



INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

Acesso ao SNS: Acordos de Cooperação internacional no domínio da saúde  
entre o Estado da Guiné-Bissau e Portugal

Moises Toneco

Mestrado em Serviço social

Orientadora:

Prof<sup>ª</sup>. Doutora Inês Espírito Santo, Professora Auxiliar Convidada,

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2025

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Acesso ao SNS: Acordos de Cooperação internacional no domínio da saúde  
entre o Estado da Guiné-Bissau e Portugal

Moises Toneco

Mestrado em Serviço social

Orientadora:

Prof<sup>a</sup>. Doutora Inês Espírito Santo, Professora Auxiliar Convidada,

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2025

## **Agradecimentos**

Desejo expressar a minha mais profunda gratidão à minha família, em especial à minha mulher e aos meus filhos, pelo amparo. Estendo ainda o meu agradecimento à família Mendes, nomeadamente senhor Olívio Raul Mendes e à sua esposa, Luísa Monteiro Cá Mendes, pelo acolhimento em Portugal e pelo estímulo contínuo para que eu pudesse continuar com o meu sonho, culminando com apresentação deste trabalho, também agradeço meu amigo, Mestre José Crato Júnior pela ajuda na revisão e formatação do texto, servindo de segundo olhar nesse trabalho.

Gostaria também de salientar o papel do ISCTE-IUL na formação dos quadros guineenses em Portugal. Para nós, estudantes guineenses, esta instituição é uma “casa para todos”, pois acolhe todos aqueles que desejam prosseguir a sua formação académica, independentemente da sua condição económica e social. Implementação do horário pós-laboral e a possibilidade de pagar as propinas sem juros de atraso, permitiram que a maioria de nós integrasse o estudo com atividades profissionais, o que garantem a nossa subsistência. Em quase toda a totalidade dos estudantes, logramos liquidar as propinas nos prazos de férias académicas, o que tem sido decisivo para a nossa continuidade e sucesso escolar.

Deixo aqui o meu sincero agradecimento à administração da Escola de Sociologia e, em particular, ao Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas, pelo apoio institucional. Agradeço igualmente o profissionalismo e a dedicação de todos os docentes deste curso, que foram determinantes ao longo deste percurso.

Um especial agradecimento à Doutora Inês Espírito Santo, pela generosidade em orientar esta obra, apesar de se tratar de um trabalho difícil e inédito. A sua orientação, dedicação e empenho tornaram possível a elaboração deste estudo académico sobre um tema que, até então, era apenas alvo de rumores e especulações, mas que, a partir deste momento, passa a assumir um carácter científico, sustentado por dados e provas reais.

Por fim, expresso a minha gratidão a todos os utentes guineenses que chegaram a Portugal ao abrigo do acordo de cooperação internacional em saúde entre a Guiné-Bissau e Portugal, especificamente os que de forma simpática participaram para responder questionários colocados para dar resposta a problemático relacionado a situação dos utentes em Portugal.

## **Resumo**

A Guiné-Bissau enfrenta, há décadas, sérias dificuldades na área da saúde primária. Desde a sua independência, em 1973, o país tem vivido períodos de forte instabilidade política, nos quais nenhum governo conseguiu concluir o seu mandato. Essa instabilidade tem sido determinante para o fracasso na implementação eficaz das políticas públicas de saúde.

Após o 25 de Abril, Portugal adotou uma política de cooperação com as suas ex-colónias africanas, concretizada em 1976 com a assinatura dos Acordos Gerais de Cooperação e Amizade. Entre eles destacou-se o Acordo no domínio da Saúde, que permitiu a evacuação de doentes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) para tratamento em Portugal, do qual a Guiné-Bissau foi beneficiária.

O presente trabalho tem como objetivo analisar os desafios, barreiras e o nível de satisfação dos doentes guineenses evacuados para Portugal e propor estratégias para melhorar a eficácia deste processo. Para isso, realizou-se uma revisão bibliográfica, com recurso a livros, artigos científicos, revistas especializadas e ao próprio acordo, complementada por entrevistas e questionários dirigidos a utentes e gestores do serviço.

Os resultados revelam que, embora muitos doentes tenham recuperado a saúde e superado situações críticas nas quais não tinham esperança de sobreviver, enfrentaram grandes dificuldades de permanência e sobrevivência durante o tratamento. Esses desafios tiveram um forte impacto na saúde psicológica dos utentes, que, ainda hoje, continuam sem acesso pleno e equitativo aos serviços de saúde, realidade que persiste por falta de vontade política.

**Palavras-chave:** Acesso ao serviço de saúde, Acordos de Cooperação internacional de saúde entre Portugal e os PALOP - Guiné-Bissau, barreiras e desafios; Satisfação.

## **Abstract**

Guinea-Bissau has been facing serious difficulties in the area of primary healthcare for decades. Since its independence in 1973, the country has experienced periods of severe political instability, during which no government has managed to complete its mandate. This instability has been a key factor in the failure to effectively implement public health policies.

After the Carnation Revolution (April 25, 1974), Portugal adopted a policy of cooperation with its former African colonies, formalized in 1976 with the signing of the General Cooperation and Friendship Agreements. Among them, the Health Agreement stood out, as it enabled the evacuation of patients from Portuguese-speaking African countries (PALOP) to Portugal for treatment, from which Guinea-Bissau benefited.

This study aims to analyze the level of satisfaction of patients evacuated to Portugal and propose strategies to improve the effectiveness of this process. To achieve this, a bibliographic review was conducted, drawing on books, scientific articles, specialized journals, and the agreement itself, in addition to interviews and questionnaires with patients and service managers.

The results reveal that, although many patients have recovered their health and overcome critical situations in which they had no hope of survival, they faced great difficulties in remaining and surviving during treatment. These challenges had a strong impact on the psychological health of the patients, who, even today, still do not have full and equitable access to healthcare services — a reality that persists due to a lack of political will.

**Keywords:** Access to healthcare services, international health cooperation agreements between Portugal and the PALOP – Guiné-Bissau, barriers and challenges; Satisfaction

## Índice Geral

Introdução .....	1
Capítulo 1: Enquadramento Teórico.....	3
1 – Conceito de Saúde .....	3
2- Acesso ao serviço de saúde .....	4
3- Acesso ao serviço de saúde na Guiné-Bissau.....	5
4 Cooperação internacional no domínio de saúde .....	7
5 O Serviço Social na Relação com os Processos de Evacuação ao Abrigo dos Protocolos de Saúde.....	8
4.1 Função do Serviço Social .....	8
Capítulo 3: Metodologia .....	10
1. Enquadramento Metodológico.....	10
1.1 População-Alvo .....	11
1.2 Procedimentos de Recolha de Dados.....	12
1.3 Tratamento de dados.....	13
1.4 Aspetos Éticos .....	13
Capítulo 3: Enquadramento jurídico e institucional .....	13
1 Protocolo do acordo assinado entre dois estados.....	13
2 Comunicação entre estado da Guiné-Bissau e Portugal .....	14
3 Administração e Gestão do processo de Junta na Guiné-Bissau .....	16
3.1 Evacuação através de Junta Médica.....	16
3.2 Etapas e fases de tratamento do processo .....	16
3.2.2 Sessão de Junta Médica Nacional.....	17
3.2.3 Papel do MINSAP .....	17
3.2.4 Embaixada de Portugal na Guiné-Bissau.....	18
Capítulo 4: Análise e Discussão de resultados .....	18
1 Análise de dados.....	18
2 Discussão .....	28

Desafios Identificados no acordo.....	31
Contributos do serviço social para a Qualidade do Processo .....	32
Desequilíbrio entre acordo em vigor e realidade vivenciada pelos utentes .....	32
Propostas de melhoria na gestão do processo da evacuação médica .....	33
Coordenação e comunicação para mitigar falha no acompanhamento .....	34
Conclusões.....	35
Referencias Bibliográficas.....	37
Legislações .....	39
Anexos:.....	40
Anexo A: Conceitos.....	40
Dimensões de acesso ao serviço de saúde .....	41
Anexo B: Consentimento informado .....	42
Anexo C: Dados do terreno.....	43

## **Índice de gráficos**

Gráfico 1: Género dos utentes.....	19
Gráfico 2: Apresentação no hospital na data da consulta em Lisboa.....	20
Gráfico 3: Dificuldade de atendimento por atraso .....	21
Gráfico 4: Subsistência dos utentes .....	23
Gráfico 5: Termo de responsabilidade.....	23
Gráfico 6: Empregabilidade.....	24
Gráfico 7: Ordem de abandono da habitação.....	25
Gráfico 8: Patologias referenciadas .....	26
Gráfico 9: Estado clínico dos utentes.....	27
Gráfico 10: Apoio da embaixada da Guiné-Bissau.....	48

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1: Frequência por faixa etária.....	19
Tabela 2: Dificuldade de permanência durante o tratamento.....	22
Tabela 3: Relação entre situação profissional fonte de renda /Subsistência .....	25
Tabela 4: Tempo de espera de evacuação.....	43
Tabela 5: Satisfação geral dos utentes .....	44
Tabela 6: Frequência de maus-tratos por ser guineense.....	45
Tabela 7: Habilitação académica/Situação profissional.....	46
Tabela 8: Estatística Descritiva.....	47
Tabela 9: Frequência de alta e /regresso .....	48

## **Índice de figuras**

Figura 1:Quadro de Comunicação Institucional .....	15
Figura 2: Estrutura da comissão especializada .....	35



## **Glossário de Abreviaturas**

CHLC- Centro Hospitalar Lisboa Central

DGS - Direção Geral de Saúde portuguesa

LNSP -Laboratório Nacional de Saúde Pública

MNSAP – Ministério da saúde pública (Guiné-Bissau)

OMS – Organização Mundial de Saúde;

PALOP- Países Africanos da língua oficial Portuguesa

PNDS - Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário

PSB Projeto de Saúde de Bandim

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância (*United Nations International Children's Emergency Fund*);

UNIOGBIS – United Nations Integrated Peacebuilding Office in Guiné-Bissau.

XOF- Franco CFA da África Ocidental (é o Símbolo da moeda utilizado por vários países da africa ocidental.

## Introdução

Ideia geral de saúde varia de acordo com a sociedade, classe social e o contexto económico. Cada sociedade constrói o conceito de saúde de acordo com a sua tradição e cultura, o fator cultural um elemento determinante na forma como se pensa e se vive a saúde (Scliar, 2007)

O artigo 15º da Constituição da República da Guiné-Bissau, datado de 16 de maio, estabelece que a saúde pública tem como propósito promover o bem-estar físico e mental da população, garantindo também a sua integração equilibrada no meio social e ambiental. A política nacional de saúde deve concentrar-se na prevenção e avançar, de forma gradual, para a socialização dos serviços médicos e farmacêuticos.

Após a declaração de independência em 1973, o governo da Guiné-Bissau instituiu um sistema de saúde universal e gratuito. No entanto, o funcionamento desse sistema passou a depender fortemente do apoio de organizações internacionais, que representam mais de 85% dos seus recursos (Cardoso *et al.*, 2025).

Essa dependência associada a instabilidade nacional, foi posta em causa a partir de novembro de 1980, como resultado de sucessivas crises político-militares e de carácter administrativo, que têm tido o seu impacto negativo diretamente no desempenho do sector da saúde (Cardoso *et al.*, 2025)

Em 1975, os recursos humanos na área da saúde eram muito escassos: o país contava apenas com 2 médicos, 31 enfermeiros, 332 auxiliares de enfermagem, 9 parteiras e 16 técnicos.

No ano seguinte, em 1976, foram registados os primeiros técnicos de apoio pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Banco Mundial e pela UNICEF. Nesse contexto, iniciou-se o processo que viria a ser conhecido como Reforma da Atenção à Saúde, com o apoio da OMS aos Governo dos Países de Baixa renda, tendo como objetivo descentralizar os serviços de saúde.

O projeto mais significativo foi desenvolvido nas regiões de Cacheu e Tombali (sul do país), e tinha como finalidade envolver as comunidades locais nas questões de saúde, promovendo a participação ativa de profissionais de saúde formados e cidadãos.

Em 1978, o sistema nacional de saúde passou por uma fase de profundas reformas com a introdução de uma Política Farmacêutica baseada no Programa de Medicamentos Essenciais, financiado por parceiros internacionais como a UNICEF, a ASDI e a OMS. Nesse mesmo período, foram criados o Laboratório Nacional de Saúde Pública (LNSP) e o Projeto de Saúde de Bandim (PSB), ambos voltados para o fortalecimento da vigilância epidemiológica e dos sistemas de monitoramento de doenças no país.

Paralelamente, foram assinados acordos de cooperação com Portugal, permitindo que cidadãos guineenses recebessem tratamento médico fora do país. Essa iniciativa surgiu como resposta à escassez de profissionais de saúde e de equipamentos médicos no território nacional e representou uma das

mudanças progressivas mais relevantes para atender às necessidades de saúde da população, que constitui o foco principal do presente estudo (Cardoso *et al.*, 2025).

O país alcançou seu auge na área da saúde na década de 1980, com a assinatura de um acordo com o governo de Cuba no domínio da saúde. Esse acordo resultou na fundação da Faculdade de Medicina “Raul Dias Arguelles”, a única instituição com capacidade técnica para ministrar o curso da medicina no próprio país até o ano de 2020. Nesse período, foram formados 320 médicos nacionais, a partir desse ano surgiram outra universidade que dão curso da medicina, nomeadamente “Universidade Jean Piaget” e a “Universidade Nova da Guiné”.

A instabilidade política, contudo, teve um impacto profundo no desenvolvimento do setor da saúde. Desde 1980, o país vivenciou doze tentativas de golpe de Estado, o que enfraqueceu consideravelmente o Sistema Nacional de Saúde, tornando-o ainda mais vulnerável. Atualmente, mais de 60% das despesas em saúde são suportadas pelas próprias famílias, enquanto cerca de 80% das iniciativas na área dependem do financiamento da comunidade internacional (Cardoso *et al.*, 2025).

Diante do histórico problemático relacionado ao acesso a serviços de saúde que atendam às expectativas dos utentes, surgiu um acordo com Portugal com o objetivo de garantir atendimento médico de qualidade à população. Por meio desse acordo, os pacientes podem ser encaminhados a Portugal para receber tratamento médico. No entanto, ao longo do tempo, têm surgido críticas e dúvidas quanto à gestão desse processo.

Este trabalho foi elaborado com o propósito de analisar os desafios enfrentados, as dificuldades vivenciadas pelos utentes beneficiários, bem como avaliar o seu nível de satisfação relativamente ao processo de evacuação sanitária. Além disso, procura propor estratégias que contribuam para mitigar as falhas identificadas neste sistema de Cooperação Internacional no domínio da saúde.

A estrutura do trabalho está organizada em *quatro capítulos*:

- *Capítulo 1* – Apresenta a *revisão bibliográfica*, oferecendo uma compreensão aprofundada sobre o acesso aos serviços de saúde e as suas múltiplas dimensões.
- *Capítulo 2* – Descreve a *metodologia utilizada* na investigação, incluindo os instrumentos de recolha de dados e os critérios de análise.
- *Capítulo 3* – Aborda os *principais pilares estabelecidos no acordo de cooperação com Portugal*, contextualizando o enquadramento jurídico e institucional.
- *Capítulo 4* – Dedicar-se à *análise e discussão dos dados recolhidos em campo*, com base em entrevistas e questionários aplicados a utentes e gestores.

Após uma análise exaustiva dos dados obtidos, são apresentadas *medidas mitigadoras* com o intuito de corrigir as irregularidades constatadas na implementação deste acordo, considerado de grande importância para a vida dos utentes guineenses. O estudo é concluído com uma *reflexão geral sobre os resultados obtidos e as propostas sugeridas*, visando o reforço da eficácia e da justiça no acesso à saúde.

# Capítulo 1: Enquadramento Teórico

## 1 – Conceito de Saúde

Na procura de fontes e literatura que sustentam os conceitos básicos de acesso aos serviços de saúde e suas dimensões, foi necessário recorrer aos meios oficiais para a obtenção das informações, tais como: B-on, Web of Science, Scopus, Discovery Service ISCTE e Biblioteca físico da mesma instituição.

O conceito saúde derivada raiz etimológica *salus*, em latim, este termo designa o atributo principal dos inteiros, intactos, íntegros e, no grego, *salus* provém do termo *holos*, no sentido de totalidade, raiz dos termos holismo e holístico. Após conhecermos a origem do termo saúde é importante compreender a evolução histórica do seu conceito (Abreu, 2023).

A definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1947, que inclui "... *bem-estar físico, mental e social completo*..." não se encaixa mais nos pontos de vista atuais da sociedade. A definição de saúde da OMS implica que muitas pessoas com doenças crônicas ou deficiências seriam consideradas insalubres e o bem-estar completo seria utópico e inviável para elas (Van Druten et al., 2022a). Essa definição recém-proposta configura a saúde como a capacidade de lidar e gerenciar o próprio mal-estar e condições de bem-estar. Em termos mais operacionais, a saúde pode ser conceituada como a capacidade de reagir a todos os tipos de eventos ambientais tendo as respostas emocionais, cognitivas e comportamentais desejadas e evitando aquelas indesejáveis (Leonardi, 2018).

São nove categorias ligadas ao conceito de saúde multifacetado, adaptando-se à mudança, bem-estar ou funcionamento completo, participação, funcionamento diário, bem-estar, vida satisfatória, autogestão e subjetivo (Van Druten et al., 2022b).

Esta definição supera abordagens individualistas e aquelas baseadas apenas em determinantes sociais porque abrange variáveis individuais e sociais, concentrando-se em respostas individuais a eventos ambientais. Além disso, é independente de posições morais e éticas, mesmo que a "capacidade de lidar e administrar" seja claramente uma expressão dos valores culturais da sociedade ocidental. Finalmente, é baseada no ponto de vista de uma pessoa e pode ser adequada para obter indicadores concretos de valores de saúde (Leonardi, 2018).

Deve-se notar que esse conceito de saúde, em contraste com a definição da OMS, supera o reducionismo médico sem dar origem ao utopismo. De fato, "lidar com e administrar o próprio mal estar e condições de bem-estar" é uma meta de saúde mais ampla do que aquelas estabelecidas por parâmetros físicos, mas ao mesmo tempo é realmente atingível por todos, independentemente da idade, status cultural e socioeconômico, raça, religião e valores éticos (Leonardi, 2018).

Um outro conceito proposto é, saúde pode ser vista como um elemento fundamental para a humanidade em sua evolução atual, pois dela dependem o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos, bem como a capacidade de trabalho, de organização e de iniciativa das comunidades. Além

disso, a saúde contribui para o equilíbrio social e atua como fator essencial para impulsionar o desenvolvimento econômico, social e psicossocial (Guerra, 2017).

## **2- Acesso ao serviço de saúde**

A dimensão de acesso ao serviço de saúde adequa-se de acordo com o país, em muitas situações é que os utentes carecem das informações necessárias sobre os direitos de acesso ao serviço de saúde, é fundamental reforço nesse sentido para que utentes possam beneficiar dos serviços que merecem pelo direito (Were et al., 2024).

Ao considerar que uma população tem acesso aos serviços de saúde, é necessário levar em conta diferentes dimensões do acesso, como: disponibilidade, localização geográfica, acessibilidade, acomodação, pontualidade, aceitabilidade e conscientização. Essas dimensões ajudam a identificar lacunas nas políticas públicas e possíveis desigualdades no acesso à atenção primária à saúde (Russell et al., 2013).

Os modelos de regressão linear avaliaram as relações entre os componentes da medida de acesso aos serviços de saúde, incluindo impacto no acesso a medicamentos e equipamentos médicos, impacto no acesso a consultas de saúde e confiança no acesso a recursos da comunidade, e variáveis preditores, incluindo fatores sociodemográficos e relacionados à saúde (Wakeel et al., 2023).

É claro que quando as pessoas desconhecem da informação acabam por aceitar a condição ao seu estado de saúde como normal e suficiente, associam as estas condições com baixa renda ficam cada vez mais afastados do sistema, fatores sociodemográfica envolve fortemente nestes, pois cada sociedade conceitua acesso ao serviço de saúde de acordo com as condições sociais, demográfica, culturais e económica, sendo os que vivem nas condições de baixa renda acabam por aceitar o conceito muito péssimo, porque a visão social que têm deste limita-se no seu meio, mas são conceitos não abrangentes abordagem que pretende fazer neste trabalho, o que pretende aqui é, acesso ao serviço de saúde como um direito universal consagrado na carta das Nações Unidas sobre os direitos humanos.

Segundo Wakeel *et al.*, (2023) “Como a pandemia de Covid-19 afetou sua capacidade de gerenciar sua saúde?” Os entrevistados foram solicitados a indicar se sofreram algum dos seguintes impactos em seu acesso aos cuidados de saúde: obtenção de equipamentos ou suprimentos, obtenção de medicamentos, cancelamento ou reagendamento de um procedimento ou cirurgia, fechamento de consultório, adiamento de uma consulta de saúde e falta a uma consulta de saúde, as respostas sempre confirmam pelo menos uma dessas dificuldades.

Esse estudo, que usa uma grande amostra nacional, está entre os primeiros a fornecer informações diferenciadas sobre o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde durante a pandemia. Desenvolveu-se e testaram uma nova medida de acesso aos serviços de saúde, que incluiu três aspetos principais: acesso a medicamentos e equipamentos médicos, acesso a consultas de saúde e acesso a recursos comunitários. Quando os países, incluindo os EUA, tomaram decisões difíceis para equilibrar

as demandas de responder diretamente ao Covid-19 e manter os serviços essenciais de saúde, observamos com dados empíricos que indivíduos e comunidades não apenas lutaram para agendar e ter consultas de médica, mas o acesso a medicamentos e suprimentos também se tornou um aspecto crítico do acesso aos cuidados de saúde. Além de confirmar o conhecimento existente, o estudo expande o conceito de acesso aos serviços de saúde para incluir três aspectos principais: impacto no acesso a medicamentos e equipamentos médicos, impacto no acesso a consultas de saúde e confiança no acesso aos recursos da comunidade (Wakeel *et al.*, 2023).

Confirma-se existência de variações regionais de barreiras como custo, transporte e idioma e diferenças demográficas, incluindo educação, imigração, renda e status de seguro de saúde (Soto *et al.*, 2023).

### **3- Acesso ao serviço de saúde na Guiné-Bissau**

Após 528 anos de colonização portuguesa, a Guiné-Bissau herdou um sistema de saúde voltado principalmente para as necessidades dos colonizadores e das forças armadas. A população nativa tinha acesso muito limitado aos cuidados de saúde, e a infraestrutura estava concentrada, em sua maioria, em Bissau, a capital do país.

O Hospital Militar de Bissau, com 320 camas, era apoiado por enfermeiros do setor e hospitais de evacuação. Em 1946, foi inaugurado o Hospital de Bissau (atualmente Hospital Nacional Simão Mendes - HNSM), que atendia apenas uma minoria da população.

A maior parte da população, especialmente a de zonas rurais, dependia da ajuda prestada por missionários católicos, que também ofereciam formação básica nos cuidados básicos a saúde e na assistência a partos.

Em 1954, a Guiné-Bissau tinha uma população de cerca de 624 mil habitantes, mas os recursos humanos na área da saúde eram extremamente escassos: havia apenas 18 médicos, 2 farmacêuticos, 4 enfermeiras, 36 enfermeiros, 62 auxiliares, 1 parteira e 37 parteiras auxiliares. Todo esse aparato era rigidamente controlado pelo regime colonial (Cardoso *et al.*, 2025).

A Guiné-Bissau não tem desenvolvido na literacia em matéria de saúde pública, as informações e estudos que são apresentados sobre saúde na Guiné-Bissau provem dos relatórios das organizações internacionais, ONG, programas que atuam no país em domínio de saúde, ONU e Banco mundial, com base nesses relatórios podemos constatar a real situação do serviço nacional de saúde. Segundo o relatório de UNIOGBIS - secções de Direitos humanos/ACNUDH, 2017 a Guiné-Bissau continua a enfrentar desafios de acesso ao serviço de saúde desde o mais básico até mais complexos a disponibilidade e acessibilidade continuam a ser principais desafios do acesso ao serviço de saúde (ACNUDH, 2017a).

O país possui apenas sete (7) hospitais, entre os quais três (3) nacionais e quatro (4) regionais, tem cinco (5) centros de saúde tipo A (este que possui a capacidade para fazer as cirurgias de média

porte), dezanove (19) centros de tipo B, cento e onze (111) tipo C e 3 centros materno-infantil, são as estruturas de saúde que fazem cobertura para uma população de 2.148.239 habitantes numa área de 36.125 km<sup>2</sup>, sendo que a maioria desses centros estão a funcionar com carência de tudo, desde recursos humanos (técnicos de saúde), de 2018 a 2022 houve redução de recursos humanos a 41% numa altura em que densidade populacional aumenta no país, meios de diagnóstico, equipamentos médico e a própria infraestrutura (Muianga, 2022).

Para avaliar as dimensões de acesso ao serviço de saúde é mais ideal que seja feita numa situação em que existe realmente problemas de saúde, quando as pessoas necessitam desse serviço essencial, consegue-se perceber qual é a capacidade desse serviço em atender as demandas dos utentes independentemente em condições socioeconómica, geográfica ou outra em que podem se encontrar (ACNUDH, 2017b).

O serviço de saúde da Guiné depara com maior dificuldade na ordem de falta de recursos humanos, infraestruturas farmacológicas, isto é, não fabrica nem consegue armazenar em qualidade os produtos farmacológicos e falta da infraestrutura de saúde em condições que possam garantir a qualidade de prestação de serviço (Guerreiro et al., 2018).

A falta de recursos humanos no serviço nacional de saúde compromete fortemente a prestação do serviço de qualidade, até 2017 havia apenas três médicos especialistas em pediatria para uma população aproximadamente a 720.000 crianças. Existem duas Universidades que formam os médicos para trabalharem no país, Faculdade de Medicina Raul Dias Arguelles – Brigada Cubana formou maior número de médicos e uma privada Universidade Jean Piaget, também tem formado algum número de médicos em Bissau, a falta não limita só aos médicos, mas também outros profissionais de saúde, como técnicos superiores, Biomedicina, Enfermeiros qualificados para atuarem em diferentes áreas de saúde e assistentes sociais (ACNUDH, 2017a).

Os equipamentos do setor estão distribuídos sob diversas instâncias, nomeadamente o setor público e o setor convencionado. No domínio público, a estrutura em forma de pirâmide sanitária, bem identificada e persiste. Essa rede tem estado a crescer, essencialmente a nível dos Centros de Saúde e também no setor privado com objetivos lucrativos, mas essa realidade ainda não dispõe de qualidades técnicas e operacionais apropriada. É importante destacar que, mesmo com as doações e o apoio de parceiros na disponibilização de equipamentos, persiste uma carência nacional de serviços e profissionais qualificados para instalação, manutenção e reparação desses recursos. Muitos equipamentos foram adquiridos, mas permaneceram sem uso até se deteriorarem. Ao longo do tempo, as maiores unidades de referência nacional vêm se tornando obsoletas, em virtude do aumento da demanda por parte dos utentes, do hábito de serviços mais especializados e da falta de uma política consistente de manutenção das infraestruturas e equipamentos (Cardoso et al., 2025).

O acesso ao serviço de saúde na Guiné-Bissau depara com escassez do pessoal qualificado, disponibilidade dos serviços cirúrgicos, ventiladores, serviço de sangue e medicamentos a maior parte dos cuidados são prestados pelos enfermeiros de curso geral que não têm especialização, carecem de

qualificações científicas, além da dificuldade da população aos meio de transportes, dado a situação do isolamento das muitas aldeias aos centros de saúde, frequentemente têm de usar motorizados ou bicicleta para transportar um utente ao centro de saúde, verifica-se a cobertura do serviço de saúde nacional em 2019 é apenas de 53,8% em todo o país (PNDS, 2023).

Esse fato reflete a falta de vontade política na aquisição de equipamentos de qualidade para os centros hospitalares e na construção de infraestruturas próximas às comunidades, uma vez que o estado investe apenas 5,18% do seu orçamento geral em saúde, destinando o restante principalmente ao pagamento dos salários dos funcionários públicos e outros fins desconhecidos. (ACNUDH, 2017b).

O processo de tentar fazer o serviço de saúde chegar às pessoas tem-se desenvolvido num contexto marcado por vários desafios: o financiamento do setor continua insuficiente; as despesas em saúde em relação ao PIB, apresentaram variações consideráveis; o orçamento geral do Estado destinado à saúde oscila fortemente de ano para ano e permanece muito abaixo do compromisso de Abuja. Afirmou-se também uma tendência para a prioridade dos cuidados curativos em relação aos cuidados primários de saúde, sendo cerca de 54% dos gastos afunilados para tratamento e, em média, apenas 46% para a prevenção. Além disso, os mecanismos de financiamento são enfraquecidos; as famílias continuam sendo a primeira fonte de financiamento das despesas em saúde, respondendo em média de 66% do total, gerando impactos destruidores sobre um público maioritariamente vivem abaixo do limiar da pobreza. O desenvolvimento do sistema de saúde depende bastante da coleta de doações por parte de parceiros internacionais, multilaterais e bilaterais, sendo eles os apoios programáticos e, em sua maioria, fora do controlo direto do MINSAP. Interromper essas doações muitas vezes leva ao desmoronamento de anos de conquistas, por que não há estratégias de transição gradual que garantam a sustentabilidade (Cardoso et al., 2025).

Mediante esses dados confirmam que o acordo de cooperação em saúde entre o estado da Guiné-Bissau e Portugal apresenta uma alternativa máxima para resolver problemas de saúde que não tem solução no país.

#### **4 Cooperação internacional no domínio de saúde**

A cooperação intersectorial é considerada uma estratégia promissora na prevenção e promoção da saúde orientadas para o estabelecimento de esforços conjuntos interdepartamentais para melhorar a equidade em saúde (Quilling et al., 2020).

A cooperação técnica internacional tem sido considerada um contributo importante para o desenvolvimento social dos países de renda média, particularmente em África, priorizando naquele continente os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa na organização que inclui a Guiné-Bissau (Fonseca et al., 2017).

Autoridade sanitária da Guiné-Bissau recebeu em 2022 um total de 883 processo para aprovação, entre estes foram aprovados 514 processo para serem evacuados para Portugal ao abrigo



do acordo de cooperação internacional entre a Guiné-Bissau e Portugal, sendo que é necessário a marcação nem todos é que conseguem a marcação de consulta em Portugal no universo dos aprovados apenas 353 conseguiram a marcação da consulta, estes dados mostra a prevalência da população guineense na procura da evacuação médica para encontrar a solução para os seus problemas de saúde (Muianga, 2022) .

A necessidade de resolver problemas imediatos nos sistemas básicos de saúde e as decisões que devem ser tomadas na gestão diária dos centros de saúde devem ir além da consciência do senso comum, e ser reforçadas pelas evidências buscadas no conhecimento científico que proporcionarão um novo olhar sobre os fatos e fenômenos que acontecem no dia a dia (Fonseca et al., 2017).

Perante a incapacidade do estado em dar resposta a demanda de saúde, a sua população recorre aos outros estados com as políticas mais avançadas no sistema de saúde, nesse caso aparece a necessidade de cooperação internacional em domínio de saúde, em outros contexto é criar condições para troca das experiências em matérias de saúde. Um estado percebe que não está a resolver problemas de saúde da sua população quando aparece mais pessoas em busca de tratamentos especializados e que o serviço de saúde local não consegue dar respostas aos problemas apresentados (ACNUDH, 2017b).

## **5 O Serviço Social na Relação com os Processos de Evacuação ao Abrigo dos Protocolos de Saúde**

O Serviço Social desempenha um papel fundamental na operacionalização e humanização dos processos de evacuação sanitária, especialmente no contexto de acordos internacionais como os estabelecidos entre a Guiné-Bissau e Portugal. A sua intervenção ocorre em diferentes fases do processo, desde a identificação das necessidades sociais e familiares dos utentes até ao acompanhamento durante o tratamento e o regresso ao país de origem.

Os profissionais do Serviço Social ainda carecem de reconhecimento formal no que diz respeito aos cuidados com pessoas com necessidades especiais. Eles não são incluídos na elaboração dos grandes acordos voltados ao apoio dos desfavorecidos. Esses padrão de exclusão torna-se especialmente evidente em situações de emergência, nas quais o Serviço Social é frequentemente ignorado sendo lembrado apenas quando os primeiros passos falham (Whitlock et al., 2025).

### **4.1 Função do Serviço Social**

Avaliação biopsicossocial dos utentes candidatos à evacuação, considerando não apenas os critérios clínicos, mas também os fatores sociais, económicos e familiares que podem influenciar o sucesso do tratamento.

Segundo Lisboa (2017), as funções do serviço social carrega conjunto de dimensões que torna indispensável a sua participação na elaboração do protocolo de acordos em saúde, sobretudo quando envolve o doente como foco de atenção, esta consiste em:

Oferta de apoio psicossocial ao indivíduo, à sua família, à sua rede de suporte e a grupos sociais específicos;

Estabelecimento de conexões eficazes entre redes formais e informais de apoio, atuando nos âmbitos individual e coletivo;

Contribuição para a humanização e para a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde;

Realização de supervisão técnica e de ações voltadas à capacitação e orientação de adultos;

Condução de pesquisas, estudos e desenvolvimento de métodos, técnicas e processos de intervenção;

Participação ativa na elaboração, promoção e execução das práticas de cuidados em saúde.

Reconhecer e avaliar as dificuldades e carências de apoio social apresentadas pelos utentes, elaborando o respetivo diagnóstico da situação social;

Realizar o acompanhamento e o suporte psicossocial dos utentes e de suas famílias, considerando o contexto dos grupos sociais aos quais pertencem, com base em planos de intervenção previamente definidos;

Envolver, orientar e incentivar utentes, famílias e grupos na reflexão sobre si mesmos e na busca pelos recursos mais adequados às suas necessidades;

Registar, comunicar e monitorizar, de forma contínua e sistemática, situações sociais complexas, especialmente aquelas que envolvem crianças, jovens, idosos, pessoas doentes ou vítimas de violência e exclusão social;

*Participar na definição, promoção e concretização de políticas de intervenção social no âmbito dos acordos.* Este conjunto de ações comprovam imperatividade do serviço social na elaboração dos acordos internacionais em saúde assim como incorporação da sua responsabilidade no próprio acordo.

De acordo com o modelo biopsicossocial, a doença é resultado da interação entre fatores físicos, psicológicos e sociais. Considerando que a melhoria do estado de saúde do paciente depende da convergência desses elementos, o tratamento não deve restringir-se apenas aos aspetos clínicos, mas deve envolver a atuação de uma equipa multiprofissional, na qual o serviço social desempenha um papel fundamental (Marin et al., sem data).

*Mediação interinstitucional*, articulando com entidades locais, hospitais de destino, serviços consulares e organizações da sociedade civil. Destaca-se que a convergência entre o serviço social, a mediação internacional e a inclusão de pessoas com limitações físicas, económicas ou com deficiência coloca, acima de tudo, a defesa dos direitos humanos e o compromisso com o apoio às populações carenciadas em situação de vulnerabilidade social, por isso deve privilegiar a sua participação nas negociações e acordos onde tem o desfavorecido como centro da discussão (Diaz-Jimenez et al., 2021).

*Preparação para a deslocação*, incluindo apoio na documentação, orientação sobre o país de destino e gestão de expectativas. Mediante a deslocação de um doente em situação de vida ou morte, o papel do serviço social é crucial, embora muitas vezes negligenciado. Essa atuação inclui fornecer informações, manter o paciente conectado à sua vida social anterior, promover a resolução de conflitos, mediar a comunicação entre o paciente, a família e os profissionais de saúde, além de favorecer um ambiente de compreensão ao redor do paciente. Também é papel do serviço social aconselhar documentação necessária para o processo (Sims-Gould et al., 2015).

*Acompanhamento durante o tratamento*, com foco na adaptação cultural, apoio emocional e resolução de problemas sociais emergentes, o Serviço Social na Saúde atua sobre os aspetos psicossociais associados à doença, com o objetivo de promover condições favoráveis à reabilitação, inserção e reinserção social dos doentes. Essa atuação contribui para a redução dos impactos socioeconómicos, culturais e ambientais que comprometem o bem-estar dos indivíduos.

A intervenção do Assistente Social desenvolve-se em articulação com diversos sistemas em interação, nomeadamente o doente, a família, as redes de suporte social, os serviços e as instituições. Nesse contexto, o assistente social exerce um papel de proximidade, atuando como um mediador e facilitador das relações sociais, com o propósito comum de contribuir para a recuperação integral do paciente em determinadas situações, como crises ou emergências, provocam mudanças significativas na vida das pessoas. Esses acontecimentos podem comprometer o equilíbrio emocional e social de indivíduos e famílias, colocando em risco a sua integridade física e/ou emocional. Tradicionalmente, os serviços de saúde concentram-se na resposta médica imediata, o que faz com que, na maioria das vezes, não estejam preparados para oferecer um apoio mais amplo e integrado, aqui entra o papel do serviço social (Sustelo, 2019) .

A intervenção do serviço social na área da saúde tem evoluído significativamente, aproximando-se cada vez mais das necessidades humanas na condição de doente. Essa evolução acompanha o próprio desenvolvimento do sistema de saúde, que se torna progressivamente mais abrangente, evidenciando a importância do aspecto psicossocial na qualidade de vida dos utentes (Guerra, 2017).

## **Capítulo 3: Metodologia**

### **1. Enquadramento Metodológico**

De acordo com os objetivos estabelecidos, o estudo foi realizado em dois espaços geográficos, Guiné-Bissau e Portugal de modo a garantir a qualidade da informação. O objetivo central deste trabalho é analisar os desafios, as barreiras e o nível de satisfação dos doentes guineenses evacuados para

Portugal, bem como propor estratégias para melhorar a eficácia desse processo. Trata-se de uma pesquisa de carácter descritivo e exploratório, que busca descrever o processo de evacuação médica e avaliar a sua eficácia, com vista a melhorar o acesso a serviços de saúde de qualidade para os doentes provenientes da Guiné-Bissau, no âmbito do acordo de cooperação em saúde.

Antes da recolha de dados empíricos, foi realizada uma revisão exaustiva da literatura científica relacionada com os temas centrais do estudo: saúde, acesso aos serviços de saúde e suas dimensões, bem como os acordos internacionais no domínio da saúde. Esta revisão permitiu construir uma base teórica sólida, essencial para compreender os elementos que influenciam o acesso à saúde e para tirar ilações fundamentadas sobre o impacto dos protocolos de cooperação na vida dos utentes.

A abordagem adotada foi mista, combinando métodos qualitativos e quantitativos. Esta combinação permitiu agregar dados numéricos e descritivos, oferecendo uma visão mais completa da realidade dos doentes evacuados. Os dados quantitativos foram recolhidos através de questionários estruturados, enquanto os dados qualitativos resultaram de entrevistas semiestruturadas realizadas com utentes e gestores envolvidos no processo.

Esta metodologia permitiu cruzar perceções, experiências e indicadores objetivos, contribuindo para uma análise mais rica e fundamentada sobre os impactos sociais, emocionais e organizacionais do processo de evacuação sanitária.

### **1.1 População-Alvo**

A população-alvo deste estudo é composta por utentes guineenses evacuados para tratamento em Portugal, ao abrigo do acordo de cooperação no domínio da saúde entre o Estado da Guiné-Bissau e Portugal.

A amostra inclui 50 utentes guineenses atualmente em tratamento em unidades de saúde portuguesas, no âmbito do referido acordo, bem como 5 acompanhantes de menores que foram entrevistados para exporem as suas experiências sobre todo o processo de evacuação, desde o país de origem até à chegada e permanência em Portugal. Esta amostra foi selecionada com base na disponibilidade e acessibilidade dos participantes, procurando garantir diversidade de perfis e experiências, de forma a enriquecer a análise qualitativa e quantitativa dos dados recolhidos.

Durante a etapa de entrevistas e pesquisas de campo, foram recolhidas informações sobre a situação real dos utentes que chegam a Portugal ao abrigo do acordo de cooperação em saúde. Para recolher esses dados, foi necessário estabelecer contacto com associações de caridade e instituições de acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade e carência habitacional. Nesse âmbito, contactámos a VITAE – Associação de Solidariedade e de Desenvolvimento Internacional, no Centro de Acolhimento de Emergência Social – Residência Social São João de Deus, em Idanha – Queluz.

Com base nos objetivos deste trabalho, foi realizada uma deslocação à referida Residência Social para averiguar o número de doentes guineenses acolhidos ao abrigo do acordo de

cooperação em saúde entre a Guiné-Bissau e Portugal. No momento da visita, havia 19 residentes guineenses em tratamento médico.

O Centro possui 56 camas, das quais 13 são reservadas para a Câmara Municipal de Sintra, destinadas a emergências. Assim, restam 43 camas disponíveis, das quais os utentes guineenses ocupavam 19, correspondendo a 44,2% do total. Isso significa que quase metade da capacidade estava destinada a pessoas evacuadas no âmbito do referido acordo. Importa ainda salientar que o Centro acolhe indivíduos de diferentes nacionalidades, não apenas cidadãos da Guiné-Bissau nem apenas os que vieram por junta médica.

Estes dados confirmam as dificuldades de habitação e de sobrevivência enfrentadas pelos utentes guineenses que vêm para Portugal ao abrigo desse acordo. Para que possam ser acolhidos nessa residência, é necessário comprovar que não têm acesso a alojamento e, conseqüentemente, que a sua condição de sobrevivência está comprometida.

## **1.2 Procedimentos de Recolha de Dados**

A recolha de dados foi realizada através da aplicação de *questionários aos utentes guineenses evacuados para Portugal e de entrevistas a familiares/acompanhantes*, sobretudo de menores, bem como a técnicos e gestores envolvidos no processo na Guiné-Bissau.

O estudo contou ainda com o apoio da *VITAE – Associação de Solidariedade e Desenvolvimento*, através da sua residência em Idanha – Queluz, que acolhe alguns utentes com dificuldades de alojamento e subsistência. Esta colaboração foi essencial para o acesso direto aos participantes e para a compreensão das suas condições de vida fora do ambiente hospitalar.

As entrevistas foram orientadas por um guião semiestruturado, com questões que procuraram explorar aspetos como:

*O processo de seleção dos utentes;*

O tempo de espera e resposta entre a solicitação e a evacuação;

As dificuldades e desafios enfrentados durante o percurso;

As barreiras sociais, culturais e administrativas;

As estratégias de acompanhamento dos utentes fora do ambiente hospitalar;

A qualidade dos serviços médicos recebidos;

E o nível de satisfação dos doentes beneficiários do acordo em Portugal.

Esta abordagem permitiu recolher dados ricos e diversificados, essenciais para compreender a complexidade do processo de evacuação e os seus impactos na vida dos utentes.

### 1.3 Tratamento de dados

Sendo uma abordagem mista, com componentes qualitativos e quantitativos, o tratamento dos dados foi realizado com recurso a ferramentas digitais que permitiram organizar e analisar os principais pontos convergentes e divergentes. Foram utilizadas as plataformas; Google forms, Microsoft Excel e software estatístico Jamovi versão 2.6.44.

Aplicou-se estatística descritiva aos dados obtidos por meio dos questionários e dados estatísticos, permitindo calcular frequências, médias e percentagens, relativas a variáveis como o tempo de espera, satisfação com os serviços de saúde aplicável na base do acordo de evacuação, resultados clínicos obtidos tendo foco satisfação dos utentes, aquilo que é definido com benefícios rubricado no acordo de evacuação sanitária.

### 1.4 Aspetos Éticos

A metodologia adotada neste estudo está alinhada com os princípios éticos definidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme estabelecido no Código de Conduta do ISCTE (Despacho nº 86/2016 – ISCTE-IUL). Esses princípios incluem responsabilidade, honestidade, fiabilidade, rigor, objetividade e integridade. Nesse sentido, garantimos a confidencialidade e a privacidade das informações recolhidas, assegurando, em todas as fases da pesquisa, o anonimato dos utentes.

Todos os participantes, utentes e gestores *assinaram um termo de consentimento informado*, estando plenamente cientes da forma como os dados seriam tratados e da finalidade da investigação. Foi assegurado que as entrevistas seriam *anónimas*, respeitando os princípios da *ética na pesquisa científica*, nomeadamente o direito à informação, à recusa e à proteção da identidade.

## Capítulo 3: Enquadramento jurídico e institucional

### 1 Protocolo do acordo assinado entre dois estados

Acordo assinado a 13 de janeiro de 1978 no qual o estado português compromete-se prestar assistência médica nas Unidades Locais de saúde portuguesa, aos cidadãos guineenses residentes na Guiné-Bissau mediante solicitação do estado guineense, através da entidade coordenadora, nomeadamente Ministério de Saúde Pública.

Decreto nº 44/92 de 21 de outubro, foi promulgado o Acordo internacional em Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República da Guiné-Bissau, deu um paço significativo no avanço ao desenvolvimento do sistema nacional de saúde na Guiné.

Neste acordo cada estado assumiu certas responsabilidades, como se vê no artigo 3º, nº1 define a responsabilidade da Guiné-Bissau:

- a) O estado da Guiné-Bissau, país de origem do doente responsabilizava do transporte de ida e regresso dos doentes;
- b) Deslocação do mesmo do aeroporto até ao local do destino, em caso do doente ambulatorio;
- c) O Alojamento e a subsistência do doente, em regime de semi-internamento e ambulatorio fica inteiramente sob a responsabilidade da Guiné-Bissau;
- d) É da responsabilidade do estado da Guiné-Bissau tratar do regresso do utente, após o tratamento ser dado por concluído pelas autoridades de saúde portuguesa;
- e) Medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em regime de tratamento ambulatorio;
- f) Tratar do funeral ou repatriamento do corpo, em caso da morte do utente.

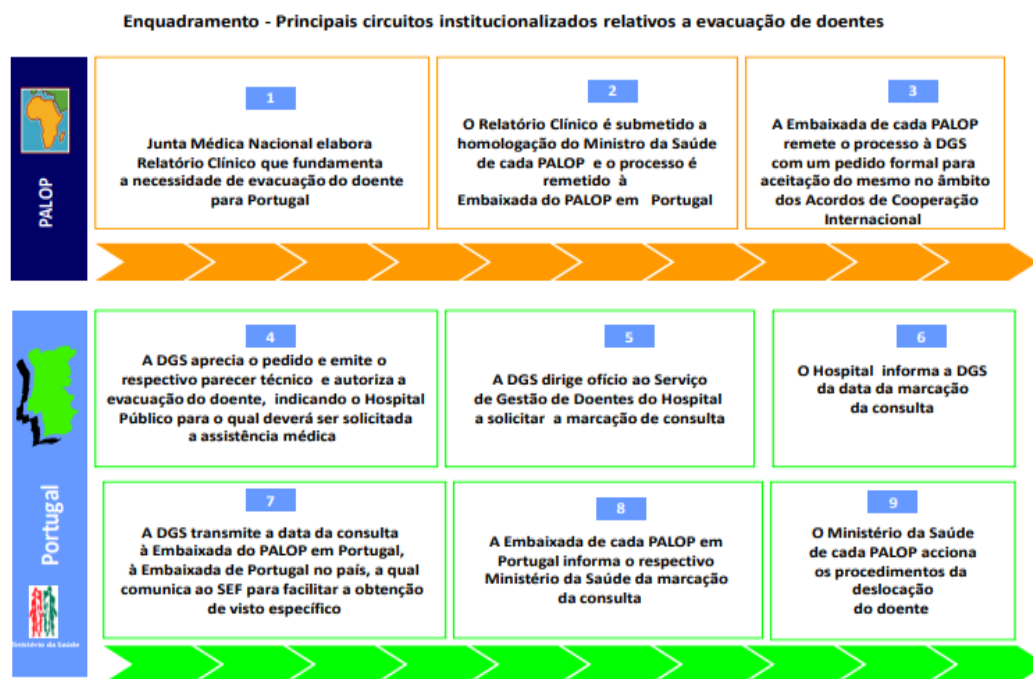
*Ficam a cargo do estado português os encargos relativos a:*

- a) Assistência médica hospitalar, aos doentes em regime de internamento, ambulatorio e semi-ambulatorio;
- b) Meios complementares de diagnósticos e terapêuticos, quando os mesmos se efetuam nos hospitais Oficiais;
- c) Transportar o doente em ambulância do aeroporto para Unidade de Saúde Local em que tem marcação previa, em caso da condição clínica do doente não o permite deambular normalmente.

É importante referir que a responsabilidades do estado português cessa automaticamente quando o tratamento do doente é dado como concluído.

## **2 Comunicação entre estado da Guiné-Bissau e Portugal**

Este acordo de cooperação internacional entre a Guiné-Bissau e Portugal abrangem todos os países de PALOP, entretanto o sistema de comunicação é igual para todos, a figura a baixo ilustra o procedimento.



**Figura 1:Quadro de Comunicação Institucional**

Fonte: (Guerreiro et al., 2018)

Tal como se observa no quadro acima, o acordo abrange todos os países dos PALOP. O sistema de comunicação e coordenação da informação entre dois Estados (PALOP e Portugal) funciona da seguinte forma: a comissão de junta médica de cada país é responsável pela aprovação dos processos e pela elaboração de um relatório que descreve o histórico clínico do doente, fundamentando a necessidade de evacuação. Os critérios de aprovação podem variar de país para país.

Após esta fase, o processo é remetido ao Ministério da Saúde, que transmite a informação à respetiva Embaixada em Portugal. Esta, por sua vez, encaminha o pedido à Direção-Geral da Saúde (DGS) portuguesa, através de uma plataforma específica destinada a estabelecer esta correspondência.

No caso particular da Guiné-Bissau, o Ministério da Saúde, através do gabinete técnico e administrativo, é responsável por remeter o pedido à DGS, informando simultaneamente a sua Embaixada em Lisboa.

A DGS recebe então o pedido, que é avaliado por uma equipa técnica especializada. Após comprovar a necessidade de evacuação e a existência de um bom prognóstico, autoriza a evacuação e indica a Unidade Local de Saúde que poderá receber o doente, em seguida, emite um ofício ao serviço de gestão de doentes, solicitando a marcação da consulta.

Quando o hospital confirma a marcação, a DGS recebe a informação e transmite-a à embaixada do país de origem do doente através da mesma plataforma de comunicação. Paralelamente, informa a AIMA e a embaixada de Portugal no país, de modo a facilitar o processo de obtenção do visto.



Recebida esta informação, a embaixada comunica imediatamente ao Ministério da Saúde do país de origem, que viabiliza todo o procedimento para a deslocação do doente. No caso da Guiné-Bissau, o gabinete dos assuntos protocolares do Ministério contacta o doente ou familiar, a fim de reunir toda a documentação necessária para pedido do visto de viagem.

Por fim, o doente deve apresentar-se no hospital português na data e hora agendada a consulta.

### **3 Administração e Gestão do processo de Junta na Guiné-Bissau**

#### **3.1 Evacuação através de Junta Médica**

As evacuações realizadas através da Junta Médica resultam de um protocolo de cooperação no domínio da saúde entre a Guiné-Bissau e Portugal. O objetivo é facilitar o tratamento médico de utentes guineenses em Portugal, quando se trata de casos sem possibilidade de tratamento no país, mas que apresentam prognóstico favorável em território português. Concluído com sucesso o tratamento, o utente deve regressar à Guiné-Bissau e retomar a sua vida normal.

A decisão de evacuar um doente baseia-se na avaliação do médico assistente e, posteriormente, é submetida à aprovação da Comissão Nacional da Junta Médica, composta por uma equipa clínica formada por 10 médicos especialistas em diferentes áreas.

#### **3.2 Etapas e fases de tratamento do processo**

##### **3.2.1 Pré-junta médica**

O processo tem início com a consulta do utente, durante a qual o médico realiza a avaliação clínica, incluindo o exame físico, e solicita os exames complementares e imagiológicos necessários à confirmação do diagnóstico.

Caso se trate de uma patologia que não possa ser tratada no país, mas que tenha possibilidade de tratamento em Portugal, o médico elabora uma proposta de evacuação devidamente justificada. Essa proposta é, então, submetida à discussão com a equipa médica que integra a comissão interna de avaliação, da qual faz parte o diretor clínico da estrutura de saúde.

Se o caso for aprovado, o médico assistente redige um relatório detalhado, descrevendo o histórico clínico do paciente e fundamentando a necessidade de evacuação. Este relatório deve ser assinado pelo médico responsável do caso, diretor do serviço e pelo diretor clínico da estrutura hospitalar onde o caso foi avaliado e aprovado, os assinantes do relatório podem variar de acordo com o Hospital.

De seguida, o processo é encaminhado para a sessão da Junta Médica Nacional. Nesta fase, o utente deve apresentar ao setor administrativo o relatório devidamente assinado e efetuar o pagamento

de 16.000 XOF (cerca de 24,43 €) através do IBAN da comissão, apresentando posteriormente o comprovativo de pagamento.

Concluída esta etapa, o utente deve dirigir-se ao Ministério da Saúde Pública para proceder à autenticação do processo, mediante o pagamento adicional de 1.500 XOF (cerca de 2,30€). Após a autenticação, o processo fica apto para ser submetido e analisado pela Comissão da Junta Médica Nacional, composta por uma equipa clínica especializada.

### **3.2.2 Sessão de Junta Médica Nacional**

O órgão responsável pela validação e aprovação final do processo de evacuação, em território nacional, é a Comissão da Junta Médica Nacional. A sua estrutura integra um Serviço Administrativo, encarregado de receber os processos, elaborar o mapa de junta, informar o utente sobre o andamento até à aprovação final e encaminhar toda a documentação ao Ministério da Saúde Pública, após a aprovação pela Comissão Clínica.

A Comissão é composta por dez médicos, que analisam o caso em discussão e podem solicitar exames complementares, exames imagiológicos adicionais ou mesmo a realização de um exame físico, sempre que necessário para confirmar o diagnóstico. Caso o parecer seja favorável, é agendada uma avaliação presencial do utente pela Comissão Clínica da Junta Médica, durante a qual o caso pode ser aprovado ou reprovado.

Se aprovado, o mapa é assinado por três médicos, incluindo o Presidente da Comissão. Concluída esta fase, o Serviço Administrativo da Junta Médica encaminha o processo ao Ministério da Saúde Pública para as diligências subsequentes.

### **3.2.3 Papel do MINSAP**

Quando o processo dá entrada no Ministério da Saúde Pública, é-lhe atribuído um número de registo na plataforma, que permite o respetivo acompanhamento. A partir do momento em que é inserido nesse sistema, o processo passa automaticamente para a responsabilidade da Direção-Geral da Saúde (DGS) de Portugal, que procede à avaliação do caso.

Se a proposta for aprovada, a DGS encaminha o pedido para a Unidade Local de Saúde com capacidade técnica para tratar o diagnóstico indicado pelo médico guineense. A referida Unidade de Saúde agenda a consulta ou o tratamento, de acordo com a disponibilidade de vagas.

Após a confirmação da marcação da consulta, a DGS atualiza a informação na mesma plataforma em que o processo foi inicialmente submetido pelo Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau. Essa atualização é igualmente comunicada à Embaixada da Guiné-Bissau em Portugal e ao Consulado de Portugal na Guiné-Bissau.

Por fim, o Ministério da Saúde Pública, através do seu serviço protocolar, contacta o utente ou o familiar indicado no processo, informando a data da consulta e prestando orientações quanto à documentação necessária para a solicitação do visto de viagem junto ao Consulado de Portugal.

### **3.2.4 Embaixada de Portugal na Guiné-Bissau**

A representação diplomática portuguesa na Guiné-Bissau é a entidade responsável pela emissão do visto de viagem, exigindo que o utente apresente os seguintes documentos:

- Passaporte com validade mínima de 1 ano (original e cópia);
- Cópia do Bilhete de Identidade;
- Fotografia;
- No caso de menores de idade, é necessária autorização dos pais e a indicação de um acompanhante, que deve apresentar os mesmos documentos exigidos para adultos;
- Seguro de viagem com validade de 120 dias.

*A pessoa responsável pelo acolhimento do utente em Portugal deve enviar os seguintes documentos:*

1. Contrato de arrendamento de uma casa localizada no distrito onde se situa a Unidade de Saúde em que o doente deve se apresentar;
2. Título de residência ou Cartão de Cidadão válido;
3. Declaração de IRS comprovando rendimento global mínimo de 12.000 euros;
4. Termo de responsabilidade, assumindo a subsistência e demais necessidades do doente durante o tratamento.

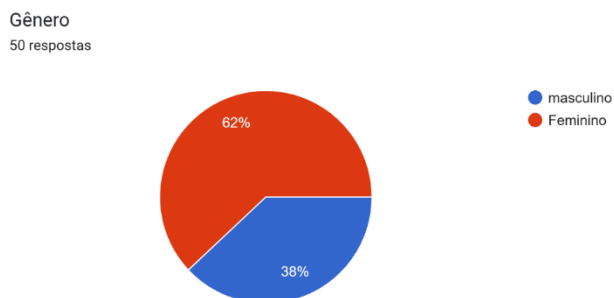
*Todos esses documentos devem ser entregues ao Ministério de Saúde Pública, no Serviço Protocolar da Junta Médica, até 45 dias antes da data marcada para a consulta em Portugal para encaminhar os mesmos documentos para Embaixada.*

## **Capítulo 4: Análise e Discussão de resultados**

### **1 Análise de dados**

Com base nas entrevistas e questionários elaborados para responder os objetivos definidos neste trabalho. Os questionários foram respondidos pelos 50 utentes guineenses que estão em tratamento em Portugal, entre os 50 doentes evacuados para Portugal ao abrigo do acordo de cooperação no domínio da saúde, o género feminino representou a maioria, correspondendo a 62% (31 em 50), conforme apresentado no gráfico abaixo.

**Gráfico 1: Género dos utentes**



Fonte: Construção própria, 2025

A maioria dos utentes evacuados é composta por jovens: 40% (20/50) têm idades entre 18 e 35 anos, dos quais o gênero feminino dessa faixa etária representa 30% (15/50) do total da amostra. Em seguida, destacam-se os utentes da faixa etária entre 36 e 59 anos. Já os com 60 anos ou mais correspondem apenas a 2% do grupo, ou seja, um único utente, conforme ilustrado na tabela 1. Esses dados evidenciam que a maior parte dos doentes evacuados encontra-se em idade jovem, com potencial para retomar uma vida ativa e contribuir para o desenvolvimento da sociedade após o tratamento.

**Tabela 1: Frequência por faixa etária**

Faixa etária	Gênero	Contagens	% do Total
0 - 17 anos	Feminino	7	14.0%
	masculino	3	6.0%
18-35 anos	Feminino	15	30.0%
	masculino	5	10.0%
36-59 anos	Feminino	9	18.0%
	masculino	10	20.0%
60 + anos	Feminino	0	0.0%
	masculino	1	2.0%

Fonte: construção própria, 2025

## Tempo de espera

Após ser identificado a pessoa com a necessidade de evacuação médica para Portugal começa conjunto de solicitação de exames para provar o diagnóstico, depois inicia a parte administrativo, como foi explicado anteriormente. Entretanto o tempo de espera para terminar esse processo varia de caso a caso, entre três (3) meses a sete (7) anos, sendo que 1 referiu ter esperado durante 20 anos, os dados descritivos constam abaixo.

Um dos indicadores analisados neste trabalho é o tempo de espera dos utentes para receber a confirmação da evacuação médica, esse período foi contabilizado desde o momento em que o doente recebe o diagnóstico e a indicação da necessidade de evacuação para Portugal, até a obtenção do visto de viagem.

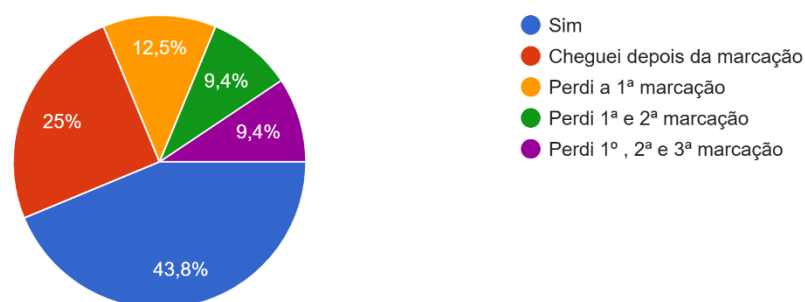
Revelam-se que, 52% dos utentes esperaram mais de um ano para concluir o processo,

4% aguardaram até sete anos, renovando sucessivamente os pedidos, apenas 6% conseguiram concluir todo o processo em até seis meses, sendo que os que conseguem concluir o processo até 3 meses 62% tiveram ajuda de um familiar ou conhecido que influenciou aceleração do mesmo.

O tempo de espera também foi influenciado pela demora da emissão de visto pela embaixada de Portugal em Bissau e maioria perderam a consulta por atraso na emissão do visto.

## Gráfico 2: Apresentação no hospital na data da consulta em Lisboa

Emissão do visto em relação a data da marcação, data de chegada antecede a consulta  
32 respostas



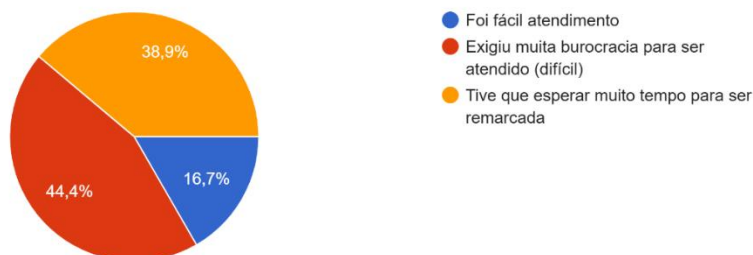
Fonte: construção própria, 2025

Nesse processo, após o doente conseguir a marcação de consulta na unidade local de saúde, a Embaixada de Portugal precisa emitir o visto de viagem para que ele possa comparecer à consulta na data marcada.

No entanto, têm surgido reclamações em relação a atraso na chegada dos utentes no território português, entre 56,2% que perderam a marcação apenas 16% conseguiram atendimento com facilidade.

**Gráfico 3: Dificuldade de atendimento por atraso**

Atendimento após ter perdido a marcação  
18 respostas



Fonte: Construção própria, 2025

O paciente que não consegue chegar a tempo para a consulta médica agendada em Portugal, 38,9% tiveram de aguardar por uma nova marcação e 44,4% foram atendidos, embora marcado por muita burocracia, dificultando significativamente o acesso ao atendimento. Existe um aspeto importante que não foi contemplado neste acordo: não há um procedimento administrativo automático para o atendimento dos doentes que chegam em atraso, mesmo quando esse atraso não é de responsabilidade do próprio utente.

De forma geral, os utentes recém-chegados a Portugal enfrentam diversas barreiras para se integrarem, e essas dificuldades podem levar anos para serem superadas.

Entre os principais obstáculos enfrentados na integração, 30% relataram grandes dificuldades para obter o número de contribuinte, fazer a inscrição na Segurança Social e conseguir o título de residência sobretudo pela ausência de alguém que os orientasse no processo. 22% enfrentaram barreiras linguísticas, relacionadas à compreensão e expressão da língua portuguesa, embora o português seja a língua oficial e de ensino, não é a mais utilizada no quotidiano entre muitas comunidades guineenses. Assim, utentes que não frequentaram a escola ou que completaram apenas o 1º ou 2º ciclo do ensino básico encontram-se em situação de isolamento linguístico, 16% relataram dificuldades de deslocação entre casa e o hospital, principalmente pela falta de familiaridade com os meios de transporte (como comboio e metro) e com o sistema de urbanização. Muitos destacaram que os edifícios são muito semelhantes, o que dificulta a identificação de pontos de referência e gera confusão, sobretudo os que não sabem ler.

Por fim, apenas 2% (um único utente) afirmou não ter enfrentado nenhuma dessas dificuldades.

Vale destacar que, além dos desafios enfrentados durante o acesso à saúde, os pacientes em tratamento também relataram dificuldades significativas para permanecerem em Portugal. Todos os inquiridos relataram ter vivenciado pelo menos uma das dificuldades citadas na tabela 2.

**Tabela 2: Dificuldade de permanência durante o tratamento**

Dificuldades específica	Contagens	% do Total
Alimentação	1	2.1%
Alojamento	28	58.3%
Passe de transporte	15	31.3%
Roupa	2	4.2%
Todos	2	4.2%

Fonte: construção própria, 2025

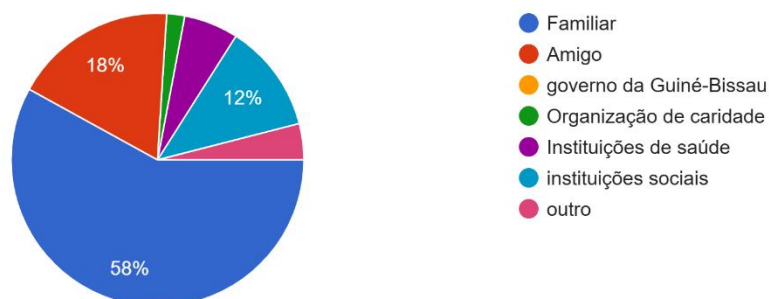
Durante este estudo constatamos que os utentes guineenses que vêm por Portugal para o tratamento médico sob acordo de cooperação em saúde entre dois estados revelou que 58,3% tiveram grande dificuldade de encontrar um teto para se descansarem 4,2% passaram por todas as dificuldades mencionadas nesta na tabela supracitada. Na verdade, foram elaborados os mecanismos que cada governo deve assumir no acordo para minimizar essas dificuldades.

O Artigo 3º deste acordo prevê a situação em que o governo da Guiné-Bissau é designado como a entidade responsável por cobrir todas as despesas relacionadas à permanência do doente em Portugal. No entanto, os dados recolhidos indicam que houve uma violação evidente desse artigo.

#### Gráfico 4: Subsistência dos utentes

##### Responsáveis pela subsistência dos utentes em Portugal

50 respostas



Fonte: construção própria, 2025

De acordo com os dados obtidos sobre os responsáveis pelo acolhimento, verifica-se que os familiares representam a maior parte dos acolhedores nesse processo de evacuação médica. 54% dos doentes são recebidos por eles e 3% vivem por conta própria, o governo da Guiné-Bissau cobre 0,00% da subsistência dos utentes que chegam por Portugal.

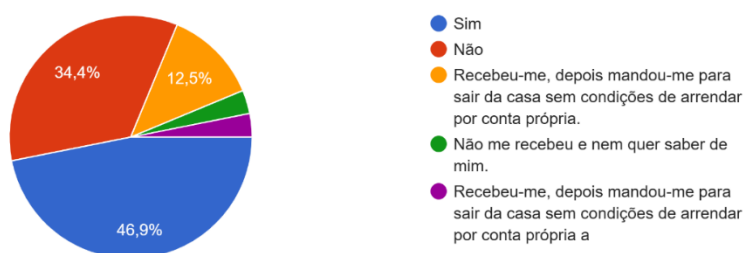
Na tentativa de minimizar as dificuldades específicas em Portugal adotou-se critério de solicitar termo de responsabilidade aos utentes.

Todos os doentes que entram em Portugal ao abrigo do acordo de cooperação internacional em saúde entre a Guiné-Bissau e Portugal devem, obrigatoriamente, ter um familiar ou amigo que assine um termo de responsabilidade. Esta medida procura mitigar as dificuldades que os utentes enfrentam durante a sua permanência em Portugal, mas constata-se que não passa de utopia, pois ao fim de tudo não funciona efetivamente para os objetivos pelo qual foi instituído.

#### Gráfico 5: Termo de responsabilidade

##### Assinante do termo de responsabilidade/ assumir os compromissos em prática

32 respostas



Fonte: construção próprio, 2025



Antes da emissão dos vistos de viagem pela Embaixada de Portugal em Bissau, todos os utentes devem, obrigatoriamente, apresentar um termo de responsabilidade, no qual um familiar ou entidade legalmente residente em território português se compromete a assegurar a sua estadia em Portugal.

Entre os inquiridos, 92% confirmaram que os seus termos de responsabilidade foram assinados por familiares ou amigos. No entanto, nem todos os signatários cumpriram com os compromissos assumidos, apenas 46,9% efetivamente acolheram e assumiram a responsabilidade pelos utentes.

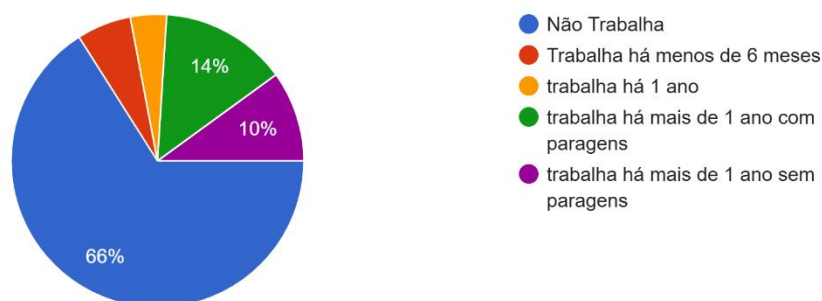
Por outro lado, 34,4% dos utentes nem sequer foram recebidos pelos responsáveis indicados, e 12,5% chegaram a ser recebidos, mas foram expulsos dos respetivos alojamentos pouco tempo depois, sem qualquer preparação prévia.

Em alguns casos o utente tem de praticar atividade profissional para o seu autossustento, entretanto nem todos conseguem emprego, por vários motivos incluindo próprio estado de saúde debilitado, verificou número significativo de desemprego, isto é 66% estão desempregados e 14% têm emprego instável.

#### Gráfico 6: Empregabilidade

1. 5 Ocupação atual (situação profissional)?

50 respostas



Fonte: construção própria, 2025

Existe uma relação entre a oportunidade de emprego e o nível de escolaridade. Os dados mostram maior empregabilidade entre os utentes com escolaridade mais elevada, enquanto a situação é particularmente grave para os doentes que não frequentaram a escola: registaram-se 12 utentes nessa condição, mas nenhum deles trabalha. A maior taxa de empregabilidade verifica-se entre aqueles que concluíram o ensino secundário. A dificuldade de integração, no entanto, é imensa, abrangendo várias dimensões, desde a subsistência e a barreira da língua até à deslocação para os hospitais (ver tabela 3 em anexo).

Perante a situação de vulnerabilidade devido a falta de verba que devia ser assumido pelo governo guineense, a família assumiu maior responsabilidade, embora a maioria permanece porque trabalha e contribuem nas despesas da família, os que permaneceram nos hospitais são totalmente desempregados e os que vivem na residência social só um que trabalha como se vê na tabela abaixo.

**Tabela 3: Relação entre situação profissional fonte de renda /Subsistência**

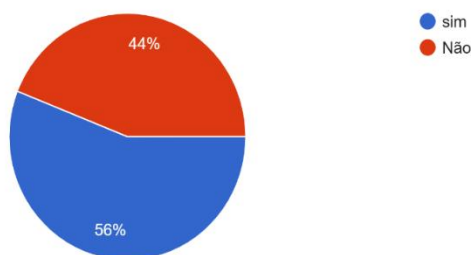
Situação profissional	renda/subsistência					Total
	Amigo	Familiar	Instituições de saúde	instituições sociais	outro	
Desempregado	4	17	3	6	2	32
Empregado	5	12	0	1	0	18
Total	9	29	3	7	2	50

Fonte: Construção própria, 2025

Falta de autossustento ou poderio financeiro dos nossos utentes levaram com que alguns saíssem da habitação inicial, antes que esses tenham qualquer tipo de poder financeiro ou um emprego que possa garantir a subsistência do mesmo, muitos foram ordenados para abandonar habitação pela própria família acolhedor ou amigo, porque quando esses doentes não trabalham acabam por ser um encargo económica adicional para quem os acolhe, 56% dos utentes foram vítimas dessa situação (ver gráfico abaixo).

**Gráfico 7: Ordem de abandono da habitação**

Obrigado mudar de habitação sem preparação financeira ou emprego?  
50 respostas



Fonte: Construção própria, 2025

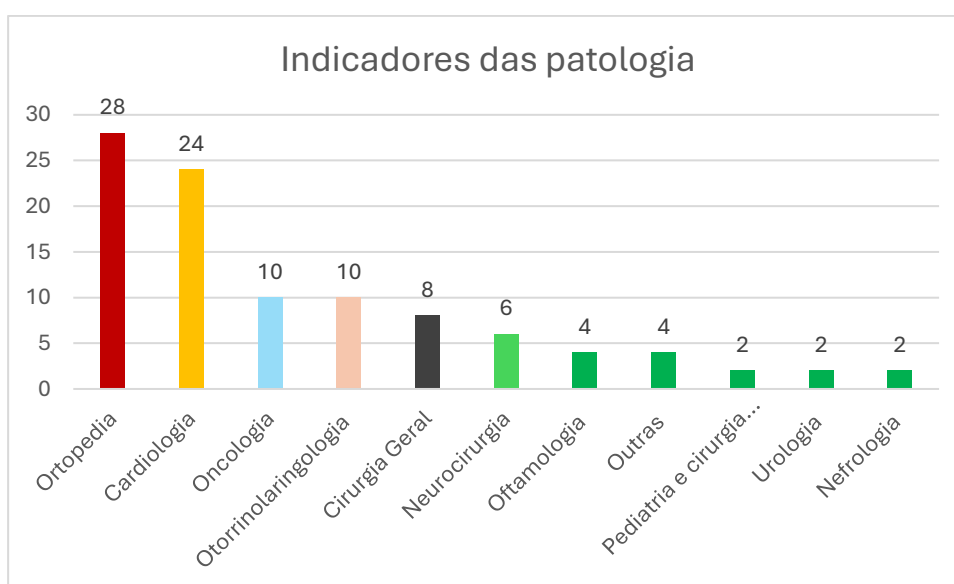
No questionário feito aos utentes 56% responderam “Sim” que foram obrigados abandonarem o alojamento onde foram acolhidos nos primeiros momentos, em maior caso por terem constituídos mais um encargo adicional e não contribuem em casa.

### Eficácia do tratamento

Apesar das muitas dificuldades e barreiras enfrentadas pelos doentes, verificou-se um aspeto positivo relativamente ao seu estado clínico. No país de origem, foram diagnosticadas patologias cujo tratamento não garantia melhoria ou recuperação. No entanto, ao chegarem a Portugal, muitos viram a sua condição de saúde melhorar significativamente. Alguns, inclusive, conseguiram garantir a subsistência de um número considerável de familiares que permaneceram no país de origem. É nesse contexto que surge a questão sobre a intenção de regressar após o tratamento: 82% dos inquiridos confessaram não ter intenção de regressar, motivado por medo de virem a sofrer recaídas no país de origem onde já não confiam no serviço de saúde.

As patologias mais frequentes neste processo seguem uma ordem decrescente, conforme representado no gráfico abaixo, destacando-se a Ortopedia e a Cardiologia como as mais registadas no estudo.

**Gráfico 8: Patologias referenciadas**



Fonte: Construção própria, 2025

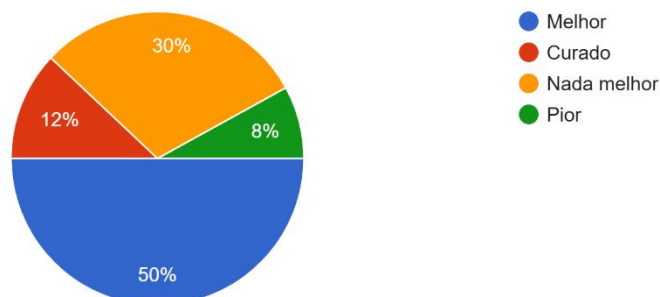
O Gráfico nº 8 apresenta a escala das patologias referenciadas para tratamento em Portugal, indicando o número absoluto de casos ou a distribuição correspondente a 50 inquiridos.

Na mesma linha de análise sobre a eficácia, os utentes foram convidados a confirmar o seu estado de saúde após o tratamento. Entre eles, alguns encontravam-se ainda na fase inicial do processo terapêutico, enquanto outros já tinham recebido alta hospitalar. Aqueles que permanecem em

tratamento ativo ainda não conseguem fornecer uma avaliação precisa, uma vez que necessitam de mais tempo para observar os resultados. Ainda assim, cerca de metade dos inquiridos confirmaram sentir-se melhorias significativas e declararam estar aptos a exercer atividade profissional.

**Gráfico 9: Estado clínico dos utentes**

Eficácia do tratamento  
50 respostas



Fonte: Construção própria, 2025

Os dados apresentados sobre os resultados do tratamento foram utilizados como indicador para avaliar a eficácia clínica. É evidente que o objetivo de qualquer paciente é a recuperação do seu estado de saúde.

No universo de 50 inquiridos: 50% relataram que o seu estado de saúde está muito melhor do que antes, 12% afirmaram estar totalmente curados e 30% encontram-se em tratamento ativo, por fim, apenas 8% relataram piora no seu estado de saúde, sendo a maioria portadora de doenças oncológicas.

A tabela Nº 5: apresenta os dados de satisfação dos doentes, utilizando uma escala de 0 a 10, onde '0' representa total insatisfação e '10' total satisfação. Verifica-se que 70% dos inquiridos se concentram na faixa entre zero (0) e dois (2) pontos. A média de satisfação é de apenas 2,94 pontos, um valor consideravelmente abaixo da média.

Estes dados refletem a perceção geral dos doentes beneficiários do acordo, a média obtida revela uma clara insatisfação dos utentes guineenses em relação à gestão do processo de junta médica. Esse valor resulta da combinação de diferentes dimensões, relacionadas com a evacuação, a permanência e o tratamento médico em Portugal.

## 2 Discussão

Com base nas entrevistas realizadas e nos questionários aplicados, bem como nas obras consultadas para fundamentar este trabalho, foi possível identificar convergências e divergências entre os dados empíricos e os referenciais teóricos. Estas diferenças tornam-se particularmente evidentes na verificação prática do que significa “ter saúde” no contexto dos utentes guineenses evacuados para Portugal.

O conceito de acesso aos serviços de saúde revela-se como multidimensional, sendo necessário considerar vários fatores para que esse acesso se concretize de forma plena. Entre essas dimensões destacam-se:

A proximidade geográfica dos serviços de saúde;

A capacidade financeira dos utentes para suportar os custos associados;

A eficácia dos serviços em responder às necessidades clínicas;

A consciencialização e confiança no sistema de saúde, que influenciam diretamente a sua aceitação (Russell et al., 2013).

Estes elementos foram confirmados nas experiências relatadas pelos utentes, que enfrentam não apenas barreiras físicas e económicas, mas também desafios emocionais e sociais que afetam a sua relação com o sistema de saúde português. Além disso, os modelos de regressão linear utilizados por Wakeel et al. (2023), demonstram que o acesso aos serviços de saúde está fortemente condicionado por fatores sociodemográficos e clínicos, influenciando variáveis como:

O acesso a medicamentos e equipamentos médicos;

A realização de consultas;

A confiança nos recursos comunitários disponíveis.

Estes dados reforçam a necessidade de uma abordagem integrada e sensível às especificidades culturais e sociais dos utentes guineenses, para que o acordo de cooperação em saúde possa cumprir efetivamente os seus objetivos.

Caso específico da Guiné, um país com uma população de 2.148.239 habitantes numa área de 36.125 km<sup>2</sup> mais têm apenas dois (2) Hospitais com capacidade para atender os casos de complexidade intermedia, os de extrema complexidade são evacuados para países parceiros, nomeadamente Portugal e Senegal, sendo que evacuação para Senegal tem de ser custeado pelo próprio doente desde deslocação até o tratamento no seu todo, sem qualquer isenção.

Se compararmos as duas realidades, acesso ao serviço de saúde proposto por Wakeel, (2023), percebe-se que aquilo que é verificado na Guiné-Bissau não tem nada em comum com este conceito existe desequilíbrio entre o aquilo que é conceção geral e científica de acesso ao serviço de saúde, a comunidade guineense tem um sistema de saúde frágil e precária condicionada por constante instabilidade política e má governação, a população está longe daquilo que um povo pode esperar da sua autoridade, enquanto entidade responsável para assegurar o bom funcionamento do sistema

nacional de saúde, prova disso é, num país independente e soberano com apenas dois Hospitais com capacidade para atender os casos de média gravidade, quando ultrapassam esse nível terá de solicitar os seus parceiros para eventual evacuação, muitas vezes os doentes são evacuados do Hospital Nacional Simão Mendes para Hospital Regional de Ziguinchor, região sul do Senegal que faz a fronteira com o norte da Guiné-Bissau.

Notícia confirmado por “DW Notícias” dia 8 de agosto de 2025, que no mesmo dia o Primeiro Ministro, teve uma queda brusca no pleno ato de tomada de posse dos membro do conselho de estado na presidência da República, logo nos primeiros momentos foi atendido no Hospital Militar Principal, mas autoridade não confiou no tratamento e foi necessário solicitar autoridade Senegalesa para tratar o Primeiro Ministro nos seus Hospital, um ato que nos prova a falta da confiança no sistema de saúde e próprio governante não confie no serviço em ele é o primeiro responsável para o seu avanço.

A falta de confiança do guineense no seu serviço de saúde justifica a necessidade de estabelecer acordo de evacuação médica com o estado português que hoje representa uma hipótese gigante e importante para esse povo.

Essa situação converge com o conceito proposto pelo ACNUDH (2017b), que define *aceitabilidade* como a potencialidade de gerar confiança nas instituições de saúde. Essa confiança está diretamente relacionada às experiências anteriores que o indivíduo teve com o serviço. Quando essas experiências não foram positivas, tendem a comprometer a confiança no próprio sistema de saúde.

O povo guineense demonstra pouca confiança no serviço nacional de saúde do seu país, sentindo-se mais seguro e confiante no sistema de saúde português. Muitos acreditam que apenas quando o seu estado de saúde é confirmado pelos serviços de saúde dos seus parceiros, especialmente o português, é que podem ter certeza de que estão realmente em boas condições. No entanto, durante o tratamento em Portugal, enfrentam grandes desafios e dificuldades de ordem social, resultantes do incumprimento dos acordos previamente estabelecidos, geralmente, nos acordos entre dois Estados, cada parte tem responsabilidades e deveres a cumprir. Para que o acordo funcione, ambos os lados devem cumprir rigorosamente as suas obrigações.

No artigo 3.º, n.º 1, alíneas a), b), c), d), e) e f) do referido acordo, as responsabilidades estão claramente definidas. Cabe ao Estado da Guiné-Bissau assegurar aos utentes enviados para Portugal: as deslocações, a subsistência, o alojamento, os medicamentos, o acompanhamento, e, por fim, o regresso ao país de origem.

Contudo, o que se verificou foi o completo incumprimento dessas obrigações. De acordo com os dados recolhidos, 100% dos inquiridos confirmaram a ausência de apoio por parte do Estado da Guiné-Bissau, bem como o não cumprimento das alíneas mencionadas.

Mais especificamente 58% dos utentes têm a sua subsistência assegurada por familiares (entidade não mencionada no acordo), 18% são apoiados por amigos e o restante depende de instituições de solidariedade ou caridade. Mais uma vez, esta situação contraria o verdadeiro sentido de saúde. Esses utentes não possuem a capacidade de lidar com as situações referidas. Segundo

Leonardi (2018), a saúde pode ser definida como a capacidade de “lidar com e administrar o próprio mal-estar e as condições de bem-estar”.

Existem ainda casos de utentes que permanecem nos hospitais mesmo após receberem alta, simplesmente porque não têm onde ficar. O Estado, ao que parece, limita-se a enviar os pacientes para Portugal, esquecendo-se das responsabilidades assumidas no acordo. Nesse mesmo acordo ficou definido, de forma clara, que após a alta hospitalar o doente passaria a estar sob responsabilidade do governo guineense, que deveria providenciar alojamento, medicamentos e próteses, quando necessário. No entanto, isso não acontece. Em resumo, trata-se de um acordo viciado por irregularidades, cujo incumprimento compromete o acesso dos utentes aos serviços de saúde. Afinal, se o doente não tem onde morar ou meios para chegar ao hospital, acaba automaticamente afastado das dimensões fundamentais do direito ao acesso à saúde. O acesso ao serviço de saúde refere-se a diferentes dimensões: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade (Assis, A, M, M et Jesus W, L, A. 2012).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1978), acessibilidade significa garantir o fornecimento contínuo e organizado de cuidados que sejam acessíveis a toda a comunidade nos aspectos geográfico, financeiro, cultural e funcional. Esses cuidados devem ser adequados em conteúdo e quantidade para atender às necessidades das pessoas, além de serem oferecidos por métodos considerados aceitáveis por elas.

Durante o desenvolvimento deste trabalho, constatou-se que o governo da Guiné-Bissau não dispõe de condições adequadas para assegurar a estadia dos utentes em Portugal, essa informação foi confirmada pelo Gabinete de Administração e Gestão da Junta Médica do Ministério de Saúde da Guiné-Bissau e corroborada pelos próprios utentes inquiridos.

Contudo, o problema não se limita à escassez de recursos financeiros, mas reflete sobretudo uma falta de vontade política. Num país onde circulam milhões de euros nas contas de dirigentes políticos, é inquestionável que existe capacidade financeira para cumprir os deveres estabelecidos nos acordos. Uma das provas mais evidentes da falta de prioridade atribuída à saúde é o fato de apenas 5,18% do *Orçamento Geral do Estado* serem destinados a este setor.

A falta de apoio aos utentes vai muito além da ausência de suporte financeiro ou de alojamento, até ao momento, não existe qualquer plano de acompanhamento durante os tratamentos em Portugal. De acordo com os dados recolhidos, 84% dos utentes afirmaram nunca ter tido contacto com a representação diplomática do país em Lisboa (ver Tabela nº 5).

Além disso, a Embaixada da Guiné-Bissau em Lisboa não dispõe de informações atualizadas nem precisas sobre os utentes em tratamento, tampouco sobre aqueles que regressaram ao país após a alta médica. Há inclusive casos de óbitos ocorridos em território português sem o conhecimento da Embaixada, apenas 16% dos utentes recorreram à representação diplomática e mantiveram algum tipo de contacto com as autoridades.

Em contrapartida, destaca-se o cumprimento rigoroso das responsabilidades por parte das autoridades portuguesas fator que, tem garantido a continuidade do acordo. Os tratamentos continuam a ser assegurados pelo Estado português, oferecendo aos utentes internados todos os cuidados médicos, exames e medicamentos de forma gratuita, conforme estipulado no acordo.

No entanto, o apoio oferecido limita-se à componente clínica, sem considerar as condições de vida dos doentes fora do ambiente hospitalar. Essa abordagem restrita ignora as categorias defendidas por Van Druten et al. (2022b), que propõem uma visão multifacetada da saúde, abrangendo nove dimensões: capacidade de adaptação à mudança, bem-estar ou funcionamento completo, participação, funcionamento diário, bem-estar, vida satisfatória, autogestão e percepção subjetiva os pacientes provenientes da Guiné-Bissau não usufruem dessas dimensões. O serviço social podia desempenhar um papel crucial ao longo desse processo, mas literalmente foi afastado, constata-se a existência de uma lacuna no acordo de cooperação no domínio da saúde entre a Guiné-Bissau e Portugal, uma vez que não há qualquer menção ao papel do serviço social. Essa omissão verifica-se tanto no procedimento administrativo interno, responsável por preparar e coordenar o processo de evacuação no país de origem como na composição da comissão de junta médica, que não inclui o técnico de serviço social, apenas médicos e juristas.

Como exemplo, podemos imaginar um paciente que, após a consulta, ouve do médico: “Podes ir para casa e voltas na próxima semana.” O problema é que esse paciente nem sequer tem um lugar onde ficar.

É importante destacar que, no âmbito deste acordo, não há referência ao papel do serviço social, desde a identificação do paciente no país de origem até à sua chegada e tratamento em Portugal. Essa omissão evidencia a falta de envolvimento dos profissionais de serviço social em todo o processo. O médico concentra-se apenas no aspeto clínico, desconsiderando a dimensão social e, com a integração do serviço social, muitos dos dramas vividos pelos utentes poderiam ter sido evitados.

Durante esse percurso, diversos pacientes enfrentam angústias e obstáculos para dar continuidade ao tratamento, principalmente devido à falta de informação. Em várias situações, acabam sendo enganados ou pressionados a pagar subornos a gestores, na tentativa de agilizar os seus processos.

A ausência do serviço social neste contexto constitui, portanto, uma falha grave, com consequências negativas profundas na experiência e no bem-estar dos pacientes.

### **Desafios Identificados no acordo**

Falta de integração de recursos humanos especializados e estruturado do Serviço Social nos países de origem e destino;

Incumprimento de alguns pontos chaves acordados entre dos estados;

Descontinuidade de cuidados entre os sistemas de saúde dos dois países;



Barreiras linguísticas e culturais, que dificultam a comunicação e a compreensão dos direitos e deveres dos utentes;

Ausência de protocolos claros para a atuação dos assistentes sociais nos processos de evacuação.

### **Contributos do serviço social para a Qualidade do Processo**

Promoção da equidade no acesso à saúde, garantindo que os critérios sociais sejam considerados na seleção dos utentes.

Redução do sofrimento emocional e social, através de apoio psicossocial contínuo.

Fortalecimento da cooperação internacional, ao integrar o Serviço Social como elo entre os sistemas de saúde e os utentes.

Produção de conhecimento e advocacy, com base na experiência prática e na sistematização de casos o serviço social podia dar uma outra cor nesse acordo assim como satisfação dos doentes durante o tratamento.

Entre os utentes que deram entrada em Portugal para tratamento médico ao abrigo do acordo de cooperação em saúde entre a República da Guiné-Bissau e Portugal, constatou-se que, do universo de 50 inquiridos, 47 tiveram contacto com assistentes sociais ao longo do tratamento, destes, 40 beneficiaram de diferentes formas de apoio, incluindo orientação básica sobre o tratamento, aconselhamento, apoio material e acesso a residência social, de modo geral, os utentes manifestaram entusiasmo e satisfação com os serviços prestados pelos assistentes sociais.

### **Desequilíbrio entre acordo em vigor e realidade vivenciada pelos utentes**

Desde a assinatura do acordo em 13 de janeiro de 1978, que sofreu uma ligeira alteração em 1992, não houve novas revisões. Contudo, a realidade atual ultrapassa as expectativas iniciais, revelando uma discrepância significativa entre as necessidades existentes e os termos do acordo. Por isso, torna-se urgente proceder à sua revisão.

Um exemplo claro dessa desatualização é o limite máximo de 300 utentes por ano para admissão de doentes, número que é ultrapassado em todos os anos. Ambas as partes reconhecem que este limite é muito inferior face ao número de pedidos apresentados pelo Estado da Guiné-Bissau. Autoridade sanitária da Guiné-Bissau recebeu em 2022 um total de 883 pedidos de evacuação através de junta médica.

Outro aspeto relevante é o cumprimento do memorando, em particular por parte do Estado da Guiné Verifica-se, no entanto, um padrão de incumprimento, nomeadamente:

falta de pagamento das despesas dos doentes, ausência de acompanhamento institucional, inexistência de verbas para apoio financeiro à subsistência, falta de alojamento e transporte, ausência da autoridade guineense durante o tratamento e até em situações de óbito.

Embora tenham sido rubricadas normas para evitar tais situações, estas não estão a ser cumpridas. Além disso, o Estado português limita-se a cumprir as suas obrigações, sem exigir o cumprimento rigoroso do acordo por parte da Guiné-Bissau.

É importante sublinhar que o centro desse acordo é o doente. Contudo, a eficácia do tratamento não depende apenas da assistência médica, mas também de condições essenciais de dignidade, como habitação, direito consagrado pela ONU nos princípios dos Direitos Humanos.

De acordo com o estudo, o Estado da Guiné-Bissau não tem assumido a responsabilidade pelo alojamento dos utentes. Na prática, quase todos os doentes são obrigados a recorrer a familiares ou conhecidos a viver legalmente em Portugal para assinarem um termo de responsabilidade relativo à sua estadia durante o tratamento. Entretanto, apenas 46,9% desses responsáveis assumem efetivamente os cuidados dos doentes; os restantes desconhecem a situação em que os utentes se encontram.

Diante disso, surge a questão: como conseguem esses doentes ter um teto? A resposta, em grande parte, está no apoio de organizações de caridade, pessoas de boa vontade e, em alguns casos, na permanência dentro dos hospitais. Ainda assim, 58,3% dos doentes enfrentam grandes dificuldades para garantir alojamento, sendo que 64% deles não exercem qualquer atividade profissional que lhes permita garantir o próprio sustento.

### **Propostas de melhoria na gestão do processo da evacuação médica**

A revisão do acordo deve ser feita no seu todo, tal como foi constatado, muitos utentes chegam atrasados a Portugal. Essa situação deve ser cuidadosamente gerida, especialmente no que diz respeito ao intervalo entre a data de marcação da consulta e a emissão do visto de viagem. A partir da confirmação da marcação da consulta em Portugal, é fundamental que todo o processo de solicitação do visto seja agilizado com máxima rapidez, de forma a garantir que o utente possa viajar atempadamente e em caso de um eventual atraso que tenha um atendimento de prioridade num período não superior a cinco dias, na revisão deve dar especial destaque para o papel do Governo da Guiné-Bissau, que deve reassumir a responsabilidade de custear as viagens dos utentes, constatamos que alguns utentes chegaram após a data da consulta médica por falta de verba para comprar bilhete de viagem e alguns custos adicionais. Incorporar dentro da comissão nacional de Junta médica o departamento do serviço social com a sua responsabilidade bem definida no país de origem, assim como no destino.

Em Portugal, a prioridade deve ser a criação de uma Comissão Especializada, que deve incorporar técnicos do serviço social, para a Gestão e Acompanhamento dos Utes em Tratamento, sob

supervisão da Embaixada da Guiné-Bissau em Lisboa. Esta comissão terá como funções principais: diagnosticar os problemas enfrentados pelos doentes, propor estratégias de mitigação, colaborar com as autoridades portuguesas na elaboração de um projeto de habitação social, a ser apresentado às câmaras municipais de Lisboa e Porto (principais pontos de entrada dos doentes) e definir e implementar um plano de subsídios, integralmente suportado pelo Governo da Guiné-Bissau.

### **Estrutura da Comissão Especializada**

A comissão terá uma atuação operacional e próxima dos doentes, terá equipa constituído maioritariamente pelos assistentes sociais, organizada em dois departamentos:

#### **Departamento de Integração**

Este com a responsabilidade de receber informações antecipadas sobre a chegada de cada utente (data e hora), acolher o doente no aeroporto, independentemente da sua condição de saúde, garantir o encaminhamento para alojamento previamente definido, apoiar no tratamento da documentação necessária, orientar e acompanhar o doente até o médico assistente, disponibilizar apoio linguístico e cultural, caso necessário, recolher dados demográficos e contactos atualizados dos utentes.

#### **Departamento de Solidariedade e Ação Social**

Levantar as necessidades específicas de cada utente, gerir a distribuição do subsídio disponibilizado pelo Governo da Guiné-Bissau e mobilizar fundos de apoios adicionais para os doentes.

### **Coordenação e comunicação para mitigar falha no acompanhamento**

De acordo com os dados recolhidos neste estudo, 84% dos doentes que chegam a Portugal para tratamento, no âmbito do acordo de cooperação entre a Guiné-Bissau e Portugal, não se apresentam à Embaixada da Guiné-Bissau em Lisboa. Consequentemente, não são registados pelas autoridades guineenses em Portugal, que acabam por desconhecer o paradeiro destes cidadãos.

Na maioria dos casos, os doentes dirigem-se diretamente aos hospitais, sem procurar a autoridade guineense, por considerarem que esta não lhes presta apoio efetivo.

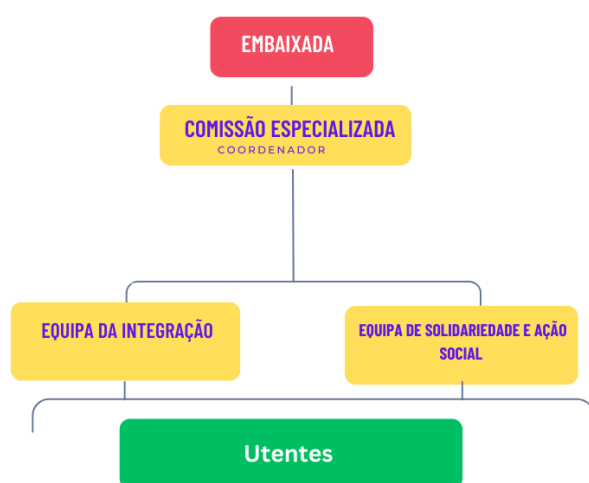
Para garantir maior eficácia no controlo e acompanhamento dos doentes, propõe-se o seguinte procedimento:

1. Os familiares do utente devem informar obrigatoriamente, a data e hora, ao Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau sobre a deslocação para tratamento.
2. O Ministério deve, por sua vez, notificar a Embaixada da Guiné-Bissau em Lisboa.

3. Compete à Embaixada comunicar à Comissão Especializada a data de chegada e os dados do doente.

4. A Comissão terá a responsabilidade de Identificar o doente no aeroporto, confirmar a sua entrada no país, registar contacto da pessoa de referência e a morada onde irá residir e aplicar o plano estratégico definido para acompanhamento durante todo o período de tratamento.

## PLANO DE ACOMPANHAMENTO DE UTENTES EM PORTUGAL



**Figura 2: Estrutura da comissão especializada**

Fonte: Construção própria, 2025

Esta figura apresenta um plano operacional voltado para a melhoria da gestão do processo de junta médica, especificamente para os utentes que se encontram em Portugal. O plano assegura maior qualidade no controle e acompanhamento dos pacientes e permite que o governo guineense cumpra de forma rigorosa as responsabilidades estabelecidas nos termos do protocolo.

## Conclusões

Com base na pesquisa realizada, constatou-se que o sistema de saúde da Guiné-Bissau enfrenta grandes dificuldades estruturais e técnicas, não possuindo capacidade suficiente para responder às necessidades dos seus utentes. O país dispõe apenas de dois hospitais com capacidade para atender casos de complexidade intermédia, sendo que, nos casos mais graves, a recuperação só é possível graças à intervenção dos parceiros internacionais em matéria de evacuação, entre os quais Portugal se destaca

como o principal aliado. A falta de evolução do sistema de saúde guineense está fortemente associada à instabilidade política, que constitui um dos principais entraves ao seu desenvolvimento.

O acordo de cooperação em matéria de saúde entre a Guiné-Bissau e Portugal foi concebido com boas intenções, rubricando compromissos importantes para garantir o acesso ao tratamento médico de cidadãos guineenses em Portugal. Contudo, a realidade atual dos doentes não reflete o que os governos projetaram no papel.

Os dados recolhidos revelam que os utentes enfrentam processos morosos, uma vez que 56,2% chegam a Portugal após a data previamente marcada para a consulta. Consequentemente, o atendimento não é automático, e em muitos casos têm de aguardar pela nova marcação. Durante o tratamento em Portugal, os doentes lidam com múltiplos desafios, entre os quais o alojamento surge como a maior dificuldade, este facto persiste por falta de vontade política, embora seja exigido o termo de responsabilidade antes da partida, 62,5% não residem na morada indicada e enfrentam sérios obstáculos para encontrar habitação.

No que diz respeito à subsistência, a responsabilidade que deveria ser assumida pelo Governo da Guiné-Bissau tem recaído, na prática, sobre os familiares e instituições de caridade, apesar de o acordo formal continuar a apresentar o Estado guineense como provedor.

Apesar dessas dificuldades, o acordo continua a representar um instrumento vital de esperança para o povo guineense. Os dados demonstram que uma parte significativa dos doentes conseguiu recuperar qualidade de vida: 50% encontram-se clinicamente melhorados e aptos para retomar atividades profissionais, enquanto 12% alcançaram a cura total.

Em relação à perceção dos utentes, a avaliação de satisfação foi feita numa escala de 0 a 10 (sendo 0 “extremamente insatisfeito” e 10 “extremamente satisfeito”). Os resultados revelaram a média geral de satisfação de 2,94 pontos, valor claramente abaixo da média, o que indica que os doentes estão extremamente insatisfeitos com a gestão do processo de junta médica em Portugal.

Diante deste cenário, o plano estratégico proposto consiste numa revisão profunda do acordo, com vista a:

- Responsabilizar de forma honesta e realista o Governo da Guiné-Bissau, sobretudo no que se refere à subsistência dos utentes;
- Criar um plano operacional estruturado, assente na constituição de uma Comissão Especializada, estabelecida pela Embaixada da Guiné-Bissau em Lisboa;
- Garantir que esta comissão acompanhe de perto os utentes, organize o apoio logístico e mobilize fundos para sustentar aqueles que se encontram em situação de carência.

Assim, conclui-se que, apesar de representar um pulmão alternativo para a saúde guineense, o acordo precisa urgentemente de ser revisto e reforçado, de modo a assegurar que os direitos e a dignidade dos doentes guineenses sejam plenamente respeitados.

## Referencias Bibliográficas

- Abreu, M. (2023). *CONCEITO DE SAÚDE E SUA EVOLUÇÃO*. <https://doi.org/10.48684/J2YM-BX26>
- ACNUDH, U.-S. (2017a). *Ralatório sobre direito à saúde na Guiné-Bissau*.
- ACNUDH, U.-S. (2017b, junho). *Relatório sobre o direito à saúde na Guiné-Bissau*.
- Cardoso, P., Ferrinho, P., & Mendonça, G. (2025). *A trajetória da saúde na Guiné-Bissau nos últimos 50 anos: Avanços e Desafios*.
- Diaz-Jimenez, R. M., Dolores Yerga-Miguez, M., & Mercedes Serrato-Calero, M. D. las. (2021). Mediation, Disability and Social Work: A Systematized Review. *Alternativas. Cuadernos De Trabajo Social*, 28(2), 299–323. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2021.28.2.07>
- Esposti, C. D. D., Cavaca, A. G., Côco, L. S. de A., Santos-Neto, E. T. dos, & Oliveira, A. E. (2016). As dimensões do acesso aos serviços de saúde bucal na mídia impressa. *Saúde e Sociedade*, 25, 19–30. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016141706>
- Fonseca, L. E., Figueiredo, M. C. B. D., & Porto, C. S. B. M. (2017). Gestão da Atenção Primária: Desafio para a cooperação internacional em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), 2287–2294. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.06232017>
- Gadamer, H. (2002). *In Memoriam*.
- Guerra, I. (2017). O caso social em saúde: Uma dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar. *Ciências e Políticas Públicas / Public Sciences & Policies*, 3(1), 57–79. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.CPP2017.VIIIN1/pp.57-79>
- Guerreiro, C. S., Ferrinho, P., & Hartz, Z. (2018). Avaliação em saúde na República da Guiné-Bissau: Uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. *Saúde em Debate*, 42(118), 549–565. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811801>
- Jesus, W., & Assis, M. (2012). *Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: Contribuições do planejamento*.
- Leonardi, F. (2018). The Definition of Health: Towards New Perspectives. *International Journal of Health Services*, 48(4), 735–748. <https://doi.org/10.1177/0020731418782653>
- Lisboa, A. M. G. (2017). *Vulnerabilidades em Saúde e Serviço Social*.

- Marin, T. J., Eerd, D. V., Irvin, E., Couban, R., Koes, B. W., Malmivaara, A., Tulder, M. W. van, & Kamper, S. J. (sem data). *Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain—Marin, TJ - 2017 | Cochrane Library*. Obtido 15 de outubro de 2025, de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002193.pub2/full>
- Muianga, C. (2022). *Anuário estatístico 2022*.
- PNDS. (2023). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS III) 2023-2028. III*.
- Quilling, E., Kruse, S., Kuchler, M., Leimann, J., & Walter, U. (2020). Models of Intersectoral Cooperation in Municipal Health Promotion and Prevention: Findings from a Scoping Review. *Sustainability*, 12(16), 6544. <https://doi.org/10.3390/su12166544>
- Russell, D. J., Humphreys, J. S., Ward, B., Chisholm, M., Buykx, P., McGrail, M., & Wakerman, J. (2013). Helping policy-makers address rural health access problems. *Australian Journal of Rural Health*, 21(2), 61–71. <https://doi.org/10.1111/ajr.12023>
- Seliar, M. (2007). *História do Conceito de Saúde*.
- Sims-Gould, J., Byrne, K., Hicks, E., Franke, T., & Stolee, P. (2015). «When Things Are Really Complicated, We Call the Social Worker»: Post-Hip-Fracture Care Transitions for Older People. *Health & Social Work*, 40(4), 257–265. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv069>
- Stierle, F., Kaddar, M., Tchicaya, A., & Schmidt-Ehry, B. (1999). Indigence and access to health care in sub-Saharan Africa. *The International Journal of Health Planning and Management*, 14(2), 81–105. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(199904/06\)14:2<81::AID-HPM543>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1751(199904/06)14:2<81::AID-HPM543>3.0.CO;2-P)
- Sustelo, M. B. (2019). *Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas*.
- Thiede, M., & McIntyre, D. (2008). Information, communication and equitable access to health care: A conceptual note. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(5), 1168–1173. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500025>
- van Druten, V. P., Bartels, E. A., van de Mheen, D., de Vries, E., Kerckhoffs, A. P. M., & Nahar-van Venrooij, L. M. W. (2022). Concepts of health in different contexts: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 389. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07702-2>

- Wakeel, F., Jia, H., He, L., Shehadeh, K. S. S., & Napper, L. E. E. (2023). Development and Application of a Comprehensive Measure of Access to Health Services to Examine COVID-19 Health Disparities. *HEALTHCARE*, 11(3), 354. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030354>
- Were, B. N., Mwangi, E. M., & Muiruri, L. W. (2024). Barriers of access to primary healthcare services by National Health Insurance Fund capitated members in Uasin Gishu county, Kenya. *BMC Health Services Research*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11282-8>
- Whitlock, K., Premji, Z., Mollison, A., Posada, C., Arias-Rojas, M., Fitcher, C., & Stajduhar, K. I. (2025). Work-related grief and bereavement experiences of social and community service workers working with people experiencing social disadvantage: A rapid scoping review. *BMC Palliative Care*, 24(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01668-8>

## Legislações

Artigo 15º da Constituição da República da Guiné-Bissau, de 16 de maio de 1984;  
 Código de conduta do ISCTE (Despacho nº 86/2016 – ISCTE-IUL);  
 Decreto Nº 36/78 Acordo no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa;  
 Decreto nº 44/92, Acordo no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa República da Guiné-Bissau, bem como o respetivo Acordo Retificativo, de 7 de outubro;  
 República da Guiné-Bissau, de 17 de abril – publicado no Diário da República, I Série – Número 89, Segunda-feira 17 de abril de 1978.



## Anexos:

### Anexo A: Conceitos

Autor	Conceito	Dimensão	Indicador	Pergunta
Giovanella L, Fleury S. (2002),	cessar ao serviço de qualidades que consiga resolver a situação patológica que depara.	Qualidade e Eficácia	Problemas de saúde resolvidos	O problema de saúde a que depara está resolvido?
Assis, A, M, M et Jesus W, L, A. 2012	Integrar as dimensões necessárias.	disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade	Grau de facilidade e confiança no serviço.	Experiência e dificuldade de ser atendido no Centro hospitalar da sua confiança.
Esposti et al., 2016	É concepção ampliada do processo saúde/doença, representações, sem, contudo, minimizar a capacidade transformadora da práxis e do senso comum	acessibilidade, disponibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade	Adequação ao nível da vida socioeconómica	Desafios e dificuldades quando tomou iniciativa de ir hospital

Gadamer, (2002), afirmam que o acesso universal e gratuito aos serviços de saúde não garante, por si só, a eficácia, a eficiência e a equidade no atendimento. O mais importante é garantir o acesso a serviços de qualidade, capazes de resolver os problemas de saúde enfrentados pelos utentes. Além disso, o grau de informação que os indivíduos possuem sobre as opções disponíveis influencia diretamente o acesso aos serviços. Assim, o acesso deve ser entendido como a liberdade de utilizar os serviços de saúde de forma informada e efetiva (Thiede & McIntyre, 2008).

As políticas voltadas à redução da pobreza e à ampliação do acesso dos indigentes aos cuidados de saúde parecem adotar estratégias que despolitizam a questão da injustiça social e das desigualdades (Stierle et al., 1999).

## **Dimensões de acesso ao serviço de saúde**

O acesso ao serviço de saúde refere-se a diferentes dimensões: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade (Jesus & Assis, 2012).

A dimensão simbólica do acesso aos serviços de saúde, compreendida a partir das representações sociais sobre a atenção e os próprios serviços, revela uma tensão entre a realidade subjetiva e a realidade concreta vivenciada pelos sujeitos. Essa tensão constitui um ponto crucial para a discussão das dimensões específicas do acesso, tais como acessibilidade, disponibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade.

Trata-se, portanto, de uma concepção ampliada do processo saúde-doença, que incorpora elementos econômicos, técnicos, políticos, sociais e antropológicos, reforçando o papel dos sujeitos e das suas representações sem, contudo, minimizar a capacidade transformadora da práxis e do senso comum (Esposti et al., 2016).

Para se considerar que uma população possui acesso efetivo aos serviços de saúde, é necessário contemplar diversas dimensões do acesso, entre as quais se destacam: disponibilidade, localização geográfica, acessibilidade, acomodação, pontualidade, aceitabilidade e conscientização. Essas dimensões permitem identificar lacunas nas políticas públicas e possíveis desigualdades na garantia de acesso à atenção primária à saúde (Russell et al., 2013).

A dimensão da disponibilidade, em particular, refere-se ao volume e aos tipos de serviços e infraestruturas de saúde existentes em relação às necessidades de cuidados da população. Cabe ao governo garantir a construção e distribuição dessas infraestruturas de acordo com a densidade populacional e a estratificação administrativa do país. Essa distribuição deve ser planejada de forma equitativa, considerando que a população não se encontra uniformemente distribuída entre as diferentes zonas (Russell et al., 2013).

**ASSUNTO: CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, Moises Toneco, Estudante do Mestrado em Serviço Social no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, vem solicitar a sua colaboração, informada, livre e esclarecida, na investigação de caráter académico, orientada pela Professora Doutora Inês Espírito Santo (Assistente Social no CHLC e Professora no ISCTE-IUL), com o tema “Acesso ao SNS: Acordos de Cooperação Internacional em Domínio da Saúde entre o Estado da Guiné-Bissau e Portugal”.

O principal objetivo deste trabalho é analisar os desafios, barreiras e o nível de satisfação dos doentes guineenses evacuados para Portugal e propor estratégias para melhorar a eficácia deste processo. A recolha de dados consiste numa entrevista semiestruturada e anónima, será gravada de forma a facilitar o processo de recolha e tratamento da informação, depois desta serão eliminadas todas as gravações para efeito deste estudo. Esta sessão surge da necessidade de responder aos seguintes objetivos específicos: Avaliar o impacto desse acordo na melhoria da qualidade de vida dos utentes evacuados; saber os principais desafios e obstáculos que esses pacientes enfrentam em Portugal e Identificar as principais lacunas existentes nesse acordo.

A sua participação é estritamente voluntária e confidencial, pelo que serão divulgados apenas os resultados obtidos do tratamento de dados, através da utilização de códigos.

Agradeço desde já a atenção, disponibilidade e participação estando disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Moises Toneco

-----

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo investigador. Desta forma, aceito participar nesta investigação de Tese de Mestrado em Serviço Social, fornecendo a informação de forma informada e voluntária.

Nome:

\_\_\_\_\_

## Anexo C: Dados do terreno

**Tabela 4: Tempo de espera de evacuação**

Tempo de espera de evacuação	Contagens	% do Total	% acumulada
3 a 6 meses	6	12.0%	12.0%
4 ano	1	2.0%	14.0%
5 anos	1	2.0%	16.0%
6 anos e 6 meses antes de entrar a Portugal	1	2.0%	18.0%
7 anos	2	4.0%	22.0%
Desde 1997 até 2017 = 20anos	1	2.0%	24.0%
Menos de 3 meses	3	6.0%	30.0%
mais de um ano	26	52.0%	82.0%
menos de um ano	9	18.0%	100.0%

Fonte: construção própria, 2025

**Tabela 5: Satisfação geral dos utentes**

nível de satisfação geral dos utentes	Contagens	% do Total	
0	6	12.0%	
1	13	26.0%	
2	16	32.0%	
3	1	2.0%	
4	3	6.0%	
5	1	2.0%	
6	3	6.0%	
7	2	4.0%	
10	5	10.0%	

Fonte: Elaboração própria, 2025

**Tabela 6: Frequência de maus-tratos por ser guineense**

Mau tratamento por se guineense	Contagens	% do Total
As vezes	10	20.0%
Não	20	40.0%
Sim	20	40.0%

Fonte: Elaboração própria, 2025

Este questionário surgiu após as entrevistas na qual recebemos muitas queixas de tratamentos parcial e pejorativos durante os tratamentos 60% desse grupo confirmaram que pelo menos uma vez e resto de 40% confessaram que receberam sempre tratamento digno sem distinção da raça ou da nacionalidade.

**Tabela 7: Habilitação acadêmica/Situação profissional**

Habilitação acadêmica	Situação profissional	Contadores	% do Total	% acumulada
Ensino Superior	Desempregado	2	4.0%	4.0%
	Empregado	6	12.0%	16.0%
12º ano	Desempregado	12	24.0%	40.0%
	Empregado	4	8.0%	48.0%
9º ano	Desempregado	1	2.0%	50.0%
	Empregado	3	6.0%	56.0%
6ºano	Desempregado	2	4.0%	60.0%
	Empregado	1	2.0%	62.0%
4ºano	Desempregado	3	6.0%	68.0%
	Empregado	4	8.0%	76.0%
Não frequentou ensino	Desempregado	12	24.0%	100.0%
	Empregado	0	0.0%	100.0%

Fonte: Construção própria, 2025

**Tabela 8: Estatística Descritiva**

	Nível de satisfação com atendimento pelo SNS Portuguesa	Nível de satisfação geral dos utentes	Condições de Habitação
N	50	50	50
Média	6.44	2.94	5.14
Mediana	7.00	2.00	5.00
Desvio-padrão	2.73	2.97	2.75
Mínimo	0	0	0
Máximo	10	10	10

Fonte: Construção própria, 2025

No âmbito da avaliação da satisfação dos utentes relativamente ao acordo de cooperação internacional em saúde entre Portugal e a Guiné-Bissau, foi elaborada uma tabela com indicadores que podem refletir tanto a satisfação como a insatisfação. Entre os aspetos considerados encontram-se as condições de habitação, a satisfação com o atendimento prestado pelo SNS e uma análise geral do processo, abrangendo tanto a vertente administrativa como a técnica, desde a Guiné-Bissau até Portugal.

Para esta avaliação, utilizou-se uma escala de 0 a 10, em que 0 corresponde a "totalmente insatisfeito" e 10 a "totalmente satisfeito".

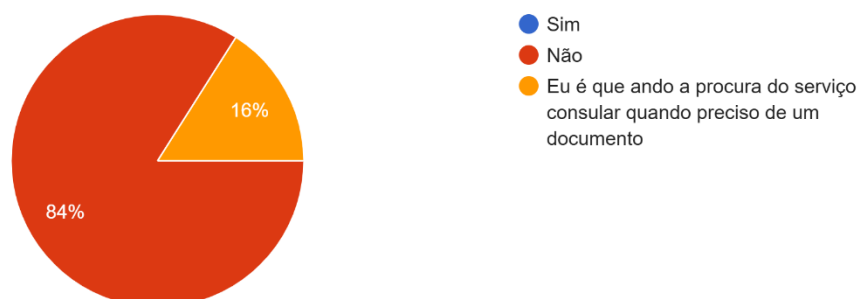
Os resultados mostraram que:



- A satisfação com o atendimento do SNS obteve uma média de 6,44 pontos, acima do nível médio de satisfação, o que indica que a insatisfação dos utentes não está relacionada com este serviço.
- A satisfação com as condições de habitação registou uma média de 5,14 pontos.
- Já a satisfação geral com o processo ficou bastante abaixo da média, com apenas 2,94 pontos.

#### Gráfico 10: Apoio da embaixada da Guiné-Bissau

Confirmação do apoio e acompanhamento da embaixada da Guiné-Bissau em Portugal  
50 respostas



Fonte: Construção própria, 2025

-100% dos utentes confirmam não receber qualquer apoio nem acompanhamento por parte da Embaixada da Guiné-Bissau em Lisboa.

**Tabela 9: Frequência de alta e /regresso**

Alta/regressar	Contadores	% do Total	% acumulada
Não	41	82.0%	82.0%
Sim	9	18.0%	100.0%

Fonte: construção própria, 2025

Os nossos utentes, apesar de passarem situações difíceis para integrarem 82% ponderam permanecer em Portugal para trabalhar.