Gil aposta na simplificação do processo e no apoio privilegiado que as suas instalações podem garantir. Consideram-se pioneiros na defesa da evacuação de crianças sem acompanhante, sendo esta uma das suas exigências.

"Assumimos um compromisso com a AIDA ... que faz a triagem juntamente com o Hospital de Bor onde trabalha o DR. Bidonga, há uma rede onde estamos todos em ligação ...nós cá fazemos o papel de responsáveis cá, tratamos a documentação toda necessária para a GB, e no momento em que estiver tudo pronto... a criança é evacuada."

"Temos enfermeiros 24 sobre 24 horas, temos também auxiliares de acção médica 24 sobre 24, professores... psicólogos, temos um leque de profissionais muito variado."

Como próximo projecto a aposta é em famílias de acolhimento.

"Para isso não acontecer... as casas completamente lotadas, nós vamos optar por famílias de acolhimento...vamos começar um projecto interno...vamos começar por formar os nossos colaboradores

e depois vamos abrir ao público em geral... temos que dar apoio às famílias... atribuir uma espécie de bolsa às famílias."

Esta é uma boa prática já utilizada para colmatar a falta de vagas nas instituições pela ONG Missão Saúde para a Humanidade que aposta também numa rede de voluntários para acompanhar os doentes durante a sua permanência em PT.

"Nós temos famílias de acolhimento... têm que ser monitorizadas, têm que ter uma supervisão feita por nós... não é fácil encontrar pessoas que estejam dispostas a assumir um compromisso permanente... Temos uma rede de voluntários, em que os doentes todos os dias recebem visita... eles têm que ter pontos de referência."

As famílias de acolhimento são também uma aposta do PADE. Um dos principais contras desta alternativa é "o facto de estarem cá um espaço de tempo superior a três, quatro meses vai criar ligações com essa família e é um problema."

O SEF deverá flexibilizar e alargar a aplicação do projecto SEF em movimento. O SEF terá que ter uma melhor articulação com as unidades de saúde de forma a eliminar as inúmeras adversidades provenientes das discrepâncias entre a duração dos vistos e dos atestados médicos.

O regresso ao país de origem deve ser promovido e garantidas condições de continuidade de tratamentos, assim como o regresso para posteriores consultas e/ou tratamentos em PT quando a terapêutica assim o exige.

Segundo, os *aspectos médicos*.

No Hospital Santa Marta (HSM) e no HDE criaram uma consulta de cooperação semanal, com carácter multidisciplinar.

"O HDE e o HSM ... têm uma consulta de cooperação para os doentes que vêm ao abrigo dos acordos de cooperação."

"Nem todos os Hospitais são como Santa Marta, que todas as quintas-feiras têm consulta de cooperação... isto facilita muito no aceleramento do processo."

Por vezes quando o doente chega a PT a data da consulta já passou¹³, pelo que se tem que fazer uma remarcação da consulta, o que vai originar ao aumento do tempo de permanência do doente em PT. Com esta consulta, este problema desaparece, porque independentemente do dia em que o doente chega, no máximo numa semana terá acesso á consulta. Esta consulta foi criada para prevenir situações de risco clínico e social, assegurar a eficácia do tratamento, agilizar o percurso do doente e promover o regresso ao país de origem em segurança, ou seja, garantir a continuidade dos cuidados. É uma consulta multidisciplinar, constituída por uma médica que elabora o diagnóstico clínico e plano de tratamento, por uma enfermeira que efectua a triagem, ensina e faz o acompanhamento do percurso, e por ultimo uma assistente social que trabalha as questões sociais de acolhimento, estadia e regresso. É feita por estes profissionais uma abordagem específica, onde está estruturado um protocolo de acolhimento e é realizada uma comunicação adaptada de forma a superarem as barreiras, linguística e cultural.

"Tento perceber qual é o ambiente da casa onde vão ficar e quais são as dificuldades económicas, e isso é muito importante, porque é a origem de tudo. Procuo saber quais as necessidades não só no momento, mas as que poderão ter durante o tratamento."

Inclusivamente foi elaborada uma ficha que explica como o doente deve tomar a medicação (Anexo I). Um dos indicadores de sucesso deste método é o tempo médio de estadia em PT. Em 2009 este tempo foi de 5 meses e em 2010 desceu para 3,9 meses e os profissionais acreditam que vão melhorar ainda mais este tempo.

"Não é tão rápido como gostaríamos, mas é cada vez mais rápido... em 2010 tivemos um tempo médio... desde a chegada até ao regresso ao país de origem de 3,9 meses e eu penso que este ano conseguimos melhorar (...)"

O HSM foi pioneiro, tendo sido seguido pelo HDE, que estruturou um procedimento muito similar.

"(...) o que se começou a perceber ao longo do tempo com os doentes evacuados... é que quando chegavam à consulta chegavam com imensos problemas a nível social ... e eram encaminhados para nós... a exemplo do Hospital de Santa Marta, que faziam discriminação pela positiva, começamos a fazer uma consulta multidisciplinar onde se avalia a parte clínica... a parte social... funciona como uma consulta de triagem(...)."

¹³ Acontece porque a consulta é marcada, mas só conseguem o visto mais tarde.

Desta forma foi possível agilizar todo o processo e diminuir substancialmente o tempo de estada do doente em PT, mas nem todos os doentes que vão para o HDE têm acesso a esta consulta.

“(...) o que nós queríamos é que passassem todos pela infecto, porque assim era mais fácil fazer um registo de todos aqueles que dão entrada aqui no hospital... não conseguimos apanhar todos... uns entram directamente pela porta da urgência... outros vão directamente para o médico da especialidade.”

O que falta? Falta que esta boa prática seja implementada em todos os hospitais que recebam estes doentes. Outro procedimento que poderia acelerar o processo, seria a discriminação pela positiva destes doentes, e criar tempos extra de cirurgia só para eles. A realidade é que quanto mais curta for a duração do tratamento, menos encargos haverão.

"Independentemente da patologia devia de haver uma consulta de triagem e depois fazia-se o reencaminhamento."

"(...) a solução passa por criar tempo de cirurgia extra... teria de passar por aí (...)."

O HDE criou uma ficha de acolhimento social de forma a identificarem o tipo de necessidades do doente, esta é preenchida na consulta de cooperação (Anexo II). Nesta consulta ainda informam os doentes dos seus direitos e deveres, seguidamente são reencaminhados para os recursos da comunidade consoante as necessidades individuais.

"Nós fizemos dois folhetos... um em português... outro em crioulo que entregámos aos doentes" (Anexo III).

" Eles não percebem português... quando não sabem ler nem falar português é muito complicado...Nós temos o apoio de uma associação ... a associação tem pessoas que falam todos os dialectos...Nas consultas é mais complicado... há coisas na consulta que só se deve dizer ao próprio. Também usámos funcionários que trabalham cá... ou alguém que já cá está há mais tempo."

É necessário que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para as especificações destes doentes. É fundamental criar um clima de confiança e compreensão, utilizar uma linguagem acessível e atender às divergências culturais de forma a evitar por parte dos doentes a rejeição dos profissionais de saúde. Para além de competências técnicas os profissionais de saúde devem possuir competências humanas, tais como sensibilidade, tolerância, capacidade de persuasão, empatia, capacidade para adaptar a linguagem, e

principalmente saber perguntar e escutar. A utilização de um tradutor possibilita uma melhor compreensão de ambas as partes, diminuindo a distância entre profissionais de saúde e doentes. Estes doentes deveriam ter acesso à isenção de taxas moderadoras, comparticipação médica como têm os doentes nacionais.

Um outro exemplo de boas práticas é atribuído ao Hospital Pediátrico de Coimbra, a utilização da Telemedicina.

“O nosso hospital pediátrico ... eles têm uma consulta de Telemedicina com CV, e estamos a tentar agora STP, porque só agora é que chegou lá o cabo óptico... isto é todas as semanas... vê uma equipa médica em CV a fazer um exame a um doente e a mesma imagem a ser vista em computador e online... as pessoas conversam... tal e qual estivessem neste gabinete dois médicos e um doente... e discute-se e fala-se, e isto o que é que faz? Faz com que muitos diagnósticos fiquem lá, e de vez em quando é grave e nós começamos logo a tratar do doente para vir.”

Este, aliás é um procedimento defendido por diferentes médicos como um meio de encurtar as distâncias entre profissionais de saúde de cá e os dos PALOP.

"(...) com Telemedicina, teoricamente a margem de erro é menor do que assim... comunicação directa entre um ponto de referência nacional com um ponto de referência nos PALOP e o envio de equipas médicas para lá... só se resolve com a capacitação lá... e isso não é imediato."

Este tipo de cooperação comporta estes três aspectos: 1º formar pessoas... médicas já começa a haver, a falta maior é em especialistas... 2º conseguir apoios deste tipo, missões que vão para lá por um período, e que não venham para cá os doentes, é melhor que um médico vá lá por uma semana e veja lá cem doentes do que eles virem para aqui e estarem espalhados pelos hospitais; e por último aspecto que me parece fundamental... que é a criação de soluções de tipo Telemedicina, a nossa medicina evoluiu muito neste aspecto, hoje é tudo baseado na imagem... a imagem é uma coisa digital e é possível faze-la circular com os recursos tecnológicos e as telecomunicações que hoje existem... colocando lá os equipamentos e pô-los lá a funcionar com eles, mesmo que não consigam decidir tudo, decidir qual a melhor solução para o doente... os diagnósticos podem ser mostrados e conversados inclusivamente em simultâneo com uma retaguarda cá, nos hospitais de cá."

CONCLUSÃO

A cooperação com os PALOP é uma prioridade da política externa portuguesa, devido aos laços históricos e culturais. Os baixos IDH e indicadores de saúde deploráveis apresentados pelos PALOP justificam por si só, terem a preferência geográfica da cooperação portuguesa. Em termos sectoriais prevalecem as áreas da educação e de governo e sociedade civil. A área da saúde não é uma das áreas preferenciais da cooperação portuguesa, muito pelo contrário, esta constituiu apenas 2,79% da APD Bilateral Portuguesa entre os anos de 2003 e 2008.

O ponto de partida deste trabalho era responder á questão se os acordos de cooperação para evacuação de doentes efectuados entre Portugal e os PALOP se enquadram no contexto da realidade actual, se o processo utilizado é adequado e se responde á necessidades dos doentes. Com um estudo qualitativo, no qual foram realizadas entrevistas, foi possível identificar falhas do processo, assim como boas práticas e até mesmo identificar novos e necessários modos de actuação futuros. Todo o projecto é fundamentalmente sobre CV, GB e STP visto Angola e Moçambique actualmente quase não evacuarem doentes ao abrigo dos acordos. Moçambique porque tem acordo com a África do Sul e Angola porque prefere evacuar fora dos acordos e tratá-los em clínicas privadas e assim encurtar o tempo de permanência dos doentes em Portugal.

No que se refere aos acordos enquanto legislação, foi contundente a conclusão de que são necessários, mas devido ao aumento substancial de doentes evacuados nos últimos anos tornaram-se ineficazes e obsoletos. A alteração legislativa é solicitada por todos e apenas se entende que esta não aconteça devido a Lobbies e interesses financeiros, pois na actual conjuntura é Portugal quem sai lesado. Existe a necessidade de elaborar novos acordos que tenham carácter de obrigatoriedade e supram as diversas lacunas, como os acompanhantes, a isenção de taxas moderadoras e a comparticipação medicamentosa.

Relativamente ao processo, é de salientar que não é possível ao SNS português responder às necessidades globais destes países, pelo que é necessário estabelecer critérios e prioridades nos processos de triagem. O que se tem verificado, é que as triagens são muitas vezes assentes em critérios de selecção pouco transparentes, o

processo é excessivamente moroso e os resultados nem sempre são fiáveis. A morosidade do processo de evacuação origina a que muitas vezes o doente quando é evacuado a doença já se encontra num estágio irreversível ou, com sorte, apenas agravado, sendo contudo, necessário realizar procedimentos terapêuticos mais complexos e prolongados. Para tornar ainda mais moroso o processo, na Guiné é o próprio doente que tem que pagar a viagem, o que os obriga a adiarem a viagem até reunirem o dinheiro necessário, chega mesmo a acontecer que por vezes os doentes chegam em data posterior á da marcação da consulta.

Efectuar evacuações com diagnósticos bem definidos e em tempo útil tem que ser uma prioridade. Para isto ser uma realidade é necessário aumentar a capacidade instalada nos países de origem através de equipamentos e profissionais de saúde especializados. É necessário enviar equipas para o terreno de forma contínua, estas deverão contribuir no rastreio dos doentes e dar formação. Aumentar a capacidade instalada não pode ser apenas para rastrear, visto ser necessário transferir competências para os SNS dos PALOP, para que estes se tornem cada vez mais autónomos. A falta de comunicação entre os profissionais de saúde portugueses com os dos PALOP é determinante para o mau funcionamento deste processo que é excessivamente burocrático e deveria ser mais médico e social. A Telemedicina poderá ser a solução para este problema, que evitaria que o primeiro contacto que o médico em Portugal com o doente seja aquando a sua primeira consulta em Portugal, permitindo que este fosse acompanhado desde o início. A Telemedicina poderá inclusive ser utilizada para que os médicos portugueses contribuam para as triagens sem que tenham que se deslocar aos países de origem, assim como poderão acompanhar o doente após do seu retorno.

Já em Portugal as extensas listas de espera do SNS são o principal obstáculo. Também é criticável o tempo que a DGS demora a marcar a consulta e a responder às embaixadas. A criação de consultas de cooperação e a discriminação positiva destes doentes parece ser uma solução para agilizar os processos. Outra solução passa pela criação de um programa de gestão electrónico do sistema, de forma a ser possível uma melhor gestão do processo do doente. Outra hipótese é alterar o processo de evacuação, invertendo-o e eliminando alguns dos procedimentos.

As estadas prolongadas, contribuem não só para o agravamento dos problemas sociais, mas também para a imigração ilegal. A falta ou o medíocre acompanhamento quer por parte das embaixadas, quer por parte dos familiares traduzem-se em graves problemas sociais, que muitas vezes se reflectem no sucesso da terapêutica no período de ambulatório. No entanto é de salientar que com a excepção dos doentes oncológicos a taxa de sucesso no tratamento destes doentes é elevada. Terminado o tratamento o problema surge muitas vezes quando o doente tem que regressar aos país de origem. Muitos recusam-se, preferindo ficar clandestinamente em Portugal, caindo assim muitas vezes em situações de precariedade extrema. Problema este para o qual o SEF não parece ter soluções. Por outro lado são muitos os que acabam por obter a autorização de residência, quer devido á doença ser crónica e não haver possibilidade de tratamento no país de origem, quer devido a reunirem os critérios do artigo 88.º da Lei de Estrangeiros nº 23/2007. Quando os doentes regressam ao país de origem, a problemática recai sobre se vão ter ou não acompanhamento e no caso de precisarem de voltar a Portugal para uma consulta de reavaliação, se o vão poder fazer. Para os doentes de Cabo Verde este não parece ser um problema, mas para os da Guiné-Bissau sim, visto o país não pagar as viagens. Relativamente ao acompanhamento depende muito se vivem perto ou longe dos grandes centros urbanos, ou se estão ou não a ser acompanhados por ONG como a AIDA.

No que se refere às necessidades dos doentes é fundamental diferenciar por países. Os doentes de CV recebem um subsídio por parte da embaixada, subsidio esse que é manifestamente insuficiente. Os doentes estão alojados ou em pensões ou em casa de familiares. Na generalidade das circunstâncias nem um nem outro reúnem as condições ideais. As pensões não reúnem as melhores condições de higiene e estão sobrelotadas. As famílias geralmente numerosas e de baixos rendimentos também não reúnem as condições mais desejáveis para cuidar de um doente. Para famílias de poucos recursos não é fácil hospedar uma ou duas pessoas durante vários meses, por vezes anos. Não são raras as vezes que os doentes são convidados a sair ou que após serem hospitalizados não terem para onde regressar. É aqui que várias instituições intervêm distribuindo alimentos, roupas, medicamentos e passes ou senhas para transporte, de forma a minimizarem os encargos dos familiares ou tentarem suprir as carências dos que estão nas pensões. Para além destes problemas básicos, têm outro tipo de problemas como

problemas de comunicação, integração e psicológicos. O custo humano é considerável. Os doentes oriundos de STP e da GB para além de reunirem os mesmos problemas que os de CV vêm-nos agravados, pois salvo algumas exceções de STP não têm qualquer tipo de subsídio o que deixa estes doentes expostos a situações de grande precariedade. STP ainda vai contribuindo, embora a atribuição de benefícios seja aleatória e pouco transparente, visto alguns doentes estarem bem protegidos e outros não. A embaixada da GB por sua vez não consegue ajudar com praticamente nada, não pagando sequer as viagens de retorno, pelo que mesmo que estes doentes quisessem voltar não teriam como, a menos que recorram á OIM. É de referir que a escassez de recursos económicos das embaixadas e o elevado número de doentes não lhes permite apoiar os doentes da forma que está estabelecido nos acordos.

É de referir ainda que os vistos são temporários e têm que ser renovados, muitos desconhecem a lei, outros têm dificuldades em deslocar-se ao SEF e outras simplesmente não têm dinheiro para o fazer. O SEF tem implementado o programa “SEF em movimento” que permite, graças a uma equipa itinerante, aos doentes regularizarem-se através dos seus domicílios ou até mesmo dos Hospitais. Este programa no entanto precisa de ter uma maior abrangência. Os doentes que vêm sob a responsabilidade de ONG vêm todas as suas necessidades providas, embora o custo humano, esse vai sempre haver. Mesmo assim não são raras as vezes que os doentes rejeitam ficar em casas de acolhimento, ou porque não se querem submeter às regras impostas, ou porque um dos seus objectivos com a vinda a Portugal é arranjar emprego. No entanto as vagas existentes nestas ONG são claramente insuficientes para as necessidades. Para solucionar este problemas a aposta deverá passar por famílias de acolhimento. Antes de qualquer doente antes de ser evacuado seria aconselhável uma avaliação pelos serviços sociais das famílias que os vão acolher, para garantir que o familiar que se responsabilizou pela sua vinda possa assegurar os cuidados necessários. No caso de ser negativo, o acolhimento do doente teria que passar por outras vias. Novas parcerias devem ser criadas, e todos os processos deveriam ser conduzidos e monitorizados pelo ACIDI, dando uma maior autonomia às ONG, podendo estas participar no processo de evacuação, podendo assim subtrair parte da actuação da DGS no processo.

Por parte das entidades envolvidas devem ser efectuadas monitorizações constantes e avaliações periódicas da prestação dos cuidados fornecidos, de forma a detectarem os problemas e medirem resultados. Com estes procedimentos e uma melhor articulação entre elas, será possível a obtenção de melhores resultados. É de referir ainda que existem profissionais entendidos, muito interessados e empenhados neste problema. Apenas precisam de suporte legislativo e financeiro. Investir na eficiência do processo vai levar a obtenção de melhores resultados e a médio prazo, muito possivelmente a uma contracção dos encargos com estes doentes. Se o processo estiver bem organizado e se tornar eficaz. Portugal poderá ajudar mais doentes com menos recursos.

Em termos de estudos futuros, sugiro:

Um estudo de sobre os doentes PALOP que vêm fora dos acordos. Fazer comparações com os que vêm dentro dos acordos, em termos de resultados finais, procedimentos, encargos e tempos de permanência. Outro estudo a realizar, apesar de ser impossível calcular uma valor exacto, seria tentar contabilizar o mais fielmente possível, os custos sociais anuais dos doentes que vêm ao abrigo dos acordos de cooperação, não só os suportados pelo estado português, mas também os suportados pelas diferentes entidades privadas. Por último, deveria ser efectuado um estudo, este em todos os PALOP, onde se efectuasse o seguimento dos processos dos doentes desde que fazem o pedido para junta médica até á evacuação. Se não forem evacuados tentar determinar os critérios da recusa. E por últimos analisar o acompanhamento após o regresso.

Ao longo de todo o projecto foram verificadas diversas limitações a primeira das quais a bibliografia reduzida, sendo mesmo muito limitada quando procuramos dados sobre a cooperação portuguesa. É de mencionar que este é um estudo exploratório limitado a uma amostra pelo que não abrange o todo. No entanto a maior limitação foi a resistência e até mesmo recusa por parte de alguns intervenientes em fornecer informação sobre este tema, que parece ser “tabu” para alguns, existindo mesmo algumas inverdades e tentativas de camuflar os problemas. Por ultimo as limitações temporais, algumas entrevistas demoraram meses a serem marcadas e houve inclusive algumas que não foi possível efectuar.

BIBLIOGRAFIA

African Economic Outlook (s.d.). *Social Context and Human Resource Development*. Disponível em: <<http://www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/west-africa>>. [Consultado em 03/02/2012].

Albarello, L. e. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva - Publicações, Lda.

CPR (Centro Português para os Refugiados) (s.d.). *Programa nacional de Reinstalação: reflexões sobre a sua operacionalização - Refugiados com Necessidades Médicas*. Disponível em <http://refugiados.net/_novosite/dossier_reinstalacao/ProgramaNacionalParaAReinstalacao_RefugiadosComNecessidadesMedicas.pdf>. [Consultado em 26/06/2011].

Cravinho, J. G. (s.d.). *O Futuro da Cooperação Portuguesa*. Disponível em <<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/6923.pdf>>. [Consultado em 21/05/2011].

Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas S.A.

Guimarães, S. A. (2007). *A Cooperação Europeia com Países Africanos Politicamente Frágeis no âmbito do Acordo de Cotonou*. Lisboa: IPAD.

Henriques, M. A. (2009). *Argumentos para uma Viagem sem Regresso*. Disponível em: <http://iul.iscte.pt/bitstream/10071/1809/1/ARGUMENTOS%20PARA%20UMA%20VIAGEM%20SEM%20REGRESSO.%20A%20IMIGRA%c3%87%c3%83O%20PALOP%20POR%20VIA%20DA%20SA%c3%9aDE_UM%20ESTUDO%20DE%20CASO.pdf>. [Consultado em 03 de 04 de 2011].

Hoffmann, M. V. e Oliveira, I. C. (s.d.). *Entrevista não-diretiva: uma possibilidade de abordagem em grupo*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a21v62n6.pdf>>.[Consultado em 9/6/2011].

IPAD (s.d.). *Ajuda Pública ao Desenvolvimento - Principais Características da APD Portuguesa*. Disponível em <http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=200&Itemid=220>. [Consultado em 26/06/2011].

IPAD (s.d.). *Estratégia da Cooperação Portuguesa – Operacionalização (2006)*. , Disponível em <<http://www.ipad.mne.gov.pt/images/stories/Publicacoes/OperacioEstrategia.pdf>>. [Consultado em 29/05/2011].

IPAD (s.d.). *Estratégia da Cooperação Portuguesa para a Saúde*. Disponível em <<http://www.ipad.mne.gov.pt/CentroRecursos/Documentacao/EstrategiaCooperacao/Documents/EstrategiasaudeMaio2011.pdf>>. [Consultado em 30/01/2012].

IPAD (s.d.). *Estratégia Portuguesa de Cooperação Multilateral*. Disponível em <http://www.ipad.mne.gov.pt/images/stories/Publicacoes/DOC_014_01_anexo.pdf>. [Consultado em 03/06/2011].

IPAD (s.d.). *Plano de Acção de Portugal para a EFICÁCIA DA AJUDA*. Disponível em <<http://www.ipad.mne.gov.pt/images/stories/APD/planoeficaciaajuda.pdf>>. [Consultado em 05/07/2011].

IPAD (s.d.). *Programa Indicativo de Cooperação - Portugal:Angola(2007-2010)*. Disponível em < <http://www.ipad.mne.gov.pt/images/stories/Publicacoes/PICAngola0710.pdf>>. [Consultado em 05/06/2011].

IPAD (s.d.) *Programa Indicativo de Cooperação - Portugal:Cabo Verde (2008-2011)*. (s.d.). Disponível em <<http://www.ipad.mne.gov.pt/images/stories/Publicacoes/piccv0811.pdf>>. [Consultado em 05/06/2011].

IPAD (s.d.). *Programa Indicativo de Cooperação - Portugal:Guiné-Bissau (2008-2010)*. Disponível em <<http://www.ipad.mne.gov.pt/images/stories/Publicacoes/picguine0810.pdf>>. [Consultado em 05/06/2011].

IPAD (s.d.). *Programa Indicativo de Cooperação - Portugal:Moçambique (2007-2009)*. (s.d.). Disponível em <http://www.ipad.mne.gov.pt/images/stories/Publicacoes/Pic_Mozambique0709vf_.pdf>. [Consultado em 05/06/2011].

IPAD (s.d.). *Programa Indicativo de Cooperação Portugal/S. Tomé e Príncipe 2008-2011*. Disponível em < <http://www.ipad.mne.gov.pt/images/stories/Publicacoes/picstp0811a.pdf>>. [Consultado em 05/06/2011].

IPAD (s.d.). *Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa*. Disponível em <http://www.ipad.mne.gov.pt/images/stories/Publicacoes/Visao_Estrategica_editado.pdf>. [Consultado em 03/07/2011].

Kanbur, R. (2003). *The Economics of International Aid*. Disponível em: <<http://www.arts.cornell.edu/poverty/kanbur/handbookaid.pdf>>. [Consultado em 25/07/2011].

Laville, C. e Dionne, J. (1999). *A construção do saber*. Porto Alegre: Editora UFMG.

Lessard, M., Goyette, H. G. e Boutin, G. (1990). *Investigação Qualitativa*. Lisboa: Instituto Piaget.

Ministério da Saúde. (s.d.). *Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)*. Disponível em: <<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/acesso+de+cidadãos+estrangeiros+a+cuidados+de+saude/cuidados+palop.htm>>. [Consultado em 16/05/2011].

Mourato, I. (s.d.). *A Política de Cooperação Portuguesa com os PALOP: Contributos do Ensino Superior Politécnico* Disponível em: <<http://comun.rcaap.pt/bitstream/>

123456789/1443/1/coopera% c3% a7% c3% a3o% 20portuguesa% 20com% 20os% 20PAL OP.pdf >. [Consultado em 06/02/2012].

Neves, J. L. (s.d.). *Pesquisa Qualitativa - Características, Usos e Possibilidades*. Disponível em: <<http://www.ead.fea.esp.br/cad-pesq/arquivos/c03-art06.pdf>>. [Consultado em 17/04/2011].

PNUD (s.d.). *International Human Development Indicators*. Disponível em <<http://hdr.undp.org/en/data/profiles/>>. [Consultado em 03/02/2012].

Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva - Publicações, Lda.

Sangreman, C. e Carvalho, F. (s.d.). *Os “clusters” e a reforma da Administração Pública na Cooperação Internacional Portuguesa para o Desenvolvimento*. Disponível em <http://pascal.iseg.utl.pt/~cesa/files/Doc_trabalho/73.pdf>. [Consultado em 16 de 05 de 2001].


Silva, A. (s.d.). *A cooperação para o desenvolvimento portuguesa: uma análise de saúde na (e da) relação com os PALOP*. Disponível em <http://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18107/1/TESEFinal_.pdf>. [Consultado em 6 de 02 de 2012].

Torres, A. e Ferreira, M. (s.d.). *A Comunidade dos Países de Língua Portuguesa - no contexto da globalização: problemas e perspectivas*. Disponível em <<http://www.adelinotorres.com/trabalhos/cplp.pdf>> . [Consultado em 13 de 06 de 2011].


UNICEF (s.d.). *Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénium*. Disponível em <http://www.unicef.pt/docs/os_objectivos_de_desenvolvimento_do_milenio.pdf>. [Consultado em 13/06/2011].

ANEXOS

Anexo I. Ficha para Medicação










CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
CENTRAL, L.P.




CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

Nome: 😊 😊 😊 _____

Medicamento/Dosagem Medicine / Dosage Médicament/Dosage Remedi 	 Jejum Fasting Jeûne Jejum	 Pequeno Almoço Breakfast Petit déjeuner Quebra jejum	 Almoço Lunch Déjeuner Almoço	 Lanche Snack Goûter Lanche	 Jantar Dinner Dîner Djanta	 Deitar To lay down Choucher Ditá
Enalapril comp. 5 mg		●			●	
Furozímida comp. 40 mg	⊖			⊖		
AAS comp. 150 mg		●	⊖		⊖	
Digoxina comp. 0,125 mg			⊕			
Espironolactona cf. 25 mg						

Nota/Note/Note: _____



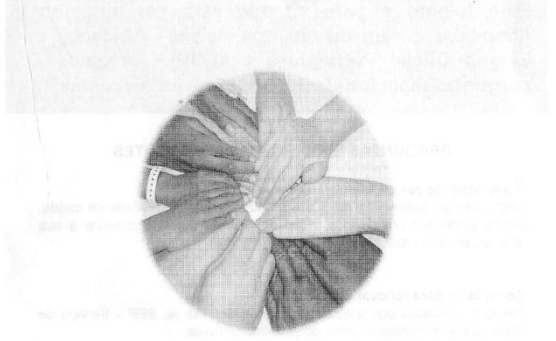
Próxima observação/Next observation/Prochain observation: Serviço de Cardiologia Pediátrica (S.C.P.) Data: / /
 Consulta de Cardiologia Pediátrica Data: 12/11/11

S.C.P. - Telefone/Telephone/Téléphone: **213594331**

Folha preenchida por (assinatura):
 X 10/10/11
 (Nome e nº da Ordem) (Data)

Anexo II. Ficha de Acolhimento Social

Anexo III – Folheto Informativo em Português



Os meus direitos na Saúde em Portugal

Informação para Estrangeiros de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

**Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E.
Hospital de Dona Estefânia
Serviço Social
Consulta de Cooperação Internacional**

Revisão: Maio 2009

Este folheto é para si, que está em tratamento hospitalar e vem de um dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Juntámos as perguntas mais frequentes e damos as respostas

PERGUNTAS E RESPOSTAS FREQUENTES

O seu visto de estada temporária serve para?
Destina-se ao tratamento médico em estabelecimentos oficiais de saúde, sendo válido por um período inicial de 3 meses, sendo possível a sua renovação caso a sua situação clínica o justifique.

Como fazer para renovar o seu visto?
Efectuar marcação por telefone ou ir directamente ao SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras antes do seu visto terminar.

Quais os documentos necessários?

- Impresso próprio, assinado pelo requerente no caso de menor ou incapaz, assinado pelo respectivo representante legal (é adquirido e preenchido no SEF);
- Passaporte ou outro documento de viagem válido reconhecido;
- Comprovativo dos meios de subsistência (passado pela embaixada);
- Cartão Consular (passado pela Embaixada);
- Certificado do Registo Criminal, sempre que a estada requerida seja superior a 90 dias e com idade superior a 16 anos (Solicitar na Loja do Cidadão);
- Duas fotografias iguais, tipo passe, a cores e fundo liso, actualizadas e com boas condições de identificação;
- Comprovativo de que o requerente continua em tratamento médico e tem assegurado o internamento, o tratamento ambulatório ou se encontra inscrito em lista de espera ou no sistema integrado de gestão para cirurgia. (Solicitar com 15 dias de antecedência ao seu médico assistente)

Nota: Entregar no SEF os originais e respectivas cópias de todos os documentos ficando com uma cópia para si.

Proteja a sua saúde fazendo uma alimentação saudável

Se está em Portugal ao Abrigo do Acordo de Cooperação saiba quais são os seus direitos e deveres.

Ao Abrigo do Protocolo quais os meus direitos e deveres?
A Portugal compete garantir-lhe:
Assistência médica hospitalar (internamento e consultas);
Meios complementares de diagnóstico e terapêutica quando realizados em estabelecimentos oficiais (exames necessários face à situação clínica);
Transporte em ambulância do hospital ao aeroporto, para regresso ao seu País.

Ao País Africano (sua Embaixada ou consulado) compete garantir-lhe:
Transporte de vinda e de regresso ao seu País;
Deslocação do aeroporto ao local de destino;
Alojamento a doentes não internados ou em consulta;
Medicamentos, produtos farmacêuticos e Próteses prescritos em ambulatório;
Funeral ou repatriamento do corpo em caso de morte.

Acesso à Saúde
De acordo com a Constituição Portuguesa todos os cidadãos mesmo estrangeiros têm o direito de serem assistidos num Centro de Saúde ou Hospital, independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais, para a prestação de cuidados globais de saúde, necessitando para tal de um Cartão de Utente. (Despacho do Ministério da Saúde n.º 25 360/2001)

Quais os documentos necessários para obter o Cartão de Utente e onde?
Pode pedir o cartão no Centro de Saúde da área de residência ou na Loja do Cidadão.
Precisa de Atestado de Residência (emitido pela Junta de Freguesia, desde que se encontre em Portugal à mais de 90 dias) e o respectivo documento de Identificação (Passaporte).

Que Serviços tenho que pagar?
Crianças menores de 12 anos de idade e pessoas com doenças crónicas legalmente definidas estão isentas do pagamento de taxas moderadoras, a todos os outros poderão ser cobradas as despesas efectuadas no SNS - Serviço Nacional de Saúde.

Proteja a sua saúde e a dos seus filhos, NÃO FUME!

Pode Pedir ajuda...

Hospital de Dona Estefânia
Rua Jacinta Marto 1169-045 Lisboa
Tel. Geral: 213126600

Hospital de Santa Marta
Rua de Santa Marta 1169-024 Lisboa
Tel. Geral: 213594000

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF)
Rua Conselheiro José Silvestre de Ribeiro,
n.º 4, 1649-007. Lisboa
Tel. Geral: 217115000 / 808962690

Organização Internacional para as Migrações (OIM)
Rua José Estevão n.º 137, 8º, 1150-201 Lisboa
Tel. 213242940

Emergência Médica Tel. 112	Emergência Social Tel. 144
Linha Saúde 24 Tel. 808242424	

Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, IP (ACIDI)
Rua Álvaro Coutinho n.º14, 1150-025 Lisboa.
Tel. 218106173

Centro Nacional de Apoio ao Imigrante de Lisboa (CNAI)
Rua Álvaro Coutinho n.º14, 1150-025 Lisboa.
Tel. 218106100

Linha SOS Imigrante
Tel. 808257257 / 218106191

Centro Hospitalar de Lisboa Central
Hospital Dona Estefânia
Rua Jacinta Marto 1169-045 Lisboa
Telef: 21 3126600 S. Social: 213126678/81
Fax: 21 312 66 85
E-mail: ssocial@hdestefania.min-saudo.pt

Elaborado por:
Idalina Cabrita
Inês Espírito Santo
Luís Fredenico

Maio 2009

Anexo IV. Folheto Informativo em Crioulo

Nha Direitos na saudi na Portugal

Informação para estrangeiros de países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E.
Hospital de Dona Estefânia
Serviço Social
Consulta de Cooperação Internacional
Revisão: Agosto 2009

É Folhote i ba bo, que sta na tratamento qui bim de um dos países africano de língua mais frequente nona da resposta

PERGUNTAS QUE RESPOSTAS

Pa qué qui servi bu visto temporário?

I destina pa tratamento médico no estabelecimento oficial di saúde i tene validadi pa período di 3 mis i possível si renovação caso bu situação clínica intindi.

Como que bu pudi renova u visto?

Façi marcação (pessoalmente ou pa telefone) junto di sef antis di bu visto acaba.

Que tipo di documentação precisa?

- Impresso próprio, assinado pa bô na caso di menor ou incapaz, assinado pa respectivo representante legal (Pa Preenchi na SEF);
- Passaporte ou utru documento de viagem válido reconhecido;
- Comprovativo de cumo bu ta vivi na Portugal (embaixada que na passam el);
- Cartão de consular (embaixada que na passam el);
- Certificado de Registo Criminal, sempre que bu pedil visto superior a 90 dias i que idade superior a 16 anos (pedil na loja di cidadão);
- Dus fotografia qui pareci colorido que tene bons condições de reconhecí;
- Comprovativo que doente continua tratamento medico i que tene assegurado internamento ou incontra na lista de espera ou sta integrado pa cirurgia (operação) pa pedi 15 dias anis bu médico qui assistiu).

Nota: Pa entrega na SEF originais e tudu cópias di documentos.

Protegi bu saudi i bu faci alimentação saudável

Si bu sta na Portugal na Abrigo de Acordo de Cooperação Sibi cal bu diritu e bu dever.

Cal qui nha diritus e nha deveres?

Deveres di Portugal:
Assistência médica hospitalar (internamento e assistência);
Tratamento na ambulância di hospital até aeroporto para riba bu país di origem.

Deveres di país africano:
Transporte di bim i dipus riba bu país di origem;
Bu destocação du aeroporto pa bu local de destino;
Casa pa doenti não internado fica;
Medicamentos, produtos di farmácia prescrito na hospital e próteses;
Funeral ou ribanta curpu caso doenti murri.

Acesso á Saúdi

Di acordo com constituição portuguesa tudu cidadãos mesmo estrangeiro tene diritu de assistil na centro di saudi ou hospitalindependentemente di di si situação económica, social e cultural, pa apresentação di cuidados di saudi, necessita di um cartão di utente. (Dispacho di ministério di saudi 25360/2001)

Nundé quim pudi cartão di utenti?
I pudi atchado na centro di saudi di bu área que cu bu mora ou na loja di cidadão.

Que tipo di documento cu precisa?
Atestado de residência (emitido pa bu junta di freguesia desdi qui bu sa na Portugal há mais di 90 dias) cu bu documento di identificação (Passaporte)

Qui serviço que ntém qui paga?
Meninos até 12 anos di idade e pessoas que tene doença crônica legalmente comprovada é ca ta paga taxa moderadora, tudo outros e pudi cobra eles despesas qué façi na serviço nacional di saúde.

Protegi bu saudi i bu fidjus ca bu fuma!

Bu pudi pidi ajuda...

Hospital de Dona Estefânia
Rua Jacinta Marto 1169-045 Lisboa
Tel. Geral: 213126600

Hospital de Santa Marta
Rua de Santa Marta 1169-024 Lisboa
Tel. Geral: 213594000

Serviço de Estrangeiros e Fronteiros (SEF)
Rua Conselheiro José Silvestre de Ribeiro,
n.º 4, 1649-007, Lisboa
Tel. Geral: 217115000 / 808962690

Organização Internacional para as Migrações (OIM)
Rua José Estevão n.º 137, 8º, 1150-201 Lisboa
Tel. 213242940

Emergência Médica **Emergência Social**
Tel. 112 Tel.144

Linha Saúde 24
Tel. 808242424

Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, IP (ACIDI)
Rua Álvaro Coutinho n.º14, 1150-025 Lisboa.
Tel. 218106173

Centro Nacional de Apoio ao Imigrante de Lisboa (CNAI)
Rua Álvaro Coutinho n.º14, 1150-025 Lisboa.
Tel. 218106100

Linha SOS Imigrante
Tel. 808257257 /218106191

Centro Hospitalar de Lisboa Central
Hospital Dona Estefânia
Rua Jacinta Marto 1169-045 Lisboa
Telef: 21 3126600 S. Social: 213126678/81
Fax: 21 312 66 85
E-mail: ssocial@hdestefania.min-saude.pt

Elaborado por:
Ídalina Cabrita;
Inês Espírito Santo;
Luís Frederico

Maio 2009

Anexo V. Inquérito às Embaixadas

1. Quais os critérios de selecção de doentes a evacuar?
2. Quais são os procedimentos de evacuação?
3. Tempo de espera médio entre a realização da junta médica e a evacuação do doente?
4. Quantos apoiam? Como apoiam? / Porque não apoiam?
5. Como monitorizam os processos?
6. Têm algum tipo de articulação com o PADE? Se Sim como funciona, se não, porque não existe articulação com o PADE?
7. Têm algum tipo de cooperação com ONGS ou associações de apoio aos imigrantes? Quais? Como?
8. Quais os principais problemas que se apresentam? E como pensam solucioná-los.
9. Os acordos de cooperação fazem sentido nos dias de hoje?
10. Evacuam doentes para Portugal fora dos acordos de cooperação? Se sim, quantos (média ano) e porquê?
11. Têm acordos deste tipo com outros países? Se sim, como funcionam?

Anexo VI. Inquérito às Instituições em Portugal

1. De que forma se efectua o inicio do processo de acolhimento?
2. Quantos apoiam? Como apoiam?
3. Como monitorizam os processos?
4. Taxa de doentes que desistem dos tratamentos é elevada? Que factores contribuem para isso?
5. O Acompanhamento por parte das embaixadas é adequado?
6. Têm algum tipo de articulação com o PADE? Se Sim como funciona, se não, porque não existe articulação com o PADE?
7. Têm algum tipo de cooperação com outras ONGS ou associações de apoio aos imigrantes? Quais? Como?
8. Têm algum tipo de cooperação com algum outro organismo estatal? Quais? Como funciona?
9. São efectuadas avaliações à vossa instituição por parte de entidades estatais? Se sim que tipo de avaliação é efectuada e por quem?
10. Quais os principais problemas que se apresentam? E como pensam solucioná-los.
11. Os acordos de cooperação fazem sentido nos dias de hoje?

Anexo VII. Inquérito aos Hospitais

1. Quais os critérios de selecção de doentes a evacuar?
2. Tempo de espera médio entre a realização da junta médica e a evacuação do doente?
3. Tempo de espera médio entre a realização da 1ª consulta em Portugal e a cirurgia/e ou início dos tratamentos?
4. Quantos doentes estão a ser assistidos aqui? Quais as patologias mais comuns?
5. Existem muitos diagnósticos errados? Quais os erros mais comuns? Qual pensa ser a origem do erro?
6. Taxa de doentes que desistem dos tratamentos é elevada? Que factores contribuem para isso?
7. Taxa de óbitos é elevada? Que factores contribuem para isso?
8. O Acompanhamento por parte das embaixadas/famílias de acolhimento/outros é o adequado?
9. Detectam muitas situações sociais de risco?
10. Têm algum tipo de articulação com o PADE? Se Sim como funciona, se não, porque não existe articulação com o PADE?
11. Têm algum tipo de cooperação com ONGS ou associações de apoio aos imigrantes? Quais? Como funciona?
12. Têm algum tipo de cooperação com algum outro organismo estatal? Quais? Como funciona?
13. Quais os principais problemas que se apresentam? E como pensam solucioná-los.
14. Os acordos de cooperação fazem sentido nos dias de hoje?
15. Por exemplo no caso de doentes que precisam fazer hemodiálise não seria mais humano e financeiramente viável criarem condições no país de origem para poderem ser tratados lá?

Anexo VIII. Inquérito aos Assistentes Sociais

1. Quando e em que situações são chamados a intervir?
2. Que procedimentos executam?
3. Como monitorizam os processos?
4. Taxa de doentes que desistem dos tratamentos é elevada? Que factores contribuem para isso?
5. O Acompanhamento por parte das embaixadas/famílias de acolhimento é adequado?
6. Fazem alguma avaliação às casas e às famílias de acolhimento? Se sim que tipo de avaliação é efectuada?
7. Têm algum tipo de articulação com o PADE? Se Sim como funciona, se não, porque não existe articulação com o PADE?
8. Têm algum tipo de cooperação com ONGS ou associações de apoio aos imigrantes? Quais? Como?
9. Têm algum tipo de cooperação com algum outro organismo estatal? Quais? Como funciona?
10. Quais os principais problemas que se apresentam? E como pensam solucioná-los.
11. Os acordos de cooperação fazem sentido nos dias de hoje?