

A Evacuação de Doentes de Cabo Verde: Estudo de Caso
Associação Girassol Solidário

Edna Sofia Sanches Correia Varela

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Estudos de Desenvolvimento, Diversidades Locais e Desafios Mundiais

Orientadora:

Doutora Clara Carvalho, Professora Auxiliar,

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2018

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço a Deus, pela força, pela coragem e pela sapiência ao longo de todo o meu percurso acadêmico.

Gostaria de agradecer à minha orientadora, a Professora Clara Carvalho por todos os ensinamentos, pela paciência, pelo incentivo e por todo o apoio dado durante a realização deste trabalho.

Agradeço aos meus pais por todo o apoio e carinho ao longo de toda a minha vida especialmente à minha mãe por sempre me dar força e nunca me deixar desistir.

Aos meus avós que mesmo longe, sempre me fizeram acreditar e nunca deixaram de me apoiar.

Ao meu irmão por sempre me fazer rir, e por me fazer acreditar sempre em mim.

A todos os meus familiares e a todos os amigos.

Um agradecimento e uma palavra de carinho à Carla e à Sandra por todo o apoio, pela motivação, pelo incentivo, pela amizade, pelo carinho e por todos os ensinamentos.

Um agradecimento especial ao Jocelino por acreditar em mim, pela força, pelo carinho, pela amizade, pelo incentivo, pelo companheirismo, pelo apoio e por não me deixar desistir.

O meu agradecimento ao Peter Mendes por me ter aberto as portas da Girassol Solidário, pelo apoio e pela disponibilidade e também a Teresa de Noronha pela disponibilidade.

O meu agradecimento a todas as colegas de mestrado, aos professores e aos funcionários da biblioteca por toda a ajuda disponibilizada. À Adja e à Raquel por todos os momentos.

A minha gratidão aos evacuados que prontamente se disponibilizaram para conversar comigo, peço a Deus que lhes conceda rápidas melhoras.

Resumo

A presente investigação consiste num estudo empírico sobre a temática da evacuação dos doentes de Cabo Verde para tratamento médico em Portugal. Estes pacientes são evacuados no âmbito do Acordo de Cooperação celebrado entre Cabo Verde e Portugal na área da saúde em 1976. A dissertação tem por objetivo identificar e analisar o percurso seguido pelos doentes em Portugal, e o papel das associações de solidariedade neste processo.

Para a concretização da mesma realizou-se um trabalho teórico baseado em conceitos fundamentais à sua compreensão, tais como o conceito de Desenvolvimento, de Direitos Humanos que tem a saúde como uma das suas dimensões principais, a Cooperação Internacional, a história da Saúde Pública em Cabo Verde e a problemática da Evacuação de Doentes. O Estudo de Caso foi desenvolvido na Associação Girassol Solidário, uma instituição de solidariedade fundada, em 2007, reconhecida em 2012 pelo ACM que apoia doentes evacuados cabo-verdianos em Portugal. O estudo baseou-se numa análise qualitativa e exploratória em que se privilegiou a entrevista como fonte de recolha de dados.

Palavras-Chave – Desenvolvimento, Cooperação para o Desenvolvimento, Evacuação, Saúde Pública

JEL Classification System: L31; J16

Abstract

The present research consists on an empirical study on the evacuation of patients from Cabo Verde to receive medical treatment in Portugal. These patients are evacuated under the Cooperation Agreement between Cabo Verde and Portugal in the area of health signed in 1976. The purpose of this dissertation is to identify and analyze the course taken by patients in Portugal and the role of solidarity associations in this process.

In order to achieve this, a theoretical approach to the main concepts fundamental to its understanding was privileged. These are the concepts of Development, of Human Rights that has health as one of its main dimensions, of International Cooperation, and the history of Public Health in Cape Verde and the problem of Patient Evacuation. The Case Study was developed at the Girassol Solidário Association, a solidarity institution founded in 2007, recognized in 2012 by the ACM, that supports evacuated Cape Verde patients in Portugal. The study was based on a qualitative and exploratory analysis in which the interview was privileged as a source of data collection.

Keywords: Development, Cooperation for Development, Evacuation, Public Health

JEL Classification System: L31; J16

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	iv
Índice	v
Índice de quadros	vii
Índice de Figuras	viii
Glossário de Siglas	ix
Introdução	1
Metodologia	4
Organização da dissertação	6
Capítulo I- Cooperação Internacional para o desenvolvimento	7
1.1- Conceito de Desenvolvimento	7
1.1.1- Críticas ao conceito de Desenvolvimento	12
1.1.2- As Alternativas ao Conceito de Desenvolvimento de Base Economicista	13
1.1.3- Um Olhar Sobre a Fileira dos Direitos Humanos	16
1.2- Cooperação Internacional para o Desenvolvimento	18
1.2.1- As Modalidades da Cooperação Internacional	25
1.2.2- A Cooperação Portuguesa	26
1.2.3- A Cooperação Portuguesa em Saúde	29
1.2.4- A Cooperação Portugal-Cabo Verde	30
Capítulo II- Saúde e Saúde Pública	33
2.1- A Saúde	33
2.2- A Saúde Pública	35
2.3- Desigualdades no Acesso ao Setor da Saúde	39
2.4- O Processo da Evacuação de Doentes	40

Capítulo III- Cabo Verde.....	42
3.1- Enquadramento Histórico e Geográfico	42
3.2- Caracterização Geral do Estado de Cabo Verde	42
3.3- A Situação da Saúde.....	44
3.4- A Construção do Sistema Nacional de Saúde em Cabo Verde.....	46
Capítulo IV- A Evacuação de Doentes de Cabo Verde	51
4.1- O Acordo de Cooperação em Saúde Cabo Verde-Portugal.....	51
4.1.1- Direitos e Deveres dos países	52
4.1.2- Direitos e Obrigações do Doente	53
4.1.3- Entidades Envolvidas no Processo de Evacuação de Doentes	53
4.1.4- Tipos de Evacuação	55
4.2-A Associação Girassol Solidário.....	56
4.2.1- O Projeto “Nós Apoia”.....	58
4.2.2- Resultados do Projeto “Nós Apoia”.....	60
4.3- Análise dos dados.....	61
4.4- A importância e o papel da Associação Girassol Solidário na vida dos doentes.	66
5- Notas Finais	71
6- Referências Bibliográficas	75
7- Anexos	84

Índice de quadros

Quadro- 1- Os Dez Princípios de Bandung (1955) Fonte: (Pino, 2014).....	21
Quadro- 2 - Os Objetivos do Desenvolvimento do Milénio (ODS) Fonte: PNUD, 2000.	23
Quadro- 3 - Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável Fonte: PNUD, 2015.....	25
Quadro- 4 - Distribuição Setorial (Saúde) da APD Bilateral Líquida aos PALOP e TL, 2012-2016 Fonte: Camões I.P	30
Quadro- 5 - Distribuição Setorial (Infraestruturas e Serviços Sociais) da APD Bilateral Líquida a Cabo Verde (2012-2016). Fonte: Camões I.P, 2018.	32

Índice de Figuras

Figura - 1 – As Dimensões do Desenvolvimento Humano Fonte: PNUD,2015.	18
Figura - 2- Total da APD Bilateral a Cabo Verde (2009-2017) (M€) Fonte: Camões I.P., 2018.....	32
Figura - 3- Localização Geográfica de Cabo Verde Fonte: Nations Online	42

Glossário de Siglas

AEO- African Economic Outlook

AGS- Associação Girassol Solidário

APD- Ajuda Pública ao Desenvolvimento

BAD- Banco Africano de Desenvolvimento

BCA- Banco Comercial Atlântico

BCV- Banco de Cabo Verde

CV- Cabo Verde

DAA- Declaração de Alma-Ata

DGS- Direção Geral da Saúde

DGSS- Direção Geral da Solidariedade Social

EMBCV- Embaixada de Cabo Verde

IC- Instituto Camões da Cooperação e da Língua

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

INE- Instituto Nacional de Estatística

INPS- Instituto Nacional da Previdência Social

IPAD- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

MS- Ministério da Saúde

OGE- Orçamento Geral de Estado

PALOP- Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PNS- Plano Nacional de Saúde

PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SDE- Serviço de Doentes Evacuados

SEF- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SNS- Sistema Nacional de Saúde

Introdução

Esta dissertação de mestrado foi realizada no âmbito do Mestrado em Estudos de Desenvolvimento, especialização em Diversidades Locais e Desafios Globais. O tema incide sobre o Acordo de Cooperação em Saúde que permite a Cabo Verde evacuar doentes para tratamento médico em Portugal.

O conceito de desenvolvimento tem sido remodelado ao longo das décadas. Para além do crescimento económico, têm surgido novas preocupações e novas dimensões como os Direitos Humanos, sendo que a saúde constitui um dos pilares fundamentais dos direitos do Homem. Atualmente, o conceito de desenvolvimento possui várias “fileiras”, entre as quais o Desenvolvimento Humano que enfatiza a promoção dos Direitos Humanos através da satisfação das necessidades básicas como a liberdade, a saúde e a educação, a questão da igualdade de género e a preservação dos recursos tendo em vista as gerações futuras.

A saúde e o bem-estar das populações são dos principais Direitos do Homem, e têm sido uma preocupação a nível mundial, facto esse evidenciado nas grandes cimeiras mundiais e nas agendas criadas a nível internacional visando atenuar as desigualdades e diminuir o fosso existente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento nomeadamente os Objetivos do Milénio e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Em Cabo Verde, tal como na maioria dos países em desenvolvimento, apesar dos investimentos feitos na área da saúde nos últimos anos, existem inúmeros problemas estruturais e várias carências internas como a falta de recursos humanos especializados, falta de equipamento e de infraestruturas. O país, em muitos casos, vê-se obrigado a evacuar os seus cidadãos para serem tratados no estrangeiro, de forma a conseguir dar resposta e tratamento para certas patologias.

Esta investigação tem como objetivo identificar e analisar o percurso seguido pelos doentes cabo-verdianos em tratamento em Portugal e verificar de que apoios beneficiam estes pacientes evacuados no âmbito do Acordo de Cooperação celebrado entre Cabo Verde e Portugal na área da saúde em 1976. A análise passa pela identificação dos problemas que enfrentam em Portugal verificando se existe um acompanhamento da embaixada, se é atribuído algum subsídio que garanta a sua subsistência em Portugal

entre outros. O objetivo da investigação passa, também, por identificar e analisar as associações de solidariedade que apoiam estes pacientes.

Tendo em conta o objetivo desta investigação, foi considerada a seguinte questão de partida: *Quais os problemas principais enfrentados pelos doentes evacuados durante o tratamento médico em Portugal? E qual papel e a importância das associações de solidariedade?*

A escolha e o interesse pelo tema prendem-se, por um lado, e em termos pessoais, com o facto de ter convivido e ter tido contacto com pessoas que por motivo de doença eram evacuadas para Portugal, tanto em Cabo Verde onde passei a infância como, posteriormente, em Portugal. Por outro lado, o fecho da Pensão Madeira em Lisboa, em 2017, que anteriormente recebia doentes evacuados, pôs em evidência muitas fragilidades daqueles que se encontram fora do país a receber tratamento médico e relembrou-me a pertinência desta realidade.

Além do interesse pessoal pelo tema em estudo, esta investigação pretende ter uma pertinência social, política e científica. A nível social sabe-se que esta área constitui uma das maiores preocupações internacionais, pois existe um grande fosso no acesso à saúde entre os países mais desenvolvidos e menos desenvolvidos. Nos países mais ricos a preocupação têm sido o combate às “novas” doenças como o cancro, ou ainda as patologias crónicas como a obesidade ou hipertensão. Nos países menos desenvolvidos trava-se a batalha para erradicar a malária, combater o VIH-SIDA e as doenças infecciosas. Estes países também enfrentam carências de várias ordens e dificuldades, entre as quais o acesso aos medicamentos, a falta de infraestruturas e equipamentos, ou ainda, a inexistência de muitos tratamentos especializados. Muitos países em desenvolvimento, como Cabo Verde, têm de evacuar os doentes para países terceiros, nomeadamente Portugal, de modo a que os seus cidadãos possam ter acesso aos tratamentos médicos inexistentes nos países de origem.

Apesar dos acordos para a evacuação de doentes, no setor da saúde, terem sido assinados entre os PALOP e Portugal, após as independências, a problemática da evacuação de doentes tem sido debatida e discutida, tanto no campo político, como no campo científico. Com esta dissertação pretende-se procurar entender e identificar os principais problemas, dificuldades e privações por que passam os doentes que são evacuados, essencialmente de Cabo Verde, que vêm ao abrigo dos acordos assinados no

setor da saúde. Com isso, pretendo chamar a atenção da classe política e científica, da própria sociedade civil e das organizações de desenvolvimento social para esta problemática.

A pertinência política desta investigação tem em linha de conta os acordos bilaterais no domínio da Saúde entre os PALOP e Portugal, assinados após a independência dos países. No caso particular de Cabo Verde o acordo foi assinado em março de 1976 prevendo a evacuação de um máximo de 15 doentes por mês para serem tratados em Portugal. Este acordo foi retificado em novembro de 1979 e, atualmente, prevê a evacuação de um máximo de 25 doentes por mês para Portugal o que equivale a uma cota anual de 300 doentes provenientes de Cabo Verde.

Os acordos assinados no ramo da saúde são uma forma dos PALOP darem resposta às carências existentes no SNS e desse modo possibilitarem o acesso ao tratamento médico aos cidadãos. Apesar dos acordos explicitarem, de forma clara, os direitos e os deveres de cada país, existem muitas cláusulas que não são respeitadas, muitas brechas e muitas lacunas que refletem e se transformam em obstáculos e dificuldades para os doentes, sobretudo quando se encontram em território português. Esta dissertação pretende identificar, além das dificuldades dos doentes, as lacunas existentes no processo dos acordos assinados entre os países. Assim, propomos chamar a atenção da classe política para a necessidade de serem revistos os acordos e para as dificuldades dos doentes durante o processo e, principalmente, aquando da sua chegada a Portugal, colocando muitas vezes em causa o sucesso do próprio tratamento.

Em termos científicos, a saúde é fundamental para o desenvolvimento de um país, no sentido que uma população saudável se torna produtiva e capaz de alavancar outros setores como a economia. Apesar da importância da saúde para as sociedades muitos países não têm capacidade de resposta para cuidar dos seus cidadãos, por isso são obrigados a recorrer a países terceiros para dar essa resposta através de evacuação de doentes. É inquestionável a importância da evacuação de doentes no sentido que esta permite salvar vidas. Todavia, a problemática da evacuação de doentes tem sido pouco debatida pela classe política e pouco estudada pela academia existindo, por essa razão, ainda pouca bibliografia sobre tema. Desse modo, a dissertação pretende incentivar e despoletar o interesse da comunidade científica, da academia e dos investigadores para a necessidade de se estudar e pesquisar mais sobre esta problemática.

Metodologia

Para a realização desta investigação sobre a Evacuação de Doentes de Cabo Verde para Portugal, e para responder à pergunta de partida, foram combinados uma pesquisa documental e um estudo de caso, valorizando os métodos qualitativos. A pesquisa documental procurou enquadrar a problemática dos doentes evacuados no contexto da Ajuda Pública ao Desenvolvimento e dos acordos firmados entre Cabo Verde e Portugal. Para este efeito, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre a evolução do conceito de desenvolvimento. De seguida, abordei a questão da evacuação de doentes no âmbito mais geral da Saúde Pública. Por fim, procurei caracterizar o sistema de saúde em Cabo Verde e entender as razões que conduzem à dependência do programa de evacuação de doentes.

A investigação de terreno consistiu de um estudo de caso realizado com doentes evacuados seguidos pela Associação Girassol Solidário (AGS). O estudo de caso é uma metodologia de investigação que se foca num caso específico e é “indicado para investigadores particulares, dado que proporciona uma oportunidade para estudar, de uma forma mais ou menos aprofundada, um determinado aspeto de um problema em pouco tempo (...)” (Bell, 1997:23) a autora defende que é muito mais do que uma mera descrição de factos ou acontecimentos, que tal como todas as outras metodologias de investigação exige, planeamento rigoroso e bem fundamentado. Neste estudo em particular, causa trata-se de uma análise qualitativa que enfoca a evacuação de doentes de Cabo Verde para tratamentos médicos em Portugal, com especial ênfase na Associação Girassol Solidário, pioneira em acolher cidadãos cabo-verdianos em Portugal, analisando qual a sua importância na vida deste grupo, os seus problemas, os seus desafios entre outros.

O Estudo de Caso centrou-se nas atividades e nos beneficiários da Associação Girassol Solidário, uma entidade que apoia doentes oriundos de Cabo Verde, que se encontram em tratamento médico em Portugal. Posteriormente procedeu-se à realização do trabalho de campo, após o contacto telefónico e através do e-mail com os responsáveis pela Associação. Procurou-se conhecer a história da associação e os trabalhos já realizados pela mesma através de conversas informais com o presidente da Associação e da análise dos documentos facultados pela Girassol Solidário.

Para a concretização do estudo recorreu-se a recolha de informação qualitativa baseada em entrevistas e observação não-participante, complementada pela análise dos documentos cedidos pela Associação. Foram realizadas entrevistas com dois informantes privilegiados, a fundadora e antiga Presidente da Associação, Teresa de Noronha, e Peter Mendes, o atual Presidente da Associação. Para compreender qual a situação dos doentes e quais os problemas que estes enfrentam em Portugal e o papel da Associação nas suas vidas, foram realizadas entrevistas a 8 utentes e a uma acompanhante que se encontram alojadas numa pensão, apoiada e seguida pela Girassol Solidário. Para complementar estas entrevistas procedeu-se ao contacto, por e-mail com a Embaixada de CV em Lisboa para uma entrevista, do qual não se obteve resposta.

As entrevistas aos dirigentes da Girassol Solidário serviram para compreender o motivo da criação da Associação, qual a sua função e o seu papel na vida dos doentes evacuados que se encontram em tratamento em Portugal. Posteriormente, para analisar o percurso dos doentes evacuados, compreender, perceber e identificar as suas dificuldades e os seus principais problemas foram entrevistadas 9 pessoas que vivem numa Pensão de Lisboa e todas são apoiadas pela AGS. Trata-se de uma amostra orientada aplicada às pessoas que estavam disponíveis para realizar uma entrevista. No total foram feitas 11 entrevistas, 8 das quais com os doentes evacuados e 1 acompanhante de criança menor de idade. As entrevistas abrangeram 3 pessoas do sexo masculino e 6 do sexo feminino com idades compreendidas entre os 33 e os 69 anos. A amostra de 9 pessoas deveu-se ao facto das respostas às perguntas serem idênticas. As entrevistas realizadas com os doentes tiveram lugar numa pensão de Lisboa, e decorreram ao longo do mês de agosto de 2018. Muitas pessoas que vivem na pensão demonstraram interesse em participar, contudo não se sentiam à vontade para gravar a entrevista optando por conversas informais cujo conteúdo veio reforçar muitas vezes os sentimentos referidos pelos doentes que gravaram a entrevista. De referir que todas as entrevistas foram feitas em Crioulo, língua de comunicação e na qual todos se expressam melhor e posteriormente traduzidas e transcritas em português.

Uma das dificuldades encontradas para a concretização deste estudo foi o facto de a AGS ser uma associação que, apesar dos feitos já realizados, é recente e possui um histórico de projetos limitado. A Associação foi reconhecida em 2012 pela ACM e só a partir dessa data foi possível obter financiamento para os projetos. Outra dificuldade

encontrada no decurso do estudo foi o facto de muitas pessoas não se sentirem à vontade para gravar as entrevistas.

Organização da dissertação

Esta dissertação está organizada em quatro capítulos. O primeiro debruça-se sobre Cooperação Internacional para o Desenvolvimento. Aborda o tema do desenvolvimento aprofundando a história do conceito, as suas críticas, o surgimento de novas noções de desenvolvimento provenientes dos países do sul global em oposição ao conceito eurocêntrico e por isso debruça-se sobre a fileira do desenvolvimento humano como uma questão central para o desenvolvimento de uma sociedade onde os mínimos sociais como a saúde e a educação devem ser garantidos. Este capítulo faz uma abordagem histórica à cooperação para o desenvolvimento, apresenta as suas modalidades e as respetivas definições. Este capítulo também enfoca a cooperação portuguesa para o desenvolvimento, aborda a cooperação portuguesa em saúde e finalmente aborda a cooperação entre Portugal e Cabo Verde.

O segundo capítulo centra-se no tema da saúde enquanto um direito fundamental do Homem e condição essencial para o desenvolvimento. Neste capítulo também se aborda a questão da saúde pública como uma das grandes prioridades de organizações como a OMS, aborda-se a Declaração de Alma-Ata e apresentam-se algumas críticas à saúde pública, as desigualdades no setor da saúde e finalmente aborda-se a questão da evacuação de doentes.

O terceiro capítulo centra-se em Cabo Verde, sendo feita uma caracterização geral do país e uma caracterização da saúde pública no arquipélago. Por fim aborda-se a construção do sistema nacional de saúde no país através da resenha histórica da sua construção, apresentar as suas dificuldades bem como os desafios para o futuro.

O quarto capítulo debruça-se sobre a evacuação de doentes de Cabo Verde, referindo o Acordo de Cooperação em Saúde assinado em 1976 entre Cabo Verde e Portugal, apresentam-se os direitos e os deveres dos doentes, as entidades envolvidas no processo tanto em Cabo Verde como em Portugal. Neste capítulo é apresentado o estudo de caso, centrado na Associação Girassol Solidário, descrevendo-se a história da associação, e apresentando-se os seus principais projetos. Por fim é feita a análise dos dados obtidos no estudo de caso que são relacionados com todos os elementos recolhidos durante a elaboração desta investigação.

Capítulo I- Cooperação Internacional para o desenvolvimento

1.1- Conceito de Desenvolvimento

A palavra desenvolvimento é transversal a diversas áreas de conhecimento, nomeadamente a economia, e tem sido aplicado de forma sistemática tendo em conta o seu objeto de estudo. Nas Ciências Sociais o conceito tem sofrido críticas e modificações ao longo das várias décadas. O que é o Desenvolvimento?

Gilbert Rist (2001) propôs que o conceito de Desenvolvimento fosse definido como “le «développement» est constitué d’un ensemble de pratiques parfois contradictoires en apparence qui, pour assurer la reproduction sociale obligent à transformer et à détruire, de façon généralisée, le milieu naturel et les rapports sociaux en vue d’une production croissante des marchandises (biens et services) destinées, a travers l’échange, à la demande solvable” (Rist, 2001: 26-34).

O conceito de Desenvolvimento, até à sua afirmação após a Segunda Guerra Mundial, foi influenciado por um conjunto de acontecimentos históricos (europeus) que ganhou ímpeto com a Revolução Industrial no século XIX. Todavia, o caminho para o progresso da Europa já vinha a ser construído desde o século XV com o período da expansão marítima iniciada por Portugal.

A noção de Desenvolvimento afirmou-se no período pós Segunda Guerra Mundial até aos anos 70, altura em que foi posta em causa. Em 1945, pouco antes do fim da Segunda Guerra Mundial, realizou-se a conferência de Ialta na península da Crimeia. Neste encontro foi aprovada a Carta das Nações Unidas (concretizadas na conferência de São Francisco no mesmo ano), tendo a vista a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), a qual viria a ter uma grande influência na definição da nova ordem internacional.

Logo após o fim da guerra foi desenhada uma nova ordem internacional tanto a nível político como a nível económico. No plano político foram redefinidas as fronteiras europeias, as quais já refletiam as diferenças ideológicas entre os EUA e a URSS. Os interesses geopolíticos e geoestratégicos opostos entre os dois blocos viriam a determinar todo o plano internacional até aos anos 90. Em particular, definiram o caminho seguido após a independência de muitos países anteriormente colonizados, sobretudo em África. Além disso, foram criadas novas organizações internacionais na

esfera da Organização das Nações Unidas. No seu seio coexistem um conjunto de estruturas que supervisionam a política internacional, entre as quais se destacam o Conselho de Segurança, a organização responsável por resolver as crises que põem em causa a paz e a segurança internacional, e o Conselho Económico-Social, que coordena e tem sob a sua tutela outras importantes organizações. Entre estas contam-se a FAO, a OMS, a OIT e a UNICEF que, por sua vez, têm como objetivo garantir e promover o bem-estar socioeconómico dos estados-membros da Organização, tendo como foco principal a promoção da paz e a segurança internacional.

No plano económico, no mesmo período, surgiram instituições financeiras com a finalidade de apoiar uma nova ordem económica internacional. Os Acordos de Bretton Woods visavam a estabilidade das moedas e dos câmbios e, desse acordo, resultou a criação de um sistema monetário internacional (por vezes denominado Sistema de Bretton Woods) que tinha como moeda-padrão o dólar americano. Ainda no plano económico foram criadas outras duas organizações na esfera da ONU designadamente o BIRD (Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento) - Banco Mundial, que tinha como objetivo a reconstrução e desenvolvimento económico de zonas carenciadas, e o FMI (Fundo Monetário Internacional) responsável pelos empréstimos e pelas ajudas financeiras aos países.

O conceito de desenvolvimento afirmou-se no contexto do pós-guerra com a implementação do Plano Marshall, seguindo a doutrina Truman, que consistia num grande programa de ajuda económica americana, destinada à rápida reconstrução dos países europeus destruídos pela Guerra, tendo em vista o seu relançamento económico e a criação da estabilidade política de modo a evitar novos conflitos. Para coordenar as ajudas atribuídas no âmbito do Plano Marshall foi criada, em 1948, a Organização Europeia de Cooperação Económica (OECE) posteriormente, denominada Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em 1961.

Os anos que se seguiram à II Guerra Mundial até ao Choque Petrolífero de 1973 foram marcados pela prosperidade económica e, por isso, apelidados de os “Trinta Gloriosos” ou a “Era do desenvolvimento” como definida por Gilbert Rist. Nesse período verificou-se um grande crescimento de bens e serviços a nível mundial, um notável progresso científico e tecnológico, o aparecimento de multinacionais, a intervenção do Estado para promover a qualidade de vida dos cidadãos, melhores rendimentos e

consequente aumento do poder de compra, que se refletiram numa melhoria de vida das populações e no crescimento. Foi graças à ajuda americana que a Europa emergiu novamente como uma potência económica e política a nível internacional.

É neste contexto, com base na “ (...) experiência histórica dos países europeus considerados desenvolvidos, no âmbito das chamadas sociedades industriais, entendendo-se como «boas práticas» as suas evoluções (...), durante os cerca de 200 anos que tinham decorrido entre os finais do século XVIII (início da Revolução Industrial) e a Segunda Guerra Mundial” (Amaro, 2003:42) que o conceito de desenvolvimento se afirmou.

Enquanto a Europa vivia décadas de prosperidade económica e social, uma parte dos países, essencialmente em África, encontravam-se ainda, sob o jugo colonial das potências europeias. Só na década de 60, com a resolução 1514 da Assembleia Geral das Nações Unidas que reconhecia o direito à autodeterminação dos povos, bem como graças à pressão do Movimento dos Não Alinhados e dos Movimentos de Libertação, é que muitos desses países se tornaram independentes. Todavia, devido ao longo passado colonial, possuíam estruturas económicas pouco desenvolvidas e a população vivia em situações muito precárias. A estes países é aplicado o anátema de “subdesenvolvido” criado pelo Presidente Harry Truman em 1949, quando afirmou, no seu discurso inaugural:

more than half the people of the world are living in conditions approaching misery. Their food is inadequate. They are victims of disease. Their economic life is primitive and stagnant. Their poverty is a handicap advances and industrial progress available for the improvement and growth of underdeveloped areas and a threat both to them and to more prosperous areas”.

Truman acreditava que as ajudas americanas destinadas aos países em desenvolvimento seriam benéficas para as suas populações, pois permitia-lhes “(...) realize their aspirations for a better life. And, in cooperation with other nations, we should foster capital investment in areas needing development” (Truman, 1949). O presidente acrescentava na altura: “we must embark on a bold new program for making the benefits of our scientific advances” (Truman, 1949).

Em virtude da rápida recuperação económica e comercial da Europa no período do pós-guerra, alguns autores como W. Rostow defenderam que os países em desenvolvimento

deveriam seguir o exemplo dos países europeus como forma de atingirem o sucesso económico e social. Rostow (1961) considerou que esses passariam por cinco fases distintas:

- Primeira: A tradicional com costumes e sistemas sociais e económicos antigos, onde existia pouca indústria, uma agricultura destinada ao autoconsumo e pouca produtividade e o nível de vida estava dependente das colheitas e da existência de conflitos;
- Segunda: A transição caracterizada por um período de transição em que os sistemas tradicionais começam a ser postos em causa e vão surgindo na economia, na sociedade e na política. Nesta fase “dissemina-se a ideia de que não só é possível o progresso económico, mas também que ele é condição indispensável para uma outra finalidade considerada benéfica (...)” (W.W.Rostow, 1961:18);
- Terceira: O arranque da fase decisiva para ultrapassar os obstáculos e as resistências que impediam o crescimento económico. A economia começa a gerar, através da poupança, o seu próprio investimento. Nesta fase a inovação tecnológica é elevada;
- Quarta: A maturidade corresponde à fase de sofisticação da economia através do desenvolvimento das tecnologias, da engenharia e das indústrias. Começam-se a desenvolver outros setores que não os que possibilitaram o arranque, embora a taxa de crescimento tenda a abrandar;
- Quinta: A última fase consiste numa sociedade de consumo de massas em a esmagadora maioria da população adquire bens sofisticados e duráveis e o setor dos serviços se torna o mais importante da economia.

A economia dos novos países independentes encontrava-se estagnada, devido à pesada herança colonial, pois as antigas metrópoles preocuparam-se meramente em transformá-los e especializá-los em produtores e exportadores de matéria-prima. Não foram desenvolvidas estruturas de transformação das matérias-primas pelo que estes países ficaram, mesmo após a autonomia, dependentes das antigas metrópoles.

A estagnação das economias e o subdesenvolvimento crónico dos países do sul global conduziu a que a Assembleia Geral das Nações Unidas em 1970, os países desenvolvidos se comprometessem a doar 0,7% do seu PIB para a cooperação com os

países considerados subdesenvolvidos. No entanto, o que se verificou foi “o falhanço da «primeira década de desenvolvimento» (a década de 60), com o não cumprimento, por parte dos países desenvolvidos, com poucas exceções, do compromisso assumido de ajuda àqueles com 1% do seu P.I.B (...) [e] o posterior falhanço da «segunda década de desenvolvimento» (anos 70), com novo incumprimento das promessas de ajuda, por parte dos países desenvolvidos” (Amaro, 2003:53).

Até aos anos 70 o conceito desenvolvimento foi baseado, associado e sinónimo de crescimento económico. No entanto, em 1973, o choque petrolífero pôs fim aos “Trinta Gloriosos”, colocando dessa forma em causa todo o sistema vigente. As economias ocidentais estavam dependentes do petróleo do Golfo, e o drástico aumento do preço dessa matéria-prima fez com que as balanças comerciais dos países desenvolvidos entrassem em desequilíbrio. Este facto conduziu ao aumento dos custos de produção da indústria e provocou aumento da inflação. Como consequência, muitas fábricas fecharam levando milhares de pessoas ao desemprego, o que desencadeou uma onda de agitação social um pouco por toda a Europa onde as pessoas criticavam modelo de desenvolvimento de base economicista e as políticas capitalistas.

O Choque Petrolífero desencadeou uma série de problemas que provocaram alterações na estrutura social e nos comportamentos da sociedade. Daqui resultaram vários “acontecimentos mediáticos” (Amaro, 2003:53) como o surgimento do idealismo revolucionário associado aos movimentos antirracistas nos EUA, o movimento hippie que denunciava a guerra do Vietname e fazia a apologia a paz e da ecologia, o aparecimento de movimentos feministas que lutavam pela igualdade dos direitos cívicos, políticos e profissionais entre os géneros, movimentos que contestavam o imperialismo americano na América Latina, onde se destaca o líder revolucionário Che Guevara. No mesmo período, verificou-se também uma revolução juvenil por parte de jovens estudantes em França e o surgimento movimentos como a Greenpeace. Mais tarde, nos anos 80, surgiram os partidos ecologistas “verdes” que defendiam a Natureza e estavam preocupados com o ambiente e, por esse motivo, denunciaram e criticaram o desenvolvimento selvagem baseado no processo produtivo associado ao crescimento económico.

É nesta sucessão de acontecimentos sociais e «mal-estar social» (Amaro, 2003:53) que se reformula o conceito de desenvolvimento atendendo às preocupações ambientais e sociais.

1.1.1- Críticas ao conceito de Desenvolvimento

A crise dos anos 70 fomentou um conjunto de reivindicações e manifestações, devido ao mal-estar social que se vivia nos países desenvolvidos. Os manifestantes questionavam os custos sociais, ou seja, os custos humanos e os custos ambientais do modelo de desenvolvimento de base economicista. Tornou-se, evidente a necessidade de reformular o conceito de desenvolvimento e de integrar as dimensões, sociais, políticas e ambientais.

Vários autores criticam o conceito de desenvolvimento, tal como Gilbert Rist que considera esta uma problemática “inscrite au plus profond de l'imaginaire occidental”. Para este economista suíço, a ideia de desenvolvimento e subdesenvolvimento, criada logo após a Segunda Guerra Mundial, criou uma visão organizada do Norte colonizador e do Sul colonizado. Por outro lado, Roque Amaro refere que o conceito de desenvolvimento é eurocêntrico e que a sua formulação se baseou na “experiência histórica dos países europeus considerados desenvolvidos (...)” (Amaro, 2003:42) sem se levar em linha de conta os aspetos geográficos, políticos, sociais, culturais dos outros países denominados subdesenvolvidos.

O conceito de desenvolvimento foi também criticado por autores do “Sul Global” como Arturo Escobar, antropólogo colombiano, que afirma que o desenvolvimento se baseou “(...) exclusively on one knowledge system, namely, the modern Western one” e que “the dominance of this knowledge system has dictated the marginalization and disqualification of non-Western knowledge systems” (Escobar, 1995:13) . Ainda, segundo Escobar, numa lógica e num discurso de dominação, os “Western experts and politicians started to see certain conditions in Asia, Africa, and Latin America as a problem—mostly what was perceived as poverty and backwardness” e por isso “ (...) many countries started to see themselves as underdeveloped in the early post–World War II period, how “to develop” became a fundamental problem for them, and how, finally, they embarked upon the task of “un-underdeveloping themselves by subjecting their societies to increasingly systematic, detailed, and comprehensive interventions (Escobar, 1995:6) por parte dos países ocidentais.

O Movimento dos Não-Alinhados também criticou fortemente o conceito de desenvolvimento e, na Conferência de Bandung realizada, em 1955, na Indonésia, o grupo de países Afro-Asiáticos que constituíam o movimento denunciaram e condenaram o colonialismo e o neocolonialismo por parte das potências europeias. O Movimento também denunciou os problemas económicos que assolavam estes países após a independência e que os deixou em situação de subdesenvolvimento.

1.1.2- As Alternativas ao Conceito de Desenvolvimento de Base Economicista

A crise dos anos 70 fomentou um conjunto de reivindicações e manifestações, por causa do mal-estar social que se vivia nos países desenvolvidos, e por isso assistiu-se a uma mudança de paradigma em que o conceito de desenvolvimento foi reformulado e “ (...) conheceu várias versões, tomando-se mais complexo e menos linear na sua conceção e aplicação” (Amaro, 2003:1).

Segundo Roque Amaro, a reformulação do conceito originou outras definições ligadas ao desenvolvimento e enveredar pela palavra composta com que atualmente referimos o desenvolvimento como, por exemplo, desenvolvimento sustentável ou desenvolvimento participativo.

Atualmente o conceito de desenvolvimento é diversificado, “ multidimensional e, portanto, integrado; - valoriza capacidades e o «empowerment», facilitando a coesão social; - assenta na participação; permite o multiprotagonismo, e, por isso, estimula as parcerias; - visa a interdependência ambiental; - é multiterritorial; - promove a diversidade” (Amaro, 2003). Portanto, o conceito de desenvolvimento está organizado de acordo com as “fileiras”, que compõem o conceito. Designadamente, o Desenvolvimento Sustentável (fileira do ambiente) dá especial enfoque a satisfação das necessidades desta geração, sem colocar em causa a satisfação das gerações vindouras. O Desenvolvimento Local e Desenvolvimento Participativo (Fileira People Center) visam responder e satisfazer as necessidades de uma comunidade, aproveitando as suas capacidades endógenas, e visam a participação e o envolvimento ativo das comunidades no processo de desenvolvimento (conceção, decisão, planeamento, monitorização e avaliação), de modo a garantir uma melhoria ou conquista de bem-estar local. O Desenvolvimento Humano e Desenvolvimento Social (Fileira dos Direitos Humanos), destacam a promoção dos Direitos Humanos, enfatizando a satisfação das necessidades básicas como a liberdade, a saúde e a educação, a questão da igualdade de género e a

preservação dos recursos tendo em vista as gerações futuras. O Desenvolvimento Social defende que o Estado garanta os “mínimos sociais” aos cidadãos de modo a promover o seu bem-estar social. Por fim, o Desenvolvimento Integrado é transversal e engloba todas as noções de Desenvolvimento mencionadas acima, é definido como:

«O processo que conjuga as diferentes dimensões da Vida e dos seus percursos de mudança e de melhoria, implicando, por exemplo: a articulação entre o económico, o social, o cultural, o político e o ambiental; a quantidade e a qualidade; as várias gerações; a tradição e a modernidade; o endógeno e o exógeno; o local e o global; os vários parceiros e instituições envolvidas; a investigação e a ação; o ser, o estar, o fazer, o criar, o saber e o ter (as dimensões existenciais do desenvolvimento); o feminino e o masculino; as emoções e a razão, etc.» (Amaro, 2003:59).

Apesar das reformulações introduzidas ao conceito de Desenvolvimento, este foi criticado por autores pós-desenvolvimentistas (muitos deles do “Sul Global”), como sendo eurocêntrico, baseado na experiência da modernidade europeia, e não tendo em conta outras realidades históricas e culturais não ocidentais. Procurou-se impor aos países do “Sul” levando-os à imitação do ocidente numa lógica de neocolonialismo, usado pelas grandes potências como instrumento de dominação geoestratégica. Assim, a partir dos anos 90, surgiram propostas de alguns autores para a introdução de novos conceitos alternativos ao desenvolvimento, oriundos e com base em valores e referências epistemológicas do “Sul Global”. Surgiram algumas propostas alternativas nomeadamente: a Felicidade Interna Bruta proveniente do Butão, o Bem-Estar ou Buen Vivir com origem indígena da América do Sul e dois conceitos africanos Ubuntu e Noflay.

Os conceitos propostos pelos autores pós-desenvolvimentistas trouxeram novos elementos à reflexão, mas também apresentam conformidades e muitos aspetos comuns aos conceitos de desenvolvimento reformulados. A Felicidade Interna Bruta (FIB) é um conceito proposto pelo Reino do Butão (1972), baseado na filosofia Budista, e assenta-se em nove dimensões: bem-estar psicológico; saúde; educação; diversidade e resiliência cultural; governança; vitalidade comunitária; diversidade e resiliência ecológica; padrão de vida e tempo (Amaro, 2017). As dimensões da FIB possuem vários aspetos comuns com os conceitos de desenvolvimento reformulados, destacando por exemplo o Desenvolvimento Sustentável que está em consonância com os domínios do meio ambiente e resiliência ecológica. O Desenvolvimento Social e Humano estão em

concordância com os domínios do bem-estar psicológico, da saúde, da educação, da diversidade cultural e do padrão de vida. O Desenvolvimento Local e Participativo com os domínios da governança e da vitalidade comunitária. Estas dimensões domínios estão em consonância e abrangem todo o conceito de Desenvolvimento Integrado, todavia, a Felicidade Interna Bruta introduz uma nova dimensão ao conceito de desenvolvimento, a noção de tempo.

O Bem-estar ou *Buen Vivir* é um conceito pós-desenvolvimentista com origem na América do Sul, tendo ganho notoriedade aquando do seu reconhecimento pelas Constituições do Equador e da Bolívia baseia-se na filosofia indígena dos Andes. O conceito resulta das expressões: “*Sumak Kawsay*” do povo Quecha que significa viver em harmonia e em plenitude com a mãe natureza da expressão “*Pachamama*”; da expressão “*Suma Qamanã*” do povo Aymará que significa “boa vida” e conviver bem numa lógica comunitária; da expressão “*Teko Pora e Teko Kavi*” do povo Guarani que significa “bem viver” ou “bom modo de ser e viver” (Amaro, 2017). Este conceito consiste numa “vida boa” e não numa “boa vida”, ou seja, baseada numa vida espiritual e não material apresenta “uma visão alternativa que desafia o modelo economicista, trazendo uma componente mais subjetiva e humana do desenvolvimento” (Marcelino, 2016:52) e, à semelhança da FIB apresenta 9 dimensões¹: harmonia ecológica de vida; satisfação das necessidades básicas; qualidade de vida; amar e ser amado; florescimento em relação com a natureza; valorização cultural; tempo livre; emancipação e valorização das capacidades e morte digna. O *Buen Vivir* introduz a noção de tempo livre ao desenvolvimento O tempo sendo um recurso limitado, que corresponde a 24h e que deve ser aproveitado com qualidade, no entanto vivemos numa sociedade onde o modelo económico baseia-se na economia do mercado, onde se trabalha cada vez mais, as pessoas trabalham pelo menos 8h diárias não contabilizando o tempo de deslocação entre a habitação e o local do trabalho, e o tempo que despence diariamente nas tarefas domésticas. Segundo Ramírez “*el Buen Vivir presupone tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación*” (Ramírez, 2010:139), isto é, ter tempo livre para o indivíduo desfrutar por exemplo da companhia dos amigos, dos familiares, contemplar a beleza da natureza, ter tempo para meditar e desenvolver as suas capacidades numa lógica de *empowerment*. Torna-se, assim, necessário questionar qual é o tempo que as

¹ Retirado dos apontamentos em aula (12/12/2016), na unidade curricular de Metodologias de Investigação para o Desenvolvimento, lecionada pelo professor Rogério Roque Amaro

peças têm para si, isto é, tempo para o lazer, família, amigos, desenvolver as suas capacidades e realizar outras atividades e de que forma esse tempo é utilizado com qualidade e se é suficiente para a sensação de bem-estar. Além do tempo este conceito insere a questão da morte digna tal como, o direito a vida defende que todos têm o direito a uma morte digna, isto é, em paz rodeado de entes queridos e com direito a um enterro com dignidade.

A noção Ubuntu com origem no povo xhosa da África do Sul que significa “*Eu sou porque Tu és*” chama a atenção para a interligação entre os humanos, para a necessidade do bem-estar entre as pessoas e da comunidade. Para além deste conceito, há outro conceito africano proposto pelo autor senegalês Felwine Sarr denominado Noflay proveniente da língua wolof que também significa bem-estar indo ao encontro da noção sul-americana *Buen Vivir* (Amaro, 2017).

1.1.3- Um Olhar Sobre a Fileira dos Direitos Humanos

A fileira dos Direitos Humanos, segundo Roque Amaro, “associa desenvolvimento ao respeito pelos Direitos Humanos fundamentais e ao compromisso de garantir limiares mínimos de sobrevivência e de dignidade humana” (Amaro, 2003, p. 58). Esta fileira defende que o desenvolvimento deve assentar no respeito pelos direitos humanos e pela garantia da promoção da dignidade social através do acesso às necessidades básicas como a alimentação, o direito ao alojamento, ao emprego e acesso a uma fonte de rendimentos. Esta fileira deu origem a dois conceitos o Desenvolvimento Humano e o Desenvolvimento Social.

1.1.3.1- O Desenvolvimento Humano

O Desenvolvimento Humano é, portanto, um dos dois conceitos que fazem parte da fileira dos Direitos Humanos. Surgiu em 1990, altura em que, pela primeira vez, o PNUD publicou o Relatório do Desenvolvimento Humano (RDH) e definiu-o como:

A process of enlarging people's choices. In principle, these choices can be infinite and change over time. But at all levels of development, the three essential ones are for people to lead a long and healthy life, to acquire knowledge and to have access to resources needed for a decent standard of living (PNUD, 1990:10).

O cálculo do Desenvolvimento Humano foi criado por Mahbub ul Haq em colaboração com o prémio Nobel de Economia de 1998 Amartya Sen. Este conceito é aplicado a todos os países e o cálculo é baseado: longevidade da população, ou seja, a sua esperança média de vida; nos níveis de educação da população com base em dois indicadores a média de anos de escolaridade e os anos de escolaridade esperados; e o rendimento nacional bruto per capita. De salientar que, para se obter o resultado do IDH dos países, o valor máximo é 1 o mínimo 0. Existem quatro níveis de desenvolvimento dos países Desenvolvimento Humano: muito elevado, elevado, médio e baixo.

O conceito de Desenvolvimento Humano tem vindo a ser reformulado e, em 2010 o RDH deixou de apresentar os resultados para os Índices de Pobreza Humana. Introduziu e apresentou três novos conceitos: o Índice de Pobreza Multidimensional - criado para medir os níveis de pobreza dos países em desenvolvimento; o Índice de Desigualdade de Género – criado para avaliar as disparidades entre os géneros em relação a participação no mercado de trabalho, acesso a saúde e capacitação; e o Índice de Desenvolvimento Humano Ajustado à Desigualdade – criado para verificar as assimetrias de Desenvolvimento Humano entre as pessoas de um país (PNUD, 2010).

O novo conceito, reformulado, apresentado no RDH, em 2010, sob o mote “A Verdadeira Riqueza das Nações: Vias para o Desenvolvimento Humano” refere que “o desenvolvimento humano é a ampliação das liberdades das pessoas para que tenham vidas longas, saudáveis e criativas, para que antecipem outras metas que tenham razões para valorizar e para que se envolvam ativamente na definição equitativa e sustentável do desenvolvimento num planeta partilhado. As pessoas são, ao mesmo tempo, os beneficiários e os impulsores do desenvolvimento humano, tanto individualmente como em grupos”. (PNUD, 2010:2).

A edição comemorativa, em 2010, do vigésimo ano sobre o lançamento do primeiro RDH salienta que:

Os últimos 20 anos viram progressos substanciais em muitos aspetos do desenvolvimento humano (...) a maior parte das pessoas tem mais saúde, vidas mais longas, mais instrução e maior acesso a bens e serviços. Mesmo nos países que enfrentam situações económicas adversas (...) tem havido progressos, não só no melhoramento da saúde e da educação e do aumento do rendimento, mas também na ampliação da capacidade das pessoas para selecionarem os líderes, influenciarem as

decisões públicas e partilharem o conhecimento [no entanto] os desafios da atualidade também requerem uma nova perspectiva política (PNUD, 2010:1) de todos os países.

Atualmente o IDH apresenta várias dimensões: a dimensão social, ambiental, política, educação e saúde.



Figura - 1 – As Dimensões do Desenvolvimento Humano
Fonte: PNUD,2015.

1.1.3.2- Desenvolvimento Social

Este conceito consiste no “ processo de garantia de “mínimos sociais” de limites mínimos de dignidade social, através de políticas sociais, a cargo dos Estados²”, através da criação de um salário mínimo, pensão social mínima, garantia de escolaridade mínima gratuita e obrigatória para todos os cidadãos independentemente da sua condição social, gratuidade dos serviços mínimos de saúde e a existência de uma legislação laboral que garanta as condições mínimas de dignidade laboral.

1.2- Cooperação Internacional para o Desenvolvimento

A Cooperação para o Desenvolvimento “consiste no esforço levado a cabo conjuntamente por países desenvolvidos e países em desenvolvimento, com a finalidade

² Retirado dos apontamentos em aula, 23/02/2017, da Unidade Curricular de Seminário de Teorias e Práticas do Desenvolvimento do Mestrado em Estudos de Desenvolvimento lecionada pelo Professor Rogério Roque Amaro

de combater as dificuldades económicas e sociais dos últimos de forma sustentável e duradoura” (Camões I.P., 2015). Todavia, segundo o IPAD, atualmente integrado no Camões – Instituto da Cooperação e da Língua, é um conceito que não possui uma única definição, uma vez que não existe consenso entre os vários autores porém “(...) evoluiu ao longo do tempo, em termos de conteúdo, de acordo com o pensamento e os valores dominantes sobre o desenvolvimento e o sentido da co-responsabilidade dos países ricos relativamente à situação dos países pobres” (IPAD, 2005:51).

A Cooperação Internacional para o Desenvolvimento remonta ao período do pós-Segunda Guerra Mundial com a implementação do Plano Marshall, tal como já foi referido no capítulo I, onde surgiram vários organismos internacionais como a OCDE que coordenam a sua distribuição. Segundo Carlos Milani (2014) a cooperação para o desenvolvimento não pode ser dissociada do período do pós-guerra II Guerra Mundial e nem da Guerra Fria tendo em conta que as tensões ideológicas entre bloco do Ocidente e o bloco de Leste foram fundamentais para desencadear as decisões de modo a promover a cooperação entre os países. A cooperação para o desenvolvimento possui uma grande diversidade de fluxos (Camões I.P., 2015), e pode ser classificada segundo a origem em que a cooperação é feita através de instituições públicas como as administrações centrais e regionais e através de instituições privadas como as ONG, empresas ou associações (Afonso & Fernandes, 2005). A Cooperação para o desenvolvimento pode ser ainda classificada segundo os canais de execução através da cooperação bilateral, multilateral, descentralizada e através das ONGD. Pode ser ainda classificada conforme os instrumentos em que a cooperação é prestada sob a forma de cooperação técnica e financeira, ajuda alimentar e humanitária entre outras formas (Afonso & Fernandes, 2005).

O falhanço da primeira década do desenvolvimento, a crise dos anos 70 motivada pelo choque petrolífero e o subdesenvolvimento crónico dos países do sul, referidos anteriormente, pôs em evidência a necessidade de se discutirem novas formas de cooperação internacional para o desenvolvimento como forma de melhor canalizar e melhorar os fluxos provenientes da Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD), é nesse seguimento que em 1972 o Comité de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD) adotou uma definição mais rigorosa da APD (CAD, 2006).

A APD “compose des apports de ressources qui sont fournis aux pays moins développés et aux institutions multilatérales par des organismes officiels, y compris des collectivités locales ou par leurs organismes gestionnaires (...)” (CAD, 2006:16). As operações levadas a cabo por esses organismos devem responder a três critérios previamente definidos pelo CAD: ter como objetivo principal promover e fomentar o desenvolvimento económico e bem-estar nos países em desenvolvimento, possuir um carácter concessional e ter um elemento de doação de pelo menos 25% (IPAD, 2005).

A APD constitui umas das principais formas de financiamento para o desenvolvimento dos países. As verbas destinadas a países terceiros para serem considerados verbas da APD devem respeitar algumas normas entre às quais: devem ser canalizados para o setor público do país recetor, contribuir para a promoção do bem-estar social e fomentar o desenvolvimento económico do país que recebe a apoio, os fluxos devem ser feitos sob a forma de donativo ou através de um empréstimo com condições de pagamento mais favoráveis ao do mercado e o Estado que recetor deve constar da lista do CAD como um país em desenvolvimento (Afonso & Fernandes, 2005).

A crise que afetou os países do Norte Global nos anos 70, os principais doadores da APD, refletiu-se nas verbas destinadas à cooperação Milani (2014) e as verbas destinadas aos países recetores baixaram consideravelmente. Para superar a que crise que afetou os principais doadores e reduziu os fluxos da APD, assistiu-se a uma tentativa e um esforço dos países do Sul Global, influenciados pela Conferência de Bandung, para reforçarem uma parceria de Cooperação Sul/Sul como forma de “inaugurar uma ordem internacional pós-colonial” (Pino, 2014:57).

1) Respeito aos direitos humanos fundamentais e aos propósitos e princípios da Carta das Nações Unidas.
2) Respeito à soberania e à integridade territorial de todas as nações.
3) Reconhecimento da igualdade entre todas as raças e entre todas as nações, grandes e pequenas.
4) Não intervenção ou não interferência em assuntos internos de outros países.
5) Respeito aos direitos de cada nação à sua própria defesa, seja individual ou coletiva, em conformidade com a Carta das Nações Unidas.
6) Abstenção do uso de pactos de defesa coletiva para beneficiar interesses específicos de quaisquer grandes potências e abstenção do exercício de pressões sobre os demais países.
7) Rechaço a ameaças e agressões, ou ao uso da força contra a integridade territorial ou a independência política de qualquer país.
8) Emprego de soluções pacíficas em todos os conflitos internacionais, em conformidade com a Carta das Nações Unidas.
9) Promoção dos interesses mútuos e da cooperação.
10) Respeito à justiça e às obrigações internacionais.

Quadro- 1- Os Dez Princípios de Bandung (1955)

Fonte: Pino, 2014.

Os países que constituíam a cooperação sul/sul localizavam-se no hemisfério sul e eram, maioritariamente “(...) jovens nações africanas e asiáticas, mas também Estados latino-americanos independentes há mais de dois séculos. No total, uns 150 Estados soberanos” (Pino, 2014:57). Este grupo de países marcados por um longo período colonial pretendia que o seu modelo de cooperação se baseasse na “horizontalidade e no intercâmbio de informações e perícia entre países em desenvolvimento” (Pino, 2014:65) essencialmente no setor, da educação, da saúde e na modernização de infraestruturas como a da agricultura como forma de aumentar a produção de alimentos e reduzir a importação de bens alimentares.

De acordo com o autor a cooperação sul-sul viu a sua influência ser afetada no final dos anos 70 pelo fim do padrão dólar/ouro, pela crise energética motivada pelo choque petrolífero e pela retoma da economia e da hegemonia dos Estados Unidos, durante a presidência de Ronald Reagan, que alterou a política externa norte-americana, baseada no aumento das taxas de juro e no protecionismo comercial facto que conduziu ao desequilíbrio das contas externas dos países do Sul deixando-os em vulnerabilidade económica. Contudo, foi durante os anos 80 que se verificou a desarticulação das políticas de cooperação dos países do sul com a imposição dos programas de ajustamento estruturais levados a cabo pelo FMI que os levou a concentrar nos seus problemas internos.

Este grupo de países recuperou a partir dos anos 90 e formou blocos económicos que se afirmaram no início do século XXI como os BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e

África do Sul) que participam em importantes organismos cimeiras mundiais e “(...) questionam as regras da política e da economia internacional como foram definidas pelas potências ocidentais” (Pino, 2014:80), de referir que atualmente alguns países deste grupo, como China desempenham um papel fulcral nos investimentos realizados nos países em desenvolvimento.

A cooperação Internacional durante os anos 80 ficou marcada pelos programas de ajustamento estruturais e pelo crescimento da Organizações Não-Governamentais para o Desenvolvimento (ONGD). Neste período houve um agravamento das assimetrias entre o Norte e o Sul global, pois os países em desenvolvimento passaram por um duro processo de austeridade levado a cabo pelos Programas de Ajustamento Estrutural do FMI de modo reduzir os défices, este período constituiu-se como uma “fase de ouro” para a aplicação do Consenso de Washington, uma doutrina que se rege pela redução da intervenção do Estado e das despesas públicas bem como a implementação de políticas macroeconómicas de forma permitir liberalização da economia. Assistiu-se, também, a uma mudança de paradigma nos programas de ajuda tendo em conta que, “a luta contra a pobreza e o desenvolvimento rural integrado são postos de lado” (Afonso & Fernandes, 2005:30) e o apoio ao desenvolvimento passou a ser feito pela “pela via do mercado” em que transferências das verbas, sob a forma das ajudas ao desenvolvimento, estavam condicionadas às reformas políticas defendidas pelo Consenso de Washington através da implementação dos pacotes de austeridade e da redução da intervenção do papel do Estado. Os anos 80 “são conhecidos como a década perdida do desenvolvimento” uma vez que foi uma década marcada pelas “recessões económicas e mesmo crescimento negativo na América Latina, fome e miséria humana em África” (Afonso & Fernandes, 2005:31) que pôs em causa e levantou uma série de dúvidas sobre o que é a ajuda internacional para o desenvolvimento e sobre a sua eficácia.

Nos anos 90 a cooperação internacional para o desenvolvimento ficou marcada pelo colapso da URSS, pelo fim da Guerra Fria e pelo rápido processo de globalização (Milani, 2014). Houve a perceção de que as políticas de austeridade implementadas, nos anos 80, nos países em desenvolvimento foram extremamente prejudiciais para o seu desenvolvimento quer económico e social. A publicação do primeiro RDH 1990, onde se definiu o conceito de desenvolvimento humano, pôs em causa todos os aspetos ignorados anteriormente pelo modelo de desenvolvimento, baseado no crescimento económico o RDH obrigou a rever o modelo de cooperação. Nos anos 90 surgiu o *Post-*

Washington Consensus. Esta doutrina oposta ao Consenso de Washingtgon defende que o Estado deve concentrar-se principalmente nos setores que são essenciais para fomentar o desenvolvimento e o bem-estar da sociedade entre os quais a saúde, a educação, proteção do ambiente e as políticas económicas (Afonso & Fernandes, 2005), ou seja, defende o Estado-Providência.

A transição do século XX para o século XXI ficou marcada por um ambicioso plano para a cooperação internacional que envolveu toda a comunidade internacional num objetivo comum para reduzir as assimetrias sociais e económicas existentes entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Esta transição ficou ainda marcada pelo relatório “Nós, os Povos, as Nações Unidas do Século XXI” onde Kofi A. Annan, secretário-geral das Nações Unidas (NU), declara:

O século que acaba de terminar foi marcado por conflitos sangrentos. A miséria mais atroz e a mais gritante desigualdade persistem, lado a lado, tanto no seio dos países como entre eles. As doenças, tanto as velhas como as novas, ameaçam comprometer progressos conseguidos a duras penas. A biosfera, de que depende a sobrevivência de todos nós, sofre as agressões e a degradação que lhe são infligidas pela atividade humana. Os habitantes do planeta esperam que, quando se reunirem na Cimeira, os seus dirigentes identifiquem os grandes problemas do mundo e tomem medidas para os remediar” (Annan, 2000:5).

Foi com essa preocupação que, em Setembro do ano 2000, os chefes de Estado e governos de todas as nações, reunidos na Cimeira das NU, assinaram a Declaração do Milénio. A terceira parte do documento enfatiza o “Desenvolvimento e erradicação da pobreza” que constitui uma síntese para a elaboração dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). Este é, um conjunto de 8 objetivos que os países se comprometeram a cumprir em 15 anos, isto é, os ODM estariam em vigor até 2015.

1	Reduzir a pobreza extrema e a fome
2	Alcançar o ensino primário universal
3	Promover a igualdade de género e o empoderamento das mulheres
4	Reduzir a mortalidade infantil
5	Melhorar a saúde materna
6	Combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças
7	Garantir a sustentabilidade ambiental
8	Criar uma parceria mundial para o desenvolvimento

Quadro- 2 - Os Objetivos do Desenvolvimento do Milénio (ODS)
Fonte: PNUD, 2000.

Em março de 2002 a Cooperação para o desenvolvimento esteve novamente em discussão numa cimeira que se realizou em Monterrey, no México, intitulada Conferência Internacional sobre o Financiamento do Desenvolvimento. Conferência realizada porque “governos do Norte e do Sul reconheceram que os montantes destinados à CID ainda se situavam em patamares muito aquém do necessário para que as mazelas do subdesenvolvimento pudessem ser superadas” (Milani, 2014:46). A conferência de Monterrey definiu seis objetivos, entre os quais aumentar mobilização dos recursos financeiros internos para o desenvolvimento para desencadear a cooperação internacional de forma a financiar o desenvolvimento, ajudar os países a reduzirem a pobreza e a fomentar o desenvolvimento no seu território e a atingirem os ODMs. A Conferência envolveu várias organizações e entidades desde os governos, as Nações Unidas, as Instituições de Bretton Woods (Banco Mundial e FMI), a Organização Mundial do Comércio (OMC) a sociedade civil e a comunidade empresarial entre outros.

Em 2015, ano para a concretização dos ODM, o RDH fez-se um balanço positivo dos objetivos alcançados, contudo, salienta-se que “os progressos foram irregulares entre as regiões e países, deixando lacunas significativas”. Os feitos conseguidos pelos OMD “demonstram que a ação [conjunta] global funciona [e] é o único caminho para garantir que a nova agenda para o desenvolvimento não deixa ninguém para trás” (PNUD, 2015:9). É neste seguimento que, em 2015, foram definidas novas metas para o horizonte 2030, numa ação que envolve, mais uma vez toda a comunidade internacional. Foram definidas, na Cimeira realizada em Paris, 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que tem como objetivo serem implementados pelos países até 2030.

1	Erradicar a pobreza
2	Erradicar a fome
3	Garantir saúde de qualidade aos cidadãos
4	Garantir e promover o acesso a uma educação de qualidade a população
5	Promover a igualdade de Género
6	Garantir o acesso água potável e saneamento aos cidadãos
7	Assegurar o acesso as energias renováveis e a preços acessíveis
8	Promover o crescimento económico e garantir um trabalho digno aos cidadãos
9	Construir infraestruturas de qualidade e sustentáveis de forma a fomentar a indústria e inovação
10	Reduzir as desigualdades entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento
11	Transformar as cidades e as comunidades em lugares sustentáveis
12	Tornar os padrões de produção e consumo sustentáveis
13	Combater as alterações climáticas
14	Proteger e preservar os oceanos e toda a vida marinha
15	Proteger e preservar todo o ecossistema terrestre, combater a desertificação e conservar toda a biodiversidade
16	Garantir paz e justiça as cidadãos através de uma aposta em instituições eficazes e independentes
17	Criar parcerias internacionais que visem potenciar o desenvolvimento sustentável

Quadro- 3 - Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Fonte: PNUD, 2015.

A cooperação internacional para o desenvolvimento envolve várias entidades e vários atores com interesses e motivações contraditórias (Milani, 2014). Apesar dos princípios que movem a CID, esta é criticada por alguns autores como Carlos Milani que refere que os países do Norte Global, os principais financiadores da cooperação para o Desenvolvimento, sempre se moveram pelos “seus interesses estratégicos nacionais na condução das agendas de cooperação internacional com os países do Norte ou do Sul” (Milani, 2014:33). Por outro lado as autoras Maria Manuela Afonso e Ana Paula Fernandes (2005) afirmam que “a concentração da Ajuda das ex-potências coloniais nas suas antigas colónias não se deve apenas ao sentimento de pertença a uma comunidade mas também à necessidade de manter o acesso privilegiado a recursos e mercados, preservando os laços históricos” (Afonso & Fernandes, 2005:20).

1.2.1- As Modalidades da Cooperação Internacional

A cooperação internacional para o desenvolvimento, como já foi referido, possui uma grande diversidade de fluxos (Camões I.P., 2015) e pode ser classificada segundo os seus agentes em cooperação e ser realizada através de instituições públicas, como as administrações centrais e regionais, ou através de instituições privadas, como as ONG, empresas, associações. Pode, ainda, ser classificada em função dos canais de execução,

ou seja, através da cooperação bilateral, multilateral, descentralizada e através das ONGD, e ainda conforme os instrumentos em que a cooperação é prestada sob a forma de cooperação técnica e financeira, ajuda alimentar e humanitária, entre outras formas (Afonso & Fernandes, 2005).

1.2.1.1- Cooperação Bilateral

A Cooperação Bilateral refere as iniciativas em que os países doadores canalizam os fluxos da APD diretamente para os recetores normalmente os governos ou outras instituições de um determinado país (IPAD, 2005).

1.2.1.2- Cooperação Multilateral

A Cooperação Multilateral corresponde à cooperação em que os governos transferem os fluxos da APD para outras organizações multilaterais para que sejam utilizadas nas suas atividades e ações que visem o desenvolvimento social e económico dos países recetores (IPAD, 2005). Esta forma de cooperação “é mais eficaz que a bilateral, particularmente na resolução de problemas que são comuns a vários países” (Afonso & Fernandes, 2005:15).

1.2.2- A Cooperação Portuguesa

A Cooperação portuguesa remonta a 1974, ano marcado pela Revolução dos Cravos, que culminou no fim do Estado Novo e a abertura política do país ao mundo e à democracia.

A cooperação portuguesa visava ajudar a reconstrução dos países fustigados pela guerra colonial, nomeadamente Angola e Guiné-Bissau. Posteriormente a ajuda foi canalizada para outras áreas como a educação, a saúde e a construção de infraestruturas (Faria, 2016). O ano de 1986, ano de adesão de Portugal à CEE, marcou uma nova era para a cooperação portuguesa no entanto, segundo Raquel Faria, o ano de 1989 pode:

(...) ser considerado como o verdadeiro ponto de viragem ao nível da política de Cooperação Portuguesa [uma vez que] (...) foi marcado pela existência de uma efetiva política de Cooperação caracterizada pelos esforços desenvolvidos em prol da coordenação e da quantificação dos fluxos de APD, de forma a ser possível a Portugal reintegrar novamente o CAD, o que aconteceu a 3 de dezembro de 1991 (Faria, 2016:51).

A política de cooperação portuguesa “(...) constitui um dos pilares da política externa, tem como objetivo fundamental a erradicação da pobreza extrema e o desenvolvimento sustentável dos países parceiros (...)” (Camões I.P., 2018) e assenta-se em três principais áreas de atuação, a cooperação para o desenvolvimento, a educação e sensibilização para o desenvolvimento e ajuda humanitária e de emergência.

Portugal definiu como áreas prioritárias de intervenção os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e Timor-Leste. Para além das áreas geográficas referidas a cooperação portuguesa, estrategicamente, mantém as relações de amizade com o Brasil e alargou as suas áreas de intervenção a países com os quais possui laços históricos “como são os casos de Marrocos, África do Sul, Senegal ou Indonésia, entre outros. Todavia, para evitar a fragmentação e dispersão, as atividades de cooperação em países fora do espaço da CPLP serão sempre em menor escala” (IPAD, 2011:49).

Portugal participou e assinou todos os compromissos assumidos internacionalmente para aumentar a cooperação entre os países, de modo a potenciar o desenvolvimento entre as quais o compromisso dos ODMS e atualmente os ODS. Em 2005, o governo aprovou o documento estratégico “Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa para o Desenvolvimento” que expõe os princípios orientadores da cooperação portuguesa dando os países de expressão portuguesa como áreas prioritárias para a cooperação lusa tanto a nível bilateral como multilateral.

Este documento definiu as linhas orientadoras da cooperação portuguesa que passam por: contribuir para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio; contribuir para melhorar a segurança das populações particularmente em considerados Estados “Frágeis” e países que vivem em situação de pós-conflito; reforçar o apoio no espaço lusófono sobretudo na educação e na formação; reforçar o apoio económico tendo em vista garantir a sustentabilidade social e ambiental; reforçar a participação de Portugal nos fóruns internacionais, tendo em vista o apoio ao princípio da convergência de forma a atingir os objetivos comuns e aumentar os fluxos da APD atribuídos por Portugal.

Para a atuação da Cooperação Multilateral de Portugal, o documento em causa, definiu como princípios orientadores: dar especial ênfase a África priorizando os Países Menos Avançados e os “Estados Frágeis” tendo em vista a realização dos ODM; reforçar o espaço da lusofonia como forma de valorizar o espaço de intervenção da CPLP; desenvolver e implementar uma abordagem de apoio multilateral e bilateral da

cooperação portuguesa de forma a cumprir os compromissos internacionais assumidos por Portugal nomeadamente a Declaração de Paris, e ainda potenciar as vantagens comparativas da cooperação portuguesa; ter especial atenção ao desenvolvimento de parcerias com agências internacionais como a ONU, no quadro da UE, da OCDE e das instituições financeiras internacionais e regionais.

Relativamente à cooperação bilateral, a cooperação portuguesa, delineou como áreas de intervenção prioritárias os PALOP e Timor Leste que recebem a maior parte do financiamento da APD fornecidas por Portugal. A cooperação com os PALOP, desde 1999, é coordenada pelos Programas Indicativos de Cooperação, com duração de 3 anos, assinados com os diferentes países respetivamente, Cabo Verde, Moçambique e S. Tomé e Príncipe, e posteriormente assinados com Angola e Guiné-Bissau devido ao clima político vividos por esses dois países (IPAD, 2011).

A cooperação Portuguesa é coordenada por um conjunto de instituições: Ministério dos Negócios Estrangeiros, organismo do governo responsável pela Política Externa do país e responsável pela cooperação; Direcção-Geral de Política Externa, entidade responsável por coordenar a decisão dos assuntos de natureza político-diplomática entre às quais a política externa; Secretaria de Estado dos Negócios Estrangeiros e Cooperação entidade responsável pela supervisão pela atuação da cooperação portuguesa e responsável pelo Camões I.P; O Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD), atualmente integrado no Camões I.P, tinha como principal objetivo executar e propor as políticas de cooperação portuguesa, e ainda a coordenação das atividades desenvolvidas por outras entidades públicas que participam na cooperação. O IPAD, entre outras funções, também tinha como responsabilidade o cofinanciamento das verbas destinadas às ONGD e avaliar a execução dos programas e os projetos da APD portuguesa. Ao Camões I.P, atual entidade responsável pela cooperação portuguesa após a fusão com o IPAD, cabe a função de promover a cultura portuguesa no estrangeiro e acompanhar as atividades dos Centros Culturais Portugueses. Atualmente é responsável pela cooperação portuguesa promove, financia, cofinancia e executa os programas e projetos da CP (IPAD, 2011; Afonso e Fernandes, 2005).

1.2.3- A Cooperação Portuguesa em Saúde

A área da saúde constitui uma das maiores preocupações internacionais. Apesar do direito à saúde constituir um direito básico e integrar os Direitos Humanos, ainda é um bem escasso e de difícil acesso em muitas latitudes.

A saúde é uma das áreas de atuação da Cooperação Portuguesa e a “Estratégia da Cooperação Portuguesa em Saúde”, elaborada pelo IPAD, definiu como principal objetivo geral “fortalecer os sistemas públicos de saúde dos países em desenvolvimento enquanto elemento fundamental nas estratégias de redução de pobreza” (IPAD, 2011:22). Mais uma vez, os PALOP e Timor-Leste constituem-se com as principais áreas geográficas de intervenção de Portugal, sempre numa lógica de respeitar os compromissos internacionais assumidos pelo país.

Tanto os PALOP como Timor-Leste se deparam com problemas de escassez de “recursos humanos qualificados, fracas instituições de gestão dos sistemas públicos, e fraco desenvolvimento tecnológico sectorial” (IPAD, 2011:2). Por esse motivo os principais eixos estratégicos e sectores prioritários da CP no setor da saúde visam: aumentar a capacidade de prestar cuidados de saúde de qualidade, de forma a responder às necessidades não satisfeitas e à mudança de padrão de saúde; fortalecer as instituições e potenciar o empoderamento social de modo a responder às exigências de planeamento, gestão e avaliação dos sistemas de saúde, com envolvimento adequado da sociedade civil e organizações não-governamentais dos países e, por fim, fomentar o conhecimento e inovação dos países tendo em vista responder às necessidades dos recursos humanos na prestação de cuidados e na gestão, de modo a que os PALOP e Timor-Leste participem ativamente nos fóruns internacionais de investigação (IPAD, 2011)

Apesar dos esforços para se investir no setor, a área da saúde “tem recebido uma parcela diminuta dos financiamentos oficiais portugueses” (IPAD, 2011:14) segundo Raquel Faria (2016) “de entre as várias prioridades assumidas, o setor da saúde não é de todo prioritário, o que coloca em causa o compromisso assumido ao nível dos ODM, neste caso em particular”. Por outro lado, o IPAD refere também que a saúde tem tido pouca atenção da cooperação portuguesa tendo em conta que, entre 2003-2008 foram disponibilizados apenas 2,79% do total da APD à saúde um “volume financeiro [que] reflete também o custo com a evacuação dos doentes dos PALOP,” (IPAD, 2011:14).

No que toca a APD bilateral líquida, entre 2012-2016, destinada aos PALOP e TL, Cabo Verde, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe foram os principais recetores no setor da saúde. Contudo, é destacar que no caso de Cabo Verde a verba da APD destinada à saúde teve um crescimento de 4,9% em 2012 para 16,9% no ano de 2016, verificando-se uma ligeira descida em 2016 para 11,2%. (ver quadro 4).

Distribuição Setorial (Saúde) da APD Bilateral Líquida aos PALOP e TL 2012-2016											
Países	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	Média 2012-2016
Angola	1.195.689	99,5	1.064.474	-14,6	1.161.375	-6,7	1.189.120	-7	917.796	-4,5	1.105.691
Cabo Verde	6.449.227	4,9	7.067.681	5,9	8.184.640	7,9	7.619.652	16,9	3.128.413	11,2	6.489.923
Guiné-Bissau	945.324	12,8	1.260.379	20,8	2.245.372	26,7	6.750.287	54	3.822.533	32,6	3.004.779
Moçambique	115.993	0,2	215.941	0,4	231.017	0,6	237.629	1,4	213.657	1	202.847
S. Tomé e Príncipe	2.267.145	13,6	2.385.089	18,4	2.562.046	25,7	2.561.462	11,3	2.300.794	16,9	2.415.307
Timor-Leste	130.343	0,8	117.588	0,9	438 0,0	0	29.814	0,3	0	0	55.637

Quadro- 4 - Distribuição Setorial (Saúde) da APD Bilateral Líquida aos PALOP e TL, 2012-2016

Fonte: Camões I.P

1.2.4- A Cooperação Portugal-Cabo Verde

A cooperação entre Portugal e Cabo Verde remonta aos anos pós-independência. Desde esse período foram assinados vários acordos como o Acordo de Cooperação em Saúde em 1976, Cooperação no setor da Justiça, da Educação, da Defesa, o Acordo Cambial, que norteiam os programas em curso. A cooperação entre os dois países está centralizada em três áreas distintas. A primeira, a Boa Governação, Participação e Democracia, dá especial enfoque na capacitação das instituições públicas de Cabo Verde, cooperação para intervenções nas finanças, na segurança interna e no apoio técnico-militar. A segunda, Desenvolvimento Sustentável e luta contra a Pobreza, prioriza a cooperação na educação através da formação de quadros cabo-verdianos com a ajuda de docentes portugueses, dá possibilidade dos alunos virem a Portugal frequentar o ensino superior, promove a cooperação na saúde tal como na educação e formação de técnicos cabo-verdiano, tendo disponibilizado quadros portugueses para dar formações em Cabo Verde. A cooperação permitiu ainda criar um centro de hemodiálise na Cidade da Praia o que tem permitido reduzir o número evacuações com doentes que sofrem com problemas renais. A terceira, a criação de um cluster que assenta em três pilares: Capacitação e Modernização Administrativa, Capacitação e Modernização no Sector da Educação e Promoção do Empreendedorismo (IPAD, 2011).

Portugal tem mantido com Cabo Verde a cooperação bilateral que enfatiza a construção de infraestruturas e ao apoio a formação profissional e desenvolvimento social através da Cooperação Técnica e da Assistência Técnica, ou seja, são as “atividades financiadas por um doador com o objetivo essencial de aumentar o nível de conhecimento, qualificações, competências técnicas ou capacidades produtivas da população do país em desenvolvimento” (IPAD, 2005:52) através do “fornecimento de know-how técnico através de peritos, voluntários e consultores, em projetos e programas de cooperação financeira” (IPAD, 2005:24). A capacitação dos cidadãos e das instituições como forma de desenvolvimento tem sido encarado como “o core business da cooperação pública portuguesa” (Ferreira, et al., 2015:63). A capacitação ou empoderamento para o desenvolvimento:

Vai muito para além das assistências técnicas [isto] significa ajudar um país a construir leis, reforçar instituições públicas e organizações da sociedade civil, contribuir para a educação e formação das pessoas (...) [o que] implica uma transferência e partilha de conhecimentos efetiva, que se reflita num aumento da capacidade de um país em liderar e implementar o seu Desenvolvimento (Ferreira, et al., 2015:63).

Portugal tem sido um dos maiores parceiros de Cabo Verde em matéria de cooperação para o desenvolvimento. A APD bilateral portuguesa a Cabo Verde entre 2009-2017 teve muitas oscilações, com crescimento entre 2009-2010, uma ligeira descida em 2011 explicada pelos cortes orçamentais devido à crise financeira e apesar da mesma com uma subida no ano de 2012 o valor máximo dos anos registados. Tal como se pode verificar na figura na figura 2, o total da APD Bilateral a Cabo Verde entre 2009 e 2017 variou ao longo dos anos, sofrendo uma grande redução durante o período de ajustamento estrutural em Portugal, tendência que continua mesmo após o fim do programa implementado pelo FMI. O valor da APD bilateral reduziu para metade de 2009 para 2017, situando-se em valores pouco acima dos 20 milhões de euros.

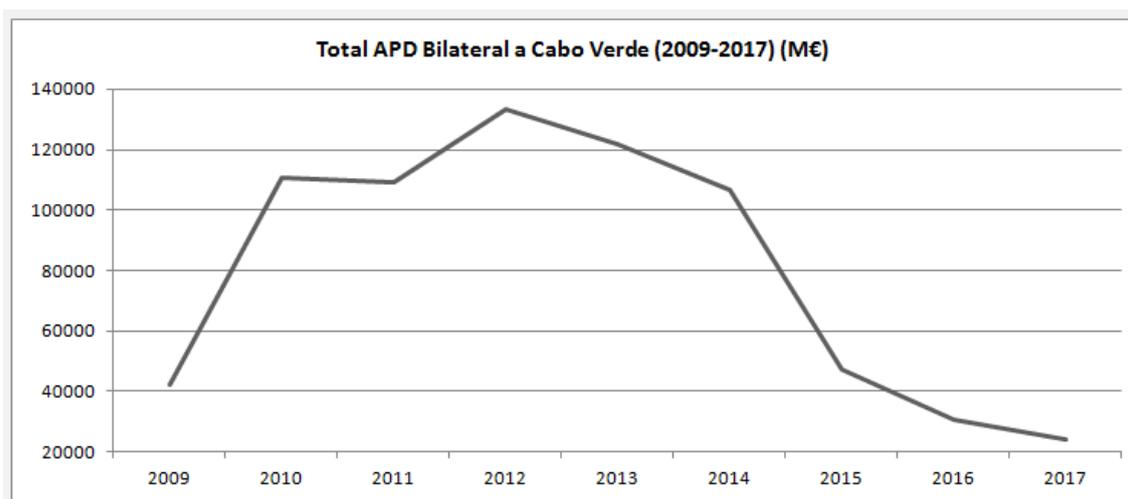


Figura - 2- Total da APD Bilateral a Cabo Verde (2009-2017) (M€)
 Fonte: Camões I.P., 2018.

No que diz respeito à distribuição setorial da APD bilateral líquida a Cabo Verde por setores entre 2012-2016, verificou-se que ao longo dos 4 anos o setor das Infraestruturas e Serviços Sociais, incluindo a saúde, teve um aumento de financiamento de 26,6% em 2012, para 104,1 em 2016. Grande parte do investimento é destinado a educação, seguido da saúde, com a exceção de 2015 em que orçamento da saúde foi superior ao da educação (Quadro 5).

DISTRIBUIÇÃO SETORIAL DA APD BILATERAL LÍQUIDA - CABO VERDE
 2012 - 2016

SETORES	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	Média 2012-2016
100 INFRA-ESTRUTURAS E SERVIÇOS SOCIAIS	34.785.947	26,6	57.744.511	48,2	61.973.841	59,8	37.924.615	84,3	28.991.740	104,1	44.284.131
110 EDUCAÇÃO	7.934.135	6,1	7.549.245	6,3	10.313.853	10,0	7.212.125	16,0	7.568.662	27,2	8.115.604
120 SAÚDE	6.449.227	4,9	7.067.681	5,9	8.184.640	7,9	7.619.652	16,9	3.128.413	11,2	6.489.923
130 POPULAÇÃO/SAÚDE REPRODUTIVA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3.893	0,0	0	0,0	779
140 FORNECIMENTO DE ÁGUA E SANEAMENTO BÁSICO	4.920	0,0	10.933	0,0	156.058	0,2	0	0,0	1.720.345	6,2	378.451
150 GOVERNO E SOCIEDADE CIVIL	851.851	0,7	699.759	0,6	548.168	0,5	633.364	1,4	543.771	2,0	655.383
160 OUTRAS INFRA-ESTRUTURAS E SERVIÇOS SOCIAIS	19.545.814	14,9	42.416.893	35,4	42.771.122	41,3	22.455.581	49,9	16.030.549	57,6	28.643.992

Quadro- 5 - Distribuição Setorial (Infraestruturas e Serviços Sociais) da APD Bilateral Líquida a Cabo Verde (2012-2016).

Fonte: Camões I.P., 2018.

Atualmente está em vigor o projeto de cooperação PT-CV 2017-2021 que tem como objetivo a cooperação em várias áreas de forma a atingir a concretização dos ODS. Este projeto definiu como áreas prioritárias de atuação em conformidade com a Estratégia Nacional de Desenvolvimento do Governo de Cabo Verde e na lógica de continuidade dos projetos de cooperação anteriormente delineados, ou seja, a educação, a justiça, a saúde, segurança, a ciência e formação, os assuntos sociais, o ambiente e a energia, a cultura e as finanças públicas.

Capítulo II- Saúde e Saúde Pública

A saúde constitui um dos principais Direitos do Homem. Esse direito ficou patente em 1948, aquando da publicação, da Declaração Universal dos Direitos Humanos pelas Nações Unidas, onde o artigo XXV afirma que “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis (...)” (ONU,1948). A saúde é, portanto, um direito, e um bem essencial para o desenvolvimento (Loureiro, et al., 2013) e, em muitos países é e continua a ser um bem escasso e de difícil acesso. Nos países em desenvolvimento é necessário que os governos invistam nos cuidados de saúde, bem como na educação e em infraestruturas (Banco Mundial, 1994), pois existe uma relação causal entre a área da saúde e crescimento económico (Merson, et al., 2006). As condições económicas dos países influenciam a saúde das populações (Merson, et al., 2006) por isso investir no setor da saúde constitui “um investimento no desenvolvimento humano e económico, fundamental na luta contra a pobreza e para garantir o desenvolvimento sustentado (...)” (Loureiro, et al., 2013:24). Os países “com sistemas de saúde de qualidade insuficiente não é possível responder bem aos mais importantes desafios da saúde” (Danzon, 2006:7) assim sendo, o investimento no setor da saúde, tal como na educação, contribui para, a médio e longo prazo, garantir a produtividade e o crescimento económico no sentido que um país atingido por sucessivas epidemias de doenças sofre grandes perturbações na economia, tendo em conta que “(...) diseases have a significant impact on national economies by disabling and killing the working-age population” (Leeder et al, 2005 *cit in*, Merson, et al., 2006:286). É, por isso, fundamental que os governos e os decisores políticos reforcem os apoios e os investimentos na saúde como forma de garantir o bem-estar dos cidadãos.

2.1- A Saúde

A noção de saúde varia no tempo, no espaço, de sociedade em sociedade conforme as suas vivências (Loureiro, et al., 2013). A saúde é, desde há muitos séculos, uma preocupação global, desde Hipócrates à criação da OMS. Ao longo do tempo “os indivíduos e as populações saudáveis vêm aumentada a sua capacidade de adaptação às mudanças” (Loureiro, et al., 2013:24) ocorridas no domínio da saúde. A OMS definiu o conceito de saúde, em 1946, como “o estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS,1946). É um direito que

assiste ao Homem e é essencial para o desenvolvimento da sociedade. É também, um indicador de referência que permitir identificar se um país é ou não é bem-sucedido (Lamont, 2010) ou seja, desenvolvido.

De acordo com Banco Mundial (1994) “uma saúde deficiente provoca dor e sofrimento (...) [e] as consequências económicas são enormes” porque “ (...) bloqueia o capital humano, diminui o rendimento escolar, dificulta as atividades empresariais e retém o crescimento do produto nacional bruto (PNB)”, ou seja, a saúde é uma condição decisiva para o desenvolvimento de qualquer sociedade e, pode ser medida através das contribuições que pode dar, não só, a nível económico mas também para compreender os padrões de vida de uma população, a sua posição social e cultural (Loureiro, et al., 2013). A preocupação com o estado da saúde das populações esteve na agenda política e económica dos países e da comunidade internacional ao longo dos séculos, e sobretudo no século XX e XXI. A criação da OMS, organismo que coordena a os programas saúde internacional, promoveu várias ações que visavam debater a saúde como a Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados de Saúde Primários em 1978, a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, em 1986, contendo orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000, ou as Recomendações de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis em 1998.

O século XXI foi apontado como a era de “Saúde para Todos no ano 2000” contudo, apesar dos investimentos realizados na área da saúde, esta continua a ser de difícil acesso a milhões de pessoas (M.Witt, et al., 2017). As questões de saúde mantêm-se como uma das principais prioridades nas agendas políticas internacionais. Em 2007, foi formulado, em Roma, a Declaração sobre Saúde em Todas as Políticas e concretizado, em 2010, em parceria com a OMS, na Austrália sob o mote Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas.

As mudanças ocorridas ao longo das décadas não só no domínio da saúde, mas também, a nível ambiental, social e económica trouxeram inovações no campo da medicina, surgiram novas formas de exercer medicina e surge uma nova definição proposta por (M.Witt, et al., 2017), denominada “Integrative health”, saúde integrativa. A Saúde Integrativa “(...) is an approach to individual, community, and population health across the lifespan that respects the inter-relationships among all health-related domains including body, mind, and spirit” (M.Witt, et al., 2017:135). Esta definição

segundo os autores possui oito dimensões: inter-relações entre todos os domínios relacionados com a saúde; determinantes de saúde fora dos cuidados de saúde como os comportamentos pessoais e a genética; determinantes externos como o ambiente social; capacitação dos indivíduos, dos grupos e das comunidades; cuidados de saúde centrados na pessoa e baseados em evidências; criação serviços apropriados; definição de estratégias baseadas na comunidade e baseadas na população (M.Witt, et al., 2017).

2.2- A Saúde Pública

É difícil precisar a origem bem como a data do campo científico da Saúde Pública (Merson, et al., 2006), todavia todas as definições conhecidas partilham a ideia de que esta se refere a saúde das populações ou de uma sociedade e não dos indivíduos (Gostin, 2001). A DSG define-a como “a ciência ou a arte que visa promover a saúde, prevenir a doença e prolongar a vida (com qualidade) através dos esforços concertados da comunidade” (DGS, 2018), porém ela já tinha sido definida, em 1920, por Charles-Edward A. Winslow como:

The science and the art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical health and efficiency through organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of personal hygiene, the organization of medical and nursing service for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health (Winslow, 1920:30).

A saúde pública tem como foco principal a população em geral, preza pela ética do serviço público preocupando-se com o bem-estar dos indivíduos, dá particular ênfase à promoção da saúde e à prevenção de doenças e está dependente de vários outros setores (Merson, et al., 2006). A segunda metade do século XVIII e o século XIX foram cruciais na área da saúde pública (Merson, et al., 2006). Com o início da Revolução Industrial houve um forte êxodo populacional dos campos para as cidades, à pressão habitacional e sobrelotação de espaços levando à construção de casas sem as mínimas condições de habitação. Muitas urbes tornaram-se insalubres, acabando afetadas por epidemias como a cólera que afetou as cidades inglesas resultando num aumento da taxa de mortalidade infantil (Merson, et al., 2006). Desse modo, para melhorar e promover as condições de higiene nas cidades e prevenir doenças que afetem a saúde da população, foram realizados investimentos para melhorar as redes de abastecimento de água e de

esgoto à população, criação de centros de saúde nas cidades europeias e no oeste dos EUA (Merson, et al., 2006). Na mesma época desenvolveram-se algumas tecnologias, que permitiram controlar certas doenças que eram consideradas graves problemas de saúde pública. Entre estas destacam-se: a vacina descoberta por Louis Pasteur; Walter Reed demonstrou que o mosquito era o vetor responsável pela febre-amarela; Robert Koch descobriu a bactéria responsável pela tuberculose entre outros (Merson, et al., 2006).

No século XX proliferaram os organismos internacionais promotores de saúde, no que diz respeito a OMS, a organização desde a sua fundação em 1948 tem assumido objetivos, de saúde públicas globais e ambiciosas para erradicar algumas doenças graves que atingiam o planeta, como é o caso da varíola (Sakellarides, 2006). A organização sofreu uma transformação em 1973 com o novo diretor, Hafden Mahler, que “entendeu que era chegado o momento para reinterpretar o papel da OMS” (Sakellarides, 2006:78). Para Sakellarides (2006) a agenda de Mahler para transformar a OMS passava por dois pontos: promoção de políticas públicas de saúde a nível internacional e nacional, ou seja, a promoção e definição de grandes objetivos na saúde para serem cumpridos a médio e curto prazo como “Saúde para todos no ano 2000” porém, segundo o autor, Mahler tinha a plena consciência de que não era fácil atingir e que se tratava de um “objetivo sem sentido”, tendo em conta o panorama social, político e económico da maioria dos países que constituíam a OMS. No entanto, a intenção principal de Mahler “(...) era chamar a atenção sobre a necessidade de adotar políticas de saúde para conseguir que algo fosse concreto, atraente e que tivesse como destinatários todas as pessoas (...)” (Sakellarides, 2006:79). O segundo ponto de acordo com o autor teve mais visibilidade e deixou marcas mais profundas, pois era preciso repensar o paradigma vigente e adotar novas políticas que permitissem olhar para a saúde e saúde pública como um todo. Na época vigorava uma lógica de “especialização e super-especialização” na medida em que:

Para cada grande problema de saúde pública, um programa específico, quando não uma organização própria, procurando e tratando a sua população-alvo e os seus doentes. As crianças tinham os seus dispensários materno-infantis, os tuberculosos a sua organização de luta contra a tuberculose (...) havia hospitais de cancro, dos ossos, do coração (...) (Sakellarides, 2006:79).

Para Mahler era preciso olhar para o corpo humano como uma organização biológica que trabalha de forma integrada porque os órgãos não funcionam de forma autónoma, mas sim em conjunto. Apesar dos programas levadas a cabo pela OMS e das transformações proporcionadas por Mahler que permitiram uma mudança de paradigma na organização que coordena a saúde mundial persistiam, ainda, situações de grande carência e de grande vulnerabilidade. A situação em África é a mais preocupante, tendo em conta que “a maioria dos 45 países africanos estão muito atrás dos outros países em vias desenvolvimento no que se refere à tarefa fundamental da melhoria da saúde” (Banco Mundial, 1994:1).

A crise dos anos 70 chamou a atenção dos países desenvolvidos para a necessidade de se olhar para os problemas que afetavam os países em desenvolvimento, nomeadamente nas questões da saúde, e houve maior consciencialização das populações para a necessidade de agir de modo a ajudar os países em desenvolvimento. Em 1978, em Alma Ata, decorreu a primeira Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de saúde, de onde saiu a Declaração de Alma-Ata (DAA), sob a égide da OMS. De referir, ainda que, nas décadas de 60 e de 70, muito embora tenham falhado os objetivos do desenvolvimento, no campo da saúde pública, verificaram-se muitos avanços importantes. Assistiu-se a um esforço internacional para controlar certas doenças, como a malária, ou ainda a varíola que focou a sua campanha na vacinação e imunização de crianças. Realizou-se o controlo e prevenção de outras doenças tropicais, maior atenção às doenças crónicas, às doenças cardiovasculares e ao cancro (Merson, et al., 2006).

A DAA visava que todos os países e todos os governos cooperassem e assumissem a responsabilidade de assegurar os cuidados primários de saúde à população e combatassem as desigualdades na saúde, entre as nações, com vista a atingir a meta “Saúde Para Todos no Ano 2000”. Os cuidados primários de saúde seriam assegurados por um conjunto de medidas que incluíam a vacinação da população; assistência e reforço aos cuidados de saúde materno-infantil; acesso ao planeamento familiar; reforço ao combate das doenças endémicas e epidémicas e o reforço aos primeiros socorros (Pfeiffer & Chapman, 2010). No ponto IX da Declaração de Alma-Ata, os líderes reunidos naquela cidade, do atual Cazaquistão, declararam que a “(...) saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países (...)” (OMS & UNICEF, 1978) e que era necessário acabar ou pelo menos atenuar:

A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável, e constitui por isso objeto da preocupação comum de todos os países. (OMS & UNICEF, 1978:2).

A DAA coincidiu com os Programas de Ajustamentos Estruturais (PAE) (Pfeiffer & Chapman, 2010). Os PAE marcaram profundamente os países em desenvolvimento, nos anos 80, que foram confrontados com pacotes de austeridade levados a cabo pelo FMI que visavam redução da intervenção do Estado e das despesas públicas, tendo com o objetivo a redução do défice. Estas medidas afetaram não só a economia dos países, mas também todos os outros campos da sociedade. O setor da saúde sofreu cortes e reformas consideráveis e, ainda hoje, em muitos países são sentidos os efeitos dessas reformas. A área da saúde foi privatizada, foram introduzidos os seguros de saúde, as ONG e outras entidades privadas passaram a assegurar e a prestar cuidados de saúde à população, uma vez que os serviços governamentais foram descentralizados (Pfeiffer & Chapman, 2010). De ressaltar também que estes programas foram aplicados essencialmente em África. Os PAE prejudicaram os serviços de saúde e os indicadores de saúde, essencialmente em África, e ainda hoje se assiste a debates sobre os impactos dos PAE na economia e na saúde pública nos países em desenvolvimento (Pfeiffer & Chapman, 2010).

A DAA embora tenha permitido que os programas de saúde fossem repensados e remodelados, desencadeando dessa forma ações concretas e que resultaram em importantes conquistas para a saúde (Meireles, 2008) tendo contribuído para melhorar os cuidados de saúde pública no mundo, a meta do “Saúde Para Todos no Ano 2000” não foi alcançada, como já previa Mahler, por causa das assimetrias que persistem entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento (OMS, 2008). Em muitos países houve mesmo um retrocesso no setor da saúde verificando-se uma regressão e uma estagnação da esperança média de vida. Trata-se dos países considerados “Estados Frágeis”, com rendimentos muito baixos, fraca governação, conflitos internos, problemas de segurança, ausência de Estado de Direito e de instituição capaz de exercer impor autoridade. Segundo a OMS, “quase 66% da população desses países encontra-se em África” (OMS, 2008:6).

A aplicação de programas de saúde pública aos países em desenvolvimento tem sido alvo de diferentes críticas. Durante o período colonial, Stein criticava as políticas de saúde públicas implementadas apenas nas cidades, nos portos, nos quartéis, e nas plantações que, segundo o autor protegiam a vida e os interesses dos colonos europeus, mas que nas áreas rurais da Ásia, da África e da América Latina “where the vast majority of the world’s population resided, was untouched by public health until the years after World War I (...) (Stein, 2009:544). Por sua vez Foster aponta os modelos dos programas, dos planos e das operações de saúde pública levados a cabo pelos organismos internacionais, caracterizando-os como burocráticos, e acrescenta que:

Health programs have been seen as exercises in the transfer of techniques, in the implantation of educational, preventive, and curative services based on the biomedical model, in which the major challenge is to persuade people to abandon their traditional beliefs and practices in favor of the new” e conclui que esses modelos e esses programas “often has produced inappropriate and ineffective health services in third world (Foster, 2009:687).

Já Didier Fassin (2008:37) refere que a saúde pública culturaliza as pessoas e naturaliza os objetos e por fim salienta que “la santé publique ne se contente pas de découvrir: elle invente”.

2.3- Desigualdades no Acesso ao Setor da Saúde

A saúde como já vimos, é um direito humano primordial. Contudo, constitui, um bem de difícil acesso a milhões de pessoas, existindo uma desigualdade insuportável, quando comparado o acesso dos cidadãos de países desenvolvidos e em desenvolvimento. As desigualdades socioeconómicas das populações não só dos países em desenvolvimento como também dos países desenvolvidos estão frequentemente associadas “a contextos de pobreza, exclusão social e (...) podem traduzir-se em reduzidas oportunidades de acesso à educação, utilização dos serviços sociais e de saúde” (Goulão, et al., 2015:25). As dificuldades socioeconómicas deixam expostos muitos grupos a fatores de riscos como fracas condições alimentação, de habitabilidade e acesso aos medicamentos que têm consequências negativas na saúde (Goulão, et al., 2015). As diferentes condições socioeconómicas dos países levam a que existam diferenças nos indicadores de saúde (OMS, 2008), por isso é necessário que os países aumentem os orçamentos e as

despesas relacionados com o setor da saúde e investam na informação e na literacia em saúde dos cidadãos (Loureiro, 2015; OMS, 2008).

As dificuldades de acessos à saúde e as assimetrias neste domínio levam a que atualmente existam diferentes prioridades na saúde entre os países. Se, nos países mais ricos a preocupação têm sido o combate a doenças como o cancro, a obesidade ou hipertensão, os países menos desenvolvidos encontram-se ainda numa batalha para erradicar o paludismo, combater a SIDA, a dengue e, mais recentemente, em 2015, o Zyka que também afetou Cabo Verde. Estes países também enfrentam várias carências e enfrentam dificuldades, tais como: o acesso aos medicamentos; a inexistência de infraestruturas, de equipamentos e de técnicos especializados. Isto conduz a que muitas vezes estes países tenham que recorrer a países terceiros, através do processo de evacuação de doentes, de modo a que os seus cidadãos possam ter o devido acompanhamento especializado, inexistente no país de origem.

2.4- O Processo da Evacuação de Doentes

O setor da saúde constitui uma das maiores preocupações dos países e da comunidade internacional, e constitui um dos principais Direitos do Homem. Cabe aos Estados assegurarem o acesso aos cuidados de saúde independentemente da condição social, económica, convicção religiosa, cultural ou de género do cidadão.

No entanto, a nível mundial existe um vasto número de países que ainda, não conseguem assegurar as condições essenciais para que os seus cidadãos tenham acesso condigno à saúde pela inexistência de infraestruturas, de profissionais especializados, de equipamentos e até de medicamentos. Esta situação conduziu aos acordos realizados no domínio da saúde com países terceiros, de modo a garantir que seus cidadãos possam ser evacuados recebam tratamento médico adequado. A evacuação de doentes é uma forma que os países com menos possibilidades têm para assegurar os tratamentos aos seus cidadãos.

O termo evacuação de doentes ou a evacuação sanitária provém do léxico militar e, segundo Bassez (2011), a Urgência Médica, tal como hoje a conhecemos deve muito à Medicina Militar. O Estado-Maior da Força Aérea (EMFA) refere que a evacuação de doentes consiste no “transporte aéreo e nos cuidados médicos prestados em rota, por

equipas médicas, a feridos retirados de um campo de batalha, a pacientes feridos evacuados do local de um acidente ou a doentes que se encontrem num hospital necessitando de cuidados urgentes em instalações melhor equipadas” (EMFA, 2018). Por outro lado, Barbe (2013:144) refere que a evacuação de doentes “regroupent l’ensemble des moyens mis en œuvre pour extraire un blessé du champ de bataille, un accidenté ou un patient souffrant d’un problème de santé à l’aide d’une unité d’intervention médicale aérienne (avion, hélicoptère), terrestre ou navale”.

Os militares asseguram, há vários séculos, a evacuação dos feridos dos campos de batalha e mesmo dos civis (Fèvre, 2007), pois os feridos eram transferidos através da força humana com o auxílio de macas. Todavia, foi no século XX que a evacuação de doentes e dos feridos teve maior expressão quando passaram a ser utilizados meios motorizados e aéreos.

Durante a Grande Guerra a enfermeira e aviadora Marie Marvingt propôs que os aviões fossem usados para o transporte de doentes e feridos. Dr. Eugène Chassaing, considerado pai das evacuações aéreas (Timbal, 2010), juntamente com médico Robert Picqué conseguiram realizar as primeiras evacuações na região sudoeste da França em 1917 (Fèvre, 2007). Durante a Segunda Guerra Mundial as forças armadas dos Estados Unidos da América realizam mais de 1 172 000 evacuações aéreas em todas as frentes de batalha, mas o número total de feridos evacuados de todos os países envolvidos na Guerra foi de 2 500 000 (Fèvre, 2007). Durante os vários conflitos que marcaram o século XX, como a Guerra da Indochina, a Guerra da Argélia e a Guerra do Golfo, vários foram os meios usados como os aviões, os helicópteros, os carros militares e as ambulâncias para permitir a rápida evacuação dos feridos e dos civis (Fèvre, 2007).

Atualmente e em contexto de paz, o processo da evacuação de doentes constitui procedimento complexo, demorado e em algumas situações muito burocrático, por vezes com “processos de seleção de doentes pouco claros e ineficazes” (Henriques, 2009:1). Além das dificuldades já referidas o processo da evacuação de doentes pode constituir-se como uma forma de fomentar ainda mais as desigualdades dentro de um país na medida em que “a geografia do país é por si só um fator discriminatório, uma vez que quem habita nas regiões periféricas tem muitas dificuldades em chegar aos centros de saúde” (Henriques, 2012:7) devido a fatores diversos como a falta de recursos financeiros e dificuldades de acesso as redes transportes.

Capítulo III- Cabo Verde

3.1- Enquadramento Histórico e Geográfico

O arquipélago de Cabo Verde foi encontrado por navegadores portugueses em 1460, tornando-se uma colónia portuguesa. Tornou-se independente a 5 de Julho de 1975 numa altura em que quase todos os países africanos já eram independentes. Atualmente é uma República com um regime político pluripartidário.

Localizado na África Ocidental, é um arquipélago composto por 10 ilhas das quais 9 são habitadas. Segundo os censos da população em 2010 possuía uma população de 491 683 habitantes, sendo a capital Praia a cidade mais populosa, com 131 602 habitantes. Cabo Verde possui uma localização geográfica estratégica e privilegiada que liga facilmente

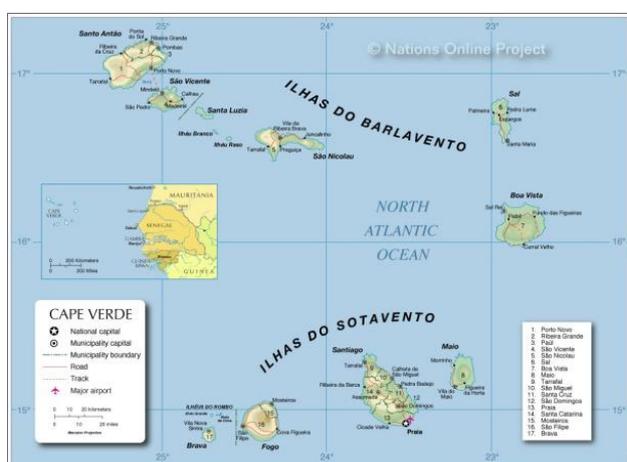


Figura - 3- Localização Geográfica de Cabo Verde

Fonte: Nations Online

três continentes, a África, a América e a Europa, tornando-se num “entreponto comercial e de aprovisionamento, com particular destaque no tráfego de escravos” (gov.cv, 2018) durante o período da expansão marítima de Portugal.

O país é caracterizado por um clima tropical seco, com fraca precipitação ao longo do ano, todavia, o nível de

pluviosidade varia consoante as características das ilhas. Além disso, o arquipélago possui poucos recursos naturais, por esse motivo a economia baseia-se essencialmente na pesca, na agricultura, na extração de sal, na transformação de pescado e no turismo. Cabo Verde é atualmente membro de várias organizações regionais e internacionais, como por exemplo a UA³, CEDEAO⁴, a ONU⁵.

3.2- Caracterização Geral do Estado de Cabo Verde

O arquipélago de Cabo Verde nos últimos anos tem sido apontado, por várias organizações internacionais, como um exemplo em matéria de democracia, boa governação e respeito pelos direitos humanos, evolução económica e social no

³ União Africana

⁴ Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental

⁵ Organização das Nações Unidas

continente africano. A nível interno teve uma evolução positiva no que diz respeito ao crescimento económico, apostou no desenvolvimento social principalmente no combate à pobreza, ao analfabetismo, por outro lado, apostou, também, na construção de infraestruturas de saúde, de educação, de saneamento e infraestruturas chave para o desenvolvimento do país como aeroportos, estradas e portos.

É um país conhecido pelas suas limitações internas destacando a “(...) sua pequenez, a descontinuidade territorial, a inexistência de recursos naturais e a insularidade” (COSTA, 2012:232). Em 1975, ano da independência, Cabo Verde era um dos países mais pobres do mundo, chegou a ser considerado como um país inviável devido as suas características geográficas, nomeadamente a sua insularidade e inexistência de recursos. Atualmente encontra-se no grupo de países de rendimento médio e entre 2005 e 2009 teve um crescimento económico na ordem dos 7% por ano aproveitou a sua boa imagem para captar ajuda internacional e investimento estrangeiro sobretudo para o setor do turismo, que constitui um dos principais pilares do PIB cabo-verdiano (IPAD, 2011).

O arquipélago, desde a sua independência, percorreu um longo caminho para melhorar o nível de vida dos cidadãos. Em 2008 foi elevado à categoria de país de rendimento médio e, segundo o PNUD, foi um dos poucos países africanos a atingir todos os Objetivos do Desenvolvimento do Milénio (ODM), apesar de apresentar “(...) desequilíbrios quanto aos resultados a nível dos diferentes municípios nas ilhas de Santiago Santo Antão e Fogo” (PNUD, 2015:11). Este pequeno país atingiu os ODM referentes ao setor da saúde, isto é, os objetivos 4, 5 e 6 respetivamente: redução da mortalidade entre as crianças; melhoramento da saúde e combate ao VIH/Sida, malária e outras doenças. Uma análise aos ODM revela que, Cabo Verde conseguiu reduzir o nível de pobreza extrema no seu território de 49% para 26,6% em 2007 (PNUD, 2015). A educação básica universal foi atingida no início do novo milénio, segundo o PNUD, destacando que por cada 100 crianças, entre os 6-11 anos, mais de 90 frequentavam o ensino básico, e por cada 100 crianças em idade escolar, 94 já tinham concluído o último ano do ensino básico, ou seja, o 6º ano de escolaridade (PNUD, 2015). Os investimentos realizados na educação permitiram que, em 2010, a taxa de alfabetização dos jovens cabo-verdianos com idades compreendidas entre os 15-24 anos situasse nos 97,8 % um aumento de mais de 8% comparativamente com o ano 1990 (PNUD, 2015).

No que diz respeito à igualdade de género, apesar de ainda existirem muitos desafios a serem ultrapassados, em Cabo Verde as mulheres têm os mesmos direitos socioeconómicos que os homens, ocupando lugares importantes na sociedade como no governo e em outras áreas chegando a ser a maioria na área da educação. Relativamente à educação verifica-se que existem disparidades entre homens e mulheres. A taxa de alfabetização, em 2016, para os jovens com idades compreendidas entre os 15-24 anos é igual 98,6% tanto para homem como para as mulheres. Todavia, a nível nacional verifica-se que, na população com mais de 15 anos existe uma disparidade educacional com uma taxa de alfabetização de 92,2% para homens e 82,7% para as mulheres (INE, 2016). Apesar das assimetrias de género existentes em Cabo Verde, em 2015, o índice de género do BAD colocava o país no “top 10” em termos de igualdade de género em África, ocupava sensivelmente a 9ª posição, a melhor posição dos PALOP.

3.3- A Situação da Saúde

Desde a independência, em 1975, que Cabo Verde investe e aposta na construção de várias infraestruturas de saúde, em todas as ilhas, de assistência à população. Existem no país dois grandes hospitais centrais, respetivamente na cidade da Praia, o Hospital Agostinho Neto, e o Hospital Dr. Baptista de Sousa no Mindelo. Espalhados por todas as ilhas, há três outros hospitais regionais, vinte e dois centros de saúde, trinta e quatro postos de saúde, cinco centros de saúde reprodutiva e dois centros de saúde para doenças psiquiátricas (MS, 2007). Apesar dos investimentos feitos na área da saúde, Cabo Verde possui inúmeros problemas estruturais e várias carências internas que o obrigam muitas vezes a evacuar os seus cidadãos para serem tratados no estrangeiro e no caso em Portugal.

O arquipélago de Cabo Verde é um território fragmentado, um condicionalismo natural, que faz com que os habitantes das várias ilhas não tenham igual acesso aos serviços de saúde por várias razões como a dispersão das populações e o isolamento das localidades do interior, sobretudo das ilhas mais montanhosas como Santiago e Santo Antão, aliado a falta de acesso aos transportes e a falta de meios financeiros da população.

Além do condicionalismo geográfico do país, Cabo Verde possui, em várias áreas, carências a nível de recursos humanos especializados, que continuam a ser insuficiente para fazer face às necessidades da população (MS, 2007). O país também enfrenta problemas do *brain-drain*, ou seja, muitos profissionais que se formam fora do país não

regressam, obrigando a recrutar especialistas estrangeiros (MS, 2007). A sustentabilidade financeira é outro problema, dado que:

Os novos patamares de desenvolvimento do sector exigirão a incorporação de novas tecnologias em matéria de diagnóstico e intervenções extremamente dispendiosas, a que se acrescem os custos da construção das infra- estruturas sanitárias, dos equipamentos, do enquadramento com equipas técnicas adequadas e os custos operacionais, incluindo os dos medicamentos (MS, 2007:12).

Esses encargos devem ser custeados através do aumento das verbas destinadas ao setor da saúde previstas no OGE e pelo aumento dos custos de serviço de saúde à população o que constitui um desafio ao País e ao Governo, uma vez que, o grosso da população de Cabo Verde não possui capacidade económico-financeira para custear um aumento dos SNS tendo em conta que, em 2015, a taxa de cabo-verdianos a viverem abaixo da linha de pobreza absoluta situava-se em 35% e outros 10.6% da população vivia em situação de pobreza extrema (Nshimyumuremyi, et al., 2017).

Cabo Verde atingiu os ODM referentes à saúde. Houve uma acentuada descida, da taxa de mortalidade de crianças com idades inferior a cinco anos, de 56 para 23,6 por cada mil nados-vivos ENTRE 1990-2013 (PNUD, 2015). Por outro lado, a taxa de mortalidade infantil, isto é, o número de crianças que morrem até ao primeiro ano de vida reduziu em 52% situando-se em 20.3 óbitos por cada mil nados-vivos em 2015 (Nshimyumuremyi, et al., 2017). Em relação à saúde, materno-infantil em 2005 mais de dois terços das grávidas fizeram as consultas pré-natais e tiveram o acompanhamento médico durante a gravidez, nos postos de saúde, e mais de 90% dos partos foram realizados em hospitais (PNUD, 2015). Foram, ainda, implementadas campanhas de vacinação em todas as ilhas contra a poliomielite e o sarampo, sendo que “não se registaram casos da doença desde a última epidemia de poliomielite ocorrida no ano 2000” e não há casos de sarampo registados desde 1997 ano do último surto desta doença (PNS, 2007). Em 2004, tinham sido registados 1500 casos de HIV/SIDA, dos quais 800 evoluíram para doença e 50% desses casos resultaram em óbitos. A taxa de pessoas infetadas com o HIV/SIDA, com acesso aos antirretrovirais e outros medicamentos aumentou de 39%, em 2010, para 55% em 2012 (PNUD, 2015). Cabo Verde possui um longo historial de outras doenças como o paludismo, predominantemente na Ilha de Santiago, a cólera, a febre-amarela que desde a

independência não foi registado nenhum caso, a tuberculose e a poliomielite. Atualmente Cabo Verde é confrontado com o surgimento de outras doenças como a diabetes, o cancro, a insuficiência renal, as doenças de foro psiquiátricos, o alcoolismo, o tabagismo, as doenças oftalmológicas, a toxicod dependência e as doenças cardiovasculares que são “objeto frequente de evacuações para o exterior” (MS, 2007).

As melhorias nas condições de saúde e dos indicadores de saúde, de educação, e de género, entre outros, permitiram que em 2016 Cabo Verde ocupasse a posição 122^a no ranking do IDH. Estas melhorias são o resultado do investimento que vem sendo feito no setor, desde a independência, permitindo aumentar os profissionais de saúde, formar novos profissionais, capacitar o quadro existente e construir novas infraestruturas de assistência à população de forma a conseguir responder as necessidades dos cidadãos.

Importa também referir que, Cabo Verde, pela sua localização é vulnerável ao aparecimento de doenças provenientes de outras latitudes, como o surto de Dengue que afetou o país e teve início em 2009 e o surto de ZIKA em 2015 onde foram registados 7 164 entre setembro desse ano e final de janeiro de 2016, dos quais foram registados 11 casos de microcefalia (Nshimyumuremyi, et al., 2017), por se localizar numa região geográfica suscetível ao surgimento de novas doenças impõe-se a Cabo Verde novos desafios estruturais para lidar com o aumento do fluxo de pessoas de vários países e provenientes do aumento do turismo.

3.4- A Construção do Sistema Nacional de Saúde em Cabo Verde

Com a independência, o Estado assumiu a responsabilidade de garantir o bem-estar da população. No caso da saúde o SNS foi implementado com os modestos recursos financeiros do país, e com os recursos provenientes da ajuda da cooperação internacional (Gomes, 2006). A criação do SNS em Cabo Verde segundo Dias (2010) passou por três fases distintas: a primeira de 1460-1975; a segunda 1975-1990; e a terceira a partir de 1991

Até ao ano da independência, em 1975, o sistema de saúde colonial estava organizado e concentrado em torno dos dois hospitais existentes no arquipélago na Praia e no Mindelo e “contavam com médicos e demais profissionais em número reduzido e concentrados nos centros urbanos, ficando descoberta a maior parte da população rural e aquela vivendo nas ilhas de menor interesse para a estratégia colonial” (Delgado, 2009:143). Nas áreas rurais onde se concentrava a maioria da população os serviços não

eram garantidos e os poucos cuidados de saúde que recebiam eram “(...) prestados por enfermeiros trabalhando em postos sanitários e, ocasionalmente, através de visitas médicas itinerantes” (Delgado, 2009:142). A população recorria, na maioria das vezes, à medicina tradicional para fazer face às enfermidades.

Os processos de implementação e reformas dos sistemas de saúde estão intrinsecamente ligados ao sistema político vigente de um determinado país (Dias, 2010). Em Cabo Verde, entre 1975-1990, viveu-se um período de regime de partido único liderado pelo PAIGC que influenciou a criação do sistema de saúde. A segunda fase da organização e implementação do SNS, no período pós-independência, baseou-se no modelo socialista soviético que também influenciou as lutas de libertação um pouco toda a África (Delgado, 2009; Dias, 2010) e a edificação do SNS foi condicionada pelas dificuldades que caracterizavam o país. Na saúde a carência fazia-se sentir em todos os níveis, havia falta de profissionais e técnicos de saúde, falta de infraestruturas de saúde em todas as ilhas, falta de recursos financeiros e materiais (Delgado, 2009; Gomes, 2006), existindo apenas 13 médicos, 140 enfermeiros e alguns agentes sanitários ligados à luta contra o paludismo no Arquipélago (Gomes, 2006). A falta de recursos humanos foi atenuada pouco tempo depois da independência com a chegada de alguns médicos e técnicos de saúde provenientes da cooperação internacional e com a chegada de médicos cabo-verdianos que se encontravam no exterior em formação (Delgado, 2009).

A construção do SNS foi seguida pelos princípios determinados na Constituição da República de 1980 que no artigo 14º proclamava que “a saúde pública tem por objetivo promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio socio-ecológico em que vivem. Ela deve orientar-se para a prevenção e visar a socialização progressiva da medicina e dos sectores médico-medicamentosos” e no artigo 42º reconhece que “todo o cidadão tem direito à proteção da saúde e o dever de a promover e defender”. Esta preocupação com a saúde dos cabo-verdianos, patente na Constituição da República, ia ao encontro das políticas sociais dos nacionalistas da época para melhorar a saúde da população e “combater os sofrimentos e as mortandades a que o povo de cabo Verde esteve sujeito num passado recente” (Delgado, 2009:125), nomeadamente a fome que assolou as ilhas nos anos 40 e ceifou a vida de milhares de cabo-verdianos perante o olhar passivo do governo colonial.

O serviço de saúde desse período caracterizava-se por ser estatal e gratuito tal como defendia o governo socialista do PAICG, proibindo qualquer serviço privado de saúde, como forma de “garantir a socialização dos cuidados e a equidade no acesso aos serviços de saúde e contrabalançar as desigualdades regionais e sociais decorrentes dos fatores naturais desfavoráveis e contextuais” do país (Delgado, 2009:130). Contudo, o princípio da gratuitidade dos serviços de saúde em Cabo Verde, em 1988, sofreu uma redução por parte do governo devido à escassez dos recursos financeiros, e a conjuntura internacional dos anos 80, levando a população a co-financiar parte dos serviços prestados (Delgado, 2009). No entanto, a partir de 1984, o Instituto de Seguros e Previdência Social passou anualmente a atribuir um subsídio ao setor da saúde aumentando, dessa forma, os recursos do Ministério da Saúde (Gomes, 2006). Para promover a coesão territorial e garantir a mesma igualdade de acessos a saúde à população, foram construídos vários centros de saúde e postos sanitários pelas diferentes ilhas durante os 15 anos do regime do partido único.

A terceira fase da organização dos serviços de saúde decorreu após o fim do regime de partido único em 1990. A mudança do regime trouxe uma nova organização ao sistema de saúde (Delgado, 2009). As reformas verificadas nesta época iam ao encontro da nova constituição da República, que reitera que o estado cabo-verdiano deve assegurar e promover o acesso à saúde a todos os cidadãos independentemente da sua condição económica e ainda incumbe ao Estado assegurar o funcionamento de um sistema nacional de saúde, assegurar a existência de cuidados de saúde pública aos cidadãos e apoiar e incentivar iniciativas privadas na prestação de cuidados de saúde preventiva, curativa e de reabilitação à população (Constituição da República).

Após 1991, Cabo Verde adotou o modelo de saúde inspirado no modelo Sistema Nacional de Saúde ou Beveridge que se caracteriza por ser um sistema financiado pelos impostos, universal a todos os cidadãos, de gestão pública. Ireneu Gomes refere que este “vinha sendo periodicamente objeto de contestações pontuais (...)” desde o final dos anos 80, por isso era necessário debater a questão do SNS, um debate que envolveu toda a população, profissionais de saúde, empresas públicas e privadas, políticos, cooperativas, sindicatos, igrejas e organismos da sociedade civil (Gomes, 2006:88).

O debate gerado em torno do SNS levou o Ministério da Saúde a elaborar um documento oficial sob o lema Política Nacional de Saúde. Esta política elaborada pelo

MS fazia o diagnóstico sobre o estado da saúde do País, explicitava os feitos conseguidos até aos anos 90, os pontos fortes e fracos do sistema e apresentava ainda dois modelos de serviços de saúde para o arquipélago, o sistema misto que era defendido pela maioria dos governantes e o sistema público estatal (Gomes, 2006). O sistema misto permitiria a liberalização do sistema de saúde ao setor privado a par do sistema público, no entanto criava desigualdades de acesso ao setor da saúde entre a população dos centros urbanos e rurais. Por outro lado, o sistema público continuaria a preservar os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade aos cidadãos e, por estar sob a égide do Estado, permitiria que os recursos destinados à saúde fossem distribuídos de acordo com às necessidades da população (Gomes, 2006). Após os debates realizados por todo o país “constatou-se que cerca de 80% dos centros urbanos e a esmagadora maioria dos participantes no debate, no meio rural, decidiram que o Sistema de Saúde mais adequado para Cabo Verde seria o Sistema Público Estatal” (Gomes, 2006:92).

A saúde dos cabo-verdianos, desde a independência, em 1975, até à atualidade, melhorou consideravelmente. Em 2007, Basílio Mosso Ramos, ministro do Estado e da Saúde referia que “ o Serviço Nacional de Saúde de Cabo Verde conseguiu avanços significativos nos 30 anos de independência do País, tendo cumprido a sua missão de promover o bem-estar físico, mental e social das populações e garantir cuidados de saúde a todo o cabo-verdiano” e a melhoria nos indicadores de saúde colocou “Cabo Verde numa posição invejável na nossa sub-região e contribuindo para a nossa graduação a país de desenvolvimento médio”.

A independência de Cabo Verde ocorreu três anos antes da Declaração de Alma-Ata, onde os líderes políticos reunidos naquela cidade enfatizaram que os Cuidados Primários de Saúde são fundamentais para o desenvolvimento social, económico e para garantir a equidade social entre os países (OMS & UNICEF, 1978) tendo em vista atingir o objetivo “Saúde para Todos” no ano 2000. De modo a cumprir as orientações da OMS, os planos de saúde implementados, no setor da saúde, a partir dos anos 80, em Cabo Verde, foram baseados na DAA, do qual foram tomadas muitas iniciativas que visassem aplicar os princípios de Alma-Ata embora sem “ter havido suficiente planificação, coordenação, controle e avaliação” (Delgado, 2009:129) das iniciativas levadas a cabo pelos responsáveis de saúde, por isso em 1984 foi criada o Gabinete de

Coordenação de Saúde Pública que permitiu uma melhoria na implementação dos cuidados primários de saúde à população (Delgado, 2009).

A subscrição aos cuidados Primários de Saúde por parte de Cabo Verde, foi baseada nos princípios que o Estado deve garantir aos cidadãos um conjunto de cuidados fundamentais que garantam a saúde, através de meios preventivos, promocionais e de recuperação baseados no acesso a serviços de saúde de qualidade (PNS, 2007). Por isso, entre 1980-1990 os serviços de saúde do arquipélago desempenharam um papel ativo e debruçaram-se sobre vários campos da saúde entre as quais “saúde materno-infantil, imunização, controle das doenças endémicas, abastecimento de medicamentos essenciais. Outras intervenções se deram nos domínios de educação para a saúde, nutrição, água e saneamento do meio ambiente” (Delgado, 2009:140), tendo em vista o desenvolvimento do país e garantir a justiça social e as desigualdades sociais (MS, 2007).

A Política Nacional de Saúde salienta que “o SNS cresceu ao longo dos anos pós-independência, para atingir um patamar de qualidade e assegurar a disponibilidade de cuidados de saúde para todos, incluindo o acesso aos medicamentos essenciais e a prestação de cuidados gratuitos para grupos específicos, nomeadamente mães, crianças e doentes crónicos” contudo apesar desses feitos enfrenta muitos desafios para garantir a sua sustentabilidade e continuidade como poucos recursos financeiros, humanos e de equipamentos, descontinuidade territorial, fraca coordenação e cooperação no setor da saúde e incertezas na garantia do sustentabilidade financeira do SNS por causa da insuficiência dos recursos e da pouca contribuição dos utentes.

Capítulo IV- A Evacuação de Doentes de Cabo Verde

Este capítulo tem como objetivo identificar e analisar o percurso seguido pelos doentes evacuados de Cabo Verde. Através da identificação dos problemas que enfrentam em Portugal. Visa também, apresentar e analisar o papel das associações de solidariedade no processo da evacuação.

O Acordo de Cooperação em Saúde entre Cabo Verde e Portugal foi assinado em 1976 um ano após a independência do arquipélago. O acordo permite a Cabo Verde evacuar até máximo de 25 doentes por mês para serem tratados nos hospitais portugueses. Este acordo permite ao país proporcionar tratamento médico especializado aos doentes, pois internamente possui muitas limitações e não consegue dar resposta a certos casos e a certas patologias.

4.1- O Acordo de Cooperação em Saúde Cabo Verde-Portugal

Cabo Verde após a independência possuía todas as características para ser considerado pela comunidade internacional como um país inviável e condenado ao fracasso. O Arquipélago era conhecido pelo clima agreste caracterizado pela irregularidade de precipitação, escassez de água potável, elevadas taxas de pobreza e analfabetismo, falta de recursos naturais, de recursos financeiros, falta de recursos humanos qualificados e de infraestruturas essenciais para alavancar o desenvolvimento socioeconómico de um país recém-independente. Graças à ajuda da cooperação internacional foi possível edificar o país, apesar de ainda possuir muitas carências, permitindo melhorar de forma significativa a vida dos cabo-verdianos.

Na saúde, assim como noutros setores, existiam carências em todos os níveis desde médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde à inexistência de infraestruturas existindo em todo o arquipélago apenas dois hospitais (na ilha de Santiago e São Vicente) num país constituído por 10 ilhas. Todos estes fatores levaram o país a firmar acordos de saúde com outros países, dos quais a antiga metrópole Portugal, para responder às necessidades da população, nomeadamente no tratamento de doenças que não tinham e ainda não têm resposta nas ilhas como as doenças oncológicas, urologia, cardiologia, nefrologia, ortopedia e realização de radioterapia, quimioterapia e hemodiálise.

Os acordos de Cooperação no domínio da saúde entre Portugal e as suas antigas colónias em África, atuais PALOP, foram assinados após as independências, no âmbito da Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) portuguesa. O acordo entre Portugal e Cabo Verde, foi assinado a 4 de novembro de 1976, pelos Governos de ambos os países, e, legislado pelo Decreto n.º 24/77, de 3 de Março de 1977. Este acordo decretava que Portugal recebesse do Estado Cabo-Verdiano até um máximo de 15 doentes por mês, o que totalizava 180 doentes por ano.

O segundo acordo de Cooperação no Domínio da Saúde entre Cabo Verde e Portugal foi assinado a 20 de novembro de 1979, e regulamentado pelo Decreto-lei n.º 129/80, de 18 de Novembro de 1980. Este acordo, tal como o primeiro, foi assinado, pelos respetivos Governos e o Estado Português comprometeu-se a aumentar o número de doentes recebidos por mês, em Portugal, e consequentemente por ano. Este novo acordo prevê que, mensalmente, o Estado Português possa receber da sua congénere cabo-verdiana um total de 25 doentes para serem tratados nos hospitais públicos portugueses, o que anualmente equivale a 300 doentes.

4.1.1- Direitos e Deveres dos países

O acordo assinado entre os dois países prevê o cumprimento, por ambas as partes, de um conjunto de obrigações. Ao Estado de Cabo Verde compete a responsabilidade de assegurar o despoletar do processo junto da junta médica existente no país, asseverar o pagamento das despesas inerentes ao transporte dos doentes evacuados de e para Cabo Verde. É também da sua responsabilidade assegurar o alojamento dos doentes quando não fiquem internados nos hospitais, quando recebem alta hospitalar e quando terminam os tratamentos médicos (DGS, 2018). Além disso, fica ao cuidado de CV o pagamento dos medicamentos e, quando necessário, o pagamento ou fornecimento de próteses médicas. Em caso de óbito cabe ao arquipélago de Cabo Verde garantir o pagamento do funeral ou a transladação do corpo para o país (DGS, 2018). O Estado Cabo-Verdiano, através da embaixada em Lisboa, deve ainda informar com antecedência mínima de 24 horas o seu homólogo português sobre a vinda dos doentes. Nessa informação deve constar a data e hora de chegada do doente e o local onde este vai permanecer. O doente deve fazer-se acompanhar por um relatório clínico sobre o estado da sua doença emitido pelas entidades cabo-verdianas (DGS, 2018).

O acordo estabelece que Portugal deve acolher os doentes, provenientes de Cabo Verde, nos seus estabelecimentos hospitalares, prestando assistência médica hospitalar que passa pelo internamento, prestação de consultas e realização de exames. É ainda da responsabilidade portuguesa assegurar, quando necessário, o transporte do doente em ambulância do aeroporto até ao hospital. O Estado português compromete-se também a disponibilizar meios de diagnóstico e de terapêutica aos doentes nos estabelecimentos hospitalares (DGS, 2018) ficando todos os encargos realizados com os doentes a cargo de Portugal. Além do tratamento médico prestado aos cidadãos cabo-verdianos, o acordo de cooperação com Cabo Verde prevê ainda que os estabelecimentos de saúde portugueses possam receber técnicos de saúde de Cabo Verde, como os médicos, enfermeiros e outros, tendo em vista a fornecer formação de modo a aumentar as suas competências neste domínio. O acordo prevê também a criação de cursos intensivos para técnicos de saúde que podem ser administrados tanto em CV como em Portugal (DGS, 2018).

4.1.2- Direitos e Obrigações do Doente

À semelhança dos deveres e dos direitos dos países os doentes também possuem direitos e estão sujeitos ao cumprimento de algumas obrigações. É da responsabilidade do doente informar, no prazo de 48 horas, a embaixada da sua chegada a Portugal, cumprir as datas estabelecidas para as consultas, entregar o relatório médico, trimestralmente, ao Serviço de Doentes Evacuados (SDE) da Embaixada que posteriormente se encarrega de o enviar ao Ministério da Saúde de Cabo Verde. Cabe, também, ao doente manter a sua situação regularizada em Portugal, isto é, manter o visto de residência válido; cumprir todos os despachos da junta médica e do ministério da saúde; e ainda comunicar à embaixada e ao SDE sobre qualquer alteração de morada ou do contacto telefónico. Além das obrigações, os doentes também possuem direitos que devem ser garantidos pelo Estado cabo-verdiano. É um direito do doente ter assistência e tratamento médico nos estabelecimentos hospitalares portugueses previamente referenciados pela DGS de Portugal. Os doentes têm, igualmente, direito a um subsídio, aos medicamentos, acompanhamento pela embaixada e a alojamento (EMBCV, 2018).

4.1.3- Entidades Envolvidas no Processo de Evacuação de Doentes

O processo de evacuação de doentes constitui procedimento complexo, demorado e em algumas situações muito burocrático envolvendo várias entidades tanto do país do doente como do país de acolhimento.

As entidades envolvidas em Cabo Verde:

- Médico assistente- Em Cabo Verde o processo de evacuação de doentes tem início no médico assistente que é a pessoa que desencadeia todo o procedimento para evacuar o doente. O médico propõe a ida do doente à Junta médica caso não exista tratamento para este em CV;
- A Junta Médica- É a entidade responsável que em reuniões previamente programadas, avalia a situação clínica do doente e posteriormente decide sobre a necessidade de evacuar ou não evacuar o doente para o exterior;
- Ministro da Saúde- É a esta figura diplomática que cabe a decisão final sobre o processo do doente, é ele que aprova o parecer da Junta Médica;
- Existem várias outras entidades nacionais envolvidas, neste processo, nomeadamente o Ministério da Saúde (MS); o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS); a pedido de visto, para o doente, à embaixada de Portugal em CV, pela marcação Direção Geral da Solidariedade Social (DGSS); o Banco de Cabo Verde (BCV) e o Banco Comercial do Atlântico (BCA). Estas entidades são responsáveis pela viagem e a compra do respetivo bilhete, por informar a embaixada de CV em Lisboa sobre a vinda do doente e fornecer auxílio noutras diligências que dizem respeito ao processo e ainda são responsáveis pela transferência de verbas que cobrem as despesas dos doentes e dos seus familiares em Portugal (EMBCV, 2018).

Tal como em Cabo Verde, em Portugal existem muitas entidades envolvidas neste processo, de modo a conseguir dar resposta aos doentes quando chegam ao país e de forma a cumprir o acordo assinado com o arquipélago de CV.

As entidades portuguesas envolvidas no processo:

- O Camões – Instituto da Cooperação e da Língua (antigo Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento - IPAD) - É a entidade responsável pelo supervisionamento e financiamento da Cooperação Portuguesa e da Ajuda Pública ao Desenvolvimento Portuguesa. O doente evacuado vem ao abrigo dos acordos assinados no âmbito da Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) portuguesa;

- A Direção Geral da Saúde (DGS) - Entidade responsável pela orientação, avaliação e coordenação dos processos de evacuação de doentes através do gabinete da Direção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde;
- Os serviços consulares e a embaixada de Portugal na Cidade da Praia- São os responsáveis pela emissão dos vistos;
- Os hospitais públicos- São as entidades para onde são encaminhados os doentes;
- O Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) - É a tutela que centraliza e analisa os pedidos de vistos das embaixadas e dos serviços consulares e é, também, a entidade responsável pela atribuição final dos vistos (DGS, 2018).

4.1.4- Tipos de Evacuação

Existem dois tipos de evacuação, a evacuação de carácter urgente e a evacuação com a consulta marcada. Os procedimentos para o envio dos doentes para ambas as evacuações dão similares, todavia, no caso da evacuação urgente o Ministério da Saúde de Cabo Verde encaminha para a Embaixada do país em Lisboa todo o processo do doente, via fax, solicitando uma autorização à DGS portuguesa para poder enviar o doente para Portugal.

A Evacuação com consulta marcada é mais morosa, uma vez que, exige o envolvimento de várias instituições. À semelhança da primeira evacuação, o MS de CV envia todo o processo do doente à EMBCV em Lisboa solicitando a DGS a marcação da consulta. Após a marcação da consulta a DGS comunica a embaixada a data e o hospital onde foi marcada a consulta, posteriormente a embaixada envia toda a informação ao MS de Cabo Verde.

Posteriormente o MS informa as outras entidades envolvidas no processo responsáveis pelo pedido de visto, pela marcação da viagem e a compra do respetivo bilhete, por informar a embaixada de CV em Lisboa da viagem do doente (EMBCV, 2018).

4.2-A Associação Girassol Solidário

A Girassol Solidário é uma associação fundada em 2007, sem fins lucrativos, que tem como objetivo apoiar cidadãos oriundos de Cabo Verde em tratamento em Portugal, evacuados, através do Acordo Bilateral na área da Saúde. A Associação presta apoio humanitário, apoio psicossocial e realiza mediação intercultural, aos Doentes Evacuados de Cabo Verde em solo português. Norteadas por princípios que se regem por uma filosofia de proximidade e melhoramento das suas respostas, sempre numa perspetiva de respeito pela dignidade da pessoa humana tendo em vista minimizar e atenuar as dificuldades sentidas por estes cidadãos durante o processo de evacuação e durante os tratamentos.

A Girassol surgiu através da iniciativa de Teresa de Noronha que conheceu alguns doentes evacuados no IPO e procurou saber mais sobre as suas condições conheceu uma das pensões que alojam os doentes, refere que ficou “(...) horrorizada quando entrei na pensão 25 de Abril, (...) eu não tinha ideia nenhuma que houvesse doentes que estivessem naquelas condições, os quartos péssimos a primeira coisa que vi foi uma barata a subir por uma parede, o próprio chão não era de mosaico era de madeira havia traves, uma humidade. Achei aquilo uma coisa sub-humana, falei com eles, eles apresentaram-me mais uma doente oncológica e outra doente de hemodiálise, fiquei logo a conhecer aquele grupinho, fui para o meu trabalho e logo nesse dia mandei mails para toda a gente que conhecia, gente que estava comigo na caminhada associativa a qual eu já tinha muita experiência, colegas de trabalho, familiares, disse “temos que fazer alguma coisa”. Todavia fundar uma associação de raiz foi uma tarefa árdua, pois conforme refere a fundadora da AGS “como que se consegue manter uma associação, manter uma porta aberta, uma associação com técnicos e sem dinheiro?” (IP1).

A Girassol Solidário, de acordo com Peter Mendes o atual presidente da AGS “é um complemento àquilo que está omissa no protocolo celebrado entre PT e CV, ou seja, a parte social, porque a Embaixada, nesse caso o Estado de CV tem as suas responsabilidades mas existe a outra parte que está a descoberto, que é a parte social então a Associação entra como um complemento, digamos assim, apesar de que temos a consciência do que é-nos impossível conseguir cobrir tudo aquilo que é necessário, tentamos fazer aquilo que nos é possível” (IP2). A Associação, tem procurado melhorar a vida dos doentes em tratamento em Portugal através de três eixos principais de atuação: pelos gabinetes de Acolhimento e Acompanhamento; pelo eixo da Formação

/Integração que se refletem no atendimento personalizado aos doentes nomeadamente no acompanhamento presencial, sempre que necessário, as consultas, idas ao SEF; e através do apoio com os alojamentos. A Associação procura integrar os doentes através do apoio humanitário e psicossocial, que incide sobre a satisfação das suas necessidades básicas, prestados pelos vários organismos que colaboram com a Girassol Solidário que contribuem para alojamento, fornecimento de alimentos e vestuário. A integração dos doentes em Portugal é feita também através da mediação intercultural aos doentes que contribui para uma maior adaptação, melhorar a comunicação, e o desenvolvimento pessoal e relacional que terão influência direta no sucesso do tratamento.

A Associação, ao longo destes 10 anos, tem procurado estabelecer uma relação de confiança e proximidade entre todos os intervenientes no processo de modo a promover uma melhor integração dos doentes e aproveitamento dos recursos existentes. A Girassol Solidário, tal como, muitas outras associações do terceiro setor enfrentam muitos desafios para o futuro, o presidente da associação refere que o maior desafio da GS “será sempre conseguir recursos, ou seja, recursos humanos e recursos financeiros e só assim conseguiremos dar continuidade ao nosso trabalho e melhorar as respostas porque quando se consegue melhorar internamente quem terá a ganhar com isso será sempre os utentes” (IP2), ou seja, o desafio maior prende-se com garantir a sustentabilidade da Girassol.

Em 2012 a Girassol Solidário, foi reconhecida pelo Alto Comissariado para as Migrações (ACM) como uma Associação representativa de imigrantes e seus descendentes de âmbito local. O reconhecimento desse estatuto permitiu a Associação obter financiamentos através da submissão de alguns projetos que foram posteriormente aprovados designadamente:

- “Nôs Apoia” de Janeiro-Dezembro de 2013- no âmbito do PAAI (Programa de Apoio ao Associativismo Imigrante), promovido pelo ACM, através de fundos do POPH – Programa Operacional Potencial Humano no âmbito do QREN – Quadro de Referência Estratégico Nacional;
- “Nôs Apoia” de Janeiro-Dezembro de 2014, uma continuação do projeto anterior, todavia promovido conjuntamente pelo Governo de Portugal e pelo ACM, e cofinanciado pelo Fundo Europeu para Integração de Nacionais de Países Terceiros (FEINPT).

- “Djunto, no ta prendi fazi” de Novembro – Outubro de 2014- Programa Cidadania Ativa, promovido pela Fundação Calouste Gulbenkian e cofinanciado pelo Mecanismo Financeiro do Espaço Económico Europeu (EEGrants) que visava capacitar os voluntários, alguns doentes e acompanhantes que mostraram interesse em adquirir ferramentas e cuja condição clínica assim o permitiu. Os cursos de capacitação foram ministrados em três fases: Formação para a Saúde, dada pela ONG Saúde em Português, sobre as patologias clínicas que motivam maior número de evacuações para Portugal nomeadamente doenças oncológicas, renais, cardiopatias e hidrocefalias; Intervenção no Terreno, ministrada pelos técnicos da Girassol, que os informou e capacitou nas principais áreas de atuação da associação e “Expressão da Cidadania”, que recorrendo a técnicas artísticas (dança, teatro, artes plásticas), a vivência das metodologias dos outros anteriores.
- Entre Outubro e Dezembro de 2017 a Girassol Solidário assinou um protocolo de parceria com Departamento de Direitos Sociais da Câmara Municipal de Lisboa, para a implementação do Plano Municipal para a Integração de Imigrantes de Lisboa, cofinanciado pelo FAMI (Fundo Asilo Migração e Integração

Em 2016, a associação submeteu uma candidatura ao Fundo de Emergência Social, da Câmara Municipal de Lisboa, que tem como principal objetivo dar continuidade e garantir a sustentabilidade ao Gabinete de Acompanhamento cuja atividade, desde junho de 2015, tem vindo a ser executado exclusivamente por voluntários. Para dar resposta às necessidades dos cidadãos que apoia, a associação possui várias parcerias com diversos parceiros (ver anexo 1).

4.2.1- O Projeto “Nós Apoia”

O projeto “Nós Apoia” constituiu um dos principais projetos do Girassol Solidário. O “Nós Apoia” visa prestar apoio humanitário, apoio psicossocial e mediação cultural aos doentes evacuados em tratamento em Portugal, um papel desempenhado pelo Girassol Solidário, que cabia as autoridades competentes, porém, negligenciado por estas, essencial para o sucesso dos tratamentos que motivam a vinda destes cidadãos a Portugal. Este projeto é suportado por dois gabinetes: o Gabinete “Nós Acolhe” e o

Gabinete “Nós Acompanha” que prestaram apoio continuado ao longo dos 18 meses em que o projeto esteve em vigor.

O Gabinete “Nós Acolhe” é o gabinete que, como o próprio nome indica, acolhe os doentes. Este gabinete é responsável por receber os doentes recém-chegados à associação, distribuição e fornecimento de bens de primeira necessidade como vestuário, bens alimentares e produtos de higiene, atendimento presencial na sede onde presta esclarecimentos sobre os direitos e deveres no cumprimento dos trâmites legais junto ao SEF, Centros de Saúde, Segurança Social ou junto das Finanças. O “Nós Acolhe” é ainda, responsável pelo encaminhamento das crianças em idade escolar para os estabelecimentos de ensino para darem seguimento aos estudos e também dos jovens /adultos que queiram frequentar alguma formação. O gabinete está incumbido de visitar os alojamentos da Associação onde faz o levantamento das necessidades e a evolução da situação clínica e psicossocial dos doentes. Por fim, o “Nós Acolhe” acompanha os doentes ao aeroporto aquando do seu regresso a Cabo Verde.

O Gabinete “Nós Acompanha” é o gabinete que acompanha o doente e desenvolve um leque alargado de ações que permitem a sua intervenção junto das autoridades competentes como a embaixada e os profissionais de saúde que favorecem para a integração do doente e a otimização dos tratamentos. O “Nós Acompanha” é responsável pelo atendimento presencial na sede da Associação onde presta apoio e esclarecimentos sobre os procedimentos relativos aos tratamentos, procede a avaliação emocional dos pacientes e disponibiliza apoio psicológico, tal como o Gabinete “Nós Acolhe”, este também realiza intervenção nos locais de alojamento onde procede à atualização da evolução clínica, bem como o reforço e a continuidade do apoio prestado na sede. Este Gabinete procede à mediação junto do Serviço de Doentes Evacuados da Embaixada de Cabo Verde e junto de outras instituições parceiras da Associação. Finalmente realiza mediação e acompanhamento presencial a consultas, tratamentos, exames e a episódios de urgência principalmente aos doentes com maiores dificuldades de expressão/compreensão do português e com baixo nível de literacia ou analfabetismo, e é o gabinete que acompanha e realiza visitas a doentes internados.

4.2.2- Resultados do Projeto “Nôs Apoia”

O projeto “Nôs Apoia”, aplicado entre janeiro de 2014 e junho de 2015, teve resultados bastantes positivos, tendo em conta que todas as metas traçadas e delineadas pela Associação foram alcançadas. Contudo é de referir que “o seu impactante sucesso junto dos beneficiários foi conseguido a custo de um enorme esforço por parte da Associação e dos Recursos Humanos a ele afetos, para a superação de vicissitudes que, totalmente alheias à execução do projeto no terreno, colocaram em risco em diversos momentos a sua prossecução e, em alguma medida, a própria continuidade da Associação” (Relatório de Avaliação do projeto Nôs Apoia).

Mensalmente o “Nôs Apoia” prestou apoio, em média, a 116 utentes distribuídos pelos dois gabinetes de apoio da Associação, atendendo ao longo dos 18 meses de execução do projeto 332 pessoas, dos quais, 195 eram novos utentes, maioritariamente com idades compreendidas entre os 18-39 anos (129).

Relativamente aos Gabinetes, o Gabinete “Nôs Acolhe” realizou 4277 Atendimentos na Sede, procedeu a inscrição de 195 novos utentes, 626 esclarecimentos na sede, 2737 Distribuições Alimentares, 424 Distribuições de Roupa, 227 Distribuições de Produtos de Higiene e 68 Acompanhamentos ao Aeroporto. De referir ainda que, foram realizadas 2263 visitas aos alojamentos de modo a garantir a interação entre os utentes e a Associação e 1019 articulações com outras instituições que apoiam e colaboram com o Girassol Solidário.

O Gabinete “Nôs Acompanha” registou 997 Atendimentos na Sede que se dividiram em esclarecimentos, apoio psicológico/clínico aos utentes; verificou-se também 2515 Acompanhamentos no Terreno dos quais 1039 acompanhamentos presenciais às consultas, tratamentos e acompanhamentos a realização de exames, às urgências e ainda foram realizadas 592 visitas aos doentes que encontravam internados. Tal como o Gabinete “Nôs Acolhe”, o Gabinete “Nôs Acompanha” também manteve contactos com outras instituições parceiras do Girassol Solidário que se traduziram em 1051 articulações.

4.3- Análise dos dados

A análise dos dados obtidos através das entrevistas servirá para responder às perguntas de partida delineadas na definição do tema. Tendo em conta a amostragem, no decorrer das entrevistas foi possível chegar a algumas conclusões: A maioria dos doentes é proveniente da Ilha de Santiago (5) e de S. Vicente (3) respetivamente as duas principais ilhas em termos populacionais e portadoras dos dois maiores hospitais do Arquipélago. Todos os doentes entrevistados foram evacuados por padecerem de patologias crónicas sobretudo insuficiência renal (3), insuficiência cardíaca (1). De salientar que não foi possível identificar todas as patologias uma vez que os doentes não conseguem identificar com exatidão o nome da doença de que são portadoras identificando-os com os nomes comuns: “Doença crónica no sangue” E1; “Doença Pancreática” E2; “Doença pulmonar” E6; “Problema nas Ancas” E8.

O tempo de espera para ser evacuado é muito variável não existindo um padrão, varia entre duas semanas e 2 anos explicados por diversas razões nomeadamente a urgência dos casos, por razões geográficas, tentativa de diagnóstico da doença em Cabo Verde, de ressaltar que há doentes que não tem noção de quanto tempo demorou o processo para ser evacuado.

Ao longo das entrevistas foi possível constatar que existe uma grande discrepância no tempo de permanência em Portugal. Há doentes que se encontram em Portugal há mais de 5 anos, contudo, a maioria dos entrevistados (4) está em Portugal a cerca de 1 ano. O tempo médio de evacuação para todos os entrevistados é 3 anos. Todavia, é importante destacar que os doentes com insuficiência renal são os com maior tempo de permanência em Portugal. Por outro lado, verifica-se que possuem uma vontade enorme de regressar ao país:

“Quero ir para a minha terra, se não fosse esta doença eu não estaria cá” (E3).

“Se fosse por mim, eu não estaria cá, eu tenho filhos em CV que precisam de mim (...) estou cá por causa do meu filho, tenho uma missão e vou cumpri-la primeiro e só depois regressarei a CV. Ninguém está cá porque quer” (E6).

“Eu preferia que houvesse tratamentos em CV preferia estar na minha terra” (E7).

Foi possível constatar que aquando da chegada a Portugal, os doentes, são recebidos pelos funcionários da embaixada, que vão buscá-los ao aeroporto e depois conduzi-los ao hospital, ou para a pensão. De salientar que, alguns foram recebidos e acolhidos pelos familiares numa primeira fase e posteriormente decidiram ir viver para a pensão.

Para identificar quais os principais problemas que enfrentam em Portugal foi colocada a seguinte pergunta: “Desde que chegou a Portugal passou por alguma dificuldade? Se sim, descreva-me que tipo de dificuldades”. As respostas foram unânimes, os entrevistados apontaram várias dificuldades que passam essencialmente, pela língua, pelas condições encontradas na pensão, pelo fraco ou inexistente acompanhamento da embaixada, o pouco valor do subsídio atribuído pela embaixada, falta de informação e o pelo lento processo para regularização da situação no país.

“Cheguei, não encontrei cama, a cama não tinha condições, o colchão tinha buracos, o estrado não estava bom e com o meu problema renal era difícil dormir naquela cama, os lençóis eram péssimos, não havia roupeiros para guardarmos as coisas, não havia pratos. Lá em CV dizem que cá temos tudo, mas quando chegamos não temos nada (...)” (E3).

“A única coisa que me correu bem em Portugal foi a minha saúde, sinto-me melhor, operei e sinto-me a cada dia melhor Deus queira que continue assim. Mas do resto não correu nada bem (...) muitas vezes os médicos falam connosco e não entendemos bem porque o português sabemos que em CV temos muitas dificuldades para expressar nessas situações só temos a Girassol Solidária que nos acompanha” (E4).

“Graças a Deus não passei por dificuldades extremas, passo sim (...) [mas] se não forem os teus familiares a te desenrascar passas por momentos complicados. Eles não nos preparam em CV para as situações destas, dizem que aqui tem tudo, mas quando chegas não é nada daquilo que dizem” (E5).

“Eu até agora passo por dificuldades (...) a primeira pensão onde estive estava cheio de baratas, cheio de ratos e sujidade lá via-se tudo (...) o subsídio não dá para nada (...) Eu tenho o visto por renovar já por duas vezes. A primeira vez não tinha o relatório médico a segunda vez não sabia que tinha que pedir um documento na embaixada e fiquei sem renovar” (E6).

De salientar que, há 3 entrevistados que referiram que pessoalmente não têm tido grandes dificuldades, todavia, fazem referência ao subsídio atribuído pela embaixada:

“Não chega, não chega. Se não fossem as ajudas dos meus irmãos que tenho em França não ia a lado nenhum” (E2).

“Temos que viver mês a mês se formos a ver não dá para nada” (E8).

As dificuldades financeiras enfrentadas pelos doentes prende-se com o facto, de antes de janeiro de 2018 os doentes só receberem 3 meses após a sua chegada e apenas 20 dias. A maioria dos doentes, antes de janeiro, auferia entre 40€ e os 89€ mensais de subsídio. Teresa de Noronha destaca que o paradigma dos doentes evacuados em Portugal mudou de forma significativa com a vinda do novo embaixador “com a vinda deste novo embaixador, o embaixador Enrico Monteiro, as coisas mudaram de uma forma muito rápida, e muito evidente e muito pragmática. O embaixador Eurico Monteiro é uma pessoa que veio mesmo com a intenção de mudar, tem ao seu lado uma pessoa incontornável que é a esposa. É uma mulher de causas, já em CV ela era e aqui é uma pessoa que acompanha de muito perto a comunidade (...). Neste momento, os doentes recebem 30 dias e não 20 e recebem ao fim de 1 mês e não ao fim dos 3 meses. O paradigma do alojamento mudou completamente a partir da intenção do Sr. Embaixador” (IP1).

Atualmente os doentes recebem mais e em menos tempo. Estas mudanças devem-se à pressão da opinião pública, em Cabo Verde e na diáspora devido, ao fecho da Pensão Madeira que pôs em evidência a situação de vulnerabilidade dos doentes evacuados em Portugal. Teresa de Noronha salienta “os doentes, quando eu comecei a Girassol Solidário, passavam muitíssimo mal principalmente os doentes da promoção social,” os doentes da promoção social, são os cidadãos do sistema não contributivo e são “esses que nós focávamos”. Por outro lado, refere “que isto tem que ser dito, porque é muito claro, há doentes que não queriam sair das pensões e nós próprios tivemos essa experiência com uma pessoa a quem nós oferecemos lugar numa das casas com todas as condições e recusou”, e recusou “por uma coisa muito simples, porque as pensões não são controladas, as pessoas bebem descontroladamente, levam os namorados, as namoradas, fazem uma vida, até as 3/4 da manhã, há barulho, há gritaria, e nas casas há um caderno, há um protocolo e as pessoas quando entram é-lhes lido todo aquele

conjunto de regras e assinam em como se comprometem, portanto isso também é uma realidade, há também essa faceta que é real” (IP1).

O presidente da AGS refere que, as maiores dificuldades dos doentes “que nós consideramos mais pertinentes têm a ver com a língua, a adaptação por vezes há pessoas que não conseguem adaptar e a questão financeira” (IP2).

Todos os entrevistados recebem o subsídio mensal atribuído pela embaixada em valores que variam entre os 89 € e os 142€. Foi possível, também, constatar que a maioria destes contam com apoio de familiares e de amigos para garantir a subsistência em Portugal.

“Eles [embaixada] demoram para pagar, pagam quando querem, falam mal com as pessoas” (E2).

“(...) Quando não nos pagam, nem dinheiro para o passe temos e acabamos por perder uma consulta (...) nessas situações só temos a Girassol Solidária (...)” (E4).

Todos os entrevistados referem que não há um acompanhamento por parte da embaixada. Vários entrevistados que utilizam a palavra “injúria” para descrever a forma como são tratados por alguns funcionários quando vão a embaixada. É unânime o sentimento, dos entrevistados, quando afirmam que a embaixada não tem capacidade para dar resposta às necessidades dos doentes e que deviam adotar outra metodologia de apoio aos doentes.

“Se quisermos ver alguém da Embaixada temos que nos deslocar até lá (...) cada vez que lá vamos é uma pessoa nova que nos atende, nós os doentes da hemodiálise devíamos ter um funcionário a acompanhar-nos (...) trazem-nos para Portugal e deixam-nos como um porco ou um cão. Se pudermos voltar para CV voltamos e se não pudermos somos enterrados no cemitério do Benfica eles não assumem as responsabilidades, uma pessoa está cá há 5 anos e não vê [alguém] a embaixada” (E3).

“Houve um funcionário da embaixada que me disse “abre os olhos porque hoje é o único dia que te venho buscar ao hospital” porque eles não têm tempo para ficarem a ir buscar e a levar os doentes” (E4).

“Não sabemos e não conhecemos nada e temos que nos fazer pela vida. Eu acho que quando chegamos a Portugal eles deviam ajudar-nos porque não sabemos como ir a um lugar (...) Eles deviam ter uma pessoa ou um gabinete para ajudar nestas situações”. (E6).

Alguns dos entrevistados acreditam que o Ministério da Saúde de Cabo Verde, não têm conhecimento das situações referidas acima.

4.4- A importância e o papel da Associação Girassol Solidário na vida dos doentes

A Girassol Solidária é a única associação de apoio aos doentes cabo-verdianos evacuados em Portugal. O presidente Peter Mendes refere que “o trabalho da Associação é um complemento àquilo que está omissa no protocolo celebrado entre PT e CV, ou seja, a parte social, porque a Embaixada nesse caso o Estado de CV tem as suas responsabilidades mas existe a outra parte que está a descoberto, que é a parte social, então a Associação entra como um complemento, digamos assim, apesar de que temos a consciência do que é-nos impossível conseguir cobrir tudo aquilo que é necessário, tentamos fazer aquilo que nos é possível” (IP2).

Ao longo das várias entrevistas realizadas foi possível verificar que todos os doentes falam carinhosamente e possuem um grande respeito pela fundadora e pelo atual presidente da Associação. Todos os entrevistados, além do respeito que demonstram pelas pessoas que representam a GS, são unânimes nos elogios que tecem a Associação. A Associação tal como referiu o seu presidente dá resposta a parte social do processo da evacuação que não se encontra presente no acordo de 1976, prestando apoio da competência da embaixada mas que se encontram a descoberto como o acompanhamento as consultas, além disso a AGS acompanha os doentes nas idas ao SEF, no fornecimento de bens-alimentares entre outros.

Todos os doentes reconhecem a importância da Girassol Solidário e do papel que este desempenha nas suas vidas e no seu quotidiano.

“A Girassol é o nosso caminho, é a nossa guia” (E1).

“A Girassol ajuda coisa que a embaixada não faz. Tinha dificuldades para ler e escrever e eles deram-me aulas (...)” (E3).

“Para mim a Girassol Solidária é mais do que a embaixada, tive aqueles dois meses sem o subsídio e foi graças a Girassol Solidária que comi (...) A embaixada nunca me disse que existia o SEF, não me falaram na renovação do visto e foi graças ao Peter da Girassol que me ajudou a ir ao SEF e tive a minha autorização de residência” (E4).

“Se pudesse escolher entre a embaixada e a Girassol eu escolheria a Girassol porque eles ajudam-me muito mais do que a embaixada. Muitas vezes estou aqui

em casa com problemas, ligo ao Peter e digo: “não tenho nada” e ele responde-me e diz: " vem cá x hora" quando chegar lá já sei que o meu filho já não vai dormir sem jantar” (E6).

É inquestionável o papel e a importância que a Girassol Solidário desempenha e possui na vida dos doentes, uma associação do terceiro setor que vive de si mesmo através dos financiamentos que obtém através dos seus projetos que submete para obter financiamento externos “que por vezes também, esses financiamentos não deixam de ser importantes trazem também alguns constrangimentos” (IP2). A AGS apesar das suas próprias dificuldades para manter as portas abertas, faz tudo o que pode para atenuar as dificuldades dos doentes, tal como refere Teresa de Noronha, “a Girassol Solidário sempre achou que tinha que fazer e ampliar o seu leque de parceiros e nesse contexto alargou muito o leque de parceiros, contávamos com o apoio da Santa Casa da Misericórdia (...) tínhamos protocolo com o Banco Alimentar e depois tínhamos parcerias com uma série de instituições e organizações que nos permitiu com a Santa Casa com outras parceiras de associações cabo-verdianas a Finabrava é e sempre foi uma associação que nos apoia imenso em todos aqueles eventos de angariação de fundos (...) a Associação Cabo-verdiana de Lisboa também sempre nos cedeu espaço para os eventos, institucionalmente nós tínhamos um grande leque de parceiros e só assim é que era possível nós conseguirmos irmos dando respostas, porque quando a resposta não era nossa, havia ponte para os parceiros ou para outras instituições que dariam as respostas, e assim foi possível irmos colmatando todas as necessidades que dos doentes apresentavam” (IP1).

Peter Mendes salienta que “a Associação se depara com diversas dificuldades, mas mesmo assim consegue fazer, como se costuma dizer, omeletes sem ovos, porque nós temos alguns parceiros” (IP2) nomeadamente o Banco Alimentar para conseguir dar resposta as necessidades dos doentes.

Ao longo das entrevistas várias pessoas identificaram a Girassol como sendo a sua principal ajuda em Portugal enfatizando ainda mais a Associação. Muitos salientaram que a AGS desempenha o papel que é da responsabilidade da embaixada nomeadamente, para prestar informação, acompanhar as consultas, acompanhamento durante as várias fases do tratamento.

“Eu acho que fazem ainda mais do que aquilo que a própria embaixada deveria nestas situações era a embaixada que tinha a responsabilidade de nos ajudar” (E3).

As pessoas que se encontram em tratamento médico em Portugal, estão cá graças ao Acordo de Cooperação assinado em 1976 que permite a Cabo Verde enviar os seus cidadãos para serem tratados nos hospitais portugueses. O Acordo de Cooperação em saúde como salienta, Teresa de Noronha “ (...) permite salvar muitas vidas, isso não há mais uma pequena dúvida, há muitos doentes que chegam aqui e que se curam, e que se continuassem em CV por enquanto não teriam esse acesso. Portanto, eu acho que é de agradecer e é de realçar a importância desses protocolos” além disso o acordo permite que o próprio SNS de Cabo Verde se desenvolva no sentido que “ (...) há intercâmbio de conhecimentos, há médicos e há técnicos de saúde que vêm a Portugal fazer formação em várias áreas” (IP1). Todavia, refere que “ (...) temos que ter a noção que foram assinados há muitos anos, as realidades são outras, por exemplo as taxas moderadoras hoje existem, não se percebe bem o que se faz porque os doentes não pagam taxa moderadora há uma dívida que não faço ideia qual é mas é gigante de taxas moderadoras por pagar, é necessário que haja uma revisão desses protocolos e que haja adequação a situação presente” (IP1).

Por sua vez, Peter Mendes refere que atualmente o Acordo “já está desadequado” em muitas questões e possui algumas lacunas nomeadamente na “questão dos acompanhantes que vêm cá mas não há figura acompanhante no protocolo, ou seja, se um acompanhante vier cá e sentir-se mal, por vezes tem essa dificuldade em conseguir podem ir para uma urgência ou se tiver uma autorização de residência pode inscrever no centro de saúde” (IP2).

Quanto aos entrevistados constata-se que nenhum conhece o Acordo, contudo reconhecem que se não fosse esse acordo não estariam a realizar os tratamentos em Portugal. Uma parte tem a consciência de que o Acordo é efetivamente importante porque permite salvar não só as suas vidas, mas também de outras pessoas.

“Se não fosse através desse acordo não estaríamos cá a fazer o tratamento (...)” (E5).

Quando questionados sobre o que fazer para melhor a vida dos evacuados em Portugal, verifica-se que há uma uniformidade nas respostas, todos apontam para um melhor atendimento na embaixada, aumento do subsídio e muitos reforçam as críticas tecidas à embaixada já feitas ao longo da entrevista e alguns defendem que os funcionários da instituição deveriam receber formações.

“Os funcionários da Embaixada acham que a embaixada é propriedade deles” (E2).

“Se é para evacuarem as pessoas para vir sofrer e serem injuriados cá é preferível que deixem morrer em CV (...) se fôssemos filhos dos governantes ou se tivéssemos um cargo importante teríamos todas as condições de viver cá (...)” (E4).

O regresso a Cabo Verde é desejado pela maioria dos entrevistados após a cura e o fim dos tratamentos, contudo há 3 pessoas que referem que desejam permanecer em Portugal evocando algumas razões sobretudo motivos económicos, tal como refere Teresa de Noronha o “que seria o ideal [era] que CV tivesse todas as condições necessárias para ter dentro do seu país, todos estes doentes, até porque a evacuação, não é só um custo económico é um custo social, é um custo social muito elevado. Há doentes que vêm e há famílias que se desfazem neste processo. Lá arranjam outras companheiras, cá arranjam outros companheiros” (IP1). Os custos sociais e económicos são elevados porque os que demonstraram desejo em permanecer são sobretudo pessoas na faixa etária dos 30 anos, isto é, pessoas em idade ativa e idade fértil que, apesar de ser uma amostra, mais tarde pode ter influências significativas para o país nomeadamente na mão-de-obra e na natalidade.

As razões de saúde, económicas, laborais e a possibilidade de melhorar a vida dos familiares são os principais motivos apontados pelos entrevistados para permanecer em Portugal.

“O que vou fazer para CV tão novo? Não vou voltar para ficar parado, não há trabalho, sobretudo na minha zona de residência, porque mesmo trabalhando não chega nem para comer”. (E2).

“Eu prefiro ficar. Se ficar não é porque PT é "sabi" mas sim por razões de saúde. Sabemos que os tratamentos em CV são particularmente inexistente. Também

prefiro ficar para ajudar os meus filhos, espero que Deus me dê saúde para poder trabalhar” (E4).

De referir que os doentes que permaneçam em Portugal após os tratamentos ficam em situação irregular, uma vez que sem o relatório médico não conseguem renovar o visto/título de residência. Por esse motivo, Peter Mendes refere que a AGS enquanto associação de apoio aos doentes em Portugal “nós não julgamos qualquer tipo de decisão, nomeadamente essa decisão da pessoa querer ficar cá, mas sempre alertamos dos riscos que é ficar cá só por ficar, e infelizmente, alguns optam por ficar cá e por vezes ficam em situações difíceis, e nós não podemos e isso não é legal de todo, incentivar as pessoas para ficarem cá, porque isso é incentivar a imigração ilegal. Mas alertamos sempre as pessoas da questão em ficar e optarem por ficar cá em PT porque das dificuldades que depois deparam tem a ver com questão de ficarem cá ilegais. Há uns que, pronto, têm cá familiares têm suporte, mas há outros que querem ficar porque querem ficar, aí nós nunca deixaremos de apoiar naquilo que nos é possível” (IC2).

Quando questionado sobre o porquê das pessoas quererem ficar em Portugal, o salienta “é assim, nós os cabo-verdianos não sei se isso é genética, se isso é cultural, se calhar porque o nosso país ser um país com poucos recursos (...) por vezes forçamos essa justificação para poder emigrar mesmo que tenhamos na nossa terra condição de vida razoável. Mas o que as pessoas apontam sempre como razão de optar por cá ficar tem a ver com as condições financeiras (...)” (IP2).

No final das entrevistas alguns dos entrevistados agradeceram o facto de estar a realizar este estudo, têm a esperança de que a dissertação sirva para chamar a atenção da classe política cabo-verdiana para a sua situação e sobretudo que chame a atenção da embaixada enquanto representante do Estado.

5- Notas Finais

O conceito de desenvolvimento tem vindo a ser atualizado ao longo das últimas décadas. Têm surgido novas dimensões em que crescimento económico deixou de ser a única condição necessária para o progresso. As novas dimensões possuem variáveis multidimensionais e com uma visão holística da sociedade albergando preocupações sociais, ambientais e direitos humanos. As mudanças ocorridas devem-se ao surgimento de definições, provenientes do sul global, alternativas ao conceito eurocêntrico de desenvolvimento.

Os direitos humanos são uma condição essencial para o desenvolvimento dos países. Um dos direitos fundamentais do Homem é o direito à saúde, contudo, muitos estados falham esse dever por diversas razões, nomeadamente por falta de infraestruturas, meios técnicos e humanos. Cabo Verde é um desses estados que não consegue dar respostas às necessidades dos seus cidadãos, tendo por isso que evacuá-los para o estrangeiro de forma a conseguirem os tratamentos.

Cabo Verde tornou-se independente, em 1975, três anos antes da realização da Conferência de Alma-Ata. Acabado de se tornar independente, o arquipélago subscreveu os Cuidados Primários de Saúde promovidos por esse fórum, tendo em vista melhorar a saúde da população e os índices de saúde pública. O país, desde essa altura, obteve uma melhoria significativa dos indicadores de saúde, tendo cumprido as metas definidas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio para a saúde. No entanto, devido à sua característica de insularidade e aos poucos recursos, apresenta grandes dificuldades internas a vários níveis. Na saúde tem falta de infraestruturas, de recursos humanos e material não conseguindo fazer face a muitas patologias. Para obviar a este problema, Cabo Verde firmou o Acordo de Cooperação em Saúde, em 1976, com Portugal, de modo evacuar os seus cidadãos para que possam receber tratamentos médicos.

O acordo de cooperação firmado entre os dois países permitiu a Cabo Verde dar resposta às situações que não consegue tratar no arquipélago. Todavia, apesar dos esforços para conseguir cumprir a sua parte protocolar do processo, não consegue abranger todas as necessidades logísticas e de apoio social. A parte social não está abrangida no acordo e constitui uma dimensão fundamental no processo da evacuação, na medida em que muitos doentes quando chegam a Portugal passam por diversas

dificuldades, sobretudo quando não têm um suporte familiar ficando dependentes das ajudas promovidas pelas associações de solidariedade. Tendo em conta os objetivos desta investigação, foi possível chegar a várias conclusões sobre o percurso dos doentes evacuados de Cabo Verde em Portugal, do papel e da importância das associações de solidariedade e, no caso particular desta investigação, da Associação Girassol Solidário.

Com base na análise feita através das entrevistas realizadas aos doentes evacuados e aos informadores-chaves constata-se que os doentes evacuados de Cabo Verde passam por diversas dificuldades aquando da sua chegada a Portugal. As dificuldades prendem-se essencialmente com dificuldades financeiras, da língua, de adaptação, falta de apoio e acompanhamento da embaixada e a falta de informação. As dificuldades financeiras são apontadas pelos doentes como a principal dificuldade sentida em Portugal e aquela que mais condiciona as suas vidas, na medida em que alguns dos entrevistados salientaram que faltaram à primeira consulta porque não tinham dinheiro para os transportes. A dificuldade financeira prende-se com o facto da mensalidade que é atribuída, mensalmente, pela embaixada, aos doentes, ser relativamente baixa, tendo em conta o panorama social de Portugal e o custo de vida do país. Todos os doentes entrevistados recebem o subsídio, os valores variam entre os 89€ e os 142€. O valor mensal atribuído pela embaixada aumentou consideravelmente em 2018 e o tempo de espera para receber o subsídio reduziu para metade, ou seja, antes de janeiro de 2018 a maioria dos doentes recebia entre 40€ e os 89€ da embaixada e esperavam 3 meses para receber o primeiro subsídio e neste momento recebem ao fim de um mês e são pagos 30 dias e não os 20 dias antes da reforma. As reformas verificadas deveram-se ao mediatismo gerado em torno do tema da evacuação de doentes proporcionado pelo encerramento da Pensão Madeira, no final de 2017, que pôs em evidência a situação de vulnerabilidade e fragilidade com que se confrontam este grupo fora do país. É de referir que, apesar dos subsídios serem baixos para manter um padrão de vida desejável em Portugal, Cabo Verde faz um enorme esforço para atribuir o subsídio aos doentes tendo em conta as suas limitações internas, não esquecendo também que o salário mínimo do país são 15 mil escudos, cerca de 135€.

Além das questões financeiras, verificou-se que o Estado de Cabo Verde representado pela embaixada, em Lisboa, falha nos seus compromissos para com os cidadãos na medida em que, não existe um acompanhamento aos doentes. Os entrevistados

expressam um sentimento de desilusão e, até de alguma revolta para com a instituição, questionando a sua eficiência e pondo em causa a atitude de alguns funcionários.

Para analisar o papel e a importância das associações de solidariedade no processo de evacuação foi escolhida a Associação Girassol Solidário como estudo de caso, uma associação sediada em Lisboa que apoia doentes cabo-verdianos em Portugal. Tendo em conta a investigação foi possível constatar que a AGS desempenha um papel fundamental no processo de evacuação uma vez que é ela que cobre a parte de apoio social do processo. Esta associação desempenha um papel fulcral na vida dos doentes e muitos consideram que a Associação realiza o papel que deveria ser da competência da embaixada. A associação, através dos gabinetes de acolhimento e acompanhamento, consegue dar respostas às necessidades dos doentes, prestando esclarecimentos, acompanhando-os as consultas, ao SEF para pedir/renovar os vistos ou o cartão de residência, atribuindo cabazes de alimentação, vestuário e produtos de higiene pessoal. A AGS apesar das suas dificuldades, enquanto associação, procura atenuar todas as dificuldades dos doentes e para isso possui um leque de parceiros como a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa de forma a colmatar todas as necessidades. Foi possível constatar que existe uma profunda gratidão, respeito e admiração dos doentes para com a Girassol Solidário e para com os seus representantes, nomeadamente a sua fundadora Teresa de Noronha e o atual presidente da associação Peter Mendes. Verificou-se também que alguns doentes, para além da ajuda da GS, contam com o suporte de familiares e de amigos.

Verificou-se que existe um certo desconhecimento por parte dos doentes sobre o que é o acordo de cooperação em saúde e qual o seu papel. Contudo, alguns reconhecem a importância do mesmo, pois estão conscientes de que se não fosse o acordo não estariam a realizar tratamento médico em Portugal e que o acordo permite salvar muitas vidas. Apesar das dificuldades que passam, constata-se que alguns doentes pretendem permanecer em Portugal após os tratamentos evocando razões como a falta de emprego em Cabo Verde e o desejo de trabalhar para melhorar a vida dos familiares.

Com o término desta investigação e com base nos dados recolhidos, espera-se que a dissertação sirva para chamar a atenção das autoridades cabo-verdianas para a necessidade de melhorar a vida dos evacuados bem como para a necessidade de

financiar a AGS enquanto associação que desempenha um papel fulcral na vida desta população.

6- Referências Bibliográficas

Afonso, M. M. & Fernandes, A. P., 2005. *abCD Introdução à Cooperação para o Desenvolvimento*. Lisboa: IMVF e OIKOS.

Amaro, R. R., 2003. Desenvolvimento - um conceito ultrapassado ou em renovação?. *Cadernos de Estudos Africanos*, pp. 37-70.

Amaro, R. R., 2017. Desenvolvimento ou pós-desenvolvimento? Des-envolvimento e... Noflay!. *Cadernos de Estudos Africanos*, Volume 34, pp. 75-111.

Annan, K. A., 2000. *Nós, os Povos, as Nações Unidas do Século XXI*. Nova Iorque: Nações Unidas.

Banco Mundial, B. M., 1994. *Para uma Saúde melhor em África: As Lições da Experiência*.

Disponível em:
<http://documents.worldbank.org/curated/en/277511468202198456/pdf/134880Portuguese0Better0health0in0Africa.pdf>

[Acedido em 25 Abril 2017].

Barbe, C., 2013 . Les évacuations sanitaires dans le Pacifique. Le cas de la Nouvelle Calédonie. *Hermès La Revue (Nº 65)*, pp. 144-148.

Bassez, A., 2011. *Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes- Histoire de la médecine d'urgence et de l'évacuation sanitaire (Evasan)*.

Disponível em: <https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip.php?article402>

[Acedido em 11 Maio 2018].

Bell, J., 1997. *Como Realizar um Projecto de Investigação - Um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. 1ª ed. Lisboa: Gradiva.

CAD, C. d. A. a. D., 2006. *Dates Maquantes - Historique du Comité d'aide au développement de l'OCDE*.

Disponível em <http://www.oecd.org/fr/cad/39175139.pdf>

[Acedido em 24 Março 2018].

Camões I.P., I. d. C. e. d. L., 2018. *O que Fazemos - Cooperação*. Disponível em: <http://www.instituto-camoes.pt/activity/o-que-fazemos/cooperacao> [Acedido em 10 Março 2018].

Camões I.P., I. d. C. e. d. L., 2015. *Cooperação para o Desenvolvimento*. Disponível em: http://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/aed_ficha_coop_desenvolv.pdf [Acedido em 24 Março 2018].

Castro, A. & Singer, M., 2004. *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek: AltaMira Press.

COSTA, S., 2012. A Política Externa Cabo-Verdiana na Encruzilhada Atlântica: entre a África, a Europa e as Américas. In: *In Silva, Mário, Pina, Leão e Monteiro JR, Paulo (Org), Estudos Comemorativos do V Aniversário do ISCJS*. Praia: ISCJS, pp. 331-372.

Danzon, M., 2006. Prefácio. In: *De Alma a Harry Cronica da Democratizacao da Saúde*. Coimbra: Almedina, pp. 5-9.

Delgado, A. P. d. C., 2009. *Políticas de Saúde em Cabo Verde na Década de 1980-1990: Experiência de Construção de um Sistema Nacional de Saúde*. 2ª ed. Praia: Tipografia Santos.

DGS, D.-G. d. S., 2018. *Acesso aos cuidados de saúde no quadro da Cooperação Internacional com os Países Africanos de Língua*. Disponível em <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=0011001200630088AAAAAAAAA> [Acedido em 12 Janeiro 2018].

Dias, O. P., 2010. *Dissertação de Mestrado Académico em Saúde Pública - Uma análise compreensiva da reforma do sistema de saúde de Cabo Verde: identificando as perspectivas de futuro na opinião dos principais atores*. Disponível em: <http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/132/1/Uma%20An%C3%A1>

[lise%20Compreensiva%20Da%20Reforma.pdf](#)

[Acedido em 06 Abril 2018].

EMBCV, E. d. C. V., 2018. *Doentes Evacuados*. Disponível em: http://embcv.pt/conteudos_gera_sub.asp?idarea=6&idsub=86

[Acedido em 07 Fevereiro 2018].

EMFA, E.-M. d. F. A., 2018. *Evacuações Sanitárias*. Disponível em: <http://esquadra.emfa.pt/link-502-005.002.003.005.002-evacuacoes-sanitarias>

[Acedido em 11 Maio 2018].

Escobar, A., 1995. *Encountering Development - The Making and Unmaking of the Third World*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Faria, R., 2016. *in in progress 2º Seminário sobre Ciências Sociais e Desenvolvimento em África*. Lisboa: CEsa - Centro de Estudos sobre África e do Desenvolvimento.

Fassin, D., 2008. *Faire de la santé publique*. Rennes: EHESP.

Ferreira, P. M., Faria, F. & Cardoso, F. J., 2015. *O Papel de Portugal na Arquitetura Global do Desenvolvimento: Opções para o Futuro da Cooperação Portuguesa*. Lisboa: Instituto Camões e IMVF.

Ferreira, P. M., Faria, F. & Cardoso, F. J., 2015. *O Papel de Portugal na Arquitetura Global do Desenvolvimento: Opções para o Futuro da Cooperação Portuguesa*. Lisboa: Instituto Camões; IMVF; ECDPM.

Fèvre, G., 2007. Historique des Evasan. Apport des conflits récents. *La Revue du CARUM - Club des Anesthésistes Réanimateurs et Urgentistes Militaires N°21*, pp. 5-7.

Foster, G. M., 2009. Bureaucratic Aspects of International Health Programs. In: *Anthropology and Public Health: Bridging Differences in Culture And Society*. New York: Oxford University Press, pp. 681-701.

Gomes, I., 2006. *A Política de Descentralização dos Serviços de Saúde em Cabo Verde 1975-2000*. Praia: Instituto da Biblioteca Nacional e do Livro.

Gostin, L. O., 2001. Public Health, Ethics, and Human Rights: A Tribute to the Late Jonathan Mann. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, pp. 121-130.

Goulão, B. et al., 2015. Prevalência de excesso de peso nos imigrantes brasileiros e africanos residentes em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 24-32.

gov.cv, G. d. C. V., 2018. *Dados Gerais - Geografia*. Disponível em: <http://www.governo.cv/>
[Acedido em 06 Março 2018].

Hahn, R. A. & Inborn, M. C., 2009. *Anthropology and Public Health: Bridging Differences in Culture and Society*. New York: Oxford University Press.

Henriques, M. A., 2012. *A imigração PALOP em Portugal. O caso dos doentes evacuados*. Disponível em: <http://journals.openedition.org/sociologico/573>
[Acedido em 30 Dezembro 2017].

Henriques, M. A. O. d. G., 2009. *Argumentos para uma viagem sem regresso. A imigração PALOP por via da saúde. Um estudo de caso*. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/1809>
[Acedido em 30 Dezembro 2017].

INE, I. N. d. E., 2016. *Educação e Formação Profissional - Dados Educação 2016*. Disponível em: <http://ine.cv/quadros/dados-educacao-2016/>
[Acedido em 13 Janeiro 2018].

IPAD, I. P. d. A. a. D., 2005. *Glossário da Cooperação para o Desenvolvimento*. Disponível em: [http://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/av au glossario coop.pdf](http://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/av%20au%20glossario%20coop.pdf)
[Acedido em 24 Março 2018].

IPAD, I. P. d. A. a. D., 2005. *Uma visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa*. Disponível em: http://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/visao_estrategica_para_cp.pdf
[Acedido em 24 Março 2018].

IPAD, I. P. d. A. a. D., 2011. *Cooperação Portuguesa: Uma leitura dos últimos quinze anos de cooperação para o desenvolvimento 1996-2010*. Disponível em http://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/edproprias_estud02a.pdf

[Acedido em 10 Dezembro 2017].

IPAD, I. P. d. A. a. D., 2011. *Cooperação Portuguesa: Uma leitura dos últimos quinze anos de cooperação para o desenvolvimento 1996-2010*. Disponível em: http://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/edproprias_estud02a.pdf

[Acedido em 10 Dezembro 2017].

IPAD, I. P. d. A. a. D., 2011. *Estratégia da Cooperação Portuguesa para a Saúde*. Disponível em: http://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/estrategia_cooperacao_saude.pdf

[Acedido em 2017 Novembro 18].

Lakatos, E. M. & Marconi, M. d. A., 1989. *Metodologia Científica*. 2ª ed. São Paulo: Editora Atlas.

Lamont, M., 2010. *What makes a Society Successful?*. New York, Council For European Studies, pp. 13-14.

Loureiro, I., 2015. A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, p. 33.

Loureiro, I., Miranda, N. & Miguel, J. M. P., 2013. Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 23-31.

M.Witt, C. et al., 2017. Defining Health in a Comprehensive Context: A New Definition of Integrative Health. *American Journal of Preventive Medicine*, p. 134–137.

Madeira, J. P., 2016. Cabo Verde: De um "Estado Inviável" ao Pragmatismo na Política Externa. *Revista de Relaciones Internacionales, Estrategia y Seguridad*, pp. 85-101.

Marcelino, A. F. d. S., 2016. *O Desenvolvimento Local e o Buen Vivir como alternativas para um "outro" desenvolvimento*.

Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/12654/1/2016_ECSH_DEP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Andr%20eia%20Marcelino.pdf

[Acedido em 20 Abril 2017].

Mireles, A. C., 2008. *Alma-Ata e Ottawa - As Conferências de Entre as Conferências*. Disponível em: http://portal.anmsp.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm

[Acedido em 11 Maio 2018].

Merson, M. H., Black, R. E. & Mills, A. J., 2006. *International Public Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies*. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.

Milani, C. R. S., 2014. *in Ipea- Repensando a cooperação internacional para o desenvolvimento*. Brasília: Ipea.

Ministério da Saúde, M. d. S. d. C. V., 2007. *Política Nacional de Saúde*. Disponível em:

https://www.governo.cv/documents/POLITINACIONALSAUDE_2020%20%282%29.pdf

[Acedido em 10 Janeiro 2018].

Navarro, V., 2008. ¿Qué es una política nacional de salud?. *CELA, Centro de Estudios Latinoamericanos Justo Arosemena*, pp. 39-58.

Nshimyumuremyi, A., Arvanitis, Y. & Roffarello, L. M., 2017. *in African Economic Outlook- Perspetivas Económicas em África*.

Available at: <http://www.africaneconomicoutlook.org/po/notas-paises/cabo-verde>

[Acedido em 13 Janeiro 2018].

OMS, O. M. d. S., 2008. *Relatório Mundial de Saúde - Cuidados de Saúde Primários Agora Mais Que Nunca*.

Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf

[Acedido em 06 Abril 2018].

OMS, O. M. d. S., 2010. *Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas*.

Disponível em:

http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/portuguese_adelaide_statemen

[t_for_web.pdf](#)

[Acedido em 06 Abril 2018].

OMS, O. M. d. S. & UNICEF, F. d. N. U. p. a. I., 1978. *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*.

Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=2584D57A8FCF6D00F6BD5990BA445527?sequence=5

[Acedido em 06 Abril 2018].

Pfeiffer, J. & Chapman, R., 2010. Anthropological Perspectives on Structural Adjustment and Public Health. *Annual Review of Anthropology*, pp. 149-165.

Pino, B. A., 2014. *in Ipea- Repensando a cooperação internacional para o desenvolvimento*. Brasília: Ipea.

PNUD, P. d. N. U. p. o. D., 1990. *Human Development Report*.

Disponível em:

http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/219/hdr_1990_en_complete_nostats.pdf

[Acedido em 07 Março 2018].

PNUD, P. d. N. U. p. o. D., 1999. *Human Development Report*.

Disponível em:

http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/260/hdr_1999_en_nostats.pdf

[Acedido em 07 Março 2018].

PNUD, P. d. N. U. p. o. D., 2010. *Human Development Reports*.

Disponível em: [www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/.../undp-br-](http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/.../undp-br-PNUD_HDR_2010.pdf?download)

[PNUD_HDR_2010.pdf?download](http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/.../undp-br-PNUD_HDR_2010.pdf?download)

[Acedido em 07 Março 2018].

PNUD, P. d. N. U. p. o. D., 2015. *Cabo Verde - Relatório Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento 2015*. Disponível em:

<http://www.un.cv/files/Relatorio%20ODM%20Julho%202015.pdf>

[Acedido em 04 Fevereiro 2018].

PNUD, P. d. N. U. p. o. D., 2015. *Human Development Report*.

Disponível em:

http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report_0.pdf

[Acedido em 07 Março 2018].

PNUD, P. d. N. U. p. o. D., 2015. *Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio*.

Disponível em: https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT.pdf

[Acedido em 08 Março 2018].

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V., 1995. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 4ª ed. Lisboa: Gradiva.

Ramírez, R., 2010. in FEDAEPS- Sumak Kawsay / Buen Vivir y cambios civilizatorios - La Transición Ecuatoriana Hacia el Buen Vivir. Setembro, Volume 2ª, pp. 125-141.

Rist, G., 2001. *Le développement. Histoire d'une croyance occidentale*. Paris: Presses de Sciences Po .

Sakellarides, C., 2006. *De Alma a Harry Cronica da Democratizacao da Saúde*. Coimbra: Almedina.

Saúde, M. d., 2007. *Política Nacional de Saúde*.

Disponível em:

https://www.governo.cv/documents/POLITINACIONALSAUDE_2020%20%282%29.pdf

[Acedido em 09 Março 2018].

Souza, A. d. M. e., Milani, C. R. S. & Pino, B. A., 2014. *Repensando a cooperação internacional para o desenvolvimento*. Brasília: Ipea.

Stein, E. A., 2009. “Sanitary Makeshifts” and the Perpetuation of Health Stratification in Indonesia. In: *Anthropology and Public Health: Bridging Differences in Culture And Society*. s.l.:s.n., pp. 541-564.

Stein, E. A., 2009. “Sanitary Makeshifts” and the Perpetuation of Health Stratification in Indonesia. In: *Anthropology and Public Health: Bridging Differences in Culture And Society*. New York: Oxford University Press, pp. 541-564.

Tavares, A. d. J. C., 2013. Cabo Verde e os Desafios da Política Internacional Contemporânea. *Revista Estudos Políticos*, Fevereiro, pp. 212-235.

Timbal, J., 2010. Le docteur Eugène Chassaing, père de l'évacuation sanitaire aérienne. *La revue Médecine et Armées N°38 (2)*, pp. 147-154.

Truman, H. S., 1949. *Truman's Inaugural Address January 20, 1949*.
Disponível em: <https://www.trumanlibrary.org/index.php>
[Acedido em 09 Março 2018].

UNRIC, C. R. d. I. d. N. U., 2015. *Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio*.

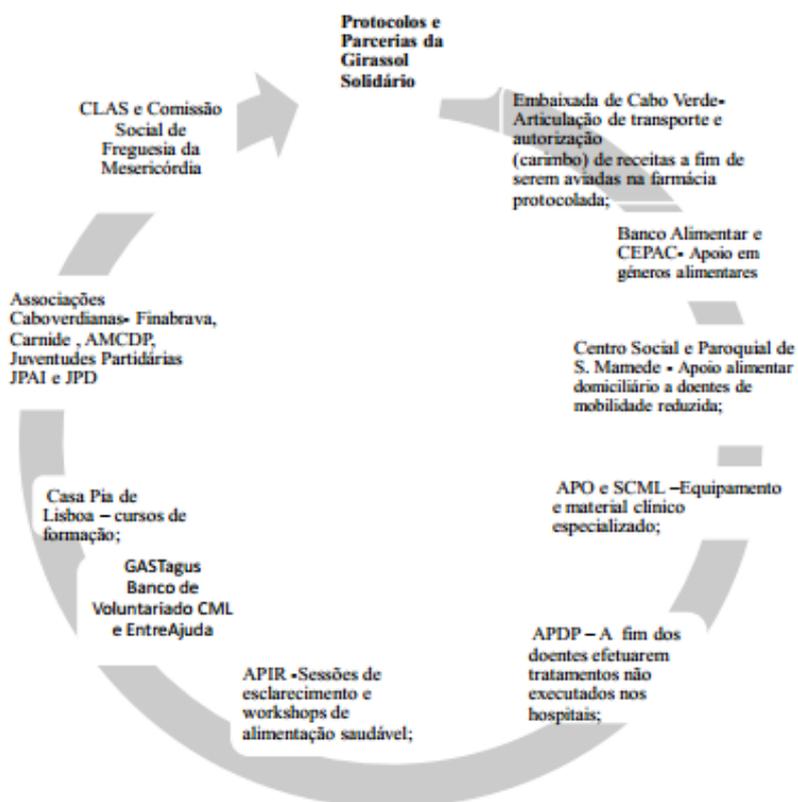
Disponível em : https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT.pdf
[Acedido em 24 Março 2018].

W.W.Rostow, 1961. *Etapas do Desenvolvimento Económico*. Rio de Janeiro: Zahar Editôres.

Winslow, C.-E. A., 1920. The Untilled Fields of Public Health. *Science*, pp. 23-33.

7- Anexos

I- Os Protocolos e as Parcerias da AGS



Legenda:

AMCDP- Associação de Mulheres Cabo-Verdianas na Diáspora em Portugal

APDP- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

APO- Associação Portuguesa de Ostromizados

CEPAC- Centro Padre Alves Correia

SCML- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

II- Consentimento ao Entrevistado

Consentimento ao Entrevistado

Esta dissertação enquadra-se no Mestrado em Estudos de Desenvolvimento, do ISCTE-IUL e incide sobre o tema “ Acordo de Cooperação na área da Saúde celebrado entre Cabo Verde e Portugal – Estudo de Caso Associação Girassol Solidária” desenvolvido por Edna Varela, aluna nº 76063, sob a orientação da Professora Doutora Clara Carvalho.

O estudo visa compreender o processo da Evacuação de doentes entre Cabo Verde e Portugal e o papel da Associação Girassol Solidário. Procuro analisar o percurso de vida dos doentes cabo-verdianos acompanhados pela Associação Girassol Solidário através da identificação dos problemas que enfrentam em Portugal desde a sua chegada, nomeadamente com o alojamento, o acompanhamento e apoio prestados pela Embaixada e pelo Estado de Cabo Verde e as burocracias ligadas ao processo da legalização associadas ao SEF. Finalmente, abordo a intenção de regressar ou permanecer em Portugal.

Para a concretização deste estudo, solicito a sua colaboração e participação através da realização de uma entrevista que incidirá sobre a temática da evacuação de doentes, contudo, tem a opção de não colaborar neste estudo, ou cessar a sua participação caso não se sinta confortável sobre algum objeto em estudo. Solicito, também, a possibilidade de utilização de gravação áudio durante a entrevista. Todos os dados recolhidos serão tratados com confidencialidade, destinados apenas a este estudo para fins académicos.

Saliento que a sua colaboração é fundamental para a concretização deste estudo.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Lisboa, 2018

III- Guião de entrevista Teresa de Noronha

Guião de Entrevista Teresa Noronha, Antiga Presidente e Fundadora da AGS

- 1- Foi fundadora e Presidente da AGS, como surgiu a ideia de criar a Associação?
- 2- Fale-me um pouco dessa experiência.
- 3- Quais foram as maiores dificuldades da Associação durante a sua gestão, nomeadamente para as dificuldades iniciais da criação da AGS, para conseguir financiamentos e instalações para alojar os doentes?
- 4- A AGS acompanha apenas os doentes oriundos de Cabo Verde, qual a razão desse público-alvo e não por exemplo oriundos de todos os PALOP?
- 5- No que toca aos doentes, quais as principais dificuldades que estes enfrentam em Portugal, especialmente os doentes que eram acompanhados pela instituição durante a sua gestão?
- 6- Que mecanismo (os) tinha a AGS para dar respostas as necessidades e para tentar atenuar ou suprir as dificuldades doentes?
- 7- Foi(é) ator social muito ativo no processo que envolve a evacuação de doentes. Qual é a sua perspetiva pessoal sobre o acordo de cooperação que permite evacuar doentes para Portugal?
- 8- Na sua opinião, acha que o acordo de cooperação contribui para o desenvolvimento do sistema nacional de saúde em Cabo Verde?
- 9- Na sua perspetiva quais seriam condições necessárias a serem criadas em Cabo Verde para que o Estado deixe de evacuar os cidadãos para Portugal? |
- 10- Gostaria de acrescentar algo que não tenha referido, mas que considera importante destacar?

Muito obrigada pela colaboração!

IV- Guião de entrevista Peter Mendes

Guião de Entrevista Peter Mendes, Presidente da Associação Girassol Solidário.

- 1- Descreva-me o seu percurso na Associação?
- 2- Relativamente aos doentes, como é que chegou até a Associação? Existe algum protocolo com a embaixada ou outra instituição para o encaminhamento de doentes até a GS?
- 3- Qual o papel da AGS neste processo de evacuação?
- 4- Descreva-me que tipo de apoio a GS disponibiliza aos utentes?
- 5- A AGS possui alguma rede de habitações onde instala os doentes? Se sim, onde e quantas habitações existem?
- 6- Da vossa experiência no terreno, que dificuldades identificam, como sendo as mais vivenciadas por estes cidadãos?
- 7- Descreva-me as dificuldades que a GS depara no seu dia-a-dia para dar resposta face as dificuldades e necessidades dos doentes?
- 8- Dos utentes que beneficiaram do apoio da GS durante o período do tratamento conhece algum que optou por ficar após os tratamentos? Se sim, quais as razões? A Associação enquanto instituição que acompanha e presta apoio e informação aos doentes informa-os para as possíveis dificuldades que podem surgir após essa decisão?
- 9- Descreva-me qual é a sua opinião sobre o acordo de cooperação que permite evacuar doentes para Portugal? O que deve ser melhorado?
- 10- Na sua opinião, acha que o acordo de cooperação na área da saúde assinado entre Cabo Verde e Portugal, que também permite evacuar doentes, contribui para o desenvolvimento do sistema nacional de saúde em Cabo Verde?
- 11- Na sua perspetiva quais seriam condições necessárias a serem criadas em Cabo Verde para que o Estado deixe de evacuar os cidadãos para Portugal?
- 12- Quais as principais fontes de financiamento da Associação?
- 13- Quais os principais desafios da AGS a curto, médio e longo prazo?
- 14- Gostaria de acrescentar algo que não tenha referido, mas que considera importante destacar?

Obrigada pela sua colaboração!

V- Guião de entrevista aos Utentes

Guião de Entrevista aos Utentes

- 1- Qual foi a doença que lhe foi diagnosticada e que motivou a sua evacuação? E há quanto tempo foi diagnosticada?
- 2- Recorda-se, quanto tempo demorou o processo de evacuação?
- 3- Há quanto tempo está em Portugal?
- 4- Quando chegou a Portugal, quem foi buscá-lo (a) ao aeroporto?
- 5- Desde que chegou a Portugal passou por alguma dificuldade? Na sua opinião o que poderia ter sido diferente nestes períodos em PT?
- 6- Fala-me dos apoios que tem recebido ao longo do tratamento em Portugal por exemplo de familiares ou amigos.

Descreva-me como conheceu a Associação Girassol Solidário? O que representa para si?
- 7- Enquanto utente qual é a sua perspetiva do Acordo, assinado entre Cabo Verde e Portugal, que permite evacuar doentes?
- 8- ? Que conhecimento tem relativamente ao protocolo
- 9- Fale-me na sua opinião o que acha que pode ser melhorado para as pessoas evacuadas de Cabo Verde.

Obrigada pela sua colaboração!