



Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Antropologia

Um Olhar sobre a Cooperação em Saúde entre
Portugal e os PALOP – Intervenção em Cardiologia:
Estudo de Caso no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Filipa Isabel de Oliveira Azevedo

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Desenvolvimento e Saúde Global

Orientadora:
Doutora Clara Carvalho, Professora Auxiliar,
ISCTE – IUL

Co-orientadora:
Doutora Isabel Craveiro, Professora Auxiliar,
IHMT – UNL

Junho, 2012



Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Antropologia

Um Olhar sobre a Cooperação em Saúde entre
Portugal e os PALOP – Intervenção em Cardiologia:
Estudo de Caso no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Filipa Isabel de Oliveira Azevedo

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Desenvolvimento e Saúde Global

Orientadora:
Doutora Clara Carvalho, Professora Auxiliar,
ISCTE – IUL

Co-orientadora:
Doutora Isabel Craveiro, Professora Auxiliar,
IHMT – UNL

Junho, 2012

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família pela compreensão e ajuda em todos os momentos!

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar o meu agradecimento à minha orientadora, Doutora Clara Carvalho e co-orientadora Doutora Isabel Craveiro, pela orientação e pertinência das suas observações ao longo da elaboração desta dissertação de mestrado.

Uma palavra de carinho e de agradecimento muito especial à minha família pela compreensão e apoio incondicional em todos os momentos, e aos meus amigos por todo o incentivo.

Um agradecimento especial para o Director de Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – CHUC, EPE – Hospital Geral, Dr. António Leitão Marques e ao Dr. Eduardo Castela, Director do Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital Pediátrico, pela autorização e orientação na recolha de informação.

O meu agradecimento ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, pela autorização para a realização desta investigação, sem a qual não seria possível a realização deste estudo.

O meu agradecimento a todos os médicos cardiologistas, Dr. Nuno Quintal, Dr.^a Joana Trigo, Dr. Luís Paiva e Dr. Pires; ao Enfermeiro Carlos Pereira e Enfermeira Isabel Oliveira; aos Técnicos Cardiopneumologistas Mário Camacho e Helder Costa; à Técnica de Serviço Social, Dr.^a Cristina Varandas; aos Administrativos do Serviço de Cardiologia, Carla Castro e João Carlos Alberto; ao Cônsul de São Tomé e Príncipe, Dr. José Joaquim Diogo e ao Ex. Primeiro-Ministro da República Democrática de São Tomé e Príncipe, Dr. Rafael Branco que colaboraram com informação pragmática fundamental para a operacionalização deste trabalho.

A todos os que de alguma forma contribuíram para a realização desta investigação, os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Esta investigação consiste num estudo teórico e empírico em torno da problemática dos acordos de cooperação em saúde entre Portugal e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e as suas implicações no acesso a cuidados de saúde especializados em cardiologia.

O objectivo principal visa compreender o papel dos acordos de cooperação em saúde, bem como, as estratégias utilizadas entre os actores sociais e instituições para responder às necessidades daquelas pessoas.

Este trabalho foi desenvolvido no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, através da realização de um estudo qualitativo do tipo exploratório, sendo utilizado como instrumento de recolha de dados a entrevista semi-directiva. Os participantes do estudo foram informadores privilegiados, envolvidos na cooperação em saúde.

Os resultados do estudo realçaram a relevância dos acordos de cooperação em saúde; a forma de acesso aos cuidados de saúde; as estratégias adoptadas entre as instituições e actores sociais; o impacto das respostas institucionais nos doentes que necessitam de cuidados de saúde especializados; os tipos de intervenção em doentes com patologia cardíaca; o impacto nos sistemas de saúde dos países africanos e as perspectivas dos actores sociais.

A importância dos acordos de cooperação em saúde entre Portugal e os referidos países, e a relevância dos problemas de saúde do foro cardíaco nestes doentes, incentivam a que sejam definidas estratégias ao nível da cooperação em saúde, com o objectivo de melhorar as estruturas de saúde dos países africanos, autonomizando-as, no sentido de auxiliarem estes doentes, proporcionando-lhes formas de acesso aos cuidados de saúde especializados.

Palavras-chave – Acordos de cooperação em saúde, Portugal, PALOP, cuidados de saúde, intervenção em cardiologia

ABSTRACT

This investigation consists of a theoretical and empirical study about the issue of agreements on cooperation in health between Portugal and the African Countries of Portuguese Official Language and its implications on access to skilled care in cardiology.

The main objective is to understand the role of agreements on cooperation in health, as well as the strategies used between social actors and institutions to meet the needs of those people.

This work was developed at the Hospital Center and University of Coimbra, through the realization a qualitative study is an exploratory, being used as an instrument of data collection a semi-directive. Study participants were key informants involved in health cooperation.

The study results highlighted the importance of agreements on cooperation in health; the form of access to health care; strategies adopted between institutions and social actors; the impact of institutional responses in patients who require specialized health care; types of intervention in patients with cardiac disease; the impact on health systems of african countries and perspectives of social actors.

The importance of agreements on cooperation in health between Portugal and these countries, and relevance of cardiac disease in these patients, encourage strategies are defined at the level of health cooperation, in order to improve the health structures of african countries, empowering them, in order to assist these patients, by providing them with means of access to health care specialized.

Key words – Agreements on cooperation in health, Portugal, PALOP, heath care, intervention cardiology

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1. ACORDOS DE COOPERAÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE	5
1.1 Cooperação portuguesa para o desenvolvimento no sector da saúde	6
1.1.1 Ajuda pública ao desenvolvimento	7
1.2 Estudo de Caso	9
1.2.1 Telemedicina	16
1.3 Encaminhamento dos cidadãos dos PALOP por questões de saúde	18
1.4 Acordos bilaterais em saúde e legislação	18
1.4.1 Deveres e obrigações de cada país	19
1.4.2 Formas de evacuação	20
2. DESIGUALDADES EM SAÚDE	22
2.1 Desigualdades socioeconómicas em saúde	22
2.2 Equidade em saúde / Desigualdades nos cuidados de saúde	24
2.3 Cooperação na área da saúde entre Portugal e os PALOP	25
3. DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ÁFRICA	29
3.1 Doenças cardiovasculares	29
3.2 Factores de risco que influenciam as doenças cardiovasculares	29
3.3 Determinantes sociais da saúde	31
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	33
1. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	33
1.1 Tipo de Estudo	33
1.2 População	35
1.3 Colheita de dados	36
1.4 Preparação e aplicação das entrevistas	37
1.5 Tratamento de dados	37
1.6 Implicações éticas	38
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39

1. APRESENTAÇÃO DOS DADOS / ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
CONCLUSÃO	69
FONTES	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

ANEXOS

Anexo A – Resposta do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra ao pedido de autorização para a realização do trabalho de investigação

Anexo B – Pedido de consentimento informado

Anexo C – Guiões de entrevista

Anexo D – Entrevistas a informadores privilegiados

Anexo E – Grelha de análise das entrevistas

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.1 - Ajuda Pública ao Desenvolvimento Portuguesa 2007/2010	8
Quadro 1.2 - Crescimento do Instituto do Coração de Maputo	13
Quadro 1.3 - Número de doentes internados no Centro Hospitalar de Coimbra oriundos de Moçambique	13
Quadro 3.1 – Número de pedidos de evacuação de doentes dos PALOP entre 2004-2008, por especialidade	55

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ACS – Alto Comissariado da Saúde

APD – Ajuda Pública ao Desenvolvimento

CDSS – Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DCV – Doenças Cardiovasculares

DGS – Direcção Geral de Saúde

HIV/SIDA – Vírus de Imunodeficiência / Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

ICOR – Instituto do Coração de Maputo

IPAD – Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONGD – Organização Não Governamental para o Desenvolvimento

ONGs – Organizações Não Governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PIB – Produto Interno Bruto

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

Esta investigação, realizada no âmbito do Mestrado em Desenvolvimento e Saúde Global, tem como questão principal compreender qual o papel e a eficácia dos acordos de cooperação em saúde entre Portugal e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) no acesso aos cuidados de saúde especializados em cardiologia.

A motivação subjacente ao presente trabalho de investigação sobre os acordos de cooperação em saúde e o apoio aos doentes que necessitam destes cuidados, prende-se fundamentalmente com o interesse científico e actualidade do tema. Assim, estes aspectos constituíram o ponto de partida para iniciar este caminho de procura e de descoberta, que me conduziu a um entendimento sobre a temática em estudo.

Neste sentido, o objectivo geral desta investigação visa a compreensão do papel dos acordos de cooperação em saúde na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos dos PALOP, assim como, conhecer a forma como as diferentes instituições envolvidas e actores sociais se organizam para responder às necessidades daquelas pessoas.

Consequentemente, os objectivos específicos visam:

- Compreender a adequação das respostas institucionais relacionadas com os problemas dos doentes que necessitam de cuidados de saúde especializados;
- Conhecer a forma de articulação e as estratégias utilizadas entre as instituições envolvidas na cooperação em saúde;
- Conhecer as perspectivas dos diferentes actores sociais envolvidos nesta cooperação;
- Conhecer os diferentes tipos de intervenção em doentes com patologia cardíaca;
- Compreender se os acordos de cooperação em saúde incentivam ou não o desenvolvimento local, ou seja, o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos PALOP.

Deste modo, o debate em torno do impacto dos acordos de cooperação em saúde tem assumido uma pertinência, quando são evidentes as fragilidades dos sistemas de saúde dos países africanos, bem como, as dificuldades inerentes à prestação de cuidados de saúde.

Tal como referem Braveman e Gruskin (2003a), os sistemas de saúde desempenham uma função importante, no sentido dos cuidados de saúde e o acesso aos mesmos serem equitativos para a sociedade. No entanto, verificam-se fragilidades nos serviços públicos de saúde no

continente africano, sobretudo desde a implementação dos Planos de Ajustamento Estrutural das décadas de 1980 e 1990 que tiveram profundas implicações económicas e sociais, e um impacto negativo ao nível dos serviços de saúde nos países menos desenvolvidos (Turshen, 1999). Os países africanos apresentam igualmente dificuldades ao nível dos recursos humanos, financeiros e materiais, bem como, a escassez de equipamentos e infra-estruturas (Marques e Torgal, 2002). Neste sentido, o acesso, a equidade, a qualidade e os custos são os principais problemas ao nível dos cuidados de saúde nos países economicamente menos desenvolvidos (World Health Organization, 2010).

Perante esta realidade é necessário o apoio ao desenvolvimento, através do reforço dos recursos humanos, salientando-se a formação de profissionais de saúde, assim como, a construção de infra-estruturas e equipamentos (Marques e Torgal, 2002). Os governos têm a responsabilidade pela saúde das populações, devendo implementar medidas no sector da saúde, nomeadamente, o desenvolvimento de estratégias com o objectivo de promover os cuidados de saúde primários (Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, 1978).

Consequentemente, a relevância desta investigação sobre os acordos de cooperação relaciona-se com o facto, de a saúde ser perspectivada como uma área de intervenção prioritária, sendo um dos eixos estratégicos ao nível da cooperação internacional (Marques e Torgal, 2002). Deste modo, o apoio da cooperação portuguesa no sector da saúde nos PALOP deve incentivar o aumento da capacidade dos sistemas públicos de saúde, estimulando as estratégias de desenvolvimento. Assim, o documento *Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa* reflecte as linhas orientadoras da cooperação, estabelecendo as áreas prioritárias, bem como, as estratégias e os mecanismos a seguir, sendo a saúde perspectivada como um elemento fundamental no desenvolvimento humano e um direito inalienável (Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, 2011).

É centrado nos acordos de cooperação em saúde que este estudo de desenvolve, procurando compreender a adequação dos programas de cooperação às necessidades dos receptores, ou seja, se há uma conformidade das respostas ao nível do acesso aos cuidados de saúde e se os mesmos são eficazes.

A dissertação estrutura-se da seguinte forma: capítulo I - enquadramento teórico, capítulo II - metodologia, capítulo III - apresentação e discussão dos resultados, conclusão, fontes e referências bibliográficas. O capítulo I é constituído por três pontos-chaves. O ponto 1 “acordos

de cooperação no âmbito da saúde”, o ponto 2 “desigualdades em saúde” e o ponto 3 “doenças cardiovasculares (DCV) em África”.

O ponto 1 contextualiza os acordos de cooperação no âmbito da saúde. São ainda apresentados os traços fundamentais da acção da cooperação portuguesa para o desenvolvimento no sector da saúde, salientando-se o trabalho desenvolvido pelas Organizações Não Governamentais (ONGs), assim como, a ajuda pública ao desenvolvimento (APD). Neste ponto é apresentado o estudo de caso (sobre a ONGD Cadeia de Esperança), e a técnica da telemedicina. É igualmente desenvolvida a problemática do encaminhamento dos cidadãos dos PALOP por questões de saúde, os acordos bilaterais em saúde, e a legislação, os deveres e obrigações de cada país e as formas de evacuação de pacientes.

O ponto 2 aborda as desigualdades em saúde, descrevendo particularmente as desigualdades socioeconómicas em saúde, sendo os grupos sociais mais desfavorecidos os mais afectados por estas disparidades, e conseqüentemente mais vulneráveis aos factores de risco para as DCV. Analisa ainda, a equidade em saúde/desigualdades nos cuidados de saúde, nomeadamente, o papel que os sistemas de saúde podem desenvolver, sendo considerados um elemento importante no combate às desigualdades. Contextualiza os cuidados de saúde nos países africanos, fazendo uma caracterização dos serviços públicos de saúde e o impacto que os mesmos têm ao nível da prestação dos cuidados de saúde. Finalmente aborda as fragilidades e limitações dos sistemas de saúde, salientando-se a importância da intervenção portuguesa no auxílio a estes países.

O ponto 3 faz uma breve abordagem sobre as DCV, sendo este considerado um problema de saúde pública. Neste ponto são igualmente analisados os factores de risco que influenciam as DCV, assim como os determinantes sociais da saúde.

No capítulo II é apresentada detalhadamente a metodologia que incidiu fundamentalmente na questão de investigação formulada, na revisão da literatura, nos objectivos delineados e no tipo de estudo. Tendo em consideração os objectivos definidos para esta investigação foi escolhido o método qualitativo, através da realização de entrevistas semi-directivas. Para o efeito, foram elaborados guiões de entrevista com perguntas orientadoras, de carácter relativamente aberto. Importa salientar que, embora, a maioria das entrevistas fosse gravada, todavia houve quem respondesse por correio electrónico.

Um outro aspecto importante foi a opção da área para a aplicação do estudo e respectiva população-alvo. Assim, para desenvolver esta investigação optei por escolher o Centro Hospitalar

de Coimbra (Hospital Geral e Hospital Pediátrico). No entanto, aquando a realização da dissertação, ocorreu a fusão dos hospitais, Centro Hospitalar de Coimbra e Hospital de Universidade de Coimbra, respectivamente, passando a designar-se Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), que abrange os hospitais acima mencionados e onde se desenvolveu a presente investigação. Por este facto, ao longo desta dissertação utilizou-se a terminologia “Centro Hospitalar de Coimbra” em determinados capítulos, conforme a informação descrita nas fontes documentais.

Para proceder ao pedido para a realização desta investigação, um dos critérios exigidos pelo Conselho de Administração foi a autorização prévia dos directores de serviço do Hospital Geral e Hospital Pediátrico, para a realização deste estudo. Assim, através de contactos pessoais foi possível estabelecer o primeiro contacto com os directores do serviço de cardiologia do Hospital Geral e do Hospital Pediátrico, respectivamente.

Dado que o campo da saúde é extremamente vasto optou-se por escolher uma área específica, a cardiologia. Esta opção prende-se pelo facto da incidência das DCV está a aumentar rapidamente no mundo inteiro, sobretudo nos países em desenvolvimento, (Beaglehole e Yach, 2003). Os países africanos são igualmente afectados por estas doenças, sendo considerada a segunda causa de morte (WHO, 1999). Deste modo, em 2020 estima-se que as DCV sejam a principal causa de morbilidade e mortalidade ao nível da saúde global (Reddy e Yusuf, 1998).

Perante esta escolha, os respectivos directores de serviço indicaram-me os países com os quais estabeleciam protocolos de cooperação em saúde, e assim direccionou-se esta investigação. O Hospital Geral incide a sua cooperação no sector da saúde com Moçambique e São Tomé e Príncipe, enquanto o Hospital Pediátrico trabalha fundamentalmente com Angola e Cabo Verde. Os hospitais acima referidos não desenvolvem cooperação no campo da saúde com a República da Guiné-Bissau, pelo que, este país não consta na presente investigação. Na sequência do contacto inicial com os respectivos directores, os participantes neste estudo foram seleccionados pela técnica de rede. Esta foi fechada pelo facto dos restantes intervenientes não terem disponibilidade para participar na respectiva investigação. Importa referir que, esta rede foi limitada às instituições com as quais estava a ser desenvolvido o presente estudo.

No capítulo III são apresentados os dados e a respectiva análise e discussão.

A pesquisa termina com a apresentação das conclusões e respectivas referências bibliográficas.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ACORDOS DE COOPERAÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE

A cooperação portuguesa para o desenvolvimento foi enquadrada em princípios orientadores, objectivos e prioridades ao longo dos últimos 15 anos (IPAD, s.a.b). A visão estratégica apresenta algumas prioridades de intervenção, salientando-se o desenvolvimento sustentável e a luta contra a pobreza, encarando a pobreza como um fenómeno multidimensional, dando especial atenção a várias áreas, entre as quais se salientam a educação, e a saúde perante a necessidade de melhorar a área dos cuidados primários e de higiene, aproximando o esforço de cooperação às necessidades básicas das populações, tal como é enunciado por este instituto: “Garantir o acesso à saúde constitui uma premissa fundamental do direito à protecção social” (IPAD, s.a.b: 50).

A partir da efectivação do regime democrático foi fomentado o desafio da ajuda ao desenvolvimento, tendo sido implementados alguns Decretos-Lei que passaram a regulamentar de um modo mais ou menos profundo todas as actividades da cooperação portuguesa. Em 1994 foi criado o Instituto da Cooperação Portuguesa, depois Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD), recentemente (2012) integrado no Camões – Instituto da Cooperação da Língua (IPAD, s.a.b).

Em 1996 o aparelho responsável por esta cooperação apresentava algumas dificuldades em assegurar a coordenação global. Todavia, ocorreram algumas mudanças, sendo que, em 2003 surge o IPAD. Este era o principal instrumento da política de cooperação para o desenvolvimento e tinha como objectivo melhorar a intervenção portuguesa, assegurando a relevância ao nível da política de cooperação e o cumprimento dos compromissos assumidos pelo Estado (IPAD, s.a.b).

Até 2005, a Direcção Geral de Saúde (DGS) foi responsável pelas actividades de cooperação do Ministério da Saúde, através de várias missões, no sentido de apoiarem os organismos, sobretudo instituições hospitalares dos PALOP, intervindo ao nível da organização, modernização e criação de novos serviços. É de salientar ainda, a intervenção dos hospitais portugueses, quer na execução da cooperação técnica, quer na prestação de cuidados médicos em Portugal a doentes evacuados. A assistência técnica, a formação, o envio de equipamentos são de igual modo actividades desenvolvidas ao nível da cooperação (IPAD, s.a.b).

O Alto Comissariado da Saúde (ACS) assumiu entretanto a responsabilidade de coordenar as actividades desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Ao nível do plano bilateral têm sido desenvolvidas actividades com cada um dos PALOP, visando o desenvolvimento dos recursos existentes, através da assistência técnica, prestação de serviços, formação e criação de infra-estruturas e equipamentos. No plano multilateral têm colaborado com a Organização Mundial da Saúde (OMS) África e com a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (IPAD, s.a.b).

1.1 Cooperação portuguesa para o desenvolvimento no sector da saúde

A política de cooperação portuguesa é “encarada como um veículo de afirmação e alargamento da influência portuguesa a nível internacional e como um instrumento de realização de objectivos estratégicos nacionais” (Mesquita, 2005:3), sendo o Estado o principal agente desta política. A luta contra a pobreza e a promoção do desenvolvimento económico, nomeadamente, ao nível da saúde, educação e outras áreas de intervenção, são considerados os eixos prioritários de actuação (Palma, 2004).

Este tipo de cooperação é um instrumento de extrema relevância no sector da saúde, sendo considerado um campo de intervenção prioritário. É essencial capacitar a “cooperação portuguesa com uma estratégia de intervenção para dar uma maior coerência à política nacional de cooperação e também para conseguir conjugar, e portanto, maximizar os esforços de todas as entidades” (Marques e Torgal, 2002:21).

Um dos principais objectivos estratégicos da intervenção portuguesa no sector da saúde incide no desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países beneficiários. O reforço destes sistemas permitirá capacitá-los de autonomia, no sentido de serem capazes de promover a saúde (Marques e Torgal, 2002). Segundo, o IPAD, o objectivo geral é “fortalecer os sistemas públicos de saúde dos países em desenvolvimento enquanto elemento fundamental nas estratégias de redução de pobreza” (IPAD, 2011). De acordo com o respectivo Decreto-Lei nº 120/2007:

O Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD) é um organismo central da administração pública portuguesa responsável pela supervisão, direcção e coordenação da política de cooperação, cabendo-lhe a condição da implementação da política pública do desenvolvimento (Diário da República – Decreto-Lei 120/2007, 1ª série, nº 82, 2007:2607).

Na área da cooperação portuguesa podemos salientar alguns princípios e orientações, tais como, os cuidados de saúde primários e a educação são a base para um desenvolvimento económico e social sustentado, sendo considerado um aspecto importante para “o sucesso da reforma do sector da saúde em África” (WHO, 1996 *cit in*, Marques e Torgal, 2002: 22). A redução da pobreza, a criação e desenvolvimento de infra-estruturas e serviços de saúde, têm o propósito de promover o acesso aos cuidados de saúde para as populações mais desfavorecidas (Marques e Torgal, 2002).

Assim, a base fundamental da cooperação portuguesa é a cooperação para o desenvolvimento, tendo em consideração “as opções dos países beneficiários, o princípio da parceria e a necessidade de promoção de uma melhor coordenação internacional da ajuda ao desenvolvimento” (Diário da República, 1ª série-B – nº 115, 1999: 2647).

1.1.1 Ajuda pública ao desenvolvimento

A APD é um instrumento que visa a promoção do desenvolvimento económico e a melhoria do bem-estar das populações dos países mais pobres do mundo. Esta é proporcionada por organismos públicos dos países doadores aos países em desenvolvimento (IPAD, 2011). Esta ajuda é fundamental para que estes países sejam capazes de desenvolver infra-estruturas económicas, produtivas e sociais, possibilitando processos sustentáveis de crescimento económico e de luta contra a pobreza (Cruz, 2011a). Esta pode ser concedida através de várias formas, tais como: projectos, programas de intervenção, transferência de dinheiro ou fornecimento de bens e serviços (IPAD, s.a.a). Neste âmbito, a APD pode assumir duas formas: bilateral ou multilateral. A ajuda bilateral caracteriza-se pela ajuda directa ao país beneficiário, ou através de ONGs que cooperam na área do desenvolvimento, ou actividades relacionadas com o desenvolvimento, realizadas no próprio país doador. Enquanto a ajuda multilateral incide nas contribuições para os orçamentos das organizações multilaterais, gerindo os fundos de forma autónoma, actuando na área do desenvolvimento (IPAD, s.a.a).

Contudo, o sector da saúde tem recebido uma verba diminuta dos financiamentos. A cooperação em saúde entre 2003 e 2008 absorveu €46.484.405 do financiamento, equivalente a 2,79% do total da ajuda pública ao desenvolvimento.

Seguidamente, podemos observar os valores da ajuda pública ao desenvolvimento portuguesa entre 2007 e 2010 (IPAD, s.a.c).

Ano	2007	2008	2009	2010
Ajuda Pública ao Desenvolvimento Total (milhares)	343.726	429.955	368.157	489.964
% da Ajuda Pública ao Desenvolvimento relativamente ao PIB	0,22%	0,27%	0,23%	0,29%

Quadro 1.1 – Ajuda Pública ao Desenvolvimento Portuguesa 2007/2010 (IPAD, s.a.c).

Neste quadro é possível constatar que ocorreram oscilações, tendo havido uma redução de 2008 para 2009, e conseqüentemente um financiamento mais limitado. Embora os financiamentos sejam limitados, existem projectos que marcam a diferença no sector da saúde, nomeadamente, quando se verifica a continuidade destes mesmos projectos. Neste sentido, a ajuda ao desenvolvimento é fundamental para os países africanos.

Todavia, na Cimeira do Milénio da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000 foi definido um conjunto de objectivos que fazem parte dos objectivos do desenvolvimento do milénio e que deveriam ser cumpridos por todos os países em desenvolvimento até 2015. Este compromisso foi assumido por todos os estados membros com os seguintes objectivos: erradicar a pobreza extrema e a fome; alcançar a educação primária universal; promover igualdade entre sexos e o reforço do papel da mulher; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o vírus de imunodeficiência/síndrome de imunodeficiência adquirida (HIV/SIDA), malária e outras doenças; assegurar a sustentabilidade ambiental e o desenvolvimento de uma parceria global para o desenvolvimento (Cruz, 2011b).

Neste contexto, a missão da cooperação portuguesa e de acordo com os objectivos do desenvolvimento do milénio é: “contribuir para a realização de um mundo melhor e mais estável, muito em particular nos países lusófonos, caracterizado pelo desenvolvimento económico e social, e pela consolidação e o aprofundamento da paz, da democracia, dos direitos humanos e do Estado de direito” (Diário da República, 1ª série – nº 24, 2005: 7184).

No âmbito da cooperação em saúde tem-se verificado igualmente uma coordenação entre as instituições portuguesas, concretizando-se em parcerias, reforçando as instituições dos países africanos. Neste contexto, as ONGs são perspectivadas como “actores privilegiados na execução de programas oficiais de cooperação em saúde” (IPAD, 2011). Estas são associações da sociedade civil, sem fins lucrativos, centrando-se na melhoria das condições de vida e apoio às populações mais desfavorecidas dos países em desenvolvimento, procurando melhorar a saúde e a educação.

1.2 Estudo de Caso

Procurando perceber como se organiza a cooperação em saúde, procedeu-se ao estudo aprofundado de uma associação da sociedade civil. A opção pela Organização Não Governamental para o Desenvolvimento (ONGD) Cadeia de Esperança prende-se com o facto da mesma estar sediada no Hospital Geral de Coimbra, local onde se desenvolveu esta investigação, e a partir da qual se desenvolve toda a cooperação no âmbito da saúde com Moçambique e São Tomé e Príncipe. Importa referir que, esta ONGD tem cooperado igualmente com Angola e Cabo Verde, ao nível da cardiologia pediátrica.

A Cadeia de Esperança foi fundada em Coimbra em 2000, resultando do trabalho de cooperação estabelecido entre Portugal e Moçambique no tratamento de doentes cardiovasculares. Os principais objectivos incidiam no desenvolvimento de projectos de assistência humanitária na área da saúde, principalmente na medicina hospitalar, assim como, projectos na área da educação dirigidos à formação de profissionais de saúde (Cadeia de Esperança, s.a.b). Importa referir que, a organização da contabilidade foi um aspecto tido em consideração. A PIANOSVISTA, Contabilidade na Área da Saúde foi a responsável por todo o trabalho contabilístico, sem qualquer tipo de custo para a ONGD Cadeia de Esperança. Pretendia-se ainda, obter fundos para o desenvolvimento da assistência humanitária no sector da saúde. Neste contexto, a ONGD solicitou a colaboração de empresas médicas na área cardiovascular, conseguindo obter algumas doações de equipamentos médicos. A salientar, a doação feita pelo Comendador António Soares Roque, enquanto doador individual. Outra ajuda fundamental foi a do Instituto da Cooperação Portuguesa, financiando o envio de material médico para Moçambique (Cadeia de Esperança, s.a.b).

Em 1996 foi assinado um protocolo entre Portugal e Moçambique e foi ao abrigo deste protocolo que, o serviço de cardiologia do Centro Hospitalar de Coimbra e o serviço de cirurgia cardíaca do Hospital de Universidade de Coimbra têm recebido com regularidade doentes oriundos daquele país, com necessidade de cuidados de saúde especializados. A experiência de auxílio a Moçambique levou à necessidade de se definirem estratégias mais avançadas de cooperação, que incidiam no envio de equipas médicas, não apenas para tratamento dos doentes, mas também para a formação de técnicos de saúde (Cadeia de Esperança, s.a.b). Assim, entre 1996 e 2001, a cooperação dos médicos moçambicanos com a Cadeia de Esperança, limitou-se apenas à transferência de doentes graves para Portugal (Cadeia de Esperança, s.a.a).

Em Junho de 2001 inaugurou-se o Instituto do Coração de Maputo (ICOR), através do auxílio de Portugal e de várias ONGs Europeias. Os objectivos globais baseavam-se na transferência de tecnologia para aquela instituição e formar profissionais de saúde moçambicanos nesta área da medicina. Relativamente à formação dos profissionais de saúde é importante salientar, a verba disponibilizada pela Fundação Calouste Gulbenkian para a formação de um técnico de cardiopneumologia, para integrar os quadros do ICOR (Cadeia de Esperança, 2006), e ainda o financiamento que a Cadeia de Esperança disponibilizou para a formação de técnicos nesta área (Cadeia de Esperança, 2008b). Deste modo, pretendia-se que o parceiro local desenvolve-se e adquira-se mais autonomia ao nível das técnicas de diagnóstico e tratamento das DCV, aumentando gradualmente a sua acção no ICOR (Cadeia de Esperança, s.a.a).

Todavia, todo este trabalho envolve custos elevados, devido às despesas de deslocação das equipas médicas a Moçambique e a aquisição de alguns equipamentos (Cadeia de Esperança, 2003a). Ao longo de 2001, duas equipas estiveram a trabalhar nesta instituição, tratando doentes e dando formação aos quadros técnicos. Consequentemente, todo este trabalho desenvolvido, pela sua essência e pelo forte impacto a nível local, serviu para dar uma maior visibilidade à cooperação portuguesa desenvolvida naquele país (Cadeia de Esperança, s.a.b).

Em Setembro de 2002, foi enviada uma equipa para dar seguimento ao trabalho que estava a ser desenvolvido. Esta missão médica constatou alguns progressos, nomeadamente, ao nível da competência técnica dos profissionais daquele país (Cadeia de Esperança, 2003a). No mesmo ano deslocou-se a equipa de cirurgia cardíaca a Moçambique, tendo contribuído com a maioria do material médico necessário, para as respectivas intervenções (Cadeia de Esperança, 2003b).

Ao longo do ano referido continuaram a chegar doentes oriundos de Moçambique, enviados pelos médicos moçambicanos. O apoio a estes doentes foi proporcionado pelos serviços de cardiologia do Centro Hospitalar de Coimbra, cirurgia cardíaca do Hospital de Universidade e a unidade de cardiologia pediátrica (Cadeia de Esperança, 2003a).

No decorrer de 2003, a Cadeia de Esperança submeteu o Projecto *Acção Contra as Doenças Cardiovasculares em Moçambique* ao IPAD, tendo sido aceite. É de salientar a importância do mesmo, dado que, permitiu o financiamento e a respectiva continuidade das missões ao longo ano, englobando as despesas do envio de equipas médicas a Moçambique, bem como, a aquisição de equipamentos de grande importância para o ICOR. Este projecto visava igualmente a criação de recursos para o tratamento e prevenção das DCV (Cadeia de Esperança, 2003b).

O número de doentes que tem vindo a Portugal para receber tratamento não tem aumentado, estando próximo do acordo inicial que previa cerca de 30 doentes anualmente. Este resultado deve-se aos progressos desenvolvidos e muitos doentes já podem ser tratados em Moçambique no ICOR (Cadeia de Esperança, 2003a).

Ao longo do ano em causa ocorreram três missões médicas, salientando-se a deslocação de um cardiologista pediátrico, integrando a equipa do ICOR através da realização de consultas. Na segunda missão a equipa enviada trabalhou em conjunto com médicos franceses, sendo desenvolvidas acções de formação com os médicos e enfermeiros locais. No final do ano deslocou-se a equipa de cirurgia cardíaca, dirigida pelo Professor Manuel Antunes (Cadeia de Esperança, 2003a)

Os problemas do sector da saúde são numerosos, e estes países com fracos recursos precisam de ajuda permanente. Porém, todos os esforços são positivos, evidenciando-se progressos no instituto, sendo este o principal alvo de todo o esforço desenvolvido (Cadeia de Esperança, 2003a).

No ano de 2004, continuou-se a receber doentes provenientes de Moçambique, porém, o objectivo da cooperação era evitar que estes fossem evacuados para Portugal e que pudessem receber tratamento no seu país. Durante este ano foram realizadas quatro missões, em que estiveram envolvidos médicos cardiologistas e técnicos, entre os quais, um cardiologista pediatra. A terceira missão foi dirigida pelo Professor Manuel Antunes e respectiva equipa. No final desse ano deslocou-se o Dr. Leitão Marques para a realização de procedimentos de cardiologia de intervenção. Acompanhou ainda esta missão, a técnica de serviço social que, desde 1996 tem

apoiado os doentes moçambicanos, permitindo ter uma perspectiva e um conhecimento da realidade local e ajustar com os parceiros muitos aspectos desta colaboração e envio de doentes a Portugal (Cadeia de Esperança, 2004).

No ano de 2005, a Cadeia de Esperança submeteu novamente o Projecto *Ação Contra as Doenças Cardiovasculares em Moçambique* ao IPAD tendo sido aprovado. Apesar de todos os esforços desenvolvidos, nem sempre é possível aos doentes esperarem pelas missões médicas que se deslocam a Moçambique. Durante o ano em causa realizaram-se duas missões, uma delas orientada pelo Professor Manuel Antunes, operando 24 doentes com êxito. A equipa cirúrgica portuguesa continua a ser considerada pelos médicos moçambicanos como a mais rentável pelo número de doentes que opera, aproveitando todos os recursos existentes (Cadeia de Esperança, 2005).

Em 2006, esta ONGD voltou a submeter um projecto ao IPAD. Para este projecto foi solicitado um financiamento para as missões médicas e expansão do ICOR, tendo sido aprovado. Efectuaram-se então novas missões, no sentido de responder às necessidades específicas do ICOR. Foram realizadas várias intervenções desenvolvidas pelo Dr. Leitão Marques e pelo cardiologista Dr. Henrique Gabriel do Hospital de Santa Maria. A equipa cirúrgica orientada pelo Professor Manuel Antunes deslocou-se mais uma vez aquele país africano, operando 23 pessoas com patologias predominantemente reumáticas e congénitas. A salientar ainda, que a média dos doentes operados tinha 25,1 anos e mais de 50% tinha menos de 20 anos. Estes dados revelam a importância e o impacto que estas missões têm no tratamento da população jovem, cuja sobrevivência seria difícil sem estas intervenções (Cadeia de Esperança, 2006).

Em 2007, o ICOR pretendia alargar o campo de actuação para dar resposta às novas necessidades da população. Assim, foi construída uma nova área para exames e consultas, uma vez que o espaço existente para responder adequadamente a todas as situações era escasso. À semelhança de anos anteriores o número de doentes moçambicanos continuou a diminuir. Esta situação reflectiu a melhoria da assistência na área das DCV, devido ao papel que o ICOR desenvolveu. Salienta-se que, estes doentes receberam todo o apoio social e médico da ONGD e regressaram posteriormente ao seu país (Cadeia de Esperança, 2008b).

No ano 2008, continuou a diminuir o número de doentes, vindo apenas os casos mais complexos. Através de todos os esforços desenvolvidos, esta ONGD pensa que vai ser possível ter uma equipa cirúrgica moçambicana autónoma, para alguns actos cirúrgicos na área de

cardiologia. A cooperação nesta área só faz sentido se forem criadas condições locais para o desenvolvimento e progresso de todo o trabalho (Cadeia de Esperança, 2008a).

Os resultados obtidos no período de 2006-2008 pareceram bastante positivos. A medicina cardiovascular envolve custos elevados, por isso, são raros os projectos nesta área em toda a África subsariana. Apesar de todas as dificuldades inerentes há sinais visíveis de sucesso e indicadores da sua sustentabilidade. Todavia, os indicadores não são facilmente mensuráveis neste tipo de projecto. Alguns deles parecem relevantes, ainda que só indirectamente transpareçam o contributo do projecto. Seguidamente, pode-se observar o crescimento do ICOR (Cadeia de Esperança, s.a.a):

Ano	2006	2007	2008
Consultas	6494	10056	12890
Internamentos	603	843	987
Exames não invasivos	4793	5497	6181
Cateterismos e Pacing	110	107	126
Cirurgias	87	62	81

Quadro 1.2 – Crescimento do Instituto do Coração de Maputo (Cadeia de Esperança, s.a.a)

Como já foi referido o número de doentes enviados para Coimbra tem diminuído, em consequência da maior autonomia e capacidade do ICOR. No quadro seguinte, pode-se observar o número de doentes internados no Centro Hospitalar de Coimbra oriundos de Moçambique entre 1999 e 2008 (Cadeia de Esperança, s.a.a):

Ano	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de doentes	68	72	61	52	50	43	23	17	15	11

Quadro 1.3 – Número de doentes internados no Centro Hospitalar de Coimbra oriundos de Moçambique (Cadeia de Esperança, s.a.a):

Durante o ano de 2009 realizaram-se três missões, respondendo às necessidades de Moçambique, particularmente, nas áreas em que o instituto não tinha muita autonomia. A

salientar ainda que, o crescimento do instituto e a formação dos seus técnicos, deve-se às missões regulares das ONGs Europeias (Cadeia de Esperança, 2009a).

Durante o ano de 2010 e 2011, a actividade da Cadeia de Esperança continuava a direccionar-se para o ICOR, tendo submetido um novo projecto ao IPAD (Cadeia de Esperança, 2012).

O crescimento do ICOR tem sido constante, verificando-se uma maior procura, sendo necessária a contratação de mais funcionários. Consequentemente, o peso da medicina privada é dominante, descaracterizando de alguma forma o instituto que se baseava em objectivos humanitários. Apesar da actividade do instituto não visar o lucro, a actividade privada tem sido o motor de expansão e a estratégia para garantir as receitas necessárias (Cadeia de Esperança, 2012).

A salientar que, a equipa portuguesa é seguramente a mais produtiva e a que evidenciava resultados mais constantes, tendo um maior impacto na formação dos profissionais locais. Os progressos na área de cardiologia cardíaca são evidentes, dado que, já existe uma equipa formada por moçambicanos, operando algumas patologias (Cadeia de Esperança, 2012).

Após 11 anos de cooperação com o ICOR foi importante analisar o futuro da instituição e a cooperação das várias ONGs envolvidas. Neste sentido, foi perspectivada a criação de uma fundação destinada ao trabalho humanitário, separando-a da actividade privada do instituto. A Cadeia de Esperança teve um grande contributo na afirmação desta instituição de saúde, pretendendo continuar a auxiliar o ICOR, tendo submetido um projecto ao IPAD para os próximos três anos (Cadeia de Esperança, 2012).

No final de 2008 foram dados passos importantes no âmbito do projecto de cooperação com São Tomé e Príncipe. Assim, o interesse demonstrado pelas autoridades deste país africano permitiu o trabalho da equipa de cardiologia portuguesa no Hospital Central de São Tomé e Príncipe. Consequentemente, obteve-se o apoio e o financiamento do IPAD para o respectivo projecto (Cadeia de Esperança, 2008a).

Em 2009, a Cadeia de Esperança iniciou a cooperação com São Tomé na área da saúde. Dado a inexistência de uma unidade de cardiologia, bem como, a escassez de equipamentos de diagnóstico, a prioridade baseava-se em missões orientadas para o rastreio das DCV (Cadeia de Esperança, 2012).

A primeira missão médica realizou-se no Hospital Ayres de Menezes. Nesta missão participaram médicos cardiologistas, com o objectivo de avaliar as condições locais e,

simultaneamente prestar assistência aos doentes com suspeita de doença cardíaca. A ausência de consultas nesta área fez com que os médicos locais tivessem feito triagens aos doentes, para serem observados posteriormente pelos médicos portugueses aquando a missão naquele país. No entanto, foram analisadas várias situações clínicas, evitando que alguns doentes fossem evacuados desnecessariamente. A segunda missão incidiu na observação de novos doentes e na reavaliação dos casos detectados anteriormente. A terceira missão foi realizada por duas médicas do serviço de cardiologia pediátrica do Hospital de Coimbra, tendo como principais objectivos compreender a prevalência das principais patologias do foro cardíaco em crianças e a especificidade das doenças congénitas (Cadeia de Esperança, 2009b).

Este país apresenta uma percentagem de população muito jovem, onde as cardiopatias congénitas são frequentes e raramente bem identificadas, pela escassez de especialistas na área. Constatou-se também a inexistência total de condições no Hospital Ayres de Menezes para diagnóstico e tratamento de DCV. De salientar, o grande apoio proporcionado a este projecto pelas entidades locais, nomeadamente, pelo Cônsul de São Tomé e Príncipe, Dr. José Diogo (Cadeia de Esperança, 2009b).

Em 2010 foram realizadas duas missões (cardiologia de adultos e cardiologia pediátrica) e em 2011 realizaram-se três missões (duas de cardiologia de adultos e uma de cardiologia pediátrica). Todo o trabalho desenvolvido pela Cadeia de Esperança, sobretudo pelas equipas médicas portuguesas tem sido muito elogiado pelo Governo de São Tomé e Príncipe. O contributo dos médicos santomenses também tem sido relevante, especialmente na selecção de doentes que deveriam ser observados nas missões de cardiologia (Cadeia de Esperança, 2012).

No âmbito deste projecto, pretendia-se também a coordenação com o Projecto do Instituto Marques de Valle Flôr, *Saúde para Todos – Especialidades*, sendo importante no rastreio da patologia cardiovascular pelas diferentes zonas do país, e posterior referenciação de doentes às consultas. A ligação com este projecto permitiu que a consulta de cardiologia fosse de acesso generalizado a uma população mais abrangente, havendo uma melhor triagem dos doentes. Um dos grandes objectivos é a implementação da telemedicina, pelos benefícios que daí advêm (Cadeia de Esperança, 2009b).

Depois destes três anos, o projecto de São Tomé e Príncipe deu passos importantes, passando a desenvolver uma actividade assistencial na área de cardiologia. Esta ONGD tem esperança que

daqui a poucos anos possa existir uma unidade de cardiologia neste país africano, respondendo de forma autónoma às necessidades básicas neste sector (Cadeia de Esperança, 2012).

1.2.1 Telemedicina

A Cadeia de Esperança tem cooperado igualmente com Cabo Verde e Angola, especialmente na área de cardiologia pediátrica, sendo desenvolvida com estes países uma actividade muito importante, a telemedicina (Cadeia de Esperança, 2012).

A telemedicina está associada à prestação de actos médicos à distância, através de teleconsulta ou telediagnóstico (Monteiro, 2008), sendo definida nos seguintes termos:

A telemedicina é a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde, nos casos em que a distância é um factor crítico; tais serviços são providos por profissionais da área da saúde, usando tecnologias de informação e de comunicação para o intercâmbio de informações válidas para diagnósticos, prevenção e tratamento de doenças e a educação contínua de prestadores de serviços em saúde, assim como, para fins de pesquisas e avaliações; tudo no interesse de melhorar a saúde das pessoas e da comunidade (WHO, 2010).

Deste modo, a teleconsulta é um serviço suportado por videoconferência, em que o médico à distância comunica em tempo real com o profissional de saúde do outro país, no qual é realizada uma consulta. Enquanto, o telediagnóstico é um serviço assíncrono e à distância, em que o médico recebe os resultados dos respectivos exames. Posteriormente, analisa-se os resultados e elabora-se o relatório clínico, enviando-o novamente para o outro país (Monteiro, 2008).

Eduardo Castela, o precursor da telemedicina em Portugal, apercebeu-se das potencialidades desta técnica, aquando a realização de um estágio na especialidade de cardiologia do feto, na Mayo Clinic do Minnesota, nos EUA (Tomás, 2007).

Assim, o serviço de cardiologia do Hospital Pediátrico de Coimbra estabeleceu protocolos de cooperação com Angola e Cabo Verde, que permitiriam a realização de consultas à distância e o intercâmbio de conhecimentos.

Durante alguns anos, Sebastiana Gamboa foi a única cardiologista pediátrica a trabalhar em Angola. Apenas em 2007, foram iniciadas as ligações semanais de telemedicina entre o Hospital

Pediátrico de Coimbra e o Hospital David Bernardino, em Luanda. De facto, estas ligações permitiram que se quebrasse o isolamento do país nesta área da saúde (Fernandes, 2009).

As vantagens são muito importantes, e pode-se destacar os diagnósticos atempados e fiáveis; a partilha de experiências entre clínicos; poupança dos gastos em termos das evacuações dos doentes, bem como, as vidas das crianças que poderão ser salvas (Tomás, 2007).

Todas as quartas-feiras são estabelecidas ligações entre Coimbra e Luanda, sendo apresentados os casos mais complexos (Fernandes, 2009). “Não só salvamos vidas, como poupamos recursos” (Gamboa *cit in* Fernandes, 2009). Somente os casos mais difíceis são evacuados, dado a inexistência de um serviço de cirurgia cardíaca no país. Neste sentido, são evidentes os benefícios que advêm desta técnica (Fernandes, 2009).

Desde que haja disponibilidade e abertura dos governos, o Hospital Pediátrico de Coimbra poderá ser uma instituição de referência no âmbito da cooperação, quer ao nível do diagnóstico à distância, quer no tratamento dos casos clínicos mais difíceis, aquando a evacuação para Portugal (Tomás, 2007).

Assim, o objectivo primordial é “disponibilizar excelência a mais doentes e promover a igualdade de acesso à assistência médica e à formação” (Castela *cit in* Fernandes, 2009). Salienta-se que, a telemedicina “é uma óptima solução para democratizar o acesso à saúde, e para esbater desigualdades (Castela *cit in* Tomás, 2007).

Neste contexto, também foram estabelecidas ligações com Cabo Verde, nomeadamente, na Cidade da Praia, Hospital Agostinho Neto e no Mindelo, Hospital Baptista de Sousa, respectivamente. (Fernandes, 2009). Estas consultas têm um carácter regular, uma vez por semana, e visam proporcionar o apoio necessário aos médicos, através da partilha e intercâmbio de conhecimentos entre os profissionais. Deste modo, estas ligações através da telemedicina possibilitam o acesso a uma opinião mais especializada, sendo analisado conjuntamente a situação clínica e posteriormente o tratamento mais adequado (Portal da Saúde, 2010).

Importa salientar, que estão a ser desenvolvidas negociações com São Tomé e Príncipe e brevemente as crianças deste país ficaram igualmente abrangidas por esta técnica (Portal da Saúde, 2010).

1.3 Encaminhamento dos cidadãos dos PALOP por questões de saúde

A cooperação em saúde é um importante instrumento das relações entre Portugal e os PALOP, perspectivada como uma área de intervenção prioritária (Marques e Torgal, 2002), sendo um dos eixos estratégicos ao nível da cooperação internacional no âmbito da saúde (DSG, 2011).

O Estado Português, por razões de laços históricos, culturais, económicos e de solidariedade, sempre se empenhou, no quadro da cooperação internacional de apoio ao desenvolvimento, em participar activamente na melhoria das condições de saúde das populações dos países africanos que partilham a língua portuguesa (DSG, 2011).

O Estado Português no âmbito dos acordos de saúde comprometeu-se, na medida das suas possibilidades e quando solicitado, a assegurar o tratamento médico em Portugal aos cidadãos oriundos dos PALOP, quando o país de origem não tem respostas adequadas para estas situações (Lucas, *et al.*, 1998).

As entidades públicas portuguesas envolvidas nestes acordos são o Ministério da Saúde, sendo que, a DGS é a entidade responsável pela coordenação e avaliação dos processos de evacuação de doentes, através da direcção de serviços de prestação de cuidados em saúde; os hospitais públicos que recebem os doentes oriundos de alguns países africanos; o Ministério dos Negócios Estrangeiros através do IPAD é a entidade responsável pela coordenação e supervisão da cooperação portuguesa e da APD; as embaixadas de Portugal e serviços consulares nos diferentes países com competências para a emissão de vistos e o Ministério da Administração Interna através do serviço de estrangeiros e fronteiras, centralizam os pedidos de visto dos diferentes consulados, sendo o responsável final pela sua concessão (DGS, 2011). Entre as entidades de cada país africano salienta-se, o Ministério da Saúde (confirma o processo de evacuação do doente) e a Junta Médica (avaliação clínica da evacuação do doente) (DGS, 2004).

1.4 Acordos bilaterais em saúde e legislação

O ACS tem como missão colaborar na política externa portuguesa de cooperação na ajuda pública ao desenvolvimento, intervindo no sector da saúde. O objectivo da cooperação bilateral centra-se no reforço das relações entre Portugal e os países africanos, conjugando o progresso e a

consolidação dos recursos existentes, através da assistência, desenvolvimento de infra-estruturas e equipamentos (ACS, 2011).

Com o objectivo de tentar suprimir as necessidades no sector da saúde, e dado a escassez ou inexistência de recursos humanos e materiais nos PALOP foram estabelecidos acordos de cooperação no domínio da saúde. Assim, em 1977, Portugal assinou acordos de cooperação em saúde com São Tomé e Príncipe e Cabo Verde. Com Moçambique e Angola os acordos de cooperação foram apenas celebrados em 1984 (Gouveia, 1993). Seguidamente, apresentam-se os acordos de cooperação em saúde entre Portugal e os respectivos países.

- **Acordo de Cooperação em Saúde com Moçambique**, Decreto-Lei nº 35/84, publicado no *Diário da República*, 1ª série – nº 160 – 12 de Julho de 1984.
- **Acordo de Cooperação em Saúde com São Tomé e Príncipe**, publicado no *Diário da República* – 1ª série – nº 52 – 3 de Março de 1977.
- **Acordo de Cooperação em Saúde com Angola**, Decreto-Lei nº 39/84, publicado no *Diário da República*, 1ª série – nº 165 – 18 de Julho de 1984.
- **Acordo de Cooperação em Saúde com Cabo Verde**, Decreto-Lei nº 24/77, publicado no *Diário da República*, 1ª série – nº 52 – 3 de Março de 1977.

Com base na informação da DGS, no âmbito dos compromissos estabelecidos com cada país africano o número máximo de doentes a evacuar por ano é: Angola 200, Cabo Verde 300, Moçambique 50 e São Tomé e Príncipe 200 (Administração Central do Sistema de Saúde, 2010).

1.4.1 Deveres e obrigações de cada país

Os acordos bilaterais de cooperação citados anteriormente englobam deveres e obrigações para ambas as partes envolvidas. Estas acordaram estabelecer relações de cooperação no campo da saúde, incluindo assistência médica a doentes evacuados dos países, com os quais foram estabelecidos os acordos, assim como a formação e aperfeiçoamento do pessoal de saúde. As diferenças dos acordos estabelecidos entre Portugal e cada um dos PALOP incidem no número de doentes a tratar ou no pagamento de despesas. Ou seja, a responsabilidade de Portugal visa a assistência médica hospitalar, através do internamento, hospital de dia, ou ambulatório e exames

complementares de diagnóstico e terapêutica, e ainda o transporte em ambulância do aeroporto até ao hospital quando a situação clínica assim o exige. No caso de Angola as despesas são divididas equitativamente (Gouveia, 1993).

É da responsabilidade do país que envia o doente, providenciar o transporte de deslocação até Portugal, tratar do visto e pagar a viagem, assim como, o transporte do aeroporto até a instituição hospitalar, indicada pela DGS Portuguesa. Suporta ainda, o alojamento dos doentes não internados em hospital de dia ou tratamento ambulatorio (DGS, 2011).

Os doentes evacuados deverão apresentar o relatório clínico, passado pela entidade de saúde do país de origem, bem como, aquando o regresso ao seu país, deverá fazer-se acompanhar do relatório clínico do tratamento a que foi submetido para entregar às entidades de saúde que o enviaram. O país de origem do doente deverá contactar previamente a DGS Portuguesa, com alguns dias de antecedência sobre a vinda dos doentes, com o objectivo de se planear o internamento (DGS, 2004).

Estes acordos, para além da assistência médica promovem igualmente a formação de médicos e enfermeiros através de estágios hospitalares, e a participação dos profissionais de saúde de Portugal em missões técnico-científicas nos países africanos (Gouveia, 1993).

1.4.2 Formas de evacuação

Para se proceder à evacuação de doentes para tratamento em Portugal são necessários alguns procedimentos, tais como:

- A Junta Médica Nacional de cada país de origem elabora um relatório clínico, onde fundamenta a necessidade de evacuar o doente;
- O relatório clínico é submetido a apreciação do Ministério da Saúde de cada país africano e o respectivo processo é remetido à embaixada do país em questão em Portugal;
- A embaixada remete o processo à DGS com um pedido formal para a sua aceitação no âmbito dos acordos de cooperação internacional;
- A DGS Portuguesa aprecia o pedido, emite uma opinião técnica e autoriza a evacuação do doente indicando o hospital público adequado à patologia em causa;

- A DGS emite um ofício ao serviço de gestão de doentes do hospital escolhido, a solicitar a marcação de consulta;
- O hospital informa a DGS da data da consulta;
- A DGS transmite a data da consulta à embaixada do respectivo país africano em Portugal, à embaixada de Portugal nesse país, a qual comunica ao serviço de estrangeiros e fronteiras para facilitar a obtenção do visto específico de estadia temporária;
- A embaixada de cada país africano em Portugal informa o respectivo Ministério da Saúde da marcação da consulta, para que este accione os procedimentos necessários para a deslocação;
- Em caso de urgência a embaixada do PALOP ou o respectivo Ministério da Saúde informa a DGS Portuguesa por telefone ou fax sobre a vinda do doente;
- A DGS decide qual o hospital mais adequado para a recepção do doente urgente e avisa-o da sua vinda (DGS, 2004).

Importa salientar que para entrar em território português, os nacionais de países estrangeiros entre os quais, os cidadãos dos PALOP devem satisfazer alguns requisitos como a posse de passaporte com o respectivo visto de entrada actualizado. No caso da vinda para Portugal para tratamento médico, o visto é de estadia temporária. O governo português aprovou através do Decreto-Lei nº 32/2003 de 30 de Julho, o acordo sobre a concessão de vistos temporários para o tratamento médico a cidadãos da comunidade dos países de língua portuguesa, assinado com alguns países, entre os quais salientam-se Moçambique, Angola, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe.

O pedido de visto de estadia temporária deverá ser acompanhado do respectivo relatório médico, comprovativo de que o doente tenha assegurado o internamento ou tratamento ambulatorio em estabelecimento oficial de saúde. O doente poderá ainda necessitar de acompanhamento familiar e o acompanhante precisa de fazer prova de que é seu familiar (Diário da República – Decreto-Lei 23/2007, Artº 54, nº 1, 2007).

2. DESIGUALDADES EM SAÚDE

“A saúde é o estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946). É um direito universal, essencial para a qualidade de vida e fundamental para o desenvolvimento das sociedades. Esta depende de condições socioeconómicas e de factores psicossociais que actuam ao longo da vida, dependendo da acção de cada indivíduo (Berlinguer, 2008). O comportamento, os factores psicossociais e biológicos, as redes sociais ou as condições de trabalho, são alguns dos factores com impacto ao nível da saúde (Freitas *et al*, 2010).

As desigualdades em saúde são um problema antigo, que se constata ao longo dos tempos. A sociedade reflecte esta desigualdade com a incidência da doença, amplamente relacionada com questões económicas, e posteriormente generalizada a outros sectores socioeconómicos, designadamente, em relação à educação, estilos de vida e utilização dos serviços de saúde. Como consequência verificam-se dificuldades no acesso de alguns grupos mais desfavorecidos aos sistemas de saúde (Giraldes, 2002). Crombie e outros autores referem que, as desigualdades em saúde nos vários grupos socioeconómicos devem ser reduzidas até 2020, através da melhoria das condições de saúde (Crombie *et al*, 2005).

2.1 Desigualdades socioeconómicas em saúde

As desigualdades socioeconómicas em saúde definem-se pela maior incidência de problemas de saúde entre os indivíduos pertencentes a diferentes classes sociais (Mackenbach *et al*, 1997).

A sociedade moderna estrutura-se entre ricos e pobres, em que a violência estrutural afecta principalmente o mundo socioeconómico mais pobre. Os grupos mais desfavorecidos são aqueles que apresentam uma maior vulnerabilidade às infecções e doenças. As causas relacionam-se com a desnutrição, carência de vitaminas, a falta de condições sanitárias e de higiene. Assim sendo, as desigualdades modernas são tanto locais como globais. Perante esta realidade são imprescindíveis mudanças ao nível das condições de vida das pessoas que vivem nos países mais pobres (Farmer, 1999).

Cada vez mais, as desigualdades de acesso caracterizam o nosso mundo. Todos os esforços devem ser direccionados para as desigualdades, no sentido de as prevenir e evitar.

Segundo a OMS, as desigualdades socioeconómicas estão relacionadas com diferentes factores que afectam directamente a saúde. Estas desigualdades estão frequentemente associadas às diferenças na incidência dos factores de risco para as DCV. Estas doenças afectam significativamente os grupos sociais que apresentam um nível socioeconómico mais baixo. Consequentemente, a exposição a factores de risco para a saúde tem diferenças de acordo com o estatuto socioeconómico de cada indivíduo. Os que apresentam menores rendimentos, menor nível de escolaridade e carências económicas, são aqueles que têm menor acessibilidade aos cuidados de saúde especializados (Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, 2010).

Neste contexto, a abordagem às desigualdades socioeconómicas em saúde não é uma questão fácil, pois engloba condicionantes que influenciam as divergências em saúde nas classes sociais. Para responder a este problema é necessário uma abordagem diversa no âmbito da saúde, no sentido de se enfrentar as desigualdades, através da adequação de políticas, e as intervenções estruturais devem ter em consideração os problemas sociais, nomeadamente, a pobreza, o desemprego, o analfabetismo e a falta de condições de habitação (Mackenbach *et al*, 1997).

Perante a emergência das DCV os sistemas de saúde dos países africanos devem desenvolver programas e estratégias de promoção da saúde, tendo em vista o combate a estas doenças, dando prioridade aos grupos sociais mais desfavorecidos (Mendis *et al*, 2011). Em suma, as políticas de saúde devem ser objectivas e amplas, promovendo a equidade em saúde para todos os grupos sociais.

Diversas estruturas são igualmente responsáveis pela existência de diferenças e desigualdades sociais entre os indivíduos, envolvendo os governos, as estruturas do mercado de trabalho, os sistemas de ensino e a presença ou ausência de políticas de bem-estar. As recomendações da OMS sobre os determinantes sociais da saúde para reduzir as desigualdades incidem no combate à distribuição desigual de poder, recursos e dinheiro; melhoria das condições de vida e criação de sistemas de monitorização das desigualdades em saúde (Mendis *et al*, 2011). Assim, as DCV têm um grande impacto socioeconómico sobre os indivíduos, ao nível do absentismo e da produtividade, mas também em relação ao custo dos cuidados de saúde (WHO, 2005).

2.2 Equidade em saúde / Desigualdades nos cuidados de saúde

A equidade deve ser um princípio básico de qualquer sistema de saúde (Pollock, 1995). A saúde é uma dimensão do bem-estar do ser humano, considerado um direito universal devido à importância para a vida em sociedade. O ponto fulcral da equidade contempla a saúde como um aspecto essencial para o desenvolvimento do ser humano, de modo a contribuir para o crescimento da sociedade (Sen, 2000).

Os sistemas de saúde desempenham um papel importante para que a saúde e respectivos cuidados sejam equitativos para a sociedade. A equidade em saúde é um valor que consiste “na preocupação de reduzir as desigualdades de oportunidades para ser saudável associado, principalmente a grupos menos privilegiados, como as pessoas pobres, os grupos raciais, étnicos ou religiosos, mulheres e residentes em áreas rurais” (Braveman e Gruskin, 2003a:540). A equidade visa a igualdade de oportunidades no acesso a cuidados de saúde sem barreiras à realização de um direito fundamental, com o objectivo de eliminar as disparidades em saúde (Braveman e Gruskin, 2003b).

Em termos de equidade em saúde as diferenças sociais são desnecessárias e evitáveis, sendo consideradas socialmente injustas. As desigualdades contemplam as condições de vida definidas por condições socioeconómicas, situações em que o indivíduo não tem possibilidade de escolha relativamente ao modo de vida, ou seja, as condições de vida definidas por factores socioeconómicos dificultam o acesso aos cuidados de saúde (Whitehead e Dahlgren, 2006). Os autores referem ainda que, “as desigualdades sociais em saúde são directa ou indirectamente geradas por factores sociais, económicos, ambientais e estruturalmente influenciadas pelos estilos de vida” (Whitehead e Dahlgren, 2006:3). Porém, os indivíduos deveriam ter a capacidade de aceder aos cuidados de saúde, independentemente dos determinantes sociais e da classe socioeconómica a que pertencem (Whitehead e Dahlgren, 2006).

Os sistemas de saúde de cada sociedade representam um aspecto fundamental no combate às desigualdades, uma vez que os cuidados de saúde são um meio essencial para alcançar e manter as condições de saúde do indivíduo. Assim, o acesso aos cuidados de saúde de uma forma geral preconiza um direito à igualdade para os indivíduos com necessidades iguais, independentemente da classe socioeconómica. A salientar que, os indivíduos mais desfavorecidos apresentam dificuldades prementes no acesso aos cuidados de saúde (Miguel e Bugalho, 2002). Neste

contexto, as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde podem agravar as desigualdades de saúde nos indivíduos, uma vez que a produção destes cuidados está intimamente ligada ao acesso dos cuidados de saúde (Hauck *et al*, 2002).

2.3 Cooperação na área da saúde entre Portugal e os PALOP

Na linha de pensamento de Turshen, “os serviços públicos de saúde no continente africano estão a desagregar-se e a sofrer grandes alterações” (Turshen, 1999:1). Segundo a autora, a privatização dos serviços de saúde em África, e o desenvolvimento de cuidados de saúde privados, contribuirão para o crescimento das desigualdades sociais, beneficiando as classes mais privilegiadas. Salienta ainda que existem implicações socioeconómicas derivadas da privatização da prestação de cuidados de saúde, com um forte impacto ao nível dos serviços de saúde nos países menos desenvolvidos. Os efeitos da privatização e os consequentes custos elevados dos serviços de saúde são os grandes responsáveis pelo aumento da pobreza das populações (Turshen, 1999).

O peso das doenças crónicas em muitos países africanos contribui para uma diminuição da capacidade de produzir riqueza (Kirigia, 2005 *cit in* Freitas *et al*, 2010) “conspirando para perturbar a equação saúde e desenvolvimento” (Sambo, 2005: 1 *cit in* Freitas *et al*, 2010).

Neste contexto, a prestação de cuidados de saúde em África apresenta muitas fragilidades devido à carência de recursos humanos especializados e a instabilidade política agrava o sistema de saúde existente (Freitas *et al*, 2010). Às dificuldades próprias destes países e aos serviços de saúde, quer ao nível dos equipamentos, escassez de recursos humanos e falta de recursos materiais, junta-se a dificuldade na prestação de cuidados e promoção da integração social dos doentes crónicos (Marques e Torgal, 2002).

O sistema de saúde de São Tomé e Príncipe caracteriza-se por desigualdades no acesso aos serviços de saúde, pela insuficiência de pessoal qualificado, baixos salários, escassos recursos disponíveis e deficiente utilização de recursos financeiros. Face a esta realidade, este país definiu algumas estratégias no âmbito da saúde, nomeadamente, a reorganização do funcionamento do sector da saúde, aumento e melhoria de redes das infra-estruturas de saúde, promoção da saúde e prestação de cuidados adequados (IPAD, 2008b).

A intervenção da cooperação portuguesa para a saúde tem sido realizada essencialmente através do Projecto *Saúde Para Todos*, da responsabilidade do Instituto Marquês de Valle Flôr, em parceria com o sistema de saúde de São Tomé e Príncipe. Este caracteriza-se por uma intervenção mais abrangente, quer em termos geográficos, quer em termos funcionais. Este projecto tem contribuído para a melhoria da qualidade e sustentabilidade do sistema nacional de saúde do país, através da qualidade dos serviços prestados, bem como da gestão de um conjunto integrado de serviços de saúde (IPAD, s.a.b). Envolve ainda, a formação de técnicos, reforço de infra-estruturas, acções de formação e educação para a saúde (IPAD, 2008b). Esta abordagem permite soluções mais céleres e mais adequadas para a prestação de cuidados, diminuindo o número de evacuações, promovendo as competências locais (IPAD, s.a.b).

Cabo Verde ainda não dispõe de condições para tratar os doentes, sendo evacuados para Portugal, ao abrigo dos acordos de cooperação no domínio da saúde. Estas situações têm elevados custos económicos, quer para Portugal, que assume os encargos com os tratamentos, quer para Cabo Verde, que suporta as despesas com as deslocações (IPAD, s.a.b). Neste país, a cooperação portuguesa é mais abrangente, pelo que, o sector da saúde visa a qualidade e a intervenção num programa alargado de cuidados de saúde, dado que, este país é afectado por várias doenças. Neste âmbito, as organizações da sociedade civil têm desempenhado um papel activo na promoção da saúde. Esta cooperação tem-se centrado no reforço das capacidades institucionais, na melhoria dos serviços prestados, especialmente no sector social e da saúde (IPAD, 2008a).

No caso de Angola, as intervenções visavam à reorganização dos serviços de saúde, reforçando as capacidades institucionais, formação dos profissionais de saúde, melhoria e capacitação dos recursos de saúde (IPAD, s.a.b). A cooperação portuguesa tem desenvolvido projectos nesta área, todavia, estes têm sido caracterizados por alguma dispersão, défice de coordenação e ineficácia das sinergias nas várias intervenções (IPAD, 2007a).

O acesso aos cuidados de saúde em Moçambique tem melhorado, no entanto existe uma franja da sociedade mais desfavorecida que tem dificuldade no acesso aos serviços de saúde (IPAD, 2007b). Neste sector foi assinado com Moçambique um protocolo que visava melhorar os sistemas de educação no âmbito da saúde, assistência técnica e formação profissional (IPAD, s.a.b).

Partindo deste pressuposto é pertinente o apoio ao desenvolvimento de recursos humanos na perspectiva da formação. O ensino é fundamental para a promoção da autonomia no sentido de se actuar em grupos vulneráveis ou de risco, procurando desenvolver programas de luta contra estas situações, que devem ser estruturados através de projectos de cooperação e organização geral de serviços (Marques e Torgal, 2002).

Assim, no contexto da cooperação portuguesa é determinante para o progresso das condições de saúde dos países beneficiários os seguintes instrumentos: auxílio na construção de equipamentos e instalações, prestação de cuidados médicos especializados em Portugal e a formação de parcerias, como as ONGs. A prestação de cuidados médicos especializados em Portugal é um mecanismo de ajuda aos países beneficiários e colmata algumas das carências destes países no sector da saúde. Neste sentido, uma intervenção eficaz baseia-se na organização do processo de selecção dos doentes, mas também na capacidade de oferta dos hospitais em todo este processo (Marques e Torgal, 2002).

Um outro aspecto relevante na cooperação portuguesa é o desenvolvimento de parcerias. Isto permitirá intervenções mais adequadas, com um maior acesso a recursos. Estas intervenções em parceria com as ONGs devem ser desenvolvidas com aquelas que tenham mais conhecimentos na área, sendo necessária a criação de mecanismos de coordenação, tanto a nível da cooperação portuguesa, como a nível local (Marques e Torgal, 2002).

Contudo, existem constrangimentos relativamente aos sistemas de saúde dos países africanos, assim como, a implementação de serviços de saúde. O impacto do programa de ajustamento estrutural na saúde tem recebido algumas apreciações dos críticos. Estes referem que estas políticas poderão prejudicar a saúde pública, envolvendo cortes básicos no sector da saúde; imposição de taxas nos serviços de saúde; cortes em outros serviços do sector público, como a educação; desemprego; privatização de indústrias do estado; eliminação de subsídios provenientes do estado; desvalorização da moeda, que poderá influenciar o aumento do preço dos produtos básicos, e naturalmente o aumento das desigualdades sociais e vulnerabilidade (Breman e Shelton *cit in* Pfeiffer e Chapman, 2010).

No entanto, o Banco Mundial e os seus apoiantes argumentam que estas políticas de ajuste poderão originar alguns obstáculos e dificuldades a curto prazo, embora se espere que estas políticas venham a permitir a estabilização da economia, estimulando o crescimento económico (Pfeiffer e Chapman, 2010).

Como já foi referido, os PALOP apresentam limitações em vários sectores. Neste sentido, estes países compartilham características geralmente associadas a estados frágeis, salientando-se a deterioração das condições sociais e políticas, baixo produto interno bruto (PIB), elevada dívida externa, fraca capacidade das instituições públicas e de governação. Estes países também vivenciam situações de pobreza e carência ao nível das condições básicas de vida, dependência de ajuda alimentar, dificuldades no acesso ao saneamento e água potável, verificando-se o aumento da população em situação de pobreza extrema. Perante esta situação é necessário o reforço institucional, melhoria das condições de vida, criação de instituições, formação de recursos humanos e a definição de políticas de desenvolvimento (IPAD, 2011).

Em suma, as DCV em África não têm sido acompanhadas de forma adequada, não tendo a atenção necessária e conseqüentemente verifica-se um aumento rápido destas doenças (WHO, 2005). Os principais problemas são o crescimento das doenças crónicas e a escassez de recursos humanos, que constitui um dos maiores obstáculos no reforço dos sistemas de saúde (WHO, 2006).

Muitos países africanos não têm definido programas de intervenção, pelo que se impõem alguns desafios ao nível da cooperação em saúde. A abordagem às DCV deve centrar-se em programas nacionais para as doenças não transmissíveis, que incluam as DCV; reforço dos sistemas de saúde; instalação de sistemas de vigilância; reforço das capacidades dos profissionais de saúde; garantia de acesso a medicamentos com boa relação custo-eficácia; implementação da convenção-quadro de luta anti-tabaco e da estratégia mundial para a dieta, a actividade física e a saúde; e a integração da prevenção, tanto primária como secundária; boa governação (incentivos às ONGs) e novas tecnologias, como os meios de diagnóstico preventivos e terapêuticos (WHO, 2006).

3. DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ÁFRICA

3.1 Doenças Cardiovasculares

A incidência das DCV está a aumentar rapidamente no mundo inteiro, principalmente nos países em desenvolvimento (Beaglehole e Yach, 2003). Tal como na maior parte do mundo, os países africanos também são afectados pelas DCV, sendo a segunda causa de morte, a seguir às doenças infecciosas (WHO, 1999). Estima-se que em 2020, as DCV sejam a principal causa de mortalidade e morbilidade a nível da saúde global (Reddy e Yusuf, 1998).

As DCV “afectam o coração e os vasos sanguíneos do corpo, podendo ser congénitas ou adquiridas” (WHO, 2002). Estas incluem a patologia cardíaca e a doença dos vasos sanguíneos, sendo uma das principais causas de morte e incapacidade no mundo. Embora estas patologias possam ser prevenidas, continuam a aumentar rapidamente em África, dado que, a maioria das medidas de prevenção são desadequadas (Mendis *et al*, 2011).

Este problema de saúde pública no continente africano envolve as DCV devido à arteriosclerose (doença cardíaca isquémica ou doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial e doença vascular periférica). Outras DCV podem ser as arritmias, as cardiomiopatias, a doença cardíaca reumática e a doença cardíaca congénita (Mendis *et al*, 2011).

O aumento da incidência das DCV em África está relacionada com a adopção de estilos de vida que ligados a outros factores, nomeadamente: a história familiar, a idade, o género e a raça, contribuem para a prevalência desta patologia. Outros factores de risco para as DCV além dos mencionados, salientam-se o tabagismo, o sedentarismo, a alimentação desequilibrada, a diabetes e os níveis de colesterol elevados (WHO, 2002).

3.2 Factores de risco que influenciam as doenças cardiovasculares

Na maioria dos casos os factores de risco para as DCV não ocorrem isolados, estando associados a um conjunto de situações que influenciam o aparecimento destas doenças (WHO, 2002).

Estes factores podem ser comportamentais, metabólicos, entre outros (Mendis *et al*, 2011). Os factores comportamentais englobam o tabagismo, que é umas das causas evidentes para as doenças cardíacas e doenças vasculares periféricas. Outro factor é o consumo excessivo de álcool que contribui para o aumento da tensão arterial, conduzindo a alterações degenerativas do coração. A obesidade associada ao sedentarismo é uma causa determinante para a diabetes, para o aumento dos níveis de colesterol e para a hipertensão arterial. A diabetes constitui um risco elevado para as doenças cardíacas, doenças vasculares periféricas, insuficiência cardíaca e renal. Esta por sua vez está ligada à alimentação pouco saudável, ou seja, uma alimentação com elevado teor de sal e açúcar, aumento das gorduras saturadas, défice na ingestão de frutas e vegetais, conduzindo à hipertensão arterial, diabetes e doenças coronárias (WHO, 2002).

A hipertensão arterial, a diabetes, o colesterol, o excesso de peso e a obesidade são os principais factores de risco metabólicos para as DCV. Uma grande percentagem das DCV é evitável, através da redução dos factores de risco comportamentais. No entanto, quando estes comportamentos pouco saudáveis persistem, aparecem os factores metabólicos (Mendis *et al*, 2011).

Outros factores de risco podem ser a baixa escolaridade; o género; a idade; a genética e factores psicológicos, como a depressão e o stresse. A pobreza devido à assimetria existente na sociedade conduz a um maior risco de doença e consequente dificuldade no acesso aos cuidados de saúde (Mendis *et al*, 2011).

No contexto saúde/doença e pobreza, a doença reduz a poupança familiar, a capacidade de aprender, a produtividade e a qualidade de vida (...). Os pobres estão expostos a maiores riscos pessoais e ambientais, têm menos acesso à informação e têm menor capacidade de acederem a cuidados de saúde (WHO, 1999 *cit in* Marques e Torgal, 2002: 23).

Assim, os indivíduos com um ou mais factores de risco têm uma maior predisposição às DCV, do que aqueles que não apresentam nenhum factor de risco (WHO, 2002).

3.3 Determinantes sociais da saúde

A OMS criou a CDSS com o objectivo de reduzir as desigualdades, promovendo a igualdade em saúde (WHO, s.a.).

Os determinantes sociais da saúde são “as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde a que pertencem” (WHO, s.a.), sendo moldados pela forma como a sociedade se encontra organizada, assim como, pela distribuição desigual de poder, recursos, bens e serviços, degradação social nos países, condicionando o acesso aos cuidados de saúde.

No entanto, os determinantes sociais da saúde diferem de país para país, dependendo igualmente das características individuais dos indivíduos (WHO, s.a.).

Perante esta realidade, a CDSS propôs três recomendações gerais: melhorar as condições de vida; combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; compreender o problema e avaliar o impacto da acção, ou seja, reconhecer a existência de desigualdades no campo da saúde, em que os governos e as organizações internacionais devem definir sistemas de vigilância para monitorizar as desigualdades e os determinantes sociais na saúde (CDSS, 2010).

Em suma, estes determinantes são os grandes responsáveis pelas divergências sociais, em que o principal objectivo incide na redução das clivagens entre as diferentes classes socioeconómicas (CDSS, 2010).

Os determinantes sociais podem ter um grande impacto ao nível da saúde cardiovascular e da saúde em geral (Mendis *et al*, 2011). Estes factores surgem de factores determinantes e estão directamente relacionados com a causa da doença, embora nem todos os indivíduos com factores de risco desenvolvam esta doença (Reddy, 2004). As escolhas que os indivíduos fazem relativamente aos factores comportamentais (o uso de tabaco, o consumo de álcool, inactividade física ou uma alimentação desadequada) são muitas vezes influenciadas pela sociedade.

No entanto, a pobreza, a falta de educação, a degradação ambiental, e a urbanização não planeada podem ter um impacto negativo ao nível da saúde cardiovascular. Por sua vez, a distribuição inadequada de recursos, de dinheiro e de poder podem aumentar a exposição aos factores de risco (Mendis *et al*, 2011).

Neste sentido, a mortalidade e as deficiências originadas pelas DCV são mais frequentes nas populações mais desfavorecidas e ocorrem mais precocemente no continente africano.

Relativamente à doença cardíaca reumática, esta suscita uma grande preocupação ao nível da saúde pública, sendo a causa mais frequente de doenças cardíacas adquiridas nos adolescentes e crianças. Esta tem uma maior propensão a desenvolver-se em meios mais desfavorecidos, podendo conduzir à morte (WHO, 2002).

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

1. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A investigação, e respectiva metodologia desenhou-se em torno da temática tratada.

A metodologia é um conjunto de métodos e técnicas que orientam a elaboração do processo de investigação científica. Descreve de forma sistematizada, todo o processo elaborado para a compreensão do problema em estudo, tendo como meta a descrição e explicação de fenómenos, ou seja, os passos e ferramentas utilizadas numa investigação, o seu desenho. Este é o plano lógico desenvolvido pelo investigador com a finalidade de obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas (Fortin, 1999).

Segundo Quivy e Campenhoudt, “os métodos de recolha e os métodos de análise dos dados são normalmente complementares e devem, portanto, ser escolhidos em conjunto, em função dos objectivos e das hipóteses de trabalho” (2005:185). Compreende-se, portanto, que a escolha do método prende-se essencialmente com a adequação do mesmo ao estudo, e à forma como se pretende responder à questão principal, tendo em consideração os objectivos traçados para o mesmo.

1.1 Tipo de Estudo

A primeira fase da investigação incidiu na pesquisa bibliográfica e na recolha de fontes documentais, com o objectivo de aprofundar a dimensão teórica nas vertentes fundamentais que se consideram importantes para a problemática em estudo. Esta teorização permite a conceptualização de um conjunto de conhecimentos, que fornecem informações fundamentais para a realização deste estudo. Neste sentido, a metodologia é um instrumento de trabalho importante, do qual depende em grande parte o sucesso da investigação, uma vez que esta vai orientar a pesquisa de acordo com o método escolhido.

Sendo fundamental obter dados que permitissem caracterizar a realidade, tornou-se necessário seleccionar o instrumento de colheita de dados, que melhor se adaptasse ao problema e aos objectivos do estudo, estando a selecção das técnicas de colheita de informação intimamente ligada com o paradigma no qual se centra este estudo. Assim, para dar resposta a esta

investigação definiu-se a questão principal e os objectivos, dando corpo a um projecto de investigação utilizando a metodologia de investigação qualitativa.

A escolha da metodologia qualitativa foi a mais adequada, uma vez que permite uma descrição mais rica da realidade, sendo mais sensível a resultados não esperados ou previsíveis. Esta possibilitará ainda a recolha de testemunhos e das interpretações dos actores sociais (Fortin, 1999). Richardson e Peres (1989) referem que a abordagem qualitativa de um problema, além de ser uma opção de investigação, justifica-se essencialmente por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenómeno solto. Este tipo de pesquisa preocupa-se com o indivíduo e o seu ambiente, baseando-se na premissa de que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana tal como é vivida e definida pelos seus próprios actores. Streubert e Carpenter (2002) referem que a tradição de utilizar métodos qualitativos para estudar fenómenos humanos está submersa nas ciências sociais, surgindo devido à incapacidade da investigação quantitativa de descrever plenamente os aspectos dos valores, cultura e relações humanas.

O instrumento de recolha de dados depende da metodologia utilizada e do problema de investigação. De acordo com a questão de investigação considerou-se a entrevista a informantes-chave, a técnica de recolha de dados de eleição para facultar dados mais pormenorizados sobre as vivências pessoais, interpretações, ideias e formas de pensamento (Fortin, 1999). Definiu-se a entrevista como meio específico de comunicação verbal, que visa a colheita de informação relativa à questão de investigação formulada. Assim, no âmbito desta metodologia, a entrevista semi-directiva, pelas suas características é o instrumento mais apropriado aos objectivos traçados para este tipo de investigação. Esta caracteriza-se pela existência de um guião elaborado previamente, no qual o investigador dispõe de perguntas guias, de carácter relativamente aberto, que irão orientar o decorrer da entrevista. Neste caso não se verifica uma rigidez, dado que, o desenvolvimento da mesma vai-se enquadrando com o discurso do entrevistado (Quivy e Campenhoudt, 2005).

Para o efeito, realizaram-se guiões de entrevista (Anexo C), que se caracterizam por questões orientadoras, a partir das quais é possível colher dados relacionados com o problema investigado. Com base nestas considerações metodológicas, optou-se por utilizar neste estudo, a realização de entrevistas semi-directivas centradas na questão de investigação, pelo facto de ser possível colher

dados relacionados com o problema em estudo, caracterizando-se pela orientação do investigador relativamente a um problema e compreensão do mesmo (Fortin, 1999).

No entanto, pode-se usar métodos de forma combinada, recorrendo-se a mais do que uma fonte de dados (Freitas *et al*, 2000). Neste sentido, para além da metodologia referida anteriormente, e para complementar este estudo, procurou-se dados estatísticos junto de levantamentos que haviam sido feitos e respectivamente documentados.

1.2 População

É de igual forma importante definir a área de aplicação do estudo e a respectiva população-alvo, de modo a que este estudo seja exequível.

Numa primeira fase as questões mais prementes que se colocaram estavam relacionadas com o local para a realização da investigação e os pedidos de autorização com a respectiva resposta. Para o efeito foi escolhido o Centro Hospitalar de Coimbra, nomeadamente o serviço de cardiologia.

Após a delimitação do local de estudo, e em virtude de ser necessário a autorização prévia dos directores de serviço de cardiologia do Hospital Geral e do Hospital Pediátrico para a realização deste estudo, foi através de contactos pessoais que foi estabelecido o primeiro contacto com os respectivos directores. Com abertura e disponibilidade concedida, seguiu-se o pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Coimbra para a realização deste trabalho de campo. Importa referir que, ocorreu a fusão dos hospitais, passando a designar-se CHUC, tendo este dado a respectiva autorização para a realização desta investigação (Anexo A).

Posteriormente, os profissionais de saúde, a técnica de serviço social e os representantes políticos que participaram neste estudo foram seleccionados por rede. Segundo Hannerz (1980), em muitos estudos os limites da rede são definidos, como estando mais próximos do contacto central. A pessoa na rede é como se estivesse exposta à influência de outro participante, pelo que, a comunicação que passa de pessoa para pessoa é uma possibilidade de aumentar a densidade da rede na direcção que se pretende. Uma vez que havia sido estabelecido contacto com os respectivos directores, estes foram os primeiros elementos que permitiram a construção da rede. Importa referir que poderiam ter sido realizadas mais entrevistas, todavia, a rede foi fechada pelo

facto dos restantes participantes não terem disponibilidade para participar nesta investigação. A salientar ainda, que a rede foi limitada às instituições onde foi desenvolvido o respectivo estudo.

Os participantes não são variáveis isoladas ou hipóteses, mas são parte de um todo num contexto natural. Por isso, é vantajoso que a selecção dos participantes seja intencional pela riqueza de informação e para se poder estudar em maior profundidade (Streubert e Carpenter, 2002).

Segundo Fortin (1999:373), “a população é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre a qual assenta a investigação”. Como tal, a população-alvo em estudo na presente investigação foram os médicos e enfermeiros envolvidos nos acordos de cooperação em saúde entre Portugal e alguns PALOP, assim como, técnicos especializados na área e a técnica de serviço social do CHUC (Hospital Geral e Hospital Pediátrico), o Primeiro-Ministro da República Democrática de São Tomé e Príncipe, Dr. Rafael Branco e o Cônsul de São Tomé e Príncipe, Dr. José Joaquim Diogo.

1.3 Colheita de dados

Um dos procedimentos mais importantes no decorrer de uma investigação é o processo de recolha de dados. Segundo Fortin, “o processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medidas escolhidos para este fim” (Fortin, 1999:261).

No âmbito da metodologia qualitativa, a técnica privilegiada para a recolha de informação foi a entrevista semi-directiva. “A entrevista permite entrar no mundo de outra pessoa e é uma excelente fonte de dados. A completa concentração e a participação rigorosa no processo de entrevista aumentam o rigor, a confiança e a autenticidade dos dados” (Streubert e Carpenter, 2002:67). As entrevistas foram realizadas no CHUC (Hospital Geral e Hospital Pediátrico), no Consulado de São Tomé e Príncipe em Coimbra e por correio electrónico. A recolha de dados realizou-se entre o mês de Janeiro e Abril de 2012 e o tempo para a realização do trabalho de campo foi prolongado devido à indisponibilidade dos entrevistados. O tempo de duração das entrevistas variou entre os 16 e os 50 minutos.

1.4 Preparação e aplicação das entrevistas

Tendo em consideração a metodologia adoptada, realizaram-se os respectivos guiões de entrevista (Anexo C). Após a elaboração do instrumento de colheita de dados, procedeu-se à realização do pré-teste para testar a sua aplicação, avaliar a eficácia do instrumento, assim como, a compreensão das questões e o tempo necessário. Polit *et al* definem o pré-teste como (...) “a administração em forma de tentativa, de um instrumento recém-elaborado para identificar falhas ou avaliar as exigências do tempo” (2001:369). Segundo Fortin, deve-se “assegurar que o instrumento de medida é representativo do domínio que ele deseja validar” (1999:225).

Seguidamente, à realização dos guiões foram marcadas as datas das entrevistas, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. Estas ocorreram no Hospital Geral, no Hospital Pediátrico e no Consulado de São Tomé e Príncipe em Coimbra, tendo algumas sido adiadas, devido à indisponibilidade dos intervenientes. No início de cada entrevista foi necessário obter o consentimento informado por parte dos entrevistados para a realização das mesmas (Anexo B). No decorrer das entrevistas, os entrevistados foram informados sobre o tema e objectivos da investigação, a importância do seu contributo para a realização e sucesso do estudo, assim como, as informações prestadas seriam utilizadas somente nesta investigação.

Importa referir que, na generalidade as entrevistas foram gravadas, contudo houve quem respondesse por correio electrónico. Outro aspecto a salientar na recolha de informação é que, uma das entrevistas realizada teve a participação de três médicos em simultâneo.

1.5 Tratamento de dados

Após a realização das entrevistas e respectiva recolha de dados, seguiu-se a fase de organização e tratamento da informação, de modo a que, fosse exequível a sua análise e interpretação. Para a organização da informação recolhida foi necessário a transcrição integral das entrevistas.

De acordo com as opções metodológicas adoptadas, face à questão de investigação e aos objectivos, a técnica a utilizar na análise da informação foi a análise de conteúdo. Este tipo de análise é um processo que comporta várias etapas, com o objectivo de conduzir a um registo pormenorizado e sistemático dos temas e questões abordadas nas entrevistas (Bardin, 2008). Esta

é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa “obter por procedimentos sistemáticos e objectivos a descrição do conteúdo das mensagens (...) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (Bardin, 2008:42). Para Polit, a análise de conteúdo é “um procedimento para a análise de comunicações escritas ou verbais, de maneira sistemática e objectiva” (Polit *et al*, 2001:358).

A análise das entrevistas efectuadas prende-se unicamente com os dados. A interpretação das mesmas procura um sentido mais amplo, através da sua ligação a outros conhecimentos obtidos. A análise não se pode restringir ao material explícito, mas deve valorizar em profundidade as mensagens implícitas, dimensões contraditórias e assuntos sistematicamente silenciados (Bardin, 2008). Assim, as linhas orientadoras para a análise de conteúdo das entrevistas incidem na respectiva transcrição e categorização de cada entrevista e a classificação das unidades de registo tema por tema, em categorias mais inferenciais e respectivas subcategorias (Bardin, 2008).

1.6 Implicações éticas

A realização de uma investigação está associada a várias questões éticas, morais e legais, que envolvem valores fundamentais (Almeida, 1995). Na verdade, as preocupações éticas assumem uma dimensão muito importante em qualquer área de investigação, uma vez, que na pesquisa, o homem está sempre envolvido como actor social, com as suas práticas e as suas representações.

Tendo em vista o consentimento informado, segundo Polit *et al* (2001), os sujeitos devem receber informação sobre o objectivo da investigação, de forma a serem capazes de a compreender, e terem capacidade de decisão relativamente à sua participação voluntária no estudo. No início das entrevistas a realizar foi dado a conhecer o tipo de pesquisa e respectivos objectivos. Foi abordada igualmente a questão da confidencialidade e anonimato das entrevistas, sendo a mesma garantida se os entrevistados assim o desejassem. Importa salientar que, os profissionais de saúde, a técnica de serviço social e os representantes políticos aceitaram unanimemente que os seus nomes aparecerem na presente investigação.

Foi igualmente assegurado que, os dados recolhidos se destinarão exclusivamente à pesquisa em causa e que “os sujeitos não são expostos a riscos superiores aos ganhos que possam advir” (Bogdan e Biklen, 1994:75). Assim, no âmbito desta investigação é fundamental ter em consideração o consentimento informado em relação aos participantes.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. APRESENTAÇÃO DOS DADOS / ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a realização das entrevistas, tendo por base os resultados obtidos nas mesmas para o respectivo estudo, começou-se por caracterizar a população-alvo (Anexo D). Posteriormente, os resultados obtidos serão devidamente analisados e descritos.

Os resultados apresentados neste capítulo resultaram da análise e discussão das entrevistas, com o objectivo de dar resposta à questão de investigação.

Neste contexto, as entrevistas começaram por ser transcritas integralmente. A apresentação dos resultados será feita através da descrição de categorias, sub categorias, citações extraídas das próprias entrevistas, assim como, referência de autores para a respectiva fundamentação.

Através da interpretação e análise das entrevistas, surgiram os seguintes temas: **1.1** importância dos acordos de cooperação em saúde; **1.2** acesso aos cuidados de saúde; **1.3** estratégias adoptadas entre as instituições e os actores sociais na cooperação em saúde; **1.4** impacto das respostas institucionais nos doentes que necessitam de cuidados de saúde especializados; **1.5** tipos de intervenção em doentes com patologia cardíaca; **1.6** impacto dos acordos de cooperação em saúde no desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países africanos; **1.7** perspectivas dos actores sociais.

Importa salientar que foram utilizadas três variantes de um mesmo guião de entrevista, aplicados respectivamente aos profissionais de saúde, à técnica de serviço social e aos representantes políticos. Estas diferenças centram-se no tipo de patologias cardíacas e respectivas intervenções, ou seja, corresponde ao tema “tipos de intervenção em doentes com patologia cardíaca” (Anexo E).

1.1 Acordos de Cooperação em Saúde

Os acordos de cooperação em saúde são um instrumento importante para o desenvolvimento dos países africanos, onde a saúde é considerada uma área privilegiada de intervenção (Marques e Torgal, 2002). Assim, um dos elementos fundamentais da estratégia de cooperação portuguesa

para a saúde incide no reforço dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento (IPAD, 2011).

Neste sentido, o sector da cooperação em saúde tem evidenciado uma coordenação progressiva ao nível das estratégias e objectivos entre as instituições, através de parcerias, visando a formação e o auxílio das instituições dos PALOP (IPAD, 2011).

Deste modo, pretende-se compreender a importância dos acordos de cooperação em saúde, nomeadamente, com estes países. Da análise realizada surgiram duas categorias relativas ao tema, como se pode constatar no quadro seguinte.

Tema	Categorias	Sub Categorias
Acordos de Cooperação em Saúde	Conotação Positiva	
	Mecanismos de Cooperação	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria das condições locais - Assistência médica - Formação de profissionais de saúde

1.1.1 Conotação Positiva

No panorama da cooperação internacional de ajuda ao desenvolvimento, Portugal pela relação histórica e de proximidade com os países africanos, sempre se envolveu na melhoria das condições de saúde das populações africanas, assim como, garantir a assistência médica a estes cidadãos, sendo considerado um elemento fundamental e relevante no reforço da cooperação (DGS, 2011).

Da análise às entrevistas realizadas concluiu-se que, todos os entrevistados realçaram a relevância dos acordos de cooperação em saúde e os benefícios que daí advêm. De seguida, pode-se observar excertos das entrevistas que corroboram esta linha de pensamento.

“A assistência no âmbito da saúde em Portugal aos cidadãos africanos tem sido muito importante no reforço da cooperação internacional.” (E1)

“São importantes. É um trabalho partilhado entre nós, cardiologia pediátrica, do CHUC, e os Hospitais Africanos, é extremamente importante para os dois lados. É sempre enriquecedor a partilha de conhecimento, todos saímos a ganhar. Existem patologias

diversas e algumas que nós já não encontramos no nosso país. É uma forma de aprendizagem mútua, de reciclagem nossa e de ensino para os nossos colegas mais novos que estão em formação. Vejo a partilha como uma mais-valia para o serviço de cardiologia pediátrica (...) Neste momento existem médicos em Luanda, Benguela, Mindelo e Cidade da Praia com teleconsultas regulares e semanais nestes hospitais e que considero ser uma boa aprendizagem.” (E2)

“Penso que são muito importantes (...) temos um know-how muito importante que devemos colocar à disposição de todos quando dele podem beneficiar.” (E3)

“Os acordos de cooperação em saúde são relevantes, no sentido da humanização e da assistência que se dá ao indivíduo com necessidades. Sabendo que estes países têm carências a nível socioeconómico, incluindo problemas na área da saúde, estes acordos fazem todo o sentido e são muito importantes.” (E4)

“Tendo os PALOP acordos de cooperação em várias áreas, nomeadamente na área da saúde (...) é de extrema importância este tipo de cooperação institucional internacional.” (E5)

“Os acordos de cooperação em saúde são extremamente importantes, porque permitem um intercâmbio de saberes entre os diversos actores e instituições. Para além disso, permitem colmatar deficiências em vários níveis pela não existência de meios técnicos e humanos nesses mesmos países.” (E6)

“Tendo em conta que os acordos de cooperação em saúde visam assegurar a assistência médica (...) com o propósito de lhes serem prestados cuidados de saúde hospitalares, que o sistema de saúde do país de origem não tem capacidade técnica para prestar, considero de extrema importância que os mesmos se mantenham.” (E7)

“A cooperação entre Portugal e São Tomé e Príncipe tem sido excelente, tem sido boa (...) Mas honra lhe seja feita, ao Ministério da Saúde Português, e aqui deixo uma palavra de muito apreço a todos os administradores do Hospital de Universidade de Coimbra e do Hospital dos Covões que nunca viraram a cara, nunca disseram não, suportaram sempre aqueles casos delicados (...) eles têm de facto aberto as portas.” (E8)

“Os acordos no domínio da saúde sempre foram de grande relevância para o sistema de saúde de São Tomé e Príncipe. A partir do Projecto Saúde Para Todos, estes acordos

tornaram-se quase fundamentais para o bom funcionamento do sistema de saúde de São Tomé e Príncipe.” (E9)

1.1.2 Mecanismos de Cooperação

A intervenção na área da saúde é pautada por diversos mecanismos de cooperação. Estes assumem uma grande relevância, dado que, ajudam a colmatar obstáculos técnicos, económicos e sociais.

Neste contexto, a existência de uma língua comum entre os diferentes parceiros, permite que a cooperação técnica seja perspectivada como um instrumento privilegiado nas relações de cooperação com estes países. Assim sendo, esta continuará a ser um elemento fundamental ao nível da cooperação portuguesa no âmbito da saúde (IPAD, 2011).

A salientar que, o desenvolvimento de infra-estruturas e serviços de saúde, com o objectivo de proporcionar cuidados de saúde às populações mais desfavorecidas, considera-se um aspecto essencial ao nível dos acordos em saúde. É igualmente importante, o incentivo aos sistemas de saúde, possibilitando assim uma maior autonomia e o acesso universal aos cuidados de saúde (Marques e Torgal, 2002).

Sobressai da análise efectuada às entrevistas que foi possível identificar alguns mecanismos ao nível da cooperação em saúde, estando em conformidade com o pensamento dos autores acima referidos. Seguidamente, pode-se observar os respectivos excertos das entrevistas.

“Por razões de solidariedade, Portugal sempre se empenhou na melhoria das condições locais de saúde das populações dos países africanos que partilham a língua portuguesa.” (E1)

“Moçambique, país com o qual uma ONG Portuguesa, Cadeia de Esperança, estabeleceu uma relação especial na área da saúde, com vertente específica em cardiologia, desenvolve actualmente assistência e formação de técnicos de especialidade. O IPAD na área de desenvolvimento em saúde coopera com a ONG Cadeia de Esperança, dando um contributo para o desenvolvimento de infra-estruturas e meios de trabalho nesta área. Cria também espaços físicos e entrega habitualmente material médico.” (E5)

“Na primeira fase do Projecto Saúde Para Todos era mais assistência médica pontual. A segunda tem características que se diferenciam da primeira e que são muito importantes. Primeiro, um grande esforço de incorporação de nacionais no projecto, assim como, a formação de todos os profissionais de saúde.” (E9)

1.2 Acesso aos cuidados de saúde

As desigualdades no acesso aos cuidados de saúde são um problema premente, pelo que devem ser desenvolvidos esforços, com o objectivo de atenuar ou prevenir estas desigualdades. Associados a estas desigualdades estão alguns factores que influenciam a saúde das populações, sendo os grupos sociais menos privilegiados aqueles que são mais afectados, e consequentemente têm uma menor acessibilidade aos cuidados de saúde (CDSS, 2010).

Deste modo, a equidade procura promover o acesso aos cuidados de saúde a todos os indivíduos, independentemente da classe social a que pertencem (Miguel e Bugalho, 2002).

Neste sentido, pretende-se entender qual o tipo de acesso que os cidadãos africanos têm aos cuidados de saúde tanto no seu país, como em Portugal. Da análise às entrevistas surgiu uma categoria e sub categoria, respectivamente, como se pode evidenciar no seguinte quadro.

Tema	Categorias	Sub Categorias
Acesso aos cuidados de saúde	Desigualdades em saúde	Classes sociais

1.2.1 Desigualdades em saúde

Como já foi referido anteriormente, os países africanos, nomeadamente os PALOP vivenciam situações de pobreza, sendo evidente a dificuldade que estas populações têm no acesso aos cuidados de saúde (Mendis *et al*, 2011). Outro problema que agrava a saúde é o mau estado dos sistemas de saúde, e a insuficiência de equipamentos, não respondendo de forma adequada aos constantes desafios que se colocam neste sector. Assim, o acesso aos cuidados de saúde para as populações mais necessitadas incidirá na diminuição dos níveis de pobreza, criação de serviços de saúde e o desenvolvimento de infra-estruturas (Marques e Torgal, 2002).

Perante a realidade dos PALOP foram definidos com Portugal acordos de cooperação na área da saúde. Deste modo, os doentes africanos podem ser evacuados para Portugal, para terem acesso a cuidados de saúde especializados, quando o seu país não tem respostas adequadas à sua situação. Contudo, existem limitações relativamente ao número de doentes que podem ser evacuados (Gouveia, 1993). Deste modo, os cuidados de saúde primários são a chave para atingir o nível de saúde que possibilite a todos uma vida económica e socialmente produtiva (Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, 1978).

Seguidamente, através da análise das entrevistas pode-se compreender as diferentes perspectivas e opiniões dos actores sociais relativamente ao acesso que os cidadãos africanos têm aos cuidados de saúde.

“A selecção das diversas patologias cardiovasculares, actualmente é cada vez mais realizada pelos médicos locais (...) apoiamos os casos clínicos mais complexos, ou também doentes que tenham sido submetidos a cirurgia cardiorácica. Os recursos humanos e materiais são deficitários, sendo parcialmente complementados pelo constante trabalho de várias ONGs. Nos casos em que há necessidade de tratamentos mais complexos existe desde há muito a possibilidade de evacuação para Portugal. O número de doentes evacuados tem tido sempre resposta das instituições de saúde de Portugal. Especificamente, em Coimbra recebemos os doentes com indicação para a realização de exames complementares ou para serem submetidos a intervenção cirúrgica. Temos possibilidades de tratar muitos mais doentes, caso haja necessidade e se justifique.” (E1)

“Concedemos apoio de diagnóstico e propomos terapêuticas (...) Propomos esses exames, propomos por exemplo que eles sejam operados. Por exemplo, com Cabo Verde, neste momento, temos muitas crianças que recorrem ao nosso serviço e são tratadas. Uma das últimas crianças consultadas por telemedicina que veio de Cabo Verde, bastante doente, foi operada aqui em Coimbra pelo serviço de cirurgia cardiorácica, já regressou ao seu país e já foi observado por telemedicina. Está óptimo e isso orgulha-nos.” (E2)

“Não podemos esquecer a nossa quota-parte de responsabilidade no desenvolvimento destes países e na forma como as desigualdades e assimetrias no acesso aos cuidados de

saúde se vincaram com o passar do tempo (...) Os acordos de cooperação internacional com os PALOP no domínio da saúde estabelecem um número máximo de doentes. Os doentes devem ser seleccionados pelos parceiros locais, para serem apresentados aos médicos em Portugal. Caso se justifique o doente é encaminhado para um hospital que o receberá para intervenção imediata, ou fica em lista de espera para intervenção numa data oportuna num hospital no seu território (...) temos capacidade para receber mais doentes no nosso serviço.” (E3)

“Em determinados casos, a situação poderá ser tão grave que a evacuação de avião possa ser um impedimento. Por outro lado, penso que há selecção adversa, porque os mais carenciados não têm um acesso tão facilitado.” (E4)

“Em Moçambique a selecção dos doentes é feita por equipas médicas de cardiologia, que com o recurso aos meios técnicos complementares de diagnóstico ali existentes é possível fazer uma triagem e despiste correcto das patologias. A presença quase constante de equipas médicas internacionais em Maputo é possível tratar, ou enviar para centros específicos estes doentes. O ICOR está vocacionado para uma prestação de serviço tendencialmente gratuito para indigentes.” (E5)

“As crianças são observadas através da técnica de telemedicina, conforme a situação clínica.” (E6)

“A acessibilidade aos cuidados de saúde dependerá de vários factores, desde o local de residência, ao próprio conhecimento dos cidadãos dos serviços de saúde do seu próprio país.” (E7)

“Há um protocolo entre o Ministério da Saúde Santomense e a Direcção Geral da Saúde Portuguesa em que permite de facto os 200, mas eu digo-lhe que ultrapassa os 300, 400, é conforme. Ao nível da cardiologia a acepção é feita por essa tal equipa que faz a triagem lá, que depois aguarda que a equipa médica quer na área da pediatria, quer de adulto, se desloque a São Tomé. Se entenderem que é preciso serem evacuados para Coimbra vêm, se não, são tratados lá.” (E8)

“O Projecto Saúde Para Todos proporcionou aos santomenses o acesso aos cuidados de saúde”. (E9)

1.3 Estratégias adoptadas entre as instituições e os actores sociais na cooperação em saúde

A cooperação em saúde é uma ferramenta importante nas relações entre Portugal e os PALOP. Estes países manifestam diferenças ao nível da saúde e condições de vida das populações, contudo, apresentam aspectos comuns, tais como, as limitações dos sistemas de saúde (Marques e Torgal, 2002).

Nestes acordos de cooperação em saúde estão envolvidos actores sociais e diversas entidades, entre as quais se salientam: o Ministério da Saúde, os hospitais que recebem os doentes provenientes dos PALOP, o IPAD, as embaixadas e o Ministério da Administração Interna. Relativamente aos países africanos destacam-se o Ministério da Saúde e a Junta Médica (DGS, 2004).

De referir, o importante papel que estas instituições desempenham no domínio da saúde, salientando as estratégias desenvolvidas nesta cooperação. Assim sendo, estas desenvolvem-se principalmente ao nível da prestação de cuidados médicos em Portugal, ou seja, tratamento de doentes evacuados dos PALOP; assistência técnica, que se baseia no envio de equipas especializadas para dar apoio às instituições locais; formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde; apoio no desenvolvimento de infra-estruturas e equipamentos (Gouveia, 1993), bem como, o envio de equipamentos e medicamentos para estes países (IPAD, s.a.b).

Desta forma, pretende-se entender quais as estratégias adoptadas entre estas instituições e os actores sociais ao nível da cooperação em saúde. Da análise efectuada às entrevistas, salientam-se as respectivas categorias e sub categorias.

Tema	Categorias	Sub Categorias
Estratégias adoptadas entre as instituições e actores sociais	Articulação das instituições e actores sociais	<ul style="list-style-type: none"> - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - IPAD - ONGD Cadeia de Esperança - Direcção Geral da Saúde - Hospital Ayres de Menezes - Instituto Marquês de Valle Flôr - Instituto do Coração em Maputo - Ministério da Saúde - Embaixadas - Profissionais de saúde - Representantes dos países parceiros
	Níveis de intervenção	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção e tratamento das DCV - Transferência de meios técnicos - Formação de técnicos na área - Prestação de cuidados médicos - Tratamento de doentes nos PALOP

1.3.1 Articulação das instituições e actores sociais

No âmbito da cooperação em saúde estão envolvidas algumas instituições, sendo desenvolvidos projectos e respectivas intervenções, com o objectivo de definir estratégias no campo da saúde adequadas à realidade de cada país africano.

O IPAD é a entidade que coordena a cooperação portuguesa, sendo o principal financiador dos projectos e intervenções. Estas intervenções englobam instituições públicas ou a própria administração de saúde do país receptor, reflectindo o objectivo de reforço das instituições dos países africanos (IPAD, 2011).

Neste contexto, o Ministério da Saúde, as ONGs e as instituições têm desenvolvido estratégias de grande relevo para o futuro. Assim sendo, salienta-se o apoio institucional e o apoio à formação, desenvolvido tanto em Portugal, como nos países parceiros (IPAD, 2011).

Importa referir que, no caso de São Tomé e Príncipe, o IPAD em parceria com o Instituto Marques de Valle Flôr e o Ministério de Saúde de São Tomé e Príncipe, implementou o Projecto *Saúde Para Todos*. Este projecto tinha como objectivo garantir a qualidade na prestação universal de cuidados de saúde, actuando ao nível dos cuidados de saúde primários, sensibilização das populações e o acesso ao saneamento básico e água potável. O projecto tem baseado a sua acção na melhoria do sistema nacional de saúde de São Tomé e Príncipe, ao nível da qualidade e

sustentabilidade. Em 2009 implementou o Projecto *Saúde Para Todos – Especialidades* (IPAD, 2011).

“No Projecto Saúde para Todos, o actor principal é o Instituto Marquês de Valle Flôr. O Instituto faz as articulações quer com o IPAD, quer com os hospitais, quer com outros agentes. Isto facilita a coordenação de um lado da parceria, e por outro lado, torna mais eficaz a coordenação com outro parceiro, que é São Tomé e Príncipe.” (E9)

No mesmo ano, a Cadeia de Esperança começou uma cooperação com São Tomé e Príncipe, tendo o apoio do Hospital Ayres de Menezes (Cadeia de Esperança, 2009b). Após o diagnóstico da situação do país, a prioridade desta cooperação incidiu em missões direccionadas para o rastreio das DCV, dado a inexistência de uma unidade de cardiologia e equipamentos. Neste âmbito, um dos principais objectivos é criar uma unidade de cardiologia no país, respondendo autonomamente nesta área (Cadeia de Esperança, 2012).

“A ONG Cadeia de Esperança sediada em Coimbra coopera com São Tomé e Príncipe desde 2009, no âmbito da prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares (...) tendo como objectivo actual, criar uma unidade de cardiologia no Hospital Ayres de Menezes. De referir em particular, o Instituto Marques de Valle Flôr, que tem como responsável local o Dr. Edgar Neves, no seu programa de Saúde Para Todos e nas restantes especialidades.” (E1)

“Se aparece um doente evacuado de São Tomé e Príncipe para cá, com problemas de cardiologia, procuro a Cadeia de Esperança, ONG, que é do Hospital Geral, que agora pertence ao CHUC.” (E8)

Além do trabalho notável desenvolvido por estas ONGD, é igualmente importante salientar o contributo e o apoio concedido a estes cidadãos pela embaixada de São Tomé e Príncipe em Coimbra.

“A partir do momento em que estes cidadãos estejam em casa a aguardar consulta, isso é suportado pelo consulado ou familiares. O país aí nada contribuiu, ou pouco contribuiu.

O consulado tem tido todo o cuidado, as pessoas estão todas instaladas em casas. Não posso falar por Lisboa, é capaz de haver algumas dificuldades, mas tenho conhecimento que a nossa embaixada tem apoiado e ajudado os doentes também em Lisboa. A embaixada tem contribuído e é um peso grande para São Tomé, os doentes em Portugal”. (E8)

A ONGD Cadeia de Esperança também tem desenvolvido uma cooperação notável com Moçambique, ao nível das DCV. São ainda desenvolvidos projectos de assistência humanitária no sector da saúde e na área da educação (Cadeia de Esperança, s.a.b). Em 2001 foi inaugurado o ICOR, cujos objectivos visavam a transferência de tecnologia, bem como, a formação de profissionais de saúde na área de cardiologia. Pretendia-se que, o parceiro local desenvolve-se competências, permitindo uma maior autonomia ao nível do tratamento e diagnóstico das patologias cardíacas (Cadeia de Esperança, s.a.a). Neste sentido, a Cadeia de Esperança recebeu financiamento do IPAD, para o Projecto *Acção contra as Doenças Cardiovasculares em Moçambique* (Cadeia de Esperança, 2003b).

“A Cadeia de Esperança, ONG na área da saúde, em parceria com as congéneres inglesa e francesa, patrocinaram a formação de um instituto de cardiologia em Maputo, ICOR, Instituto do Coração de Maputo, com o intuito de tratar em primeiro lugar e de forma gratuita, crianças portadoras de cardiopatias congénitas e cardiopatias adquiridas.” (E5)

Esta ONGD tem colaborado igualmente com Angola e Cabo Verde, particularmente em cardiologia pediátrica, sendo desenvolvida uma actividade relevante para estes países, a telemedicina (Cadeia de Esperança, 2012).

Como já foi referido ao longo desta investigação a telemedicina é uma técnica que está relacionada com a prestação de actos médicos à distância, com o intuito de reduzir as carências ao nível dos recursos humanos, materiais e técnicos, possibilitando às crianças o acesso a cuidados de saúde especializados (Monteiro, 2008).

“O nosso gabinete de telemedicina é multidisciplinar, funcionando fundamentalmente com a cardiologia e com a genética, e temos responsáveis por cada consulta. Cada

elemento do serviço tem atribuída uma consulta de telemedicina (...) Temos articulado bem todas estas equipas. Muitos desses colegas passaram pelo serviço de cardiologia pediátrica do hospital pediátrico para realizarem estágios. Fazemos um esforço para que a actualização seja constante. Há uma responsabilidade partilhada.” (E2)

No âmbito dos acordos de cooperação no domínio da saúde, o Hospital Pediátrico de Coimbra desenvolve telemedicina com alguns PALOP.

Neste contexto, o Dr. Eduardo Castela convidou a assistir a uma das sessões de telemedicina com Angola, dirigida pelo médico cardiologista, Dr. Pires. Em virtude do convite feito pelo Dr. Castela, foi possível acompanhar no Hospital Pediátrico uma das ligações regulares por telemedicina com o Hospital de Luanda, no qual estavam programadas consultas à distância a cinco crianças.

Neste caso em concreto foi desenvolvida teleconsulta, que é um serviço em que o médico à distância comunica em tempo real com o profissional de saúde do outro país, no qual é realizada uma consulta, sendo suportada por um serviço de videoconferência.

Esta ligação caracteriza-se pelo envio da ficha biográfica da criança, com as seguintes informações: nome, data de nascimento e descrição da situação clínica, para o médico do Hospital Pediátrico de Coimbra. Posteriormente, iniciava-se a respectiva consulta. Era estabelecido um diálogo à distância entre os profissionais de saúde dos respectivos países, visualizando-se em simultâneo as imagens produzidas pelo exame que estava a ser realizado, o ecocardiograma, sendo possível observar a estrutura e o funcionamento do coração através de diferentes perspectivas, permitindo identificar problemas cardíacos. Neste processo, o médico do Hospital Pediátrico de Coimbra e o médico de Luanda no decorrer da consulta iam analisando, discutindo e partilhando informações relativamente à situação clínica do caso que estava a ser analisado. Após o término do respectivo exame, o médico do Hospital Pediátrico de Coimbra elaborava o relatório clínico da criança e prescrição médica, validando e remetendo o mesmo. De seguida, este relatório era de igual forma validado pelo profissional de saúde de Luanda, estando concluída a respectiva consulta.

Além das instituições, também estão envolvidos na cooperação em saúde actores sociais, tais como, os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos), os representantes dos países parceiros, as embaixadas, entre outros, desenvolvendo um trabalho muito importante com as

diferentes instituições. Em suma, no campo da saúde tem-se evidenciado uma cooperação muito relevante entre estas instituições e actores sociais, através de parcerias (IPAD, 2011).

De seguida, pode-se observar mais extractos das entrevistas que corroboram a respectiva análise, compreendendo a forma de articulação entre as instituições e actores sociais.

”É fundamental que os actores sociais e as diferentes instituições públicas ou privadas encontrem parceiros locais que os ajudem a elaborar um correcto diagnóstico da situação em necessidades de intervenção.” (E3)

“As instituições estatais dos países africanos entram em contacto com Portugal, sempre que é necessário evacuar um doente com patologia grave, com necessidade de cuidados especiais. O Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra dispõe de tecnologia avançada e profissionais especializados para atender cada caso.” (E4)

“...Esta articulação é entre todos, componentes humanos e técnicos.” (E6)

“Penso que existe um contacto entre o médico proponente e o serviço que recebe o doente em Portugal, sendo transmitida informação para garantir a continuidade de cuidados adequados no país de origem.” (E7)

Outro ponto importante a referir neste contexto, e que evidencia a articulação entre as instituições, foi a implementação em 2000 da abordagem sectorial em Moçambique (SWAP) (Martínez, 2006). O SWAP Saúde é uma abordagem que tem como objectivo reforçar o diálogo em relação às políticas entre o Ministério da Saúde de Moçambique e os seus parceiros. Neste sentido, o SWAP foi introduzido em Moçambique, como uma abordagem sectorial ampla à elaboração de políticas, planificação e programação no sector da saúde (Kaarhus e Rebelo, s.a.).

Dado que, o acesso à saúde apresenta fragilidades e dificuldades ao nível do sistema de saúde, o SWAP é perspectivado como um mecanismo importante e que tem como objectivos: definir uma visão comum para a área da saúde e desenvolvimento; estabelecer prioridades e melhorar a alocação de recursos; melhoria da qualidade e eficiência na utilização dos recursos; melhoria da coordenação da ajuda externa e melhoria dos serviços de saúde, garantindo a melhoria da saúde das populações (Martínez, 2006).

Relativamente às instituições hospitalares, o CHUC tem tido um papel muito importante no tratamento de doentes dos PALOP, aquando a sua evacuação (DGS, 2011), como já foi referido anteriormente por alguns entrevistados.

Apesar do trabalho desenvolvido ao nível da cooperação em saúde apresentar aspectos positivos, importa referir que existem duas possibilidades dos cidadãos dos PALOP terem acesso aos cuidados de saúde, ou seja, através da evacuação para Portugal ou a deslocação de equipas médicas aos países africanos. Assim, através de excertos do discurso dos entrevistados foi possível compreender a sua perspectiva relativamente a estas duas formas, e quais as vantagens que possam advir de uma ou de outra, especialmente para quem necessita destes cuidados.

“Em Coimbra para onde a maioria dos doentes do foro cardíaco se desloca, o apoio é dado de forma exemplar pelo Cônsul de São Tomé e Príncipe, Sr. José Diogo. As vantagens da vinda destes doentes, quando a situação clínica o justifica são consideráveis, visto localmente não haver qualquer hipótese de cirurgia cardiotorácica. A deslocação de uma equipa especializada não é viável, visto serem necessários meios técnicos demasiado complexos e de elevados custos.” (E1)

“Depende muito. Por exemplo, em Cabo Verde ou São Tomé não têm número suficiente de crianças doentes para ter uma equipa de cirurgia, ou de cateterismos cardíacos permanente lá. Mas, por exemplo em Luanda têm, porque têm uma população enorme (...) Ao que sei, em Angola e Moçambique já se efectuam cirurgias cardíacas tanto a crianças como a adultos.” (E2)

“Depende. Caso existam condições locais para tratar os doentes, devemos privilegiar a ida da equipa para tratar localmente estes doentes, aproveitando para integrar no trabalho colegas das equipas locais, criando assim oportunidades de aprendizagem. Em outras situações o tratamento e o acompanhamento devem ser feitos em Portugal por questões de logística associada.” (E3)

“Penso que havendo recursos nos países de origem, a deslocação de equipas médicas não só desenvolve um trabalho que abrange um maior número de indivíduos, como podem transmitir conhecimento e treinar os profissionais locais. Por outro lado, em casos graves, a evacuação para Portugal faz todo o sentido, uma vez que Portugal dispõe de recursos tecnológicos muito desenvolvidos.” (E4)

“Em Maputo tem todo o sentido a deslocação de equipas médicas (poucas por ano) exclusivamente para a formação e apresentação de novos produtos às equipas médicas, uma vez que o ICOR está devidamente equipado, quer técnica, quer humanamente.” (E5)

“Ambas se podem complementar, sem que daí possa existir vantagem quer de uma ou de outra opção.” (E6)

“Penso que ambas as modalidades de apoio são importantes, a primeira para dar respostas às situações emergentes e mais urgentes, a segunda para evitar a deslocação dos doentes, sendo sobretudo de valorizar a hipótese de desenvolver a vertente de ensino de técnicos dos PALOP, no sentido de os tornar mais autónomos possíveis na prestação de cuidados de saúde”. (E7)

“Bem, ficaria muito mais barato para nós a deslocação de equipas médicas a São Tomé.” (E8)

1.3.2 Níveis de Intervenção

As intervenções em saúde, no âmbito dos acordos de cooperação configuram vários níveis. É importante salientar as parcerias que se estabelecem com as ONGs, dado que, permitem a criação de sinergias e complementaridade das intervenções, assim como, a partilha de experiências (Marques e Torgal, 2002).

Deste modo, existem vários pilares de intervenção que se focam na prevenção e tratamento das DCV, transferência de meios técnicos, formação de profissionais de saúde na área, prestação de cuidados médicos e tratamento de doentes nos países africanos.

A formação de profissionais de saúde deve ter como objectivo primordial a melhoria da prestação dos cuidados de saúde, autonomizando-os, de modo a satisfazerem as necessidades dos doentes de uma forma eficiente e equitativa. Segundo Pollock (1995), a equidade deve ser um princípio fundamental dos sistemas de saúde.

A partir de alguns testemunhos dos entrevistados foi possível compreender qual a sua opinião em relação aos diferentes níveis de intervenção. Importa referir que, os entrevistados relataram a sua experiência relativamente aos países africanos com os quais desenvolvem esta cooperação.

“Inicialmente transferimos os meios técnicos indispensáveis e formamos pessoas nessa região, porque não faz sentido formar pessoas sem recursos técnicos, nem ter recursos e não ter pessoas. Os projectos de cooperação deviam visar sempre a autonomia, de modo a que sejam os profissionais do país a beneficiar de tudo isto.” (E1)

“ (...) É necessário que os actores nacionais se desloquem aos países destinatários do projecto, para que com a participação dos parceiros locais se possa elaborar um projecto de intervenção.” (E3)

“A acção da Cadeia de Esperança começou por fazer deslocar habitualmente equipas de forma regular para o tratamento destes doentes (equipas de cardiologia de intervenção e equipas de cirurgia cardíaca). Teve a oportunidade de financiar a formação de técnicos na área de cardiologia (cirurgiões, cardiologistas, cardiopneumologistas e enfermeiros). Estes já estão no terreno e tratam diariamente os doentes que acedem ao ICOR.” (E5)

1.4 Impacto das respostas institucionais nos doentes que necessitam de cuidados de saúde especializados

Como já foi mencionado, os acordos de cooperação visam o acesso aos cuidados de saúde e a melhoria das condições de saúde dos cidadãos africanos, bem como, o apoio ao desenvolvimento (DSG, 2011). Neste sentido, a cooperação portuguesa no campo da saúde desenvolve um papel muito importante no auxílio a estes países, nomeadamente na diminuição dos níveis de pobreza, desenvolvimento de equipamentos e melhoria dos serviços de saúde, permitindo a prestação de cuidados médicos (Marques e Torgal, 2002).

Desta forma, pretende-se compreender qual o impacto das respostas institucionais nestes doentes.

Tema	Categorias	Sub Categorias
Impacto das respostas institucionais	Doentes	Positivo / Negativo

1.4.1 Doentes

Na actualidade, as questões relacionadas com a prestação de cuidados de saúde no panorama internacional, constituem uma das problemáticas, nomeadamente na protecção da saúde, devido aos constantes desafios que se afiguram, mas também pelo crescente impacto nos sistemas de saúde. Em virtude dos acordos bilaterais estabelecidos, Portugal recebe muitos doentes dos PALOP que procuram tratamento. Este pode configurar duas possibilidades, o tratamento temporário ou o tratamento permanente, devido à impossibilidade de prosseguirem os respectivos tratamentos nos países de origem (Campos *et al*, 2010).

Seguidamente pode-se observar o número de pedidos por especialidade mais procurada entre 2004 e 2008 (Campos *et al*, 2010).

Especialidade	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Cardiologia	66	121	82	94	104	467
Cardiologia Pediátrica	37	52	79	75	78	321
Cirurgia Cardiorácica	3	3	19	6	4	35

Quadro 3.1 – Número de pedidos de evacuação de doentes dos PALOP entre 2004-2008, por especialidade (Campos et al, 2010).

A análise do quadro 3.1 demonstra que a especialidade de cardiologia, cardiologia pediátrica e cirurgia cardiorácica, são aquelas que originam mais pedidos de evacuações dos PALOP para Portugal.

Todavia, os impactos podem ser positivos, mas também negativos. Embora, os sistemas de saúde sejam um importante determinante na saúde e tenham sido desenvolvidos esforços no sentido de capacitar e melhorar os cuidados de saúde prestados nos PALOP, continuam a persistir ainda muitos obstáculos e dificuldades.

Neste sentido, os sistemas de saúde necessitam de uma reestruturação, com o objectivo de melhorar a saúde, reduzindo as desigualdades sociais, garantindo a equidade. O importante é que se crie sinergias entre todos elementos, de modo a alcançarem resultados positivos para a saúde, proporcionando à população o acesso aos serviços de saúde (Marques e Torgal, 2002).

A partir das entrevistas concluiu-se que, os entrevistados têm diferentes percepções relativamente ao impacto destas respostas nos doentes que necessitam de cuidados de saúde especializados. De seguida, pode-se observar extractos das entrevistas que fundamentam a respectiva análise e que demonstram as respectivas opiniões.

“O projecto da Cadeia de Esperança tem dado frutos consistentes, tendo evitado muitas evacuações para Portugal, diagnosticando patologias graves do foro cardiovascular, com necessidade absoluta de tratamento cirúrgico em Portugal. Em termos de eficiência e eficácia verificam-se como tal, grandes mais-valias para ambos os Estados, não havendo qualquer tipo de lista de espera, ou seja, com possibilidade de tratar muitos mais doentes.” (E1)

“Nós, sempre que solicitados temos dado resposta e penso que continuaremos dar (...)” (E2)

“ (...) Os acordos de cooperação entre o Estado Português e os PALOP (...) prevêm cotas para o tratamento de doentes em Portugal (...) Os cidadãos destes países alvo dos projectos de intervenção devem ser seleccionados pelos parceiros locais, para que a prioridade de intervenção vise os mais carenciados e os que têm patologias mais graves.” (E3)

“Penso que não, porque em todas as sociedades existem diferenças ao nível das classes sociais, por isso, as pessoas com menos recursos estão sempre em desvantagem.” (E4)

“Antes da formação da ONG Cadeia de Esperança, os doentes deslocavam-se na totalidade para Portugal. Neste momento são raros os pacientes que se deslocam cá, pois há em Moçambique recursos para tratar a grande maioria das patologias do foro cardíaco.” (E5)

“Não, nem todas. No nosso caso, as crianças são observadas através de telemedicina pelos cardiologistas pediátricos e pelos médicos no local, e depois definem a prioridade de atendimento.” (E6)

“Duvido que haja (...) um rastreio a todos os cidadãos que permita identificar quais os que têm patologia cardíaca. Quanto aos que já estão identificados como tal, caberá ao médico que segue o doente no seu país de origem encaminhar o doente para Portugal.” (E7)

“Sim, eles têm acesso. Isso graças à ONG Cadeia de Esperança. Sempre que aparecia um doente com problemas de cardiologia, o Conselho de Administração do Hospital nunca me fechava as portas (...) tem havido uma abertura, uma cooperação extraordinária. Desde que foi criada esta ONG de cardiologia tem havido a deslocação de alguns médicos, inclusive o Dr. Leitão Marques, Dr. Nuno Quintal e outros na área de cardiologia adulta, mas também na cardiologia pediátrica, para as respectivas intervenções.” (E8)

“O Projecto Saúde para Todos – Especialidades (...) os impactos directos visíveis na vida das pessoas são enormes. Isto tem um impacto enorme, porque primeiro resolve o problema da pessoa doente, em segundo diminuem-se os custos financeiros das evacuações humanitárias. Elimina-se também um custo que não é muito fácil de medir que é, o aspecto psicológico e social.” (E9)

1.5 Tipos de intervenção em doentes com patologia cardíaca

No continente africano as DCV têm aumentado rapidamente, sendo encaradas como um problema de saúde pública. As doenças mais frequentes são os ataques cardíacos e as paragens cardíacas, normalmente relacionadas com a hipertensão (WHO, 2002).

Segundo o Relatório Mundial de Saúde 2001, estas doenças foram responsáveis por 9,2% das mortes na região, em 2000. Neste sentido, não há uma consciencialização da verdadeira dimensão do problema, mas também das potencialidades que podem advir da prevenção (WHO, 2002). Deste modo, a chave para as DCV baseia-se na prevenção e controlo dos factores de risco, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários (WHO, 2002).

Assim, tentou-se compreender quais os tipos de intervenção nos doentes com patologia cardíaca. Da análise efectuada às entrevistas, foi possível identificar os diferentes tipos de intervenção, através das seguintes categorias e sub categorias, respectivamente.

Tema	Categorias	Sub Categorias
Tipos de intervenção nos doentes com patologia cardíaca	Patologias cardíacas	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensão Arterial - AVC - Miocardiopatia dilatada - Angina de peito - Enfarte do miocárdio - Insuficiência cardíaca - Doença arteriosclerótica - Doença valvular - Cardiopatias - Hipertensão pulmonar - Comunicação Inter-auricular (CIA) - Comunicação Inter-ventricular (CIV) - Foramen Ovale Patente - Tetralogia de Fallot - Estenoses valvulares - Persistência do canal arterial - Transposição dos grandes vasos - Coarctação da aorta
	Tipos de intervenção	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de prevenção - Informações nutricionais - Componente formativa - Intervenções cirúrgicas - Intervenções ao nível dos cuidados de saúde

1.5.1 Patologias cardíacas

Como já foi referido, as DCV são uma grande preocupação da saúde pública no continente africano, sendo a principal causa de mortalidade na população adulta, e os acidentes vasculares cerebrais a maior causa de incapacidade (WHO, 2005).

As doenças cardíacas são um conjunto de doenças que afectam o coração e os vasos sanguíneos (WHO, 2002). Assim, as DCV mais importantes são a hipertensão arterial, as cardiomiopatias, a doença cardíaca reumática e os acidentes vasculares cerebrais (WHO, 2005).

Estima-se que mais de 20 milhões de pessoas na região africana sejam afectados pela hipertensão. Relativamente aos adolescentes e às crianças africanas, a doença cardíaca reumática é considerada a mais importante da doença cardiovascular adquirida. Consequentemente, os impactos são enormes nos doentes, na família, assim como, no sistema de saúde e na sociedade (WHO, 2005).

No entanto, estas patologias cardíacas podem variar muito em determinados grupos sociais, sendo que, as populações mais vulneráveis podem estar mais expostas aos factores de risco, tais

como a inacessibilidade aos cuidados de saúde e a adopção de estilos de vida não saudáveis (WHO, 2005).

Porém, na área de cardiologia pode-se fazer a distinção entre dois grupos, cardiologia de adulto e cardiologia pediátrica, havendo uma variação das patologias cardíacas nestes grupos.

Através da análise às entrevistas, foi possível identificar as patologias cardíacas mais características nas crianças.

“As patologias são variadas (...) surgem cardiopatias.” (E2)

“Do ponto vista da cardiologia à que separar a cardiologia pediátrica, da cardiologia de adulto. Assim, nas crianças as patologias mais frequentes são: comunicações inter-auriculares (CIA), comunicações interventriculares (CIV), foramen ovale patente (FOP), hipertensão pulmonar, persistência de canal arterial, tetralogia de fallot, transposição dos grandes vasos, estenoses valvulares, coarctação da aorta.” (E3)

“São muitas vezes patologias cardíacas de origem reumatisal ou congénita, como seja, a estenose mitral e aórtica, comunicações inter-ventriculares, estenoses valvulares.” (E6)

Seguidamente, pode-se observar através do discurso de alguns entrevistados as patologias cardíacas mais comuns nos adultos.

“Em relação às doenças cardiovasculares a hipertensão arterial é das patologias mais comuns em São Tomé e Príncipe, com todas as consequências que lhe estão inerentes, em especial os acidentes vasculares cerebrais. A dependência do álcool é também muito comum, quer em homens, quer em mulheres, tendo como consequência a existência de complicações a nível cardíaco traduzidas pela progressiva dilatação das cavidades - miocardiopatia dilatada. A doença das coronárias (angina de peito e enfarte do miocárdio) terá tendência para aumentar.” (E1)

“Nos adultos as patologias cardiovasculares mais frequentes são a doença arteriosclerótica, a hipertensão, a doença valvular (mitral e aórtica), a miocardiopatia dilatada e a insuficiência cardíaca.” (E3)

“As patologias cardiovasculares mais frequentes são a doença arteriosclerótica, a hipertensão, a doença valvular (mitral e aórtica), a miocardiopatia dilatada e insuficiência cardíaca.” (E4)

“Em Moçambique e na área de cardiologia, as cardiopatias congénitas, a patologia valvular de causa reumática e mais recentemente a doença coronária. A hipertensão arterial é também uma patologia muito presente na raça negra e de difícil controlo, sendo vulgar observar doentes jovens com AVC.” (E5)

1.5.2 Tipos de intervenção

As DCV podem ser influenciadas por diversos factores de risco. Alguns factores de risco comportamentais aumentam a predisposição para o desenvolvimento destas doenças. Além da hipertensão arterial, o tabagismo, o sedentarismo, o colesterol elevado, a obesidade e o consumo de álcool, também são considerados factores de risco. Neste sentido, devem ser adoptadas medidas de prevenção, assim como, a componente formativa (WHO, 2005).

“Naturalmente que os doentes hipertensos com patologia grave, terão que ser na globalidade evacuados para Portugal. É necessário e urgente que se comece por diminuir a quantidade de sal na alimentação, explicando à população as imensas vantagens que daí advêm. No que diz respeito à dependência alcoólica é fundamental que se implementem junto das populações medidas de prevenção cardiovascular, que contrariem os actuais comportamentos de risco.” (E1)

Portanto, estes factores devem ser prevenidos e controlados, através da implementação de políticas sanitárias pelos governos, estimulando e incentivando os indivíduos a adoptarem estilos de vida saudáveis (WHO, 2005). É igualmente importante que as estratégias que visam a diminuição dos factores se baseiem numa abordagem colaborativa, tendo como objectivo uma maior consciencialização dos indivíduos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Para responder a estes factores, as intervenções devem incidir na prevenção primária e secundária. As intervenções ao nível da prevenção da primária são feitas antes de qualquer diagnóstico da doença, ou seja, o conjunto de acções que têm como objectivo evitar a doença,

enquanto a prevenção secundária abrange o rastreio clínico, tendo como objectivo a diminuição da prevalência da doença. (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Contudo, existem casos que a única solução é a intervenção cirúrgica, chegando a ocorrer situações em que já foram ultrapassados os limites da cirurgia.

“A consulta de Luanda, por exemplo, é uma consulta muito pesada, isto é, exige muita concentração, porque surgem cardiopatias, às vezes algumas num estado que já ultrapassaram os limites da correcção cirúrgica ou são cardiopatias complexas e é com essas que gastamos mais tempo na observação e discussão. Só discutimos crianças e recém-nascidos com cardiopatias muito complexas e nós damos a nossa opinião, o nosso apoio, sempre que solicitados, e até em urgências. As consultas com os PALOP são semanais, uma rotina do nosso serviço.” (E2)

Através dos dados recolhidos podemos observar outras ideias realçadas pelos entrevistados relativamente aos tipos de intervenção, tendo em consideração a sua experiência profissional.

“O enfermeiro faz parte de uma equipa multidisciplinar, pelo que desempenha funções de acordo com a sua competência (...) É igualmente importante a componente formativa. Seja qual for a missão a desenvolver, a formação do pessoal local é fundamental.” (E3)

“De acordo com a minha formação ao nível da intervenção na unidade, os doentes são tratados conforme o quadro clínico que apresentem, privilegiando a humanização do indivíduo como um todo biopsicossocial.” (E4)

“Os doentes com patologia valvular são habitualmente estudados no ICOR, e aí operados, quer por equipas internacionais que ali se desloquem, quer pela equipa residente de cirurgiões moçambicanos. Os doentes coronários são estudados sempre no ICOR, sendo intervencionados aí sempre que possível, estando de forma cada vez mais reduzida o envio de doentes para centros no exterior.” (E5)

“Acompanho todo este processo, realizando os exames complementares que estas crianças necessitam para a resolução dos seus problemas.” (E6)

1.6 Impacto dos acordos de cooperação em saúde no desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países africanos

“A saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental” (OMS, 1946).

As desigualdades em saúde afectam principalmente os grupos mais vulneráveis e fragilizados, estando associadas a estas disparidades as condições socioeconómicas em saúde, mas também o acesso aos cuidados de saúde (Mendis, *et al*, 2010). Neste sentido, os sistemas de saúde têm um papel extremamente importante, para que a saúde e os cuidados sejam equitativos para todos os indivíduos (Braveman e Gruskin, 2003a).

Deste modo, pretende-se compreender qual o impacto dos acordos de cooperação no desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países africanos. Da análise efectuada às entrevistas, identificou-se a seguinte categoria e respectivas subcategorias.

Tema	Categorias	Sub Categorias
Desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países africanos	Estratégias de intervenção	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados de saúde - Formação de profissionais - Articulação de parcerias - Deslocação de equipas médicas

1.6.1 Estratégias de intervenção

Em muitos países africanos, tais como os PALOP, apesar dos esforços desenvolvidos ao nível dos sistemas de saúde continuam a verificar-se debilidades nos serviços de saúde. Isto deve-se à fragilidade organizacional dos sistemas de saúde, carência de infra-estruturas e equipamentos, escassez de recursos humanos, materiais e financeiros, assim como, a atenção desadequada relativamente aos cuidados de saúde primários. Deste modo, os governos têm a responsabilidade pela saúde e bem-estar da população, devendo adoptar medidas sanitárias adequadas (Marques e Torgal, 2002).

Em virtude destas fragilidades, a estratégia da cooperação portuguesa na saúde direcciona-se para o progresso dos sistemas de saúde dos PALOP, prestação de cuidados de saúde especializados em Portugal, ou o envio de equipas médicas a estes países. Neste contexto é

relevante capacitar os recursos humanos, através da formação e ensino, possibilitando a autonomia destes profissionais de saúde. Além destes aspectos referidos é fundamental o auxílio na construção de infra-estruturas, prestação de cuidados médicos e o desenvolvimento de parcerias, permitindo a melhoria das condições de saúde dos países africanos (Marques e Torgal, 2002).

Contudo, há que salientar todo o esforço e trabalho desenvolvido na área da cooperação, especificamente no sector da saúde, bem como, o impacto dos acordos de cooperação no desenvolvimento dos sistemas de saúde destes países. Naturalmente que, a obtenção de melhorias na saúde das populações dos países menos desenvolvidos só se consegue com a implementação de serviços e cuidados de saúde efectivos (Bryce *et al*, 2009 *cit in* IPAD, 2011).

Apesar das fraquezas existentes, os impactos no desenvolvimento dos sistemas de saúde têm sido bastante positivos. Neste contexto, foram desenvolvidos vários projectos de intervenção, salientando-se o Projecto *Saúde Para Todos*, da responsabilidade do Instituto Marques de Valle Flôr, em parceria com o Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe. Este projecto baseava-se numa intervenção mais ampla, incentivando e contribuindo para a melhoria da qualidade do serviço nacional de saúde, gestão adequada dos serviços de saúde e qualidade dos cuidados de saúde prestados (IPAD, s.a.b). Outra valência deste projecto assentava na formação de técnicos e o desenvolvimento de acções de formação (IPAD, 2008b). Através da implementação destas intervenções, fomentou-se as competências locais, sendo considerado um aspecto relevante para os países beneficiários. Foi igualmente importante a melhoria da capacidade técnica no auxílio ao tratamento (IPAD, s.a.b).

Neste âmbito, importa fazer referência à ONGD Cadeia de Esperança e à cooperação que esta tem desenvolvido com São Tomé e Príncipe (Cadeia de Esperança, 2008a). Este projecto começou em 2009, na área da cardiologia, tendo sido desenvolvidas várias missões. Estas missões basearam-se na avaliação das condições locais, prestação de assistência médica e cuidados de saúde, e o envio de especialistas ao país (cardiologia de adulto e cardiologia pediátrica). Outro aspecto tido em consideração foi a falta de condições no Hospital Ayres de Menezes, para o respectivo diagnóstico e tratamento das DCV (Cadeia de Esperança, 2009b). Deste modo, um dos principais objectivos visa a criação de uma unidade de cardiologia no país (Cadeia de Esperança, 2012), que será uma mais-valia, contribuindo assim para o desenvolvimento do sistema de saúde.

“Cooperamos em São Tomé e Príncipe desde 2009 e vamos iniciar uma nova fase de colaboração com o Hospital Ayres de Menezes, em que iremos proceder à remodelação e aumento da área de trabalho. O objectivo é criar uma pequena unidade de cardiologia, tendo um médico como responsável clínico, uma técnica e uma enfermeira. Este programa de cooperação na saúde tem decorrido com resultados que têm sido considerados muito positivos, quer pelo IPAD, quer pelo Hospital Ayres de Menezes, quer pela nossa ONG, quer ainda pelo Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe.” (E1)

“Esta equipa da ONG Cadeia de Esperança, chefiada pelo Dr. Leitão Marques, pelo Professor Manuel Antunes, Dr. Nuno Quintal e outros médicos, tem feito um trabalho extraordinário. Formaram pessoal, técnicos para fazerem os exames ao coração. Também já há médicas preparadas no terreno para fazerem a tal acepção e já com outra formação, que não tinham os que lá estavam, equiparam com alguns aparelhos de diagnóstico o hospital. Têm uma unidade a ser estruturada e exclusiva para a área de cardiologia.” (E8)

Pretende-se ainda a articulação entre o Projecto *Saúde Para Todos – Especialidades* e o projecto que a ONGD Cadeia de Esperança está a desenvolver, sendo esta articulação bastante positiva no rastreio das DCV nas diferentes zonas do país, permitindo que a consulta de cardiologia seja de acesso alargado à população (Cadeia de Esperança, 2009b).

“Sem dúvida que são um grande contributo para o desenvolvimento do sistema de saúde de São Tomé e Príncipe.” (E9)

Esta ONGD também desenvolveu uma cooperação extraordinária com Moçambique, baseando-se na transferência de doentes para Portugal (Cadeia de Esperança, s.a.b) e no envio de equipas médicas para o tratamento e para a formação de profissionais a nível local. Um passo fundamental foi a criação em 2001 do ICOR, reforçando assim o sistema nacional de saúde de Moçambique. Os progressos são imensos, dado que, já existe uma equipa constituída por técnicos moçambicanos (Cadeia de Esperança, 2012). Apesar de todas fragilidades são evidentes os sinais de sucesso (Cadeia de Esperança, s.a.a).

“A ONG Cadeia de Esperança desde 2001 que organiza e envia anualmente equipas médicas a Moçambique para o tratamento dos doentes (incluindo cirurgia cardíaca) e também para dar formação aos profissionais locais.” (E1)

“O ICOR deve ser dado como exemplo neste tipo de desenvolvimento local, tendo por base a cooperação existente. É necessário o empenho de ambas as partes, tendo sempre como objectivo o desenvolvimento de parcerias nestas áreas. O investimento dos governos locais, uma melhor educação sanitária, a formação adequada de quadros e o investimento financeiro pode e deve ser a meta a atingir para uma melhor saúde em África.” (E5)

Como já foi mencionado e desenvolvido ao longo deste capítulo, a cooperação no âmbito da saúde com Angola e Cabo Verde tem incidido principalmente na área de cardiologia pediátrica, através da telemedicina (Cadeia de Esperança, 2012).

“Claro que sim. Nós há cinco anos começamos a fazer formação lá, tivemos que lá ir mais do que uma vez. Fizemos teleconsulta, tele-formação, congressos, tele-formação à distância, portanto, os médicos de cardiologia pediátrica, o cirurgião cardíaco e os enfermeiros deram formação. É uma aprendizagem contínua e eu acho que isso é extremamente importante para eles e para nós, essa partilha de conhecimentos (...) Ainda não temos telemedicina com São Tomé e Príncipe, mas estamos envidar esforços para implementar as ligações. Elementos do serviço de cardiologia pediátrica têm-se deslocado lá para fazer consultas a crianças com cardiopatias e para dar formação aos profissionais de saúde.” (E2)

Além dos excertos das entrevistas já citados, pode-se observar outras opiniões dos entrevistados relativamente ao impacto dos acordos no desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países africanos.

“Esse deve ser um aspecto essencial nos projectos e nos acordos de saúde desenvolvidos (...) A ajuda ao desenvolvimento deve contemplar a saúde para todos e a diminuição das assimetrias e desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. O ideal

seria desenvolver a cooperação com todos e entre todos, aproveitando outros parceiros de economias mais emergentes e poderosas (...) para desenvolver ainda mais qualidade e quantidade de cuidados de saúde nos países mais desfavorecidos.” (E3)

“Sim, se existirem condições nesses países para tratar os doentes. Devemos dar preferência à deslocação de equipas para tratar esses doentes nos seus países, criando assim a possibilidade de partilha e aprendizagem com as equipas locais. Para que os acordos de saúde incentivem o desenvolvimento, os cuidados de saúde devem ser equitativos, diminuindo as desigualdades no acesso dos cidadãos africanos aos cuidados de saúde.” (E4)

“Qualquer acordo protocolado entre às várias entidades pressupõe o desenvolvimento de novos conhecimentos e atitudes científicas, pelo que é legítimo dizer que existe sempre um incentivo.” (E6)

“Penso que faz todo o sentido e que é um grande contributo, para além de dar peixe, ensinar a pescar.” (E7)

1.7 Perspectivas dos actores sociais

No panorama da cooperação em saúde estão envolvidos um leque de actores sociais que actuam de maneiras distintas, mas que se complementam.

Pelo facto dos sistemas de saúde nestes países serem mais permeáveis a ameaças exteriores e às características sociais e económicas, a cooperação portuguesa tem estabelecido estratégias ao nível do sector da saúde, assim como, mecanismos e instrumentos que devem nortear a actuação destes actores (Marques e Torgal, 2002).

Segundo a Declaração de ALMA-ATA, os governos têm responsabilidade pela saúde da população, incluindo a adopção de medidas ajustadas na área da saúde. Deste modo, “os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de acção, para lançar e sustentar os cuidados de saúde primários em coordenação com outros sectores” (Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, 1978:4). Em virtude da importância dos cuidados de saúde primários, estes devem ser desenvolvidos e aplicados em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento (Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, 1978).

Dado que, os actores sociais desempenham um papel e um contributo relevante no auxílio aos cidadãos dos PALOP, particularmente no acesso aos cuidados de saúde especializados, pode-se observar através dos seus testemunhos a sua perspectiva pessoal enquanto actores envolvidos nesta cooperação.

“Ficamos com a noção de que qualquer ajuda a S. Tomé é sempre bem-vinda, desde que haja a perspectiva de se poder deixar algo mais, do que somente a nossa presença. Assim sendo, temos dado muito relevo à formação quer local, quer em Portugal, das pessoas que futuramente tomarão conta da unidade de cardiologia, que certamente funcionará autonomamente, mas sempre com o nosso apoio nas patologias mais graves.” (E1)

“É de facto uma actividade que nos entusiasma muito, podermos partilhar conhecimentos (...) Não digo ajudar, porque não é o caso, mas partilhar o saber, culturas, e experiências de ter colegas a estagiarem no nosso serviço de outros países e que reconhecem a nossa disponibilidade e experiência. É extremamente importante e espero que isto continue com este êxito e crie raízes. A telemedicina no Hospital Pediátrico existe há quinze anos e isso orgulha-me.” (E2)

“Penso que a cooperação vai continuar a existir e os acordos bilaterais vão continuar a ocorrer. As dificuldades do Sistema Nacional de Saúde e as dívidas dos hospitais podem ser um entrave à implementação de novos projectos. Mas a cooperação portuguesa não vai morrer, nem a nossa vontade de continuar vai esmorecer. Pode sofrer um abrandamento nos próximos anos, à semelhança do que tem acontecido em 2008/2009 e 2009/2010. A esperança e a nossa vontade são as últimas a morrer.” (E3)

“Na minha perspectiva a cooperação é de extrema importância, embora existam dificuldades (...) Todavia, estou convicta que a cooperação vai continuar a desenvolver esforços no sentido de auxiliar os cidadãos dos países africanos, nomeadamente na área da saúde.” (E4)

“Sendo eu, a quinta geração nascida em África, faz todo o sentido investir de corpo e alma no “meu” continente. Penso, contudo, que se não houver uma mentalidade aberta, livre de interesses e só com o objectivo de ajudar, a cooperação estará mais longe. África estará mais perto de se desenvolver a todos os níveis, pois os recursos financeiros

existentes e de forma abundante podem ajudar, mas não sendo canalizados para as áreas fulcrais em saúde, este desenvolvimento estará cada vez mais longe.” (E5)

“Logicamente que, como técnico (...) é minha obrigação cumprir com todo o saber na execução dos exames complementares que nos são solicitados a estas crianças, além de que fica também um sentimento de doação.” (E6)

“Sinto-me privilegiada por ter a oportunidade de participar, ainda que apenas enquanto elemento de apoio social, e por outro lado destaco o enriquecimento que advém desta experiência, pela inerente possibilidade de alargar a nossa visão do mundo.” (E7)

“Há a necessidade de criar equipas de trabalho responsáveis. A Cadeia de Esperança tem feito um trabalho extraordinário, têm dado continuidade a esse trabalho, têm alargado a sua área para outras valências. Nós necessitamos é de muitas Cadeias de Esperanças, necessitamos muito de equipas que se desloquem lá, mas com uma autenticidade de um Hospital, que depois dê apoio e continuidade aos problemas de saúde que vão surgindo nos utentes”. (E8)

“Toda a cooperação com São Tomé no sector da saúde é muito relevante, sendo uma mais-valia para o sistema de saúde do país.” (E9)

CONCLUSÃO

O trabalho de investigação agora finalizado espelha o longo caminho percorrido de procura e descoberta de novos entendimentos sobre o papel e a eficácia dos acordos de cooperação em saúde, tendo como foco os cuidados de saúde aos cidadãos africanos com patologia cardíaca provenientes de Moçambique, São Tomé e Príncipe, Angola e Cabo Verde.

Relativamente à temática em estudo importa enquadrar de forma sucinta os contributos mais significativos da pesquisa sobre os acordos de cooperação em saúde entre Portugal e os PALOP, constituindo um exercício de reflexão que conduziu aos pontos fortes, às debilidades e verificação da consecução dos objectivos da investigação.

O desenvolvimento do enquadramento teórico revelou-se de grande importância, uma vez que fez sobressair os aspectos mais relevantes. Consequentemente, a exploração de ideias emergentes da fundamentação teórica, contribuíram para precisar as grandes orientações desta investigação.

O acesso à diversidade das realidades vivenciadas pelos profissionais de saúde, técnica de serviço social, bem como, representantes políticos nesta cooperação, que fizeram parte desta pesquisa através das entrevistas, correspondeu a um instrumento de grande valor e utilidade na recolha de informação em abrangência e profundidade.

Seguidamente, serão apresentadas as respectivas conclusões desta investigação.

Através do estudo qualitativo desenvolvido, no qual foram realizadas entrevistas aos diferentes actores envolvidos na cooperação com alguns PALOP (Moçambique, São Tomé e Príncipe, Angola e Cabo Verde) foi possível identificar aspectos bastante positivos, mas também dificuldades e constrangimentos inerentes ao sector da saúde nestes países.

A cooperação em saúde com os PALOP é considerada um eixo estratégico ao nível da cooperação internacional. Deste modo, os actores sociais quando questionados sobre a importância dos acordos de cooperação em saúde, a sua resposta foi unânime. Estes enfatizaram a relevância dos mesmos para os países com os quais desenvolvem estes acordos. Neste sentido, a articulação entre os actores sociais e as instituições permite um intercâmbio de conhecimentos e saberes, mas igualmente o acesso dos cidadãos africanos a cuidados de saúde especializados.

No que concerne às instituições, estas têm desenvolvido um trabalho extraordinário, ajudando a colmatar alguns obstáculos técnicos, sociais e económicos. Neste contexto, é unânime a ideia dos actores sociais, de que devem ser incutidos esforços e que se deve investir na formação dos

profissionais de saúde, assim como, a transferência de competências e meios técnicos para estes países. Outra ideia partilhada e igualmente importante é, a criação de condições a nível local, através do desenvolvimento de infra-estruturas e serviços de saúde, possibilitando uma maior autonomia e, simultaneamente, a melhoria na prestação de cuidados de saúde especializados, de forma eficiente e equitativa.

Relativamente a Moçambique, destaca-se o trabalho notável desenvolvido pela ONGD Cadeia de Esperança e por ONGs Europeias, ao nível das DCV, nomeadamente com a criação do ICOR. Este projecto continua a desenvolver-se e o ICOR é hoje uma instituição mais sólida, proporcionando tratamento a mais doentes, desempenhando um papel extremamente relevante no panorama assistencial moçambicano. O trabalho desenvolvido tem sido muito positivo, e o ICOR continua a configurar-se como uma instituição de grande relevância no tratamento das DCV em Moçambique (Cadeia de Esperança, 2003b). Corroborando esta ideia é, o facto do número de doentes evacuados de Moçambique para Portugal ter vindo a registar um decréscimo ao longo dos últimos anos. No entanto, os casos de maior complexidade e gravidade são evacuados para Portugal.

Além dos aspectos referidos anteriormente, para dar continuidade ao trabalho que está a ser desenvolvido em Moçambique tem havido igualmente a deslocação de equipas médicas para a prestação de cuidados de saúde, mas também para formação de médicos e enfermeiros a nível local, e ainda a deslocação da equipa de cirurgia cardíaca dirigida pelo Professor Manuel Antunes, para a realização de intervenções cirúrgicas.

No caso de São Tomé e Príncipe devem ser destacadas duas ONGD, o Instituto Marques de Valle Flôr e a Cadeia de Esperança. É igualmente importante referir, o apoio concedido aos cidadãos santomenses, pela Embaixada de São Tomé e Príncipe em Coimbra.

O Instituto Marques de Valle Flôr, o Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe e o IPAD em parceria desenvolveram e implementaram o Projecto *Saúde Para Todos*. Este projecto tinha como finalidade garantir a qualidade dos cuidados de saúde prestados, melhoria da qualidade e sustentabilidade do sistema nacional de saúde do país, reforço das infra-estruturas, formação de técnicos especializados, assim como, o acesso ao saneamento básico e água potável. Este projecto teve efeitos extremamente positivos na saúde dos cidadãos santomenses, através do aumento da oferta de cuidados de saúde, bem como, ao nível da formação de técnicos especializados.

No que se refere à intervenção da Cadeia de Esperança neste país, esta baseou a sua acção essencialmente na prevenção e tratamento das DCV, dado a inexistência de consultas de cardiologia, bem como, o facto de não existir uma unidade de cardiologia no país, tendo direccionado o seu trabalho para o rastreio de patologias cardíacas. Neste sentido, têm encetado todos os esforços com o objectivo de implementar uma unidade de cardiologia em São Tomé e Príncipe. Sem dúvida, que será um contributo fundamental para os cidadãos santomenses com patologia cardíaca, que necessitam de cuidados de saúde altamente especializados, estimulando igualmente o desenvolvimento do sector da saúde no país.

Neste país estão a ser de igual modo desenvolvidos esforços com o objectivo de se implementar a técnica da telemedicina, sendo esta considerada uma estratégia fundamental ao nível da cooperação em saúde, permitindo que as crianças possam usufruir da equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Em relação a Angola e Cabo Verde, a cooperação tem incidido principalmente na telemedicina, no qual o Hospital Pediátrico de Coimbra tem tido um contributo extremamente relevante. A telemedicina é considerada uma técnica de excelência, estando associada à prestação de actos médicos à distância, tendo como objectivo atenuar as carências ao nível dos recursos humanos e técnicos, proporcionando o acesso a cuidados de saúde mais especializados a mais doentes. Deste modo, as crianças destes países têm acesso às consultas de cardiologia através da telemedicina, sendo analisada a sua situação e discutido o tipo de tratamento mais adequado de acordo com a sua patologia, e caso se justifique são evacuadas para Portugal.

O pioneiro da telemedicina em Portugal, Dr. Eduardo Castela, apercebeu-se das potencialidades e benefícios que poderiam advir desta técnica, considerando-a como “uma óptima solução para democratizar o acesso à saúde, e para esbater desigualdades” (Castela *cit in* Tomás, 2007). Neste contexto, importa salientar as vantagens da telemedicina, dado a importância que estas assumem no panorama da cardiologia pediátrica nos países africanos. Assim, podemos referir a partilha de conhecimentos e experiências entre os médicos e consequentemente a actualização constante dos profissionais de saúde africanos; a redução do número de evacuações e naturalmente a redução dos gastos; diagnósticos fiáveis, bem como, o número maior de crianças que poderão ser salvas.

Outro aspecto a referir é que, apesar dos esforços e de todo o trabalho desenvolvido, com o intuito de capacitar e melhorar os cuidados de saúde prestados nos países sobre os quais incidiu

este estudo, são visíveis as dificuldades e fragilidades dos sistemas de saúde. Os actores sociais manifestaram diferentes perspectivas relativamente ao acesso aos cuidados de saúde, contudo, alguns partilham da opinião de que, os doentes são cada vez mais seleccionados pelos parceiros locais, sendo posteriormente escolhido o tratamento mais adequado, conforme a situação clínica.

Relativamente ao impacto das respostas institucionais nestes doentes, foi possível constatar diferentes opiniões, daí que alguns afirmaram que, os cidadãos africanos têm acesso aos cuidados de saúde na área de cardiologia, enquanto outros afirmam que nem todos os doentes têm acesso a este tipo de cuidados, sendo evidentes as disparidades no acesso à saúde. Perante esta realidade e dado que, alguns doentes não têm acesso aos cuidados de saúde especializados, o ponto fulcral da estratégia no campo da saúde deve incidir na reestruturação dos sistemas de saúde e sustentabilidade dos mesmos, nomeadamente na oferta de serviços de saúde, atenuando as desigualdades sociais, garantido a igualdade aos cidadãos africanos.

Como já foi mencionado, os países africanos sobre os quais incidiu esta investigação apresentam fragilidades e constrangimentos nos serviços de saúde, em virtude das debilidades ao nível da estrutura organizacional dos sistemas de saúde, escassez de recursos humanos, materiais e financeiros, assim como, a carência de equipamentos.

Mesmo perante as dificuldades existentes e que continuam a persistir há sinais positivos, e por isso mesmo é fundamental compreender qual o impacto dos mesmos ao nível dos sistemas de saúde dos PALOP.

Assim, importa salientar que os actores envolvidos na cooperação em saúde realçaram unanimemente, que os impactos têm sido positivos, e que os mesmos têm estimulado o desenvolvimento dos sistemas de saúde destes países. Deste modo, todo o trabalho desenvolvido no campo da saúde, através dos projectos e intervenções a nível local, salientando-se o trabalho desenvolvido pelo Instituto Marques de Valle Flôr e pela Cadeia de Esperança, tem sido considerado um grande contributo e uma mais-valia para os respectivos países.

Outra conclusão da presente investigação é que, as patologias do foro cardíaco são muito diversas, verificando-se diferenças entre a cardiologia de adulto e cardiologia pediátrica, tal como pode ser evidenciado na respectiva análise e discussão dos resultados. Consequentemente, o tipo de intervenções será distinto. Os tipos de intervenção podem basear-se em estratégias que incidam na prevenção e controlo dos factores de risco; na consciencialização dos indivíduos relativamente à gravidade das DCV e o impacto que as mesmas podem ter ao nível da

morbilidade e mortalidade; formação de profissionais a nível local; assim como, a prestação de cuidados médicos (tratamentos ou cirurgias) de acordo com a situação clínica de cada doente.

No que se refere às perspectivas dos actores sociais, cada um manifestou a sua opinião. Em traços gerais podemos salientar que, toda a ajuda no campo da saúde é muito importante, contudo é fundamental investir na formação dos profissionais a nível local. Pode realçar-se igualmente a importância do trabalho e contributo das ONGD, assim como, a técnica de telemedicina. Embora existam dificuldades, a cooperação portuguesa vai continuar a auxiliar os PALOP.

Ao longo deste estudo constatou-se que, entre 2004 e 2008, a especialidade de cardiologia, quer de adultos, pediatria, quer de cirurgia cardiotorácica, foi aquela que registou um maior número de pedidos de evacuação de doentes dos PALOP (Campos *et al*, 2010). Dado que, esta especialidade foi aquela que solicitou mais pedidos de evacuações, as estratégias ao nível da cooperação em saúde deveriam incidir mais nesta área, especialmente nos países que apresentam mais dificuldades socioeconómicas e consequentemente um menor acesso a recursos humanos e tecnológicos no sector da saúde.

Outro dado importante é relativo às crianças e adolescentes africanos. Estes são afectados pela doença cardíaca reumática, sendo considerada a mais importante ao nível da doença cardiovascular adquirida. Neste sentido, os programas tanto ao nível da prevenção primária, como secundária têm uma grande eficácia na doença cardíaca reumática. Assim, estes programas deverão ser implementados e reforçados nos países africanos com maior incidência da doença (WHO, 2005).

Perante esta realidade, e dado o carácter emergente das DCV no continente africano é necessário definir estratégias adequadas. O facto de muitos países africanos, entre os quais se salientam os PALOP, não terem estabelecido programas contra estas doenças, foi um incentivo ao crescimento e desenvolvimento das DCV (WHO, 2005).

Neste âmbito é pertinente que os agentes da cooperação em articulação com as instituições reconheçam as lacunas existentes nesta área, e que se implementem medidas ajustadas.

Assim, a implementação de um sistema de vigilância bem adaptado pode auxiliar na identificação de pessoas com factores de risco para estas doenças, antes da ocorrência da DCV. Consequentemente, o desenvolvimento e construção deste sistema de vigilância fundamentado na abordagem aos factores de risco é essencial para o êxito dos programas que visem impedir ou controlar as DCV, dado que, permitirá identificar os grupos de maior risco (WHO, 2002).

Outro aspecto fundamental é a investigação. Esta assume uma relevância, dado que são desconhecidas a magnitude das dimensões socioeconómicas e sanitárias, assim como, são evidentes as carências nesta área. Além deste aspecto, outro ponto fundamental é o facto de não serem conhecidas as potencialidades da prevenção, em consequência da falta de dados sobre as DCV, sobretudo os respectivos factores de risco, bem como, a escassez de informações exactas em relação às populações, em virtude de serem praticamente inexistentes os sistemas de vigilância no continente africano (WHO, 2005).

Em suma, o ponto de partida desta investigação foi compreender, qual o papel e a eficácia dos acordos de cooperação em saúde entre Portugal e os PALOP no acesso aos cuidados de saúde especializados em cardiologia. Através da pesquisa desenvolvida foi possível verificar que o papel desempenhado pelos acordos de cooperação em saúde nesta área é extremamente relevante para os PALOP, em virtude das fragilidades e dos constrangimentos existentes no sector da saúde, como já foi desenvolvido ao longo deste estudo, apesar de nem todos os cidadãos dos respectivos países terem acesso a estes cuidados. No entanto, a realidade dos países africanos sobre os quais incidiu esta investigação é bastante diferente, nomeadamente ao nível do desenvolvimento e capacitação das estruturas de saúde destes países, assim como, as formas e estratégias de cooperação com cada um dos países. Assim, a questão da eficácia dos acordos de cooperação em saúde é um aspecto fulcral. A eficácia dos mesmos é verificada quando esta proporciona aos doentes com patologia cardíaca o acesso a cuidados de saúde especializados na área da cardiologia, quer no país de origem ou em Portugal, mas também através da criação de infra-estruturas no sector da saúde, reforçando assim os respectivos serviços de saúde.

Naturalmente que todo o trabalho desenvolvido no campo da saúde dificilmente estará concluído. São evidentes os progressos nos países africanos, bem como, os esforços encetados neste sentido. Contudo, existem problemas no sector da saúde e estes países africanos necessitam de ajuda constante. Assim, as prioridades de intervenção e as estratégias neste sector devem continuar a estimular o progresso e consequente desenvolvimento dos sistemas de saúde dos PALOP.

Importa referir que, ao longo da investigação foram sentidas algumas limitações, tais como, o estudo exploratório não abranger todos os PALOP. Outras limitações foram o tamanho da amostra, sentindo-se uma maior dificuldade em entrevistar profissionais do Hospital Pediátrico; constrangimentos temporais, dado que, algumas entrevistas demoraram algum tempo até serem

realizadas, em consequência do imenso trabalho dos profissionais de saúde e finalmente a indisponibilidade de alguns actores sociais em participar neste estudo.

Após esta reflexão fica a sugestão para a continuidade deste trabalho. Apesar da contribuição da presente investigação é pertinente a exploração de outros caminhos em torno desta problemática, nomeadamente, a deslocação aos PALOP, de forma a ter uma percepção mais exacta da realidade local, e compreender através da perspectiva dos doentes que necessitam de cuidados de saúde especializados, qual o impacto dos acordos de cooperação.

FONTES

Acordo de Saúde publicado no Diário da República, 1ª série – nº 52 – 3 de Março de 1977 - **Acordo no domínio da saúde entre Portugal e São Tomé e Príncipe**

Decreto-Lei 23/2007, publicado no *Diário da República*, Artº 54 – nº 1, alínea a - **Visto de estadia temporária**

Decreto-Lei 24/77 de 5 de Março, publicado no *Diário da República*, 1ª série – nº 52 – 3 de Março de 1977 - **Acordo no domínio da saúde entre Portugal e Cabo Verde**

Decreto de Lei 32/2003, publicado no *Diário da República* – 30 de Junho - **Acordo sobre a concessão de vistos temporários para o tratamento médico a cidadãos dos PALOP**

Decreto-Lei 35/84, publicado no *Diário da República*, 1ª série – nº 160 – 12 de Julho de 1984 - **Acordo no domínio da saúde entre Portugal e Moçambique**

Decreto-Lei 39/84 de 13 de Julho, publicado no *Diário da República*, 1ª série – nº 165 – 18 de Julho de 1984 - **Acordo no domínio da saúde entre Portugal e Angola**

Decreto-Lei 120/2007, publicado no *Diário da República*, 1ª série – nº 82 – 27 de Abril de 2007 - **Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento**

Diário da República, 1ª série-B – nº 115 – 18 de Maio de 1999 - **Cooperação Portuguesa**

Resolução do Conselho de Ministros 196/2005, publicado no *Diário da República*, 1ª série – nº 24 – 22 de Dezembro de 2005 - **Contexto internacional da cooperação para o desenvolvimento - princípios orientadores**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2010), Acordos de Cooperação Internacional com Portugal. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/%C3%81reaseUnidades/AcordosInternac%20e%20CuidadosSa%C3%BAdeTransfront/Acordos/tabid/398/language/pt-PT/Default.aspx>
- Almeida, João e José Pinto (1995), *A Investigação nas Ciências Sociais*, Lisboa, Presença.
- Alto Comissariado da Saúde (ACS) (2011), *Cooperação / Ajuda ao Desenvolvimento*. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/coordenacao-internacional/cooperacao/>
- Bardin, Laurence (2008), *Análise de conteúdo*, Lisboa, Edições 70.
- Beaglehole, R. e D. Yach (2003), “Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults”, *Lancet*, 362, pp. 903-908. Disponível em: <http://www.eldis.org/vfile/upload/1/document/0708/DOC18910.pdf>
- Berlinguer, Giovanni (2008), “Globalização, Equidade e Saúde”, comunicação apresentada no II Fórum Regional de Saúde no Algarve, Administração Regional de Saúde do Algarve, Faro.
- Bogdan, Robert e Sari Biklen (1994), *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*, Porto, Porto Editora.
- Braveman, Paula e Sofia Gruskin (2003a), “Poverty, equity, human rights and health”, *Policy and Practice, Bulletin of the World Health Organization*, 81, pp. 539-545. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v81n7/v81n7a13.pdf>
- Braveman, Paula e Sofia Gruskin (2003b), “Defining equity in health”, *Journal Epidemiology and Community Health*, 57, 254-258.
- Cadeia de Esperança – ONGD (2012), *Relatório e Contas 2010-2011*, Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Cadeia de Esperança – ONGD (2009a), *Relatório de Actividades*, Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Cadeia de Esperança – ONGD (2009b), *Relatório de Actividades – Acção contra as Doenças Cardiovasculares*, Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Cadeia de Esperança – ONGD (2008a), *Relatório de Actividades*, Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Cadeia de Esperança – ONGD (2008b), *Relatório e Contas 2007*, Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Cadeia de Esperança – ONGD (2006), *Relatório e Contas 2006*, Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Cadeia de Esperança – ONGD (2005), *Relatório e Contas 2005*, Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Cadeia de Esperança – ONGD (2004), *Relatório e Contas 2004*, Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

- Cadeia de Esperança – ONGD (2003a), Relatório e Contas 2003, Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Cadeia de Esperança – ONGD (2003b), Relatório e Contas 2002, Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Cadeia de Esperança – ONGD (s.a.a), Relatório de Execução do Projecto – Acção contra as Doenças Cardiovasculares em Moçambique, Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Cadeia de Esperança – ONGD (s.a.b), Relatório e Contas, Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Campos, Luís, Pedro Saturno e António Carneiro (2010), Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – A qualidade dos cuidados e dos serviços. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/07/Q2.pdf>
- Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários (1978), Declaração de ALMA-ATA, Saúde Para Todos no Ano 2000, Alma-Ata, Cazaquistão, URSS.
- Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) (2010), Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais, Portugal, Organização Mundial da Saúde. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por_contents.pdf
- Crombie, Iain, Linda Irvine, Lawrence Elliott e Hilary Wallace (2005), Closing health inequalities gap: an international perspective, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Cruz, Pedro (2011a), Ajuda Pública ao Desenvolvimento. Disponível em: <http://www.plataformaongd.pt/noticias.aspx?info=&id=1160>
- Cruz, Pedro (2011b), Mecanismo de apoio à elaboração de projectos de cooperação para o desenvolvimento, As ONGD.
Disponível em: <http://www.plataformaongd.pt/site.aspx?info=ondg>
- Direcção Geral de Saúde (DGS) (2011), Acesso aos cuidados de saúde no quadro da Cooperação Internacional com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=0011001200630088AAAAAAA>
- Direcção Geral da Saúde (DGS) (2004), Normas Gerais de encaminhamento e assistência a doentes oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/14226/I006146.PDF>
- Farmer, Paul (1999), *Infections and Inequalities*, Berkeley, UCal Press.
- Fernandes, Rita (2009), Telemedicina vai ligar Coimbra à Praia, *Diário de Notícias*. Disponível em: http://www.dn.pt/inicio/globo/interior.aspx?content_id=1199405
- Fortin, Marie (1999), *O Processo de Investigação: da concepção à realização*, Loures, Lusociência.
- Freitas, Henriques, Mírian Oliveira, Amarolinda Saccol e Jean Moscarola (2000), “O método de pesquisa survey”, *Revista de Administração*, volume 35, 3, pp. 105-112.

- Freitas, Paulo, Paula Santana, Ahmed Zaky, Artur Vaz, Edgar Neves e António Lima (2010), *Saúde para Todos – Mudando o paradigma de prestação dos cuidados de saúde em São Tomé e Príncipe*, Lisboa, Edição Instituto Marquês de Valle Flôr.
- Giraldes, Maria (2002), “Desigualdades regionais nos subsistemas de saúde em Portugal”, *Análise Social*, volume XXXVII, 164, pp. 939-947. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218735627F7jXI6ys4Gh68ET0.pdf>
- Gouveia, Jorge (1993), “Acordos de Cooperação entre Portugal e os Estados Africanos Lusófonos”, *Revista de Cooperação*, Lisboa, Cooperação Portuguesa.
- Hannerz, Ulf (1980), *Exploring the City – Inquiries Toward an Urban Anthropology*, New York, Columbia University Press.
- Hauck, Katharina, Rebecca Shaw, Peter Smith (2002), “Reducing avoidable inequalities in health: a new criterion for setting health care capitation payments”, *Health Economics*, 11 (8), pp. 667-677.
- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD) (2011), *Estratégia da Cooperação Portuguesa para a Saúde*. Disponível em: <http://www.ipad.mne.gov.pt/CentroRecursos/Documentacao/EstrategiaCooperacao/Documents/EstrategiasaudeMaio2011.pdf>
- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD) (2008a), *Programa Indicativo de Cooperação Portugal: Cabo Verde 2008-2011*, edição IPAD. Disponível em: <http://www.ipad.mne.gov.pt/CentroRecursos/Documentacao/ProgramaIndicativoCooperacao/Documents/piccv0811.pdf>
- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD) (2008b), *Programa Indicativo de Cooperação Portugal: São Tomé e Príncipe 2008-2011*. Disponível em: <http://www.ipad.mne.gov.pt/CentroRecursos/Documentacao/ProgramaIndicativoCooperacao/Documents/picstp2008-2011b.pdf>
- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD) (2007a), *Programa Indicativo de Cooperação Portugal: Angola 2007-2010*, edição IPAD. Disponível em: <http://www.ipad.mne.gov.pt/CentroRecursos/Documentacao/ProgramaIndicativoCooperacao/Documents/PICAngola0710.pdf>
- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD) (2007b), *Programa Indicativo de Cooperação Portugal: Moçambique 2007-2009*, edição IPAD. Disponível em: http://www.ipad.mne.gov.pt/CentroRecursos/Documentacao/ProgramaIndicativoCooperacao/Documents/Pic_Mozambique0709vf_.pdf
- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD) (s.a.a), *Guia da APD*. Disponível em: <http://www.ipad.mne.gov.pt/CooperacaoDesenvolvimento/AjudasPublicasDesenvolvimento/Documents/Guia%20APD.pdf>
- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD) (s.a.b), *Cooperação Portuguesa: uma leitura dos últimos quinze anos de cooperação para o desenvolvimento 1996-2010*, Lisboa, Edição IPAD. Disponível em: http://www.ipad.mne.gov.pt/CentroRecursos/Documentacao/EdicoesProprias/Estudos/Documents/relat_IPAD_total.pdf

- Instituto Português de Apoio de Desenvolvimento (IPAD) (s.a.c), Estatísticas Globais da Ajuda – Ajuda Pública ao Desenvolvimento Portuguesa 2007/2010. Disponível em: <http://www.ipad.mne.gov.pt/CooperacaoDesenvolvimento/AjudaPublicaDesenvolvimento/Estatisticas/Paginas/default.aspx>
- Kaarhus, Randi e Pamela Rebelo (s.a.), OSCs e SWAPs – O papel das organizações da sociedade civil no sector da saúde em Moçambique. Disponível em: http://www.umb.no/statisk/noragric/publications/reports/2003_nor_rep_16_port.pdf
- Lucas, A. Paula, F. Pereira, João Pascoal e Maria José Leal (1998), “Transferência Sanitária de Crianças dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa”, *Acta Médica Portuguesa*, 11, pp. 893-900.
- Mackenbach, Johan, Anton Kunst, Adriënne Cavelaars, Feikje Groenhof e José Geurts (1997), Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe, *The Lancet*, 349, pp. 1655-1659. Disponível em: <http://dare.uva.nl/document/28946>
- Marques, Fernando e Jorge Torgal (2002), “Contributo para uma definição de uma estratégia de cooperação para o desenvolvimento no sector da saúde”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume 20, 1, pp. 21-26
- Martínez, Javier (2006), Implementing a sector wide approach in health: the case of Mozambique. Disponível em: http://blogs.dfid.gov.uk/wp-content/uploads/2009/01/mozambique_swap_review.pdf
- Mendis, Shanthi, Pekka Puska e Bo Norving (2011), Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control, Genebra, Organização Mundial de Saúde. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf
- Mesquita, Ana (2005), “A política portuguesa de cooperação para o desenvolvimento”, *Colecção Documentos de Trabalho*, 67, pp. 1-18, Centro de Estudos Sobre África e o Desenvolvimento do Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa.
- Miguel, José e Margarida Bugalho (2002), “Economia da saúde: novos modelos”, *Análise Social* (Online), volume XXXVIII (166), pp. 51-75. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218737607I6qOS5cw3Ob90ZR1.pdf>
- Monteiro, Maria Helena (2008), A Telemedicina como um vector de profunda transformação no espaço da saúde e do bem-estar. VI Congresso Português de Sociologia – Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Disponível em: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/210.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1946), Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde adoptada pela Conferência Internacional da Saúde, Registos Oficiais da OMS, 2, pp. 100.
- Ordem dos Enfermeiros (2010), Servir a comunidade e garantir a qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
- Palma, Elisabete (2004), “Diplomacia, projecção cultural e APD”, *Observatório de Relações Exteriores da Universidade Autónoma de Lisboa, Janusonline*.

- Pfeiffer, James e Rachel Chapman (2010), *Anthropological Perspectives on Structural Adjustment and Public Health*, *Annual Review of Anthropology*, 39, pp. 149-165.
- Polit, Denise, Hungler Bernadette e Regina Garcez (2001), *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos de avaliação e utilização*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Pollock, Allyson (1995), “Where should health services go: location authorities”, *British Medical Journal*, 310, pp. 1580-1599.
- Portal da Saúde (2010), *Telemedicina une Coimbra ao Mindelo*. Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/9/telemedicina+mindelo.htm>
- Quivy, Raymond e Luc Van Campenhoudt (2005), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.
- Reddy, K. Srinath (2004), *Chronic Diseases*, *South African Health Review*, 175, Durban.
- Reddy, K. Srinath e Salim Yusuf (1998), “Emerging Epidemic of Cardiovascular Disease in Developing Countries”, *Journal of the Epidemic Heart Association*, 97, pp. 596-601. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/97/6/596.full.pdf+html>
- Richardson, Roberto e Jose Peres (1989), *Pesquisa social: métodos e técnicas*, São Paulo, Atlas.
- Sen, Amartya (2000), *Development as Freedom*, New York, Anchor Books.
- Streubert, Helen e Dona Carpenter (2002), *Investigação Qualitativa em Enfermagem*, Loures, Lusociência.
- Tomás, Clara (2007), *Saúde: Hospitais pediátricos de Coimbra e Luanda ligados por telemedicina*, *Público*. Disponível em: <http://www.publico.pt/Sociedade/saude-hospitais-pediatricos-de-coimbra-e-luanda-ligados-por-telemedicina-1309310?all=1>
- Turshen, Meredith (1999), *Privatizing health services in Africa*, New Jersey, Rutgers University Press.
- Whitehead, Margaret e Göran Dahlgren (2006), *Concepts and principles for tackling social inequities in health*, Denmark, World Health Organization Europe. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf
- World Health Organization (WHO) (2010), *Telemedicine – Opportunities and developments in Member States*. Disponível em: http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf
- World Health Organization (WHO) (2006), *The African Region Health Report*, Brazzaville.
- World Health Organization (WHO) (2005), *Doenças Cardiovasculares na Região Africana: situação actual e perspectivas*, Maputo.
- World Health Organization (WHO) (2002), *Abordagem das Doenças Cardiovasculares através da redução dos factores de risco*, Brazzaville.
- World Health Organization (WHO) (1999), *The World Health Report – Making a Difference*, Geneva.
- World Health Organization (WHO) (s.a.), *Social determinants of health*. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/en/

ANEXOS

**Anexo A – Resposta do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra ao pedido de
autorização para a realização do trabalho de investigação**

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Exm^a Senhora
Dr^a Filipa Isabel de Oliveira Azevedo
Rua Carlos Alberto Pinto Abreu, n^o 33, 1^oEsq^o
3040-245 Coimbra

S/Ref ^a	S/Comunicação	N/Ref. – Ofício n.º	Data
		PC 30/11	23.12.2011

Assunto: Trabalho de Investigação no âmbito do trabalho de Mestrado em Desenvolvimento e Saúde Global

Tenho presente o pedido de V. Exa, de Novembro de 2011, relacionado com o assunto em epígrafe, que agradeço.

Informo que, de acordo com parecer da Comissão de Avaliação de Propostas para Trabalhos Académicos, cuja cópia se anexa, autoriza-se a realização do referido Trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração


(Dr. José Martins Nunes)

JN/PS

*Informar o seguinte do
Parecer da Comissão.*

*Jos
21.12.11*

Nome do Candidato: Filipa Azevedo

Trabalho N.º: 157

Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
do CHC, E.P.E.

Requisitos necessários nos pedidos a submeterem ao CHC, E.P.E.

Item	Descrição	Observações
1.	Identificação do projecto	Sim
2.	Identificação do candidato	Sim
3.	Vir expressa a chancela da instituição de ensino e o contexto académico de investigação: estágio, mestrado, doutoramento, etc.	Sim
4.	Vir expressa a responsabilidade do orientador académico	Sim
5.	Vir expressa a indicação do facilitador no terreno/orientador no local em que se vai realizar o trabalho, se estiver designado	Sim
6.	Vir expresso o compromisso com o código de ética da investigação	Sim
7.	Vir expresso que não envolve custos adicionais para a instituição	Sim
8.	Vir expressa a previsão da duração do trabalho (data de início e data final)	Sim
9.	Vir expresso o compromisso de envio de um exemplar do trabalho, após a sua discussão, em ficheiro pdf, ao Serviço de Gestão da Formação e Documentação	Sim
10.	Curriculum resumido do candidato	Sim
11.	Autorização dada pelo director do departamento/serviço onde o estudo vai ser realizado	Sim
12.	Desenho do projecto: objectivos e metodologia (instrumentos a utilizar, plano de recolha de dados e amostra)	Sim
13.	Exemplar do termo de consentimento informado	Sim

PARECER DA COMISSÃO: APROVADO NÃO APROVADO

Comissão de Avaliação de Propostas para Trabalhos Académicos
O coordenador

Data: 16/12/2011

Alexandra Santos (4391)

C.H.U.C. - EPE	
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	
Reg. N.º	232 / CA
Origem	
Data	20, 12, 2011

Anexo B – Pedido de consentimento informado

Pedido de Consentimento Informado

O estudo de investigação sobre os “*Acordos de Cooperação em Saúde entre Portugal e Moçambique, São Tomé e Príncipe, Angola e Cabo Verde, especificamente, no encaminhamento dos cidadãos a cuidados de saúde especializados, na área da cardiologia, no Centro Hospitalar de Coimbra (Hospital Geral e Hospital Pediátrico)*”, desenvolvido por Filipa Isabel de Oliveira Azevedo, enquadra-se no Mestrado em Desenvolvimento e Saúde Global do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, sob a orientação da Professora Doutora Clara Afonso de Azevedo de Carvalho Picarra e co-orientada pela Professora Doutora Isabel Craveiro.

Para o efeito solicito a sua colaboração para a realização de uma entrevista sobre esta temática. Todavia, tem a opção de não participar neste estudo, ou a possibilidade de interromper a sua participação no caso de se sentir desconfortável relativamente a algum aspecto da participação na investigação. Solicito ainda a possibilidade de utilização de gravador no decorrer da entrevista.

O objectivo geral do presente estudo visa a compreensão do papel dos acordos de cooperação em saúde, nomeadamente na prestação de cuidados especializados em cardiologia aos cidadãos dos respectivos países, assim como conhecer a forma como as diferentes instituições envolvidas e actores sociais se organizam para responder às necessidades daquelas pessoas. Os objectivos específicos visam: compreender a adequação das respostas institucionais relacionadas com os problemas dos doentes que necessitam de cuidados especializados; conhecer a forma de articulação e as estratégias utilizadas entre as instituições envolvidas na cooperação em saúde; conhecer as perspectivas dos diferentes actores sociais envolvidos nesta cooperação e conhecer os diferentes tipos de intervenção em doentes com patologia cardíaca.

A sua participação é de extrema importância para o sucesso deste trabalho de investigação, cujo objectivo é aprofundar o conhecimento sobre o papel e a eficácia dos acordos

de cooperação em saúde entre Portugal e os países mencionados no acesso a cuidados de saúde especializados em cardiologia, no Centro Hospitalar de Coimbra.

Por fim, saliento o facto de que os dados recolhidos serão somente utilizados para esta investigação.

Coimbra, 2012

Obrigado pela sua colaboração

Consentimento Informado

Eu, _____,
participo voluntariamente neste estudo, que tem como objectivo compreender o papel e a eficácia dos acordos de cooperação em saúde entre Portugal e Moçambique, São Tomé e Príncipe, Angola e Cabo Verde no acesso a cuidados de saúde especializados em cardiologia, no Centro Hospitalar de Coimbra.

(Assinatura)

Anexo C – Guiões de entrevista

Guião de Entrevista – Médicos, Enfermeiros e Técnicos

- Fale-me da importância dos acordos de cooperação em saúde entre Portugal e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, nomeadamente, com os quais desenvolve cuidados de saúde.
- De que forma é que as instituições envolvidas e os actores sociais se organizam e articulam para responder às necessidades daqueles cidadãos?
- Todos os doentes com patologia cardíaca têm acesso aos cuidados de saúde em Portugal, quando o seu país não tem respostas para a sua situação?
- Existe algum tipo de selecção de doentes? Há quem tenha mais facilidade de acesso a este tipo de cuidados?
- Quais as patologias mais frequentes?
- Qual o tipo de actuação, enquanto profissional de saúde neste tipo de situações?
- Os protocolos de cooperação fazem alusão à evacuação anual de um determinado número de doentes de cada país. Recebem esse número de doentes, ou podem receber mais?
- Existem mais vantagens na evacuação dos doentes para Portugal, ou a deslocação de equipas médicas a esses países? Porquê?
- Na sua perspectiva, os acordos de saúde incentivam ou não o desenvolvimento local, ou seja, o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa ao nível dos cuidados de saúde em cardiologia?
- Qual a sua perspectiva pessoal enquanto actor social envolvido nesta cooperação?
- Há algum aspecto que não tenha referido, mas que considere importante salientar?

Guião de Entrevista – Técnica de Serviço Social

- Fale-me da importância dos acordos de cooperação em saúde entre Portugal e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, nomeadamente, com os quais desenvolve cuidados de saúde.
- De que forma é que as instituições envolvidas e os actores sociais se organizam e articulam para responder às necessidades daqueles cidadãos?
- Todos os doentes com patologia cardíaca têm acesso aos cuidados de saúde em Portugal, quando o seu país não tem respostas para a sua situação?
- Existe algum tipo de selecção de doentes? Há quem tenha mais facilidade de acesso a este tipo de cuidados?
- Os protocolos de cooperação fazem alusão à evacuação anual de um determinado número de doentes de cada país. Recebem esse número de doentes, ou podem receber mais?
- Existem mais vantagens na evacuação dos doentes para Portugal, ou a deslocação de equipas médicas a esses países? Porquê?
- Na sua perspectiva, os acordos de saúde incentivam ou não o desenvolvimento local, ou seja, o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa ao nível dos cuidados de saúde?
- Qual a sua perspectiva pessoal enquanto actor social envolvido nesta cooperação?
- Há algum aspecto que não tenha referido, mas que considere importante salientar?

Guião de Entrevista – Cônsul de São Tomé e Príncipe

- Fale-me da importância dos acordos de cooperação em saúde entre Portugal e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, nomeadamente, com São Tomé e Príncipe.
- De que forma é que as instituições envolvidas e os actores sociais se organizam e articulam para responder às necessidades daqueles cidadãos?
- Todos os santomenses com patologia cardíaca têm acesso aos cuidados de saúde em Portugal, quando o seu país não tem respostas para a sua situação?
- Existe algum tipo de selecção de doentes? Há quem tenha mais facilidade de acesso a este tipo de cuidados?
- Os protocolos de cooperação fazem alusão à evacuação anual de um determinado número de doentes. Recebem esse número de doentes, ou podem receber mais?
- A embaixada de São Tomé e Príncipe apoia ou não os doentes em Portugal, nomeadamente, em termos de medicamentos, alimentos, alojamento?
- Existem mais vantagens na evacuação dos doentes para Portugal, ou a deslocação de equipas médicas a esses países? Porquê?
- Na sua perspectiva, os acordos de saúde incentivam ou não o desenvolvimento local, ou seja, o desenvolvimento do sistema de saúde de São Tomé e Príncipe ao nível dos cuidados de saúde em cardiologia?
- Qual a sua perspectiva pessoal enquanto actor social envolvido nesta cooperação?
- Há algum aspecto que não tenha referido, mas que considere importante salientar?

Guião de Entrevista – Ex. Primeiro-Ministro de São Tomé e Príncipe

- Como Ex. Primeiro-Ministro de São Tomé e Príncipe, certamente que tem um conhecimento muito vasto sobre a importância dos acordos de cooperação em saúde. Fale-me um pouco da sua importância.
- De que forma é que as instituições envolvidas e os actores sociais se organizam e articulam para responder às necessidades daqueles cidadãos?
- Todos os santomenses com patologia cardíaca têm acesso aos cuidados de saúde em Portugal, quando o seu país não tem respostas para a sua situação?
- Existe algum tipo de selecção de doentes? Há quem tenha mais facilidade de acesso a este tipo de cuidados?
- Os protocolos de cooperação fazem alusão à evacuação anual de um determinado número de doentes. Recebem esse número de doentes, ou podem receber mais?
- A embaixada de São Tomé e Príncipe apoia ou não os doentes em Portugal, nomeadamente, em termos de medicamentos, alimentos, alojamento?
- Existem mais vantagens na evacuação dos doentes para Portugal, ou a deslocação de equipas médicas a esses países? Porquê?
- Na sua perspectiva, os acordos de saúde incentivam ou não o desenvolvimento local, ou seja, o desenvolvimento do sistema de saúde de São Tomé e Príncipe ao nível dos cuidados de saúde em cardiologia?
- Qual a sua perspectiva pessoal enquanto actor social envolvido nesta cooperação?
- Há algum aspecto que não tenha referido, mas que considere importante salientar?

Anexo D – Entrevistas a informadores privilegiados

Entrevistas a informadores privilegiados

E1 - Dr. Nuno Quintal – Médico Cardiologista no Hospital Geral, CHUC; Dr. Luís Paiva – Médico Interno de Cardiologia no Hospital Geral, CHUC; Dr.^a Joana Trigo – Médica Cardiologista no Hospital Geral, CHUC

Data da Entrevista – 16/04/2012

E2 - Dr. Eduardo Castela – Médico Cardiologista no Hospital Pediátrico, CHUC / Director do Serviço de Cardiologia

Data da Entrevista – 09/04/2012

E3 - Enfermeiro Carlos Pereira – Enfermeiro no Hospital Geral, CHUC

Data da Entrevista – 15/03/2012

E4 - Enfermeira Isabel Oliveira – Enfermeira no Hospital Geral, CHUC

Data da Entrevista – 30/01/2012

E5 - Técnico Mário Camacho – Técnico Cardiopneumologista no Hospital Geral, CHUC

Data da Entrevista – 30/04/2012

E6 - Técnico Helder Costa – Técnico Cardiopneumologista no Hospital Pediátrico, CHUC

Data da Entrevista – 20/04/2012

E7 - Dr.^a Cristina Varandas – Técnica de Serviço Social no Hospital Geral, CHUC

Data da Entrevista – 12/03/2012

E8 - Dr. José Joaquim Diogo – Cônsul de São Tomé e Príncipe em Coimbra

Data da Entrevista – 22/03/2012

E9 - Dr. Rafael Branco – Ex. Primeiro-Ministro de São Tomé e Príncipe

Data da Entrevista – 07/03/2012

Anexo E – Grelha de análise das entrevistas

Temas	Profissionais de Saúde						Assistente Social	Representantes Políticos	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Importância dos acordos de cooperação em saúde	Melhoria das condições locais de saúde, reforço da cooperação internacional.	Partilha de conhecimentos, aprendizagem mútua, realização de teleconsultas regulares.	Temos um Know-how muito importante, devendo colocá-lo à disposição de todos os que precisam.	Estes países têm carências a nível socioeconómico incluindo problemas na área da saúde.	Assistência e formação de técnicos, desenvolvimento de infra-estruturas.	Intercâmbio de saberes entre os actores e instituições, colmatar deficiências de meios técnicos.	Assistência médica proporcionada aos doentes.	Suporte das instituições hospitalares.	Relevante ao nível do funcionamento do sistema de saúde de São Tomé, assistência médica pontual, formação de profissionais.
Acesso aos cuidados de saúde	Seleção das patologias cardíacas pelos médicos locais, apoiando os casos mais complexos.	Apoio ao nível do diagnóstico, proposta de terapêuticas, exames complementares ou cirurgia.	Desigualdades e assimetrias no acesso aos cuidados de saúde. Os doentes são seleccionados pelos parceiros locais e se justificar o doente é encaminhado para um hospital.	Seleção adversa, dado que, os mais carenciados têm um acesso mais limitado.	A seleção dos doentes é feita por equipas médicas a nível local. O ICOR direcciona-se para a prestação de cuidados tendencialmente gratuitos para indigentes.	As crianças são observadas através da técnica de telemedicina.	O acesso aos cuidados de saúde dependerá do local de residência e do conhecimento dos cidadãos dos serviços de saúde do país.	A aceção é feita pela equipa local e quando necessário são evacuados, se não, são tratados lá.	Através do Projecto Saúde Para Todos é possível ter acesso aos cuidados de saúde.
Estratégias adoptadas entre as instituições e os actores sociais	A ONG Cadeia de Esperança coopera no âmbito da prevenção e tratamento das DCV, tendo como objectivo criar uma unidade de cardiologia. Transferência de	O gabinete de telemedicina é multidisciplinar e há uma articulação entre todas as equipas.	Os actores sociais e as diferentes instituições públicas ou privadas devem encontrar parceiros locais, para elaborar um diagnóstico	As instituições estatais dos países africanos entram em contacto com Portugal, sempre que é necessário evacuar um doente.	A Cadeia de Esperança em parceria com as congéneres Inglesa e Francesa patrocinaram a formação do ICOR. Deslocação de	Articulação entre os componentes humanos e técnicos.	Contacto entre o médico proponente e o serviço que recebe o doente em Portugal, garantindo posteriormente a continuidade dos cuidados de	Se há um doente evacuado de São Tomé e Príncipe, recorro à Cadeia de Esperança. No entanto, a embaixada	Actor principal no Projecto Saúde Para Todos é o Instituto Marquês de Valle Flôr, que estabelece articulações com o IPAD,

	meios técnicos e formação de técnicos. Implementação do Projecto Saúde para Todos através do Instituto Marques de Valle Flôr.		da situação. Deve ser privilegiada a ida da equipa para tratar localmente os doentes, integrando no trabalho colegas das equipas locais.	O CHUC dispõe de tecnologia avançada e profissionais especializados. Se houver recursos nos países de origem, a deslocação de equipas médicas abrange um maior número de indivíduos.	equipas médicas para dar formação e apresentação de produtos aos médicos, dado que, o ICOR está bem equipado.		saúde país de origem.	tem contribuído, contudo é um peso grande para São Tomé.	com hospitais e outros agentes.
Impacto das respostas institucionais nos doentes que necessitam de cuidados de saúde	O projecto da Cadeia de Esperança tem dado frutos consistentes em termos de eficiência e eficácia, havendo possibilidade de tratar muitos mais doentes.	Sempre que fomos solicitados temos dado resposta.	Nem todos os doentes têm acesso. Os doentes são seleccionados pelos parceiros locais, em que a prioridade de intervenção deve incidir nos mais carenciados e os que têm as patologias mais graves.	Nem todos têm acesso, porque nas sociedades existem diferenças ao nível das classes sociais, em que as pessoas com menos recursos têm mais dificuldades.	Os doentes neste momento raramente se deslocam para cá, pois há em Moçambique recursos para tratar a maioria das patologias.	Nem todas as crianças têm acesso. Estas são observadas através de telemedicina pelos médicos e depois define-se a prioridade de atendimento.	Não há um rastreio a todos os cidadãos, que permita identificar todos os que têm patologia cardíaca, no entanto, os que já estão identificados têm acesso ao respectivo tratamento.	Os doentes têm acesso aos cuidados graças à Cadeia de Esperança. O Hospital nunca fechou as portas, e por isso tem havido uma cooperação muito boa.	O Projecto Saúde para Todos – Especialidades teve impactos visíveis na vida das pessoas, diminuindo-se os custos financeiros das evacuações.
Tipos de intervenção em doentes com patologia cardíaca	As patologias podem ser a hipertensão arterial, acidentes vasculares cerebrais, miocardiopatia dilatada e doença das coronárias. Deve-se incidir em medidas de prevenção	As patologias são diversas, aparecendo muitas cardiopatias. Discutimos apenas as crianças e recém-nascidos com cardiopatias muito graves.	Nos adultos a doença arteriosclerótica e hipertensão, doença valvular, miocardiopatia dilatada e insuficiência cardíaca. Nas crianças foramen ovale patente (FOP),	Hipertensão, doença valvular, miocardiopatia dilatada, insuficiência cardíaca. Os doentes são tratados segundo o quadro clínico que apresentem, privilegiando a	Cardiopatias congénitas, patologia valvular de causa reumática, doença coronária e hipertensão. Os doentes são estudados habitualmente no ICOR, sendo aí tratados sempre	Patologias cardíacas com origem reumatisal ou congénita, comunicações inter-ventriculares e estenoses valvulares. Realização de exames às			

	<p>cardiovasculares, assim como, informações junto das populações.</p> <p>Os doentes hipertensos com patologia grave terão de ser evacuados para Portugal.</p>		<p>hipertensão pulmonar, tetralogia de fallot, estenoses valvulares, coarctação da aorta, comunicações inter-auriculares (CIA), comunicações interventriculares (CIV), persistência do canal arterial, transposição dos grandes vasos.</p> <p>A intervenção do enfermeiro é de acordo com a sua competência e formação, em que a componente informativa ocupa um lugar importante.</p>	humanização do indivíduo.	que possível.	crianças.			
<p>Impacto dos acordos de cooperação em saúde no desenvolvimento dos sistemas de saúde</p>	<p>A Cadeia de Esperança envia equipas a Moçambique para o tratamento de doentes e formação de técnicos a nível local.</p> <p>Os resultados desta cooperação têm sido considerados positivos pelo IPAD, Hospital Ayres de Menezes</p>	<p>Há cinco anos começamos a fazer formação lá, através de teleconsulta, congressos, teleformação à distância. É uma aprendizagem contínua, sendo muito importante para eles e para nós.</p>	<p>Deve ser um ponto essencial nos acordos.</p> <p>Deve-se contemplar a saúde para todos e a redução das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde.</p>	<p>Deve-se dar preferência à deslocação de equipas, criando oportunidades de ensino e aprendizagem com as equipas locais. Para incentivar o progresso, os cuidados de saúde devem ser equitativos, diminuindo as assimetrias ao</p>	<p>O ICOR é o exemplo da intervenção a nível local.</p> <p>O investimento dos governos locais, melhor educação sanitária, formação adequada e o investimento financeiro pode melhorar a saúde no continente africano.</p>	<p>Qualquer acordo pressupõe novos conhecimentos, assim como, atitudes científicas.</p>	<p>É um grande contributo, “para além de dar peixe, ensinar a pescar”.</p>	<p>A equipa da Cadeia de Esperança tem feito um trabalho notável. Formaram técnicos e já há médicas preparadas no terreno. Equiparam o hospital com aparelhos de diagnóstico</p>	<p>Grande contributo para o progresso do sistema de saúde de São Tomé e Príncipe.</p>

	e pelo Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe.			nível dos cuidados de saúde.				e está a ser estruturada uma unidade de cardiologia.	
Perspectivas dos actores sociais	Qualquer ajuda a São Tomé é sempre bem-vinda. A formação quer local, quer em Portugal dos técnicos é muito importante, para que a unidade de cardiologia funcione autonomamente.	A telemedicina é uma técnica de grande relevância. Há um reconhecimento da nossa experiência e disponibilidade. A telemedicina já existe há 15 anos no Hospital Pediátrico, sendo um motivo de orgulho.	Apesar das dificuldades do Sistema Nacional de Saúde poderem ser um entrave à concretização de novos projectos, a cooperação vai continuar a existir.	A cooperação vai continuar a encetar esforços no auxílio aos cidadãos dos países africanos, na área da saúde, apesar das dificuldades.	Faz todo o sentido investir no continente africano. Se não houver uma perspectiva aberta e livre de interesses, a ajuda ao nível da cooperação estará mais longe.	Como técnico executo os exames necessários. Fica igualmente um sentimento de doação para com estas crianças.	Sinto-me privilegiada pela oportunidade de participar na cooperação, enquanto elemento de apoio social.	A Cadeia de Esperança tem feito um trabalho notável, tendo dado seguimento a esse trabalho. Nós precisamos de muitas Cadeias de Esperanças.	Toda a cooperação com São Tomé no sector da saúde é muito relevante, sendo uma mais-valia para o sistema de saúde do país.