



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Economia Política

Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e os
PALOP: contributos do PADE

Solange de Fátima Casimiro Tchuda

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

Orientadora:

Doutora Clara Afonso Azevedo Carvalho,

Professora Auxiliar, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Julho, 2013

Agradecimentos

O meu agradecimento é dirigido em primeiro lugar, à Professora Doutora Clara Carvalho, pela orientação e por ter tornado possível a realização deste trabalho.

Aos meus professores, pelo acompanhamento ao longo de todo o meu percurso escolar e académico, em especial aos professores Afonso Martins, Gina Rodrigues, José Horta e Rogério Roque Amaro, pelos ensinamentos.

Aos meus colegas e amigos, aos quais não posso mencionar nome para não ser injusta com alguns, mas eles sabem da importância que têm na minha caminhada.

Aos informantes sobre PADE: à Ana Furão, pelos dados fornecidos; aos utentes do PADE, pela participação e aos técnicos que trabalham com estes doentes que aceitaram participar nas entrevistas.

À Alexandra, por me ouvir sempre e por me ter apoiado na revisão final.

Ao Flávio, pelo companheirismo e força e por nunca ter-me deixado desistir dos meus objetivos.

À minha família, em especial à querida avó Bia, pela transmissão de saberes e por ser uma modelo de coragem, à minha irmã Romise pelo apoio e ao meu filho Leo, pelos sorrisos e brincadeiras, principalmente nos momentos mais difíceis.

Resumo

Esta dissertação trata das questões relacionadas com doentes africanos evacuados dos PALOP através dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde assinados com Portugal. A existência de bloqueios nos acordos e a falta de cumprimento dos mesmos provocam obstáculos aos doentes evacuados tanto nos países de origem como em Portugal. Perante esta conjuntura e com o intuito de minimizar estes flagelos, o Alto Comissariado com o Diálogo Intercultural (ACIDI) em parceria com o Instituto Português da Segurança Social (IPSS) criou o Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros (PADE).

O enquadramento teórico centra-se nos conceitos do desenvolvimento humano e direitos humanos e na cooperação para o desenvolvimento.

Para a recolha de informações, foram privilegiadas as fontes de informações como a revisão da literatura científica, a análise de documentos, o inquérito por questionário e a entrevista.

Após a análise dos dados recolhidos, foram apresentadas as conclusões que refletem sobre os contributos do PADE na evacuação, acolhimento e retorno de doentes oriundos dos PALOP.

Palavras-chave: Desenvolvimento Humano, Direitos Humanos, Cooperação em Saúde.

Abstract

This dissertation deals with issues related to African patients evacuated from PALOPs through Cooperation Agreements in the Domain of Health signed with Portugal. The existence of blockages in the agreements and the lack of their fulfillment of the same cause obstacles to patients evacuated in both countries of origin and in Portugal. Given this situation and in order to minimize these scourges, ACIDI together with IPPS created PADE.

The theoretical framework focuses on the concepts of human development and human rights and development cooperation.

To collect information, we focused on the sources of information such as scientific literature review, document analysis, the survey and interview.

After analyzing the data collected, the findings were presented to reflect on the contributions of the PADE evacuation, reception and return of patients from PALOP.

Keywords: Human Development, Human Rights, Health Cooperation

Índice

Capítulo I

1. Introdução	1
1.1. Justificação da escolha do tema	2
1.1.1. Justificação científica	2
1.1.2. Justificação social.....	3
1.1.3. Justificação política	3
1.1.4. Justificação pessoal	3
1.2. Objetivos do trabalho	4
1.2.1. Objetivo geral.....	4
1.2.2. Objetivos específicos.....	4
1.3. Perguntas de partida	4
1.4. Metodologia	4
2. Enquadramento teórico-conceitual.....	7
2.1. O Desenvolvimento Humano	7
2.1.1. O Conceito de Desenvolvimento.....	7
2.1.2. Críticas ao conceito de desenvolvimento	10
2.1.3. Novos entendimentos de Desenvolvimento	12
2.1.4. Uma abordagem ao Desenvolvimento Humano.....	13
2.2. Direitos Humanos.....	16
2.2.1. Definição dos Direitos Humanos	16
2.2.2. Os Direitos Humanos e o Desenvolvimento Humano.....	19
3. Cooperação para o Desenvolvimento.....	21
3.1. O conceito de Cooperação para o Desenvolvimento.....	21
3.2. A Cooperação Bilateral Portuguesa	27
3.3. A Cooperação Portuguesa em Saúde	30
4. Os Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e os PALOP.....	35
4.1. Enquadramento Legal	35
4.2. Identificação de bloqueio nos acordos	38
4.3. Descrição dos processos de evacuação	39
4.4. Apresentação dos obstáculos enfrentados por doentes evacuados	40
5. O PADE	42
5.1. O que é o PADE.....	42
5.2. Contributos do PADE na evacuação, acolhimento e retorno de doentes	44

Contributos do PADE

5.2.1. O PADE e a parceria	45
5.2.2. As Casas de Acolhimento da Rede do PADE	47
5.2.3. Utentes do PADE	49
5.3. Análise aos contributos do PADE na evacuação, acolhimento e retorno de doentes.....	52
5.3.1. Análise aos dados dos utentes inquiridos	52
5.3.2. Análise aos dados das entrevistas semi-estruturadas.....	60
6. Conclusão.....	65
7. Bibliografia	67
7. Fontes	70
8. Anexos.....	71
8.1. Anexo A – Guiões	71
8.1.1. Anexo A.1 – Guiões dos Questionários	71
8.1.2. Anexo A.2 – Guião das Entrevistas.....	72

Índice de Quadros

Quadro 5.1: Número de beneficiários do PADE.....	50
Quadro 5.2: Caracterização de utentes.....	51
Quadro 5.3: Origem de utentes.....	51
Quadro 5.4: Número total de bolsas atribuídas.....	52
Quadro 5.5: Caracterização dos inquiridos.....	53
Quadro 5.6: Género dos inquiridos.....	53
Quadro 5.7: Faixa etária dos inquiridos.....	53
Quadro 5.8: Nível escolar dos inquiridos.....	54
Quadro 5.9: Tipo de doenças.....	54
Quadro 5.10: Tempo de espera para a evacuação dos inquiridos.....	55
Quadro 5.11: Responsável pelo envio de termo de responsabilidade.....	55
Quadro 5.12: Responsável pelo custo da viagem para Portugal.....	56
Quadro 5.13: Responsável pela receção em Portugal.....	56
Quadro 5.14: Responsável pelo custo de estadia em Portugal.....	57
Quadro 5.15: Ano da chegada a Portugal.....	57
Quadro 5.16: Fonte de informação relativamente a existência do PADE.....	58
Quadro 5.17: Tempo de espera entre o primeiro contacto e a entrada numa casa de acolhimento do PADE.....	58

Quadro 5.18: Tempo de permanência numa casa de acolhimento do PADE.....59

Índice de Figuras

Figura 3.1: Objetivos do Desenvolvimento do Milénio e as respetivas metas.....22
Figura 4.1: Número máximo de doentes que cada PALOP pode evacuar anualmente...37
Figura 5.1: Parceiros do PADE.....46
Figura 5.2: As casas de acolhimento da rede do PADE.....49
Figura 3.1: Opiniões dos inquiridos acerca das casas de acolhimento do PADE.....60

Glossário de Siglas

ACIDI - Alto Comissariado para o Diálogo Intercultural
ACS - Alto Comissariado para a Saúde
AIDA - Ayuda Intercambio y Desarrollo
APD - Apoio Público ao Desenvolvimento
BM - Banco Mundial
CAD – Comité de Ajuda ao Desenvolvimento
CNAI - Centro Nacional de Apoio a Imigrantes
DGS - Direção Geral de Saúde
EUA - Estados Unidos da América
FMI - Fundo Monetário Internacional
IP - Instituto Público
IPAD - Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento
IPSS – Instituto Português da Segurança Social
ODM - Objetivos do Desenvolvimento do Milénio
ONG - Organizações Não Governamentais
ONGD - Organizações Não Governamentais para o Desenvolvimento
ONU - Organização das Nações Unidas
PADE - Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros
PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PALOP - TL - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e Timor Leste
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PIC - Programa Indicativo de Cooperação
RDH - Relatório do Desenvolvimento Humano
SNS - Serviço Nacional de Saúde

U.R.S.S. - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

1. Introdução

Neste trabalho de investigação, vai-se procurar identificar e perceber quais as dificuldades enfrentadas por doentes evacuados ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Também se pretende perceber as motivações que levaram a criação do Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros (PADE) e qual o seu papel na evacuação, acolhimento e retorno destes doentes.

A mobilidade de cidadãos dos PALOP para Portugal por questões de saúde é um assunto que devia ganhar mais destaque na cooperação entre estes países. Apesar de Portugal ter assinado acordos de cooperação no âmbito da saúde com todos os PALOP, em que doentes destes países possam usufruir de tratamento médico em seus hospitais, ainda há um longo caminho neste campo. Por um lado, é necessário que estes acordos sejam adaptados a necessidade de cada PALOP e a realidade atual e por outro lado, que se garanta o seu cumprimento na íntegra. Desta forma, estes acordos irão ao encontro dos direitos humanos, uma vez que para além do acesso à saúde seriam também garantidas aos doentes as necessidades básicas como a habitação.

Inicialmente, como o intuito de se chegar aos conceitos do desenvolvimento humano e dos direitos humanos, onde também se procurou encontrar semelhanças entre ambos, é abordado o tema do desenvolvimento, através do conceito, críticas e novas leituras.

Depois, é no seguimento do conceito de cooperação para o desenvolvimento que é posto em evidência a cooperação bilateral portuguesa, principalmente na área da saúde.

Na alusão aos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e os PALOP, é importante identificar os bloqueios existentes, e referir obstáculos enfrentados por doentes e seus acompanhantes nos seus países de origem e Portugal.

No que diz respeito ao PADE, o tema central do estudo, este trabalho vai procurar através de uma visão analítica, explicar de que forma este programa contribui para a melhoria de vida destes doentes e acompanhantes, através da sua evacuação, acolhimento e retorno. É necessário perceber as motivações que levaram à criação do PADE e o seu papel no apoio a doentes estrangeiros e seus acompanhantes. Deste modo, é imperativo chamar atenção a sociedade sobre a problemática da evacuação de doentes para Portugal através dos acordos de cooperação.

Esta dissertação está dividida por capítulos. O capítulo I refere-se à introdução, onde são apresentadas as justificações, os objetivos, as perguntas de partida deste trabalho de investigação e a metodologia aplicada.

O Capítulo II diz respeito ao enquadramento e nele é abordado o conceito do desenvolvimento, uma visão diferente do desenvolvimento - desenvolvimento humano e o conceito dos direitos humanos.

O capítulo III aborda o conceito de cooperação para o desenvolvimento, e são tratados os temas da cooperação bilateral portuguesa e a cooperação portuguesa em saúde.

No capítulo IV são explorados os Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e os PALOP. Após o enquadramento geral, procede-se à identificação de bloqueios, à descrição dos processos de evacuação de doentes e por fim, são apresentados obstáculos enfrentados por estes doentes. É importante compreender na prática como têm funcionado estes acordos, para se poder perceber o papel do PADE.

O capítulo V faz uma análise do PADE, o estudo de caso deste trabalho, em que se começa por explicar em que consiste o PADE. A seguir, são apresentados os contributos dos PADE, através da apresentação das parcerias do PADE, das casas de acolhimento da rede do PADE e dos utentes PADE. Posteriormente é feita a análise dos contributos através das abordagens dos dados dos doentes inquiridos e das entrevistas feitas a alguns profissionais de saúde que trabalham com estes doentes.

Por fim, no capítulo VI são apresentadas as conclusões do estudo sobre o PADE.

1.1. Justificação da escolha do tema

Sendo o tema de Cooperação na área da saúde pouco explorado, a seguir são apresentados os motivos da escolha do tema doentes evacuados através dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e os PALOP.

1.1.1. Justificação científica

Pretende-se investigar e aumentar o conhecimento na área acima indicada Sendo um tema ainda pouco explorado pela comunidade científica, pode vir a despertar interesses para investigadores de várias áreas do saber, pois nos últimos anos, é um tema que tem preocupado bastante técnicos em Portugal que desenvolvem o seu trabalho nas áreas da ação social e do desenvolvimento.

1.1.2. Justificação social

Num mundo cada vez mais globalizado, mas desigual, a temática a cooperação para o desenvolvimento tem tido um peso muito importante e a área da saúde tem sido privilegiada.

Este trabalho pretende informar as sociedades envolvidas do conteúdo destes acordos, conseqüentemente das responsabilidades de cada país envolvido e mostrar de que formar o PADE tem vindo a contribuir para a diminuição de flagelos sustidos por doentes evacuados e seus acompanhantes.

1.1.3. Justificação política

Através da Cooperação Bilateral, Portugal tem mantido relações muito estreitas com as suas antigas colónias, os PALOP. Com estes países, tem vindo assinar acordos de cooperação em várias áreas desde a independência do domínio colonial.

Neste sentido, os Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e cada um dos PALOP, têm contribuído para melhorar o estado do sistema de saúde destes países.

No entanto, muitas vezes estes Acordos não são cumpridos na totalidade. Neste caso, há necessidade destes acordos serem revistos, na medida em que os compromissos assumidos pelos Governos de cada país não terem conseguido dar respostas satisfatórias aos doentes evacuados, o público-alvo dos acordos. Os acordos assinados entre os governos destes países, para além de não ser cumpridos, também apresentam lacunas que dificultam a vida dos doentes evacuados e seus acompanhantes.

Deste modo, é importante e urgente que os respetivos Governos assumam as suas falhas e sejam capazes de tomar atitudes que garantam o seu cumprimento.

1.1.4. Justificação pessoal

A problemática dos doentes evacuados, em especial no caso dos doentes provenientes da Guiné-Bissau sempre esteve presente na minha vida.

Privei por diversas vezes com pessoas que vieram para Portugal através dos acordos de saúde e que tiveram uma vida muito difícil.

O meu interesse por esta temática cresceu e bastante quando, em Portugal (desde Janeiro de 2010), comecei a ter contacto diário com doentes evacuados e seus acompanhantes alojados na Casa Viva – Casa de Acolhimento da Rede do PADE.

Em minha opinião, o PADE necessita de definir novas estratégias que lhe permitam contribuir de forma mais positiva na melhoria das condições de vida destes doentes e seus acompanhantes que vêm para Portugal através dos acordos de saúde.

1.2. Objetivos do trabalho

A minha dissertação vai centralizar-se nos contributos do PADE na evacuação, acolhimento e retorno de doentes que vêm para Portugal através de acordo de cooperação celebrado com a Guiné-Bissau na área da Saúde.

1.2.1. Objetivo geral

O objetivo geral deste trabalho é de dar a conhecer o PADE, percebendo assim, quais os contributos do PADE na evacuação, acolhimento e retorno de doentes ao abrigo dos Acordos de Cooperação no âmbito da Saúde entre Portugal e os PALOP.

1.2.2. Objetivos específicos

Identificar os contributos do PADE na evacuação, acolhimento e retorno de doentes.

Explicar o processo de evacuação de doentes através dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e os PALOP.

Identificar lacunas nos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e os PALOP.

Identificar as falhas no cumprimento do Acordo de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e os PALOP.

Identificar as principais dificuldades sentidas por doentes e seus acompanhantes no processo de evacuação, acolhimento e retorno.

Identificar os contributos do PADE na evacuação, acolhimento e retorno de doentes.

1.3. Perguntas de partida

De que forma o PADE contribui para a Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e os PALOP?

Como funciona o processo de evacuação, acolhimento e retorno de doentes através dos Acordos de Cooperação no âmbito da Saúde entre Portugal e os PALOP?

Quais as lacunas existentes nos Acordos de Cooperação no âmbito da Saúde entre Portugal e os PALOP?

Quais as falhas no cumprimento dos Acordos de Cooperação no Âmbito da Saúde entre Portugal e os PALOP?

Quais as principais dificuldades sentidas pelos doentes e seus acompanhantes no processo de evacuação, acolhimento e retorno?

1.4. Metodologia

Para a realização deste trabalho, privilegiou-se a metodologia qualitativa, tendo sido utilizadas várias técnicas de recolha de dados, nomeadamente:

Revisão da literatura científica

Leitura e interpretação de literatura científica e de relatórios relacionados com conceitos teóricos e com os programas específicos a abordar.

Na abordagem do tema Cooperação para o Desenvolvimento será dado destaque a informação proveniente do IPAD

Análise documental

Análise de documentos sobre os Acordos de Cooperação no âmbito da Saúde entre Portugal e os PALOP e documentos sobre o PADE.

Entrevista

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a alguns profissionais de instituições ligadas aos Acordos de Saúde (a embaixada de São Tomé e Príncipe, a hospitais Egas Moniz e Santa Marta a ONG AIDA e ao Centro de acolhimento pós-hospitalar A Casa do Gil). Conversas informais a profissionais que de certa forma estiveram envolvidas com doentes evacuados dos PALOP (associações que trabalham com imigrantes, associações de apoio social). Para Reis, “Na entrevista é estabelecida uma relação entre o entrevistador e o entrevistado que visa à obtenção de informação importante para a investigação e que permite a descrição dos fenómenos” (Reis: 2010). Assim, as entrevistas realizadas as informantes chave e profissionais permitem recolher informação atual e circunstanciada sobre o funcionamento concreto do PADE.

Inquérito por questionário

Durante os meses de Dezembro de 2011 e Janeiro de 2012 foram realizados inquéritos por questionário a alguns doentes e acompanhantes que ainda se encontravam em casas de acolhimento do PADE. Foram feitos 17 questionários que serviram como uma amostra.

Estudo de caso

Este trabalho está enquadrado no método de estudo de caso, em que o foco é o PADE. Na análise ao PADE, a minha experiência com responsável pela Casa Viva (uma casa de Acolhimento da rede do PADE), permitiu-me proceder à observação-participante ao longo de dois anos (entre Janeiro de 2009 e Janeiro de 2011) e vivenciar vários aspetos do programa. O contacto com profissionais e utentes ligados ao PADE permitiu recolher quais diariamente informações.

Contributos do PADE

2. Enquadramento teórico-conceitual

2.1. O Desenvolvimento Humano

2.1.1. O Conceito de Desenvolvimento

O dicionário de Economia e Ciências Sociais apresenta o desenvolvimento como modificações profundas de estruturas – sejam estas demográficas, económicas ou sociais, - que, de modo geral, acompanham o crescimento não só económico, mas também social em longo prazo. Estas transformações têm que ocorrer num determinado local e numa determinada altura e devem garantir melhorias de vida não só de geração atual, mas também de gerações futuras.

Edelman e Haugerud (2005) põem em evidência a evolução histórica das teorias e das práticas do desenvolvimento, não só a partir do após Segunda Guerra Mundial (como a grande parte dos autores), mas desde a ascensão do capitalismo iniciado no século XV. Estes antropólogos do desenvolvimento, Edelman e Haugerud apresentam-nos três fases históricas do desenvolvimento:

- “Nossa primeira fase de desenvolvimento inclui as tentativas de compreender a ascensão do capitalismo nos séculos XV e XVI e as mudanças associadas como o aparecimento do capitalismo industrial no final do século XVIII”.
- “Após a 2ª Guerra Mundial, “um precursor claro para este período foi a criação de instituições financeiras Bretton Woods (FMI e BM) em 1944”.
- “A terceira fase de desenvolvimento inicia como colapso de Bretton Woods”. Nesta fase, o FMI e o BM mostram a incapacidade em cumprir com as promessas feitas para ajudar os países ditos subdesenvolvidos em atingir o desenvolvimento.

A leitura destes autores preocupados com as questões do desenvolvimento leva-nos a refletir acerca dos aspetos relacionados com as relações internacionais e o desenvolvimento, como a sua participação no mercado mundial.

A ideia de desenvolvimento foi ganhando certo relevo ao longo do tempo – influenciado por diferentes ideologias e visões, mas sempre com a ideia de crescimento em termos produtivos. Mas foi na fase do após Segunda Guerra Mundial que o conceito começou a ganhar espaço no campo académico e começou a ser estudado por atores de vários campos de saber, como, por exemplo, a antropologia, ganhando assim outras visões. Nesta altura, os organismos criados no quadro do redesenhar da nova ordem mundial após o conflito, tais como as instituições financeiras de Bretton Woods e a

ONU, financiaram Estados que se comprometeram criar riquezas para melhorar a vida dos seus cidadãos. No entanto, os Estados não foram capazes de criar as riquezas prometidas, que por sua vez contribuiriam para o progresso dos seus países, o que vai ser comprovado mais a frente, na referência às chamadas décadas do desenvolvimento (entre os anos 60 e 90). Nesta fase, a doutrina neoliberal adotada defendeu que o mercado deve ser o maior impulsor da economia e não o Estado, que deve ter apenas um papel regulador.

Também foi no período após a Segunda Guerra Mundial, que o conceito de desenvolvimento ganhou um grande destaque na agenda internacional por várias razões: um período acompanhado pelo processo de independência de grande parte das então colónias europeias; pela instauração do Plano Marshall, criado pelos E.U.A. e que tinha como objetivo a reconstrução da Europa destruída pela Guerra; pela instalação de Guerra Fria, onde os E.U.A. e a U.R.S.S. tentavam influenciar os novos países com as suas ideologias políticas. Desde a sua afirmação, o conceito de desenvolvimento sempre teve como referência “a experiência histórica dos países europeus considerados desenvolvidos, no âmbito das chamadas sociedades industriais, entendendo-se como «boas práticas» as suas evoluções, a caminho de uma sociedade da abundância, durante os cerca de 200 anos que tinham decorrido entre os finais do século XVIII (início da Revolução Industrial) e a Segunda Guerra Mundial.” (Amaro, 2003).

Em Janeiro de 1949, Truman, apresenta no seu discurso de tomada de posse de Presidente dos E.U.A., o primeiro projeto de apoio ao desenvolvimento dos EUA: “temos de iniciar um programa novo e ousado para fazer os benefícios dos nossos avanços científicos e progresso industrial disponíveis para a melhoria e crescimento das áreas subdesenvolvidas”. Na lógica deste excerto do discurso de Truman, as áreas subdesenvolvidas, para alcançar o progresso necessitam que as áreas desenvolvidas injetem os seus recursos. Esta ideia ambiciosa de Truman vai ao encontro do pensamento dos teóricos do desenvolvimento dessa altura, que defendiam que o único caminho para os países os ditos subdesenvolvidos atingirem o desenvolvimento é receber a transferência de recursos dos países ditos desenvolvidos. É através deste discurso que a expressão “subdesenvolvimento” ganhou relevo, como veremos em baixo.

Muitos teóricos do desenvolvimento sustentaram a ideia de que os países que pretendem alcançar o progresso que por sua vez leva ao desenvolvimento devem querer modernizar-se seguindo os mesmos passos dos países europeus industrializados como a

Inglaterra ou a França. Esta teoria de desenvolvimento foi defendida por vários autores, como é o caso de Rostow, que na sua obra “*As etapas do desenvolvimento económico*” apresenta as cinco etapas que considera que todas as sociedades devem passar para atingir o desenvolvimento. Neste sentido, devem os países ditos subdesenvolvidos seguir os passos seguidos por países industrializados para atingirem o desenvolvimento? Que implicações sociais e culturais isto provoca? Nesta perspetiva, o subdesenvolvimento era tido como um atraso à modernização e era necessário mudar este cenário. Isso fez com que muitos países africanos tentassem pôr em prática, a partir dos anos 60, as teorias defendidas por Rostow e outros teóricos, que definiram estratégias de desenvolvimento. Estas políticas de desenvolvimento que foram aplaudidas pelas instituições de Bretton Woods e outros doadores internacionais, que apenas tinham em conta estratégias do crescimento económico, esquecendo-se da dimensão qualitativa de desenvolvimento - o bem estar.

As teses sustentadas na época, para além de defender o crescimento económico como o único indicador do desenvolvimento entende-no com um conceito eurocêntrico, na medida em que apresenta o modelo seguido pelos países europeus como o único caminho possível para atingir o bem-estar.

Entre os anos 60 e os anos 90 (apelidadas pelo Banco Mundial como Décadas de Desenvolvimento), os países ditos desenvolvidos, nomeadamente europeus, injetaram ajudas sobre a forma de cooperação nos países mais pobres, na tentativa destes atingirem os indicadores de desenvolvimento previstos.

Nos anos 60, ou seja, a primeira década do desenvolvimento, que coincidiu com o início das independências das então colónias europeia, os países ricos comprometeram-se a apoiar economicamente os mais pobres. Esta política de cooperação, rapidamente revelou ser uma desilusão, pois as promessas raramente foram cumpridas, tanto por parte de credores, como por parte de devedores. Neste período, o apoio prestado seguia as teorias europeias e norte-americanas, que associavam estreitamente o desenvolvimento ao crescimento económico. Os capitais doados aos países recetores era para “fornecer recursos adicionais... por forma de preencher as lacunas (capital e conhecimento) e vencer os constrangimentos herdados para fazer deslocar a economia”, (Amaro, 2003:26).

Com o dinheiro injetado pelos países ricos, de modo geral, nos países ditos subdesenvolvidos “os progressos ao nível da alfabetização e saúde foram notáveis, mas

o número de pessoas a viver abaixo do limiar da pobreza era dez vezes superior ao da década anterior”, (Lapão, 2011:75).

Na década de 70 (segunda década de desenvolvimento), os ditos países subdesenvolvidos continuaram a receber financiamento externo e muitos se endividaram na tentativa de criar políticas de modernização. Perante este cenário negativo, percebeu-se que o desenvolvimento não pode ser baseado apenas no rendimento. A visão de que o desenvolvimento não pode apenas abranger indicadores económicos foi reforçado por Amartya Sen, economista indiano e Prémio Nobel de Economia (2008). Amartya Sen (2000) tem uma visão qualitativa do desenvolvimento e defende que as populações devem estar no centro das atenções, que sejam garantidas as suas necessidades básicas como a alimentação ou o acesso à saúde e a sua liberdade de escolher como querem viver. Esta nova noção de desenvolvimento deu origem ao desenvolvimento humano, que abrange indicadores não económicos, como vamos ver mais a frente.

Consequentemente, “a década de 80 inaugura a instauração de programas de reabilitação macroeconómica das estruturas com o objetivo de obstar a situações crescentes de desequilíbrios macroeconómicos e endividamento externo. Nasceram os Programas de Ajustamento Estrutural (PAE), implementados pelo BM e FMI como objetivo de estabilização financeira, redução dos défices externos e internos, redução das despesas do governo e a consequente reestruturação e aumento da eficácia global da economia.” (Lapão, 2011:76). Neste caso, o cenário das relações entre os mais ricos e os mais pobres muda e a ajuda que era vista como alavanca, “passa a ser vista como apenas um elemento que pode contribuir para o desenvolvimento”, (Amaro, 2003:30).

A década de 90 é marcada pelo fim da Guerra Fria – os países que eram da URSS passaram de doadores a recetores - e pelo exemplo da experiência dos países do Leste Asiático. Com esta nova conjuntura internacional, o valor total de APD diminuiu forçosamente e os países recetores sentem dificuldades em progredir.

2.1.2. Críticas ao conceito de desenvolvimento

Cooper e Packard (1997) levantam questões que merecem atenção. Apresentam uma síntese de ideias que criticam o conceito de desenvolvimento associando-o a uma nova forma que os antigos colonizadores utilizaram para continuar a dominar as antigas colónias depois das independências.

Cooper e Packard fazem uma reflexão sobre o conceito e as práticas do desenvolvimento nos últimos cinquenta anos, associando-o ao modo como os jogos de

interesses internacionais fazem com que as antigas colónias sejam obrigadas a depender dos seus antigos colonizadores para atingirem o progresso.

A expressão subdesenvolvimento foi utilizada pela primeira vez em 1942 por Wilfred Benson, um antigo membro da Organização Mundial de Trabalho. Mas sem dúvida que foi através do discurso supracitado de Truman que ganhou terreno. Na análise feita por Murteira, pode-se verificar que foi muito para além de “indicadores estatísticos, tais como baixo consumo per capita, reduzido nível de satisfação de necessidades básicas em saúde e educação, peso dominante das atividades primárias na estrutura da produção e do emprego, entre outros”. (1982:97). Para Murteira, estes critérios vão ao encontro da “experiência histórica dos países que hoje consideramos desenvolvidos”, (1982:117) e outras experiências são postas de lado.

Murteira (1982) associa o subdesenvolvimento à dependência (económica, tecnológica) dos países pobres face aos países ricos em termos estruturais. Evidencia que o subdesenvolvimento é muito mais do que a falta de bens materiais, como o vestuário adequado e habitação precária, mas também é a falta de acesso aos bens sociais como o emprego ou a liberdade política e religiosa. Os países africanos em geral e os PALOP em particular estão privados destes bens e as políticas adotadas pelos respetivos governos pouco têm contribuído para o desenvolvimento.

O movimento dos países não alinhados surgiu num clima de guerra-fria, através do Pacto de Colombo em 1954. Foi protagonizado por antigas colónias asiáticas (Indonésia, Índia, Sri Lanka, Paquistão e Birmânia), que pretendiam um não alinhamento com nenhuma das potências (EUA. e a antiga URSS). Esta nova realidade política é um despertar dos povos que foram colonizados e que agora por partilharam uma grande vontade de liderar os seus próprios futuros.

O movimento dos países não alinhados originou uma série de conferências afro-asiáticas. A Conferência de Bandung realizou-se em 1955 em Bandung na Indonésia e ficou conhecida como a 1.^a Conferência Internacional dos Povos Colonizados. Estiveram presentes 24 países asiáticos e africanos, que para além de debaterem a forma de unidade política dos países participantes, debateu-se também a forma da luta pela independência das áreas ainda colonizadas. Este movimento teve uma grande importância nas conquistas de independência dos países africanos.

A verdade é que o tema do desenvolvimento merece uma atenção, pois interfere nos assuntos relacionados com as pessoas em todo o mundo. Em Bandung, foram aprovados os seguintes princípios:

- Respeito pelos direitos do Homem;
- Não interferência e não ingerência nem pressões sobre outros Estados;
- Respeito pela soberania e integridade territorial;
- Igualdade racial;
- Respeito pela justiça.

Na década de 90 surgiram numerosas vozes críticas ao conceito do Desenvolvimento, vindas, sobretudo de académicos dos países do sul, entre os quais se destaca Arturo Escobar.

Escobar, na sua mais conhecida obra - *O Encontro com o Desenvolvimento* (1995) critica muitas ideias e práticas do Desenvolvimento a partir da 2.^a Guerra Mundial. Este antropólogo e professor universitário colombiano, mas radicado nos E.U.A. reforça o tema através de uma abordagem ao desenvolvimento não eurocêntrica, valorizando outros pensamentos, além do europeu. Desta forma, defende a criação de outros espaços de pensamento (como os movimentos sociais) e a valorização de outras culturas ou experiências. Este autor ainda sustenta a tese da teoria do pós-desenvolvimento. É um crítico do discurso de Truman em querer mudar o rumo dos países ditos Terceiro Mundo através das imposições dos E.U.A. Utiliza a frase “O encontro com o Desenvolvimento”, (Escobar, 1995:14), para fazer uma comparação com a era colonial. Indica que o discurso do Desenvolvimento vai ao encontro do princípio do colonialismo, na medida em que ambos separam o mundo dos ricos do mundo dos pobres (Escobar, 1995:9). O autor usa o termo “terceiro mundo”, que segundo a ideia do desenvolvimento, deve criar condições para atingir o nível de progresso dos países ricos. Critica ainda o fato de o desenvolvimento tratar as pessoas como se fossem objetos a serem mudados, realçando assim que os seres humanos não podem ser quantificados em gráficos do progresso (Escobar, 1995:44). A obra serve para o autor mostrar como as políticas de desenvolvimento serviram para os antigos colonizadores continuarem a controlar as suas antigas colónias. Para o autor, estas políticas que deveriam melhorar as condições de vida das populações, na prática serviram apenas uma elite política.

2.1.3. Novos entendimentos de Desenvolvimento

As falhas das três décadas do desenvolvimento, não foram sentidas apenas nos PMA, mas também nos países doadores, onde surgiram problemas como a pobreza, levando o aparecimento do conceito da exclusão social, criando assim descontentamentos sociais um pouco por toda a Europa.

Neste cenário, o conceito de desenvolvimento começou a ser encarado de outra maneira e agregados a ele surgiram novos conceitos, agrupados em «fileiras»: a «fileira» ambiental, a «fileira» das pessoas e das comunidades e a «fileira» dos Direitos Humanos e da dignidade humana. A «fileira» ambiental, onde está inserido o Desenvolvimento Sustentável (1987), mas que já se tinha afirmado em 1972 na Conferência de Estocolmo e estudo do Clube de Roma. A «fileira» das pessoas e das comunidades “procura colocar as pessoas e as comunidades locais no centro do protagonismo do desenvolvimento. É por isso também a fileira da participação e da cidadania, sendo o desenvolvimento, antes de mais, o exercício pleno da cidadania e o resultado de uma participação ativa de todos”, (Amaro 2003).

O Desenvolvimento Local e o Desenvolvimento Participativo fazem parte desta «fileira», que surgiu com a proposta metodológica de «Desenvolvimento Comunitário» nos anos 60, com intervenções de técnicos da O.N.U. nos países ditos subdesenvolvidos. Por fim, a «fileira» dos Direitos Humanos e da dignidade humana, que abrange o Desenvolvimento Humano e o Desenvolvimento Social, ligando assim o desenvolvimento “ao respeito pelos Direitos Humanos fundamentais e ao compromisso de garantir limiares mínimos de sobrevivência e de dignidade humana”, (2003). Esta «fileira» surgiu nos anos 70, em que as necessidades básicas surgiram como um suporte para o Desenvolvimento.

2.1.4. Uma abordagem ao Desenvolvimento Humano

O desenvolvimento humano é um ramo do desenvolvimento que está inserido na «fileira» dos direitos humanos e da dignidade humana e centra-se nas pessoas e no seu papel no processo de Desenvolvimento, tendo, como fim em si mesmo, o objetivo de enriquecer a vida humana. O conceito de desenvolvimento humano é definido pelo PNUD no RDH de 1990 como “o processo de aumento das escolhas das pessoas, que lhes permitam levar uma vida longa e saudável, adquirir conhecimento, ter acesso aos recursos necessários para um nível de vida digno, enquanto os preservam para as gerações futuras, proteger a segurança pessoal e alcançar a igualdade para todas as mulheres e homens”, cit. Amaro (2003). Para este autor, a mensagem nesta afirmação é “a do aumento das opções dos indivíduos e dos seus grupos, de forma a satisfazerem as suas necessidades básicas, a aumentarem a sua segurança pessoal e a atingirem um nível de vida digno, em várias dimensões (saúde, educação, bem-estar material, cultura, etc.)”, (Amaro 2003).

O desenvolvimento humano, sendo um processo de alargamento das escolhas das pessoas (ser saudável, ser instruído, gozar de um nível de vida adequado entre outras opções), procura sustentar uma perspetiva integral do desenvolvimento e aplica-se a todos os países e envolve aspetos sociais, políticos e económicos. Por este motivo, os seus relatórios abrangem uma variedade de elementos, desde as escolhas pessoais às relações internacionais.

É no ano de 1990 que o PNUD publica pela primeira vez o RDH (a partir daí é publicado todos os anos), no qual é determinado o IDH para todos os países membros da ONU. O RDH foi criado pelo economista paquistanês Mahhud ul Haq, com a colaboração de Amartya Sen. O IDH, que combina os indicadores da saúde, educação e rendimento, veio mostrar que este último, apesar de essencial para o progresso, não é o único indicador a ter em conta para o bem-estar da população de um país.

A intenção era que este índice comportasse para além do indicador económico, outros indicadores que contribuíssem para o bem-estar.

O conceito de desenvolvimento humano, que tem como aspeto central o bem-estar das pessoas, está em constante evolução na medida em que o PNUD publica anualmente os RDH. Se o RDH de 1990 definiu o desenvolvimento humano como “um processo das opções das pessoas”, o RDH de 2010, intitulado por “O Verdadeiro Desenvolvimento Humano”, faz mais do que isso, ampliando a ideia inicial, propondo assim que o desenvolvimento humano “é a ampliação das liberdades das pessoas para que tenham vidas longas, saudáveis e criativas, para que antecipam outras metas que tenham razões para valorizar e para que se envolvam ativamente na definição equitativa e sustentável do desenvolvimento numa planeta partilhada. As pessoas são, ao mesmo tempo, os beneficiários e os impulsores do desenvolvimento humano, tanto individualmente como em grupo”, (PNUD, 2010:2).

De acordo com os RDH, a situação geral das populações no mundo tem melhorado. Este progresso é verificado em todas as áreas. No entanto, as assimetrias regionais internas e o aumento das dívidas externas estão a assombrar os países ditos subdesenvolvidos. Isso é o resultado da “falta de coordenação e políticas ineficazes continuam a atrasar o progresso do desenvolvimento, especialmente em África”, (PNUD, 2007/2008: V).

Ao longo das suas publicações, os RDH têm mostrado que tal como o conceito do desenvolvimento, também o conceito do Desenvolvimento Humano está a evoluir, adaptando-se às mudanças, por vezes aceleradas, que as nações em todo o mundo estão

a viver. Com um mundo cada vez mais exigente em termos de desenvolvimento humano, é necessário cada vez mais que cada Estado crie condições que possibilitem progressos que sejam alcançados por maior número possível da população.

O RDH publicado em 2000: “Direitos humanos e desenvolvimento humano”, faz uma abordagem clara sobre a defesa dos direitos do homem. Mostra como os conceitos dos direitos humanos e do desenvolvimento humano estão interligados. Ambos os conceitos põem as pessoas no centro de todas as atenções. Segundo este mesmo relatório, que a liberdade, o bem-estar e a dignidade humana deveriam ser acessíveis a todas as pessoas em todo o mundo.

O RDH de 2005: A cooperação internacional numa encruzilhada: ajuda, comércio e segurança num mundo desigual, aborda as melhorias desejáveis para alcançar os ODM propostos em Assembleia das ONU do ano 2000. Este relatório começa por apontar as principais falhas que dificultam o alcance aos ODM, impedindo um desenvolvimento humano em cada país. Mostra que a conjuntura – desigualdades e desrespeitos pelos direitos humanos, dificilmente irá permitir que fossem cumpridos os compromissos assumidos em 2000 para alcançar os ODM. Deste modo, incentiva os governos a tomarem decisões acertadas que permitam um maior progresso.

No RDH de 2009: “Ultrapassar Barreiras: mobilidade e desenvolvimento humanos” foram abordados aos impactos negativos e positivos na mobilidade humana, tanto dentro como fora de territórios nacionais. Para muitas pessoas, muitas vezes, é necessário mudarem-se do espaço onde vivem, para terem acesso a melhores rendimentos e melhor acesso à saúde e à educação, possibilitando assim, a um maior desenvolvimento humano.

No RDH de 2010 faz-se uma nova abordagem ao desenvolvimento humano. Esta edição que comemora os 20 anos dos RDH apresenta três novos índices para avaliar o desenvolvimento humano de cada país. O Índice de Pobreza Multidimensional serve para avaliar a situação de extrema pobreza multidimensional no sul da Ásia e na África a sul do Sara; o Índice de Desigualdade de Género calcula as diferenças entre homens e mulheres; por fim, o Índice de Desenvolvimento Humano Ajustado à Desigualdade, que avalia as grandes assimetrias dentro dos países.

Em cada RDH, afirma-se a importância do bem-estar das populações para a promoção do desenvolvimento humano. Para isso, é necessário que haja esforços tanto por parte dos países ditos desenvolvidos, como por parte dos países ditos subdesenvolvidos. As ajudas (uma ferramenta importante na luta contra a pobreza) que

os primeiros concedem aos segundos devem ser revistas e criadas condições para que sejam melhor distribuídas.

Amartya Sen, nove anos depois da publicação do 1.º RDH, faz a seguinte afirmação: “Devo reconhecer que não via, no início, muito mérito no IDH em si, embora tivesse tido o privilégio de ajudar a idealizá-lo. A princípio, demonstrei bastante ceticismo ao criador do Relatório de Desenvolvimento Humano, Mahbub ul Haq, sobre a tentativa de focalizar, em um índice bruto desse tipo – apenas um número –, a realidade complexa do desenvolvimento e da privação humanos. (...) Mas, após a primeira hesitação, Mahbub convenceu-me de que a hegemonia do PIB (índice demasiadamente utilizado e valorizado que ele queria suplantar) não seria quebrada por nenhum conjunto de tabelas. As pessoas olhariam para elas com respeito, disse ele, mas quando chegasse a hora de utilizar uma medida sucinta de desenvolvimento, recorreriam ao pouco atraente PIB, pois, apesar de bruto, era conveniente. (...) Devo admitir que Mahbub entendeu isso muito bem. E estou muito contente por não termos conseguido desviá-lo de sua busca por uma medida crua. Mediante a utilização habilidosa do poder de atração do IDH, Mahbub conseguiu que os leitores se interessassem pela grande categoria de tabelas sistemáticas e pelas análises críticas detalhadas que fazem parte do Relatório de Desenvolvimento Humano”, (RDH, 1999). Seguindo esta ideia, a criação de um índice como o IDH mudou a forma de medir o progresso de um país, pois para além do desempenho económico, passa-se também a conhecer desempenho social (educação e saúde).

Na minha leitura, o IDH é um índice com limitações. Baseia-se em médias nacionais e não tem em conta as diferenças regionais de distribuição de rendimentos. Neste sentido, é importante ter em conta como cada país distribui a sua riqueza em termos regionais. Também não abrange outros pontos importantes para o bem-estar da população como o emprego, mas é um instrumento muito importante para comparar o desempenho dos países.

2.2. Direitos Humanos

2.2.1. Definição dos Direitos Humanos

O acesso aos direitos básicos como o acesso aos cuidados de saúde ou à habitação digna ainda não está garantido à população mundial. O presente estudo, tendo como objetivo geral, os contributos do PADE na evacuação, acolhimento e retorno de doentes dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e os PALOP, procura demonstrar a sua importância no alcance ao desenvolvimento humano.

A intensão inicial aqui é fazer um enquadramento histórico dos direitos humanos, entre o período do Cristianismo e o período do após Segunda Guerra Mundial.

Ao longo de séculos o tema dos direitos humanos foi tratado de diversas maneiras e por vários povos. Mas é no Ocidente no seio da religião Cristã em plena Idade Média é que este tema começou a dar frutos e a preocupação com o ser humano enquanto pessoa detentor de direitos passou a constar no pensamento de diversas sociedades.

Na Idade Moderna, primeiro com a influência da Inglaterra e mais tarde dos EUA (independente em 1776), os valores em prol da defesa dos Direitos Humanos foram uma constante.

Ainda na Idade Moderna, em 1789, os ideais da Revolução Francesa – igualdade, liberdade e fraternidade – foram reclamados pela classe burguesa em ascensão contra a aristocracia francesa. Aí também foram levantadas as questões dos direitos humanos, que, aliás, contribuíram fortemente na elaboração da Carta das Nações Unidas e na Declaração Universal dos Direitos do Homem.

É importante salientar que é no período de pós-Segunda Guerra Mundial, com a criação da ONU em 1945 que a preocupação com os direitos humanos passou a constar e de forma consistente na agenda mundial. A ONU, criada para fazer face às atrocidades cometidas durante a guerra, evidencia uma grande preocupação na defesa e universalidade dos direitos humanos.

No glossário do RDH de 2000, os direitos humanos são definidos como “os direitos que todas as pessoas, em virtude da sua condição humana comum, de viver em liberdade e dignidade. Dão a todas as pessoas direitos morais sobre o comportamento dos indivíduos e sobre o desenho da organização humana – e são universais, inalienáveis e indivisíveis. Os direitos humanos exprimem o nosso mais profundo empenho em garantir que todas as pessoas tenham segurança na fruição dos bens e liberdades que são necessários para uma vida digna”, (PNUD, 2000:16).

Em 1946, um ano a seguir a fundação da ONU, foi criada a Comissão das Nações Unidas para os Direitos do Homem. Foi através desta Comissão que em 1948 surge a Declaração Universal dos Direitos do Homem, onde a defesa dos direitos humanos foi vista como uma responsabilidade de todos os Estados do mundo. Logo no primeiro artigo da Declaração Universal dos Direitos do Homem, é expressa a necessidade de que todas as pessoas desde à sua nascença são iguais em dignidade e em

direitos. Estes direitos e outros são expressos em outros artigos e devem ser respeitados por todos os Estados.

Em 2006, o Conselho dos Direitos Humanos substituiu a antiga Comissão das Nações Unidas para os Direitos do Homem. Este novo sistema da ONU contém 47 Estados-membro, eleitos na Assembleia da ONU e tem com objetivo fortalecer a promoção e a proteção dos direitos humanos em todo o mundo. Nele são discutidos assuntos sobre as situações de violação dos direitos humanos. Entre 19 e 30 de Junho de 2006, teve a sua primeira sessão e tinha desse já à sua disposição os seguintes mecanismos de trabalho: Exame Periódico Universal – serve para avaliar a condição dos direitos humanos em todos os Estados pertencentes à ONU. O Comité Consultivo – atua na área de assessoria em direitos humanos. E por fim o Procedimento de Denúncia – recebe denúncias de violações e chama atenção do Conselho.

A ONU, ao longo da sua história foi criando os seguintes instrumentos de direitos humanos:

- Carta Internacional dos Direitos do Homem – inclui a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos e o Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais.
- Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial – aprovada em 1965 e entra em vigor quatro anos depois.
- Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – aprovada em 1979 e entra em vigor dois anos mais tarde.
- Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos e Degradantes – teve a sua aprovação em 1984 e em 1989 entra em vigor.
- Convenção sobre os Direitos da Criança – foi aprovada em 1989 e entrou em vigor em 1991.

A partir de contributos de alguns antropólogos e sociólogos como Turner (1997) e Sousa Santos (1997), vou fazer uma referência sobre a universalidade dos direitos humanos. Turner refere o envolvimento da antropologia em questões dos direitos humanos, evidenciando “o compromisso crescente de Associação Antropológica Americana para um papel ativo no apoio e proteção dos direitos humanos”, (1997:273), que cria em 1995 uma comissão para tratar das questões teóricas dos direitos humanos.

A ideia da necessidade de partilha das questões dos direitos humanos por várias sociedades, pois é verdade que nem todos os povos tiveram a presença na elaboração da Declaração dos Direitos Humanos (Turner, 1997 e Sousa Santos, 1997). Os propósitos que constam neste documento vão ao encontro das experiências e culturas ocidentais, não do resto do mundo. Neste sentido, Turner defende que os antropólogos deveriam lidar assunto consoante as formas de relativismo cultural, uma vez que um não é compatível com outro: “com a ideia de princípios da justiça, equidade, de direitos universais, mas outras são consistentes com tal noção”, (1997:274).

Também ideia de Sousa Santos em “...justificar uma política progressista de direitos humanos com âmbito global e com a legitimidade local”, (1997:13), vai ao encontro da conceção de que as questões dos direitos humanos devem ter em conta o relativismo cultural. A perceção da universalidade dos direitos humanos é baseada essencialmente nos valores da cultura ocidental. No entanto, Sousa Santos critica a ideia da universalidade dos direitos humanos, através de apresentação de cinco premissas – a primeira: “a superação do debate sobre universalismo e relativismo cultural”; a segunda: “transformação cosmopolita dos direitos humanos é que todas as culturas possuem conceções de dignidade humana, mas nem todas a concebem em termos de direitos humanos”; a terceira: “todas as culturas são incompletas e problemáticas nas suas conceções de dignidade humana”; a quarta: “todas as culturas têm versões diferentes de dignidade humana” e por fim a quinta: “todas as culturas tendem a distinguir as pessoas e os grupos sociais entre o princípio da igualdade e o princípio da diferença”, (1997:21 e 22).

Não restam dúvidas de que a proteção universal dos direitos humanos nasceu em meados do século XX no seio da ONU. Os direitos são universais porque servem para todas as pessoas em toda a parte do mundo, independentemente das suas características físicas, como o género ou origem ou das suas opções, como a religião.

2.2.2. Os Direitos Humanos e o Desenvolvimento Humano

Segundo o RDH de 2000, os direitos humanos e o desenvolvimento humano partilham alguns objetivos comuns, pretendendo assim garantir que as pessoas em todo o mundo gozassem do seguinte:

- “Ausência de discriminação – pelo sexo, raça, etnia, nacionalidade ou religião.
- Ausência de miséria – para usufruir de um padrão de vida digna.
- Liberdade de desenvolvimento e realizar o potencial humano de cada um.

- Ausência de medo – de ameaças à segurança pessoal, tortura, prisão arbitrária e outros atos violentos.
- Ausência de injustiça e de violação ao poder da lei.
- Liberdade de pensamento e opinião, de participar na tomada de decisão e de formar associações.
- Liberdade de ter um trabalho digno – sem exploração”, (PNUD, 2000:1).

Em suma, ambos os conceitos defendem a dignidade humana de todos os seres humanos em todo o mundo, independentemente do sexo, nacionalidade, religião e etnia. É pretendido que todos os Estados coloquem os direitos humanos e o desenvolvimento humano na sua agenda política e garantam o cumprimento dos seus objetivos.

Segundo o PNUD, “os direitos humanos exprimem uma ideia ousada de que todas as pessoas têm direito aos arranjos sociais que as protegem dos piores abusos e privações – e que asseguram a liberdade de uma vida digna. E o desenvolvimento humano como um processo que melhora as capacidades humanas – alarga as escolhas e oportunidades, de forma que cada pessoa possa levar uma vida de respeito e valor”, (PNUD, 2000:2). Estas duas definições não deixam nenhuma dúvida de como um conceito acrescenta valor ao outro.

Os direitos humanos e o desenvolvimento humano podem trabalhar em conjunto, um apoiando o outro, aliás, é o que tem acontecido desde a entrada do novo milénio. Antes, cada um desenvolvia-se independentemente, tanto a nível do conceito como a nível da ação. O desenvolvimento humano era claramente dominado por economistas, cientistas sociais e decisores políticos. Mas no contexto atual, os direitos humanos e o desenvolvimento humano estão estreitamente ligados, no conceito e na ação.

No que diz respeito aos direitos humanos, durante a guerra fria, o Ocidente privilegiou os direitos civis e políticos, enquanto os países socialistas e alguns PVD preferiram dar a preferência aos direitos económicos e sociais. Uns criticavam outros pelas suas opções, mas nenhum dos lados pensou em juntar todos estes direitos para que o seu povo usufrísse dele.

3. Cooperação para o Desenvolvimento

3.1. O conceito de Cooperação para o Desenvolvimento

A cooperação é uma relação de apoio em que existem benefícios de ambos os lados, onde existe um doador (normalmente países ditos desenvolvidos) que dá algo a um recetor (normalmente países ditos subdesenvolvidos).

Quando o objetivo de uma cooperação serve para ajudar ao desenvolvimento, designa-se por Cooperação para o Desenvolvimento.

Numa cooperação para o desenvolvimento, o objetivo principal da parceria é a diminuição do fosso que existe entre os países ditos desenvolvidos e os PMA, integrando assim, vários atores – estados doadores, estados recetores, organizações internacionais e ONGD.

A cooperação é um fenómeno que está fortemente ligado ao período do pós Segunda Guerra Mundial, com a implementação do Plano Marshall. Este Plano é a primeira forma de ajuda ao desenvolvimento a nível internacional, e foi elaborado nos E.U.A. com o objetivo de apoiar a reconstrução da Europa fortemente afetada pela guerra. Neste período, assistiu-se à afirmação da hegemonia norte-americana. Esta ajuda iniciada em 1947 coincidiu com a preocupação internacional em cooperar com o objetivo dos países mais pobres desenvolverem-se. A assinatura da Carta das Nações Unidas em 1945 e a Conferência de Bandung em 1955 foram outros marcos históricos que estão associados à Cooperação para o Desenvolvimento. O primeiro serviu como um instrumento da ONU para promover a cooperação entre todos os países, em prol do desenvolvimento. O segundo foi promovido pelo “Movimento dos Países Não Alinhados” e coincidiu com o início das independências de muitas ex-colónias europeias nas décadas de 50 e 60.

Tendo em conta esta conjuntura internacional, “a cooperação afirma-se como um dever dos países, uns perante os outros, dentro dos princípios de subsidiariedade contidos na Carta das Nações Unidas”, (Rodrigues e outros, 2011:7). Segundo estes atores, num contexto de cooperação, geralmente caracterizado por se verificarem processos contínuos de diálogo, têm de se salientar as seguintes características:

- A capacidade de resolver conflitos de forma pacífica;
- A capacidade de reforçar o respeito pelos direitos humanos;
- A dignificação da qualidade de vida;
- A capacidade de desenvolver uma agenda para a ação inclusiva;

- A capacidade de participação cívica.

Se cada país no mundo respeitar as características (o respeito pelos direitos humanos), a cooperação contribuí para a melhoria do IDH.

Afonso e Fernandes (2005:19) defendem que “a cooperação para o desenvolvimento pode catalogar-se em função da sua origem, canais de execução ou instrumento de implementação”, como vai ser comprovada e descrita a seguir.

Conforme a origem, a cooperação pode ser pública (administração central e regional, entre outras) ou privada (empresas, ONG e associações, entre outras).

Relativamente aos canais de execução, a cooperação pode ser bilateral, multilateral, ONGD, descentralizada, entre outras.

Segundo os instrumentos, a cooperação poder ser feita através da ajuda alimentar, cooperação técnica, cooperação financeira, ajuda humanitária e de emergência, entre outras.

Logo no início do século XXI, a cooperação para o desenvolvimento esteve em destaque na agenda da comunidade internacional, na tentativa de corrigir o fosso existente entre os países ricos e os países pobres. Neste sentido, os doadores têm sido pressionados assumirem compromissos sobre o aumento e a melhoria da ajuda prestada. No novo milénio, a preocupação com a cooperação para o desenvolvimento teve o seu ponto mais alto em Setembro de 2000, em que os Estados pertencentes à ONU comprometeram-se em atingir os objetivos de desenvolvimento global, até 2015, através da Declaração do Milénio. Em 2001, esta Declaração converteu-se nos ODM e têm como a meta a redução da pobreza extrema para metade, até 2015.

Figura 3.1. *Os Objetivos do Desenvolvimento do Milénio e as respetivas metas*

Objetivo 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome	Meta 1: Reduzir para metade, entre 1990 e 2015, a proporção de população cujo rendimento é inferior a um dólar por dia. Meta 2: Reduzir para metade, entre 1990 e 2015, a proporção de população afetada pela fome.
Objetivo 2: Atingir o ensino primário universal	Meta 3: Garantir que, até 2005, todas as crianças, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo de ensino primário.
Objetivo 3: Promover a igualdade de género e a capacitação das mulheres	Meta 4: Eliminar a disparidade de género no ensino primário de secundário, se possível até 2005, e em todos os níveis de ensino, o mais tardar até 2015.
Objetivo 4: Reduzir a mortalidade infantil	Meta 5: Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos.

Contributos do PADE

Objetivo 5: Melhorar a saúde materna	Meta 6: Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.
Objetivo 6: Combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças	Meta 7: Até 2015, parar e começar a inverter a propagação do VIH/SIDA. Meta 8: Até 2015, parar e começar a inverter a tendência atual da incidência da malária e de outras doenças graves.
Objetivo 7: Garantir a sustentabilidade ambiental	Meta 9: Integrar os princípios do Desenvolvimento Sustentável nas políticas e programas nacionais e inverter a atual tendência para a perda de recursos ambientais. Meta 10: Reduzir para metade, até 2015, a percentagem de população sem acesso permanente a água potável. Meta 11: Até 2020, melhorar significativamente a vida pelo menos 100 milhões de habitantes de bairros degradados
Objetivo 8: Criar uma parceria global para o Desenvolvimento	Meta 12: Continuar o desenvolver um sistema comercial e financeiro multilateral aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório. Meta 13: Satisfazer as necessidades especiais dos Países Menos Avançados. Meta 14: Satisfazer as necessidades especiais dos países sem litoral e dos pequenos estados insulares em Desenvolvimento. Meta 15: Tratar de forma integrada o problema da dívida dos países em Desenvolvimento. Meta 16: Em Cooperação com os países em Desenvolvimento, formular e aplicar estratégias que proporcionem aos jovens trabalho condignos e produtivo. Meta 17: Em Cooperação com as empresas farmacêuticas, proporcionar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis, aos países em Desenvolvimento. Meta 18: Em Cooperação com o sector privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, em especial das tecnologias de informação e comunicação.

Fonte: Ina Editora

Um ano depois da Declaração do Milénio, em Março de 2002, no âmbito da Assembleia Geral da ONU, realizou-se em Monterrey, a Conferência Internacional sobre o Financiamento do Desenvolvimento. Esta Conferência tinha como o objetivo a promoção da Cooperação Internacional, em seis áreas tida como essenciais para o futuro das economias dos PED e dos países com economias em mudança:

1. Ampliar a mobilização dos recursos financeiros no seio dos Estados;
2. Aumentar os fluxos de investimento privado internacional e acrescentar a distribuição geográfica;
3. Alargar a entrada aos mercados e atestar regimes comerciais justos;
4. Reforçar a APD;
5. Resolver as situações mais complicadas das dívidas dos PED;

6. Aumentar a concordância do sistema financeiro mundial e regional e fomentar uma maior representação dos PED no processo de tomada de deliberações a nível internacional.

O Consenso de Monterrey foi um fruto da Conferência de Monterrey e compreende os compromissos das ações necessárias para o apoio ao Desenvolvimento, em especial aos PMA, a atingir os ODM. Este documento, por um lado reconhece que é da responsabilidade dos Governos de cada Estado pôr em prática políticas e quadros institucionais adequados e tomar decisões para garantir a sua implementação. Por outro lado, também reconhece na cooperação e no apoio da comunidade internacional uma ajuda essencial para atingir o desenvolvimento proposto nos ODM.

Em 1961, a OCDE cria o CAD para tratar das questões da Cooperação para o Desenvolvimento. O CAD funciona como “um centro de informação, documentação e assessoria, define diretrizes da Ajuda para os países membro”, (Afonso e Fernandes, 2005:43). Para melhorar a forma da cooperação para o desenvolvimento, o CAD definiu em 1972 o APD, que controla e coordena o valor monetário disponibilizado por cada país doador membro do CAD.

Segundo Rodrigues e outros (2011:105), “pode-se entender APD como o conjunto dos fluxos destinados aos países em desenvolvimento e a instituições multilaterais, provenientes de organismos públicos, incluindo o Estado e as autoridades locais ou as suas agências executoras, cuja operação responda aos seguintes critérios: (a) ter por objetivo primordial a promoção do desenvolvimento económico e do bem-estar dos países em desenvolvimento; (b) possuir um carácter concessional; e (c) compreender um elemento de doação de pelo menos 25%.

O APD representa fluxos oficiais de financiamento do desenvolvimento que cada Estado doador estabelece. Para que sejam considerados fluxos de APD necessitam de:

- Ser encaminhados pelo sector público;
- Apoiar na promoção do desenvolvimento económico e melhorar o nível de vida dos Estados recetores, num longo período;
- Instituir uma clareza de recursos na forma de donativos ou empréstimos, em condições muito mais favoráveis que as do mercado;
- O Estado beneficiário deve estar na lista dos PED elaborada pelo CAD.

Com o passar do tempo, ao APD, foram acrescentando outras interpretações, sendo contabilizados mais itens do que aqueles que já foram apresentados, destacando-se assim:

- A contabilização dos valores administrativos das agências doadoras, desde 1979;
- As subvenções aos sistemas de ensino, correspondentes ao custo do ensino concedidas aos estudantes provenientes dos Estados beneficiários de APD, desde 1984;
- A inserção da Ajuda proporcionada pelo Estado doador aos refugiados oriundos de Estados beneficiários da APD, no primeiro ano de estada no país, desde o início dos anos 80.
- O tratamento do perdão dos empréstimos.

No quadro de ajuda ao desenvolvimento, “a União Europeia continua a ser o doador mais generoso do mundo, representando mais de metade da APD global. Nos dados mais recentes do CAD, será possível constatar que em 2009 a APD da EU diminuiu ligeiramente, totalizando 49 mil milhões de Euros, o que corresponde a 0,42% do RNB da EU e demonstra que a União ainda está longe do objetivo coletivo intermédio de 2010 e final de 2015”, (Rodrigues e outros, 2011:107).

Segundo a lista dos beneficiários da Ajuda determinada pelo CAD para o ano de 2002, feita pela OCDE, os PALOP estão presentes no grupo dos PMA. Os PMA são os Estados que recebem a maior fatia de APD. No seu turno, Portugal faz parte da lista dos doadores do CAD/OCDE, contribuindo assim, sob a forma de cooperação multilateral para o desenvolvimento destes países.

Com a entrada do novo milénio, a OCDE pretendendo melhorar a eficácia desta ajuda, promoveu três grandes encontros que deram origem a três documentos muito importantes para este fim: A Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento, a Agenda de Ação de Accra e o Documento de Parceria de Busan.

A Declaração de Paris, criada em 2005, baseia-se em 5 princípios fundamentais da ajuda: 1.º - propriedade: “Os países em desenvolvimento devem definir suas próprias estratégias de redução da pobreza, melhorar as suas instituições e combater a corrupção”. 2.º - Alinhamento: “*Os países doadores devem seguir estes objetivos e usar sistemas locais*”. 3.º - Harmonização: “Os países doadores devem coordenar entre si de forma a simplificar os procedimentos e informações para evitar duplicações.” 4.º - Resultados: “Os países em desenvolvimento e os doadores devem focar para os

resultados de desenvolvimento”. 5.º - Mútua responsabilização: “Os doadores e parceiros são responsáveis pelos resultados de desenvolvimento”.

A Agenda de Ação de Accra foi criada em 2008 com o objetivo de fomentar e aprofundar a implementação da Declaração de Paris, fazendo assim um balanço do progresso e decide a agenda para o avanço rápido no alcance das metas de Paris. Sugere a melhoria nas seguintes áreas: “Propriedade”: Os países têm mais a dizer sobre seus processos de desenvolvimento através de uma maior participação na formulação de políticas de desenvolvimento, uma liderança mais forte na coordenação da ajuda e mais uso de sistemas nacionais para a prestação de ajuda; “Parcerias inclusivas”: todos os parceiros – incluindo os doadores do CAD da OCDE e países em desenvolvimento, bem como outros doadores, fundações e sociedade social civil – participar plenamente; “Entrega de resultados”: A ajuda é focada no impacto real e mensurável do desenvolvimento. A Parceria de Busan é o documento resultante do Fórum do Alto Nível sobre a Eficácia da Ajuda, que foi realizado em Busan, Coreia do Sul em 2011. Este importante documento congrega princípios, compromissos e ações que estão na base para uma cooperação segura no apoio ao desenvolvimento. No entanto, este documento é apenas uma declaração, pois não está assinado e não apresenta obrigações legais. Nele se espera a formação de uma ampla parceria para o desenvolvimento de uma cooperação eficaz.

Na ajuda ao desenvolvimento, as questões da saúde nem sempre constituíram um privilégio para comunidade internacional. A partir desta visão, dois antropólogos americanos (Pfeiffer e Chapman, 2010) fazem a implementação dos PAE no que diz respeito à área da saúde. Segundo estes autores, “o papel do FMI é manter a estabilidade no sistema monetário mundial enquanto o BM atua como um credor para projetos de desenvolvimento, impões condições rígidas na economia mundial”. (Pfeiffer e Chapman, 2010:150). A altura da execução dos PAE “coincidiu com um momento chave no mundo da saúde pública”, (Pfeiffer e Chapman, 2010:150). Neste período, a comunidade internacional começou a ter consciência da importância que este sector tem para o desenvolvimento e que uma parte dos fundos transferidos deve ser direcionada para esta área. No entanto, estas vontades sempre foram mais teóricas do que concretizáveis, pois as percentagens direcionadas para o sector da saúde sempre foram muito baixas em comparação com outros sectores, como a educação.

Em 1978 o conceito de Saúde Primária foi adotado por 134 países que estiveram presentes na Conferência de Alma-Ata que foi organizada pelas agências da ONU

ligadas à saúde, a OMS e a UNICEF. Este encontro que teve lugar na antiga URSS (atual Cazaquistão), na prática serviu para aplicar novas limitações impostas pelos PAE. O facto de os PAE exigirem a redução drásticas das despesas públicas “com a utilização de políticas de ajustes, como cortes em vários sectores especialmente em saúde, pode causar maiores problemas”, (Pfeiffer e Chapman, 2010:152). Estes autores ainda referem os impactos que os PAE tiveram nos sistemas de saúde dos países beneficiários: “a experiência de 30 anos dos PAE constitui um ataque ao sector público como um fornecedor essencial e garantia da saúde da população e bem-estar”, (Pfeiffer e Chapman, 2010:158). Fazem referência à China como uma forte concorrência ao mundo ocidental, no que se refere às influências económica e política em África e a ascendência da política de esquerda na América Latina. Estes dois exemplos mostram de forma clara que o mundo está perante uma nova era global.

Escobar (O Encontro com o Desenvolvimento, 1995), critica o facto dos países beneficiários dos PAE, em troca de ajudas económicas e da redução da dívida externa, serem obrigados a adotarem a política neoliberal, em que o papel do Estado seria diminuir os gastos públicos. Perante esta situação, os governos destes países perderam a capacidade de atuação. Os projetos implementados pelos PAE foram arquitetados do exterior, sem ter em conta as realidades locais. Os resultados não surtiram efeitos que contribuíssem para o desenvolvimento, como o que se pretende numa cooperação.

3.2. A Cooperação Bilateral Portuguesa

Manuel Lapão define a Cooperação Bilateral como “o conjunto de ações que envolvem o relacionamento Estado a Estado, ou seja, a existência de dois agentes soberanos que mantenham entre si um relacionamento internacional”, (Rodrigues e outros, 2011:72). Ao contrário da Cooperação Multilateral, em que o mesmo autor afirma que acontece “quando se observa o relacionamento em ações comuns de Cooperação entre um ou mais Estados Independentes e uma Organização Internacional, que atua como intermediária no relacionamento entre o doador e o beneficiário”, (Rodrigues e outros, 2011:72).

A cooperação bilateral está estritamente ligada ao Desenvolvimento, na medida em que ambos tratam de relações de reciprocidade, em que existem vantagens dos dois lados têm a origem no após a II Guerra Mundial.

A forma como Portugal coopera com outros países tem vindo a sofrer alterações. O novo milénio veio provar que a cooperação portuguesa tem registrado transformações positivas, tanto na qualidade como na quantidade da ajuda que é prestada. Esta melhoria

deve-se principalmente aos compromissos internacionais assumidos por Portugal, com a Assembleia da ONU em 2000, a Conferência de Monterrey em 2002 ou a Conferência de Doha em 2008.

A nível nacional, em 1999, o Conselho de Ministros português aprova “A cooperação Portuguesa no Limiar do Século XXI”, o primeiro documento que serve para orientação estratégica da cooperação portuguesa.

Em 2005, o Governo aprovou um documento político Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa para o Desenvolvimento, que passou a orientar as ajudas prestadas por Portugal. Este documento definiu os princípios orientadores da cooperação portuguesa, as suas prioridades a nível sectorial e geográfico e a coordenação de procedimentos no âmbito da cooperação tanto bilateral como multilateral, com o contributo de “...diferentes Ministérios e atores privados e não-governamentais proporcionando uma visão integrada, abrangente, plural e consensual da cooperação para o desenvolvimento e afirma a importância da operacionalidade no âmbito dos mais importantes consensos internacionais, em particular no esforço global de luta contra a pobreza e promoção do desenvolvimento”, (IPAD, 2009:305).

No mesmo ano, nasce o IPAD, resultado da fusão entre o Instituto da Cooperação Portuguesa e a Agência Portuguesa de Apoio ao Desenvolvimento. O IPAD é um órgão central da cooperação portuguesa.

Segundo o IPAD, quase 60% da APD está direccionada para a ajuda bilateral, sendo os PALOP e Timor-Leste os mais beneficiados. O passado comum com Portugal e a situação económica destes países pouco plausível merecem uma especial atenção por parte do Estado Português.

O IPAD assume um papel importante na coordenação, na orientação e na recolha de dados na cooperação portuguesa, onde os principais agentes de desenvolvimento são os organismos da Administração Central, as Administrações locais, ONG, Fundações, Universidades e instituições científicas. A Administração Central responsabiliza por uma parte da APD, onde o Ministério das Finanças e o Ministério dos Negócios Estrangeiros assumem uma grande parte da fatia de contribuição. Alguns Municípios portugueses trabalham na área da cooperação, principalmente através de acordos de gemação, nas áreas das capacidades institucionais, da educação, da renovação urbana e de infraestruturas, do saneamento básico e da cultura. As ONGD promovem a cooperação portuguesa através de projetos cofinanciados pelo IPAD. A participação das ONGD na cooperação faz com que a sociedade civil esteja envolvida no processo de

desenvolvimento. Por fim, as Universidades e Instituições Científicas dão a sua contribuição à cooperação através de apoio no ensino superior e na investigação.

O IPAD, assumindo o papel de coordenador da cooperação portuguesa, tem os seguintes instrumentos disponíveis:

- O Programa Orçamental da Cooperação – criado em 2004 para a orçamentação anual das operações da cooperação dos diferentes ministérios. No ano de 2010 este programa deu lugar a “medida 3”, que permite a cada ministério inscrever os fundos dirigidos à cooperação, para consolidar a agenda da cooperação para o desenvolvimento.
- Uma base de dados da cooperação portuguesa, com recolha anual de ações realizado pelos atores de desenvolvimento. Com estes dados torna-se possível a monitorização e a avaliação das atividades de cooperação.
- Por fim, os PIC – são programas com duração entre três e quatro anos que Portugal assume individualmente com cada país parceiro de desenvolvimento. Cada PIC tem um valor e prioridades identificados. As áreas de intervenção dependem de cada país, tendo o objetivo principal a redução da pobreza e a sua prestação para alcançar os ODM.

A cooperação portuguesa bilateral apoiada pelo APD atua em duas vertentes distintas. Uma através de distribuição geográfica e outra através de distribuição sectorial.

A distribuição geográfica da cooperação portuguesa que está centrada nos PALOP e em Timor-Leste é distribuída de forma desigual. Cabo Verde, Moçambique e Timor-Leste recebem respetivamente mais de 10% da ajuda bilateral portuguesa. A cooperação com estes países é orientada por Programas Indicativos de Cooperação que Portugal assina com cada um deles. Nestes programas são constituídas estratégias de cooperação em prol do desenvolvimento, sendo assim estabelecidos prioridades individuais em cada programa. Todos programas têm um determinado tempo de duração, um montante financeiro estabelecido, uma modalidade e um instrumento de cooperação.

Relativamente a distribuição sectorial, a cooperação bilateral portuguesa tem como prioridades a Educação e a Governação. Estes dois sectores vão ao encontro dos objetivos internacionais de promoção do desenvolvimento sustentável e de erradicação da pobreza, assim como de ajudar para a manutenção da paz e segurança, boa governação e Estado de direito. Estas prioridades coincidem com as “necessidades mais permanentes dos países parceiros, identificados nos seus documentos de estratégias

nacionais para o desenvolvimento”, (Afonso, 2011:127). Apesar de ser um componente muito importante para o desenvolvimento humano, “o sector da saúde tem recebido uma parcela diminuta dos financiamentos oficiais portugueses para a Cooperação para o Desenvolvimento: no período 2002-2005, a cooperação em saúde absorveu apenas 2,6% do total da APD bilateral portuguesa”, (IPAD 2011:289). É necessário aumentar a percentagem de ajuda num sector tão crucial como é a da saúde.

Em termos de modalidades, a cooperação técnica e os projetos de investimento são as duas principais modalidades da cooperação portuguesa. A primeira é mais significativa e privilegia as áreas da formação profissional, educação e capacitação institucional. Os projetos de investimentos canalizam os seus fundos, sobretudo para “os Transportes (empréstimos para a reabilitação de infraestruturas rodoviárias, portuárias e aeroportuárias) e a Educação (construção e reabilitação de escolas)”, (Afonso, 2011:130). A cooperação portuguesa também aposta noutras modalidades de cooperação: a Ajuda a Programa; parcerias público-privadas, Linha de Cofinanciamento das ONGD e Ajuda Humanitária.

3.3. A Cooperação Portuguesa em Saúde

Segundo o artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, “toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade”. Este reconhecimento de direito à saúde deve ser visto como um indicador essencial para o desenvolvimento humano e a sua aplicação deve reconhecida em todo o mundo.

Para a OMS, a saúde é “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, cit. IPAD 2011:300.

O início da cooperação portuguesa no sector da saúde coincide com a preocupação da comunidade internacional com o estado da saúde dos países mais pobres economicamente. Os países ditos desenvolvidos começaram a ponderar a questão da saúde como uma das principais vias para atingir o desenvolvimento e o sector da saúde passou a enquadrar na estratégia para o desenvolvimento. Estamos a falar do período entre o final do século XX e o início do século XXI.

A Estratégia da Cooperação Portuguesa em Saúde é um documento do Estado português de 2011, que assenta no cumprimento dos compromissos internacionais assumidos por Portugal. Neste documento, são apresentadas as estratégias que o Estado português definiu para atuar na área da cooperação em saúde.

Uma vez que os PALOP (com a exceção de Cabo Verde) fazem parte dos países pobres, a par com Timor-Leste estão na lista das prioridades da cooperação portuguesa também na área da saúde. Estes países, na área da saúde “dispõem de escassos recursos humanos qualificados, fracas instituições de gestão dos sistemas públicos, e fraco desenvolvimento tecnológico e sectorial”, (IPAD, 2011:2).

Segundo IPAD (2011), a Cooperação Portuguesa deverá diligenciar: “a) responder eficazmente aos problemas dos PALOP - TL (em áreas em que o conhecimento e capacidade de intervenção das instituições portuguesas sejam de nível elevado); b) preencher lacunas em que as outras fontes de ajuda externa sejam menos eficientes (e de que a vantagem da língua para a formação é o exemplo tradicional, no entanto, não muito valorizada)”, (IPAD,2011:19,20). Neste sentido, faz uma análise SWOT, onde identifica o seguinte:

“Forças e Oportunidades:

- a) A Cooperação portuguesa pode desempenhar um papel ainda mais relevante para a Formação (de técnicos de saúde e quadros de gestão para as instituições), não só pela vantagem óbvia da língua comum, mas também por algumas semelhanças dos sistemas de saúde (predominância do sector público prestador e papel regulador do Estado);
- b) As prioridades afirmadas recentemente na agenda da Saúde Internacional voltam-se para o reforço das capacidades desses sistemas públicos: a formação de quadros e o reforço das instituições apoia a constatação anterior e anuncia o potencial de aproveitamento da experiência das instituições portuguesas;
- c) A consistência, coordenação e continuidade das instituições portuguesas que se vem constatando nos últimos anos, permitiu construir uma base de confiança com decisores políticos e técnicos PALOP - TL;
- d) A coordenação entre as instituições portuguesas tem-se manifestado particularmente na articulação de objetivos complementares de assistência técnica, formação e reforço institucional, e agora estende-se ao PECS da CPLP;
- e) Esta coordenação tem sido facilitada pela pequena dimensão de Portugal e do conjunto das instituições intervenientes;

- f) Algumas instituições portuguesas (públicas e não-governamentais, académicas ou prestadoras de serviços) têm capacidades especializadas para responder aos interesses dos PALOP - TL, na vigilância de doenças inoficiosas, na formação, na organização de serviços e no trabalho de base comunitária (incluindo participação em redes internacionais);
- g) O Governo e as instituições portuguesas têm participado ativamente na promoção de maior esforço da comunidade internacional para com o desenvolvimento humano nos países de baixos rendimentos.

Fraquezas e Ameaças:

- a) A receção de doentes carecendo de cuidados mais diferenciados continua a absorver uma porção elevada dos escassos recursos da cooperação sectorial, enquanto permanecem limitados os financiamentos para outras intervenções de carácter mais estruturante (e maiores dificuldades de submissão de projetos para as instituições portuguesas com potencial de intervenção);
- b) Estas limitações de recursos (e as dificuldades – demoras na preparação de um projeto com financiamento garantido) levam também ao desânimo dos parceiros dos PALOP - TL;
- c) O pouco financiamento disponível ainda se distribui por elevado número de pequenos projetos, com reduzido impacto na saúde das populações dos PALOP - TL e/ou na capacidade das instituições locais, e reduzido potencial de sustentabilidade;
- d) Os resultados limitados e/ou esparsos não contribuem para a visibilidade da Cooperação Portuguesa;
- e) A limitação dos recursos envolvidos pela Cooperação Portuguesa em Saúde, em cada país, não justifica maior envolvimento das representações diplomáticas portuguesas (em cada PALOP - TL) nos mecanismos de coordenação locais da ajuda externa (com outros dadores);
- f) Os limites à disponibilidade de bolsas de estudo para frequência de instituições portuguesas não incentivam a constituição de mais oportunidades de formação pós-graduada (que seriam incentivos para as instituições académicas portuguesas);
- g) As regras de gestão das instituições públicas portuguesas tornam-nas pouco competitivas – respondentes (em eficiência e rapidez de resposta, perante congéneres de outros dadores, e as emergências dos países recetores);
- h) A instabilidade política e administrativa de alguns dos países prioritários para a Cooperação Portuguesa dificulta a sustentabilidade e apropriação;

i) “A insuficiente capacidade de definição de políticas, prioridades e estratégias, nos países recetores, coloca riscos adicionais à relevância e coerência externa das propostas de intervenções de instituições portuguesa”, (IPAD, 2011:221).

É o Ministério da Saúde, através de ACS e da DGS que assume a área da Cooperação em Saúde. É ACS que faz a “... coordenação da atividade do Ministério da Saúde no domínio das relações internacionais e a sua articulação e a sua articulação com o Ministério da Saúde...”, (Decreto-lei nº212/2006, de 27 de Outubro). Cabe à DGS tratar da evacuação de doentes PALOP para hospitais públicos. No ano de 2009, os hospitais estatais da Região da Grande Lisboa que recebem doentes evacuados começaram a contar com a coordenação para a receção de doentes em causa.

Para além de instituições estatais, algumas organizações de carácter não governamental trabalham na área da cooperação em saúde. Relevo para a Fundação Calouste Gulbenkian, que colabora com os PALOP e Timor-Leste muitas vezes como financiador e promotor técnico.

O presente momento é de crise, o que exige uma revisão das estruturas do aparelho de Estado. Perante esta conjuntura em 2012, no seguimento da reforma na Administração Pública “com o objetivo de obter um aumento de eficácia na prestação dos serviços públicos que prosseguem, procedeu-se à fusão do Instituto Camões, I.P. (IC, I.P.), com o Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, I.P. (IPAD, I.P.), com a subsequente reorganização e racionalização dos serviços destes dois institutos”, (Decreto-Lei nº 21/2012 de 30 de Janeiro). Como resultado desta fusão nasceu O Camões – Instituto da Cooperação e da Língua, I.P., “é o organismo da Administração Pública portuguesa responsável pela supervisão, direção e coordenação da cooperação para o desenvolvimento, cabendo-lhe a condução dessa política pública e pela política de promoção externa da língua e da cultura portuguesa”, (Decreto-Lei nº 21/2012 de 30 de Janeiro). Esta nova instituição vai continuar a fazer os trabalhos iniciados pelas antigas, tanto na área da cooperação como da língua.

4. Os Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e os PALOP

4.1. Enquadramento Legal

Para enquadrar o acesso dos doentes dos PALOP ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e cada um dos países, é fundamental ter em consideração os seguintes Decretos – Lei:

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

Todos estes Decretos ainda estão em vigor e preveem responsabilidades para Portugal e para cada um dos PALOP, que serão apresentadas mais a frente.

Uns dos efeitos do 25 de Abril de 1974 em Portugal foi a proclamação da independência das até então colónias ultramarinas portuguesas, que se deu ao longo do ano de 1975. Como consequência destas independências, o desejo de relações de amizade e solidariedade entre Portugal e as ex-colónias fez com que se assinassem acordos de cooperação bilaterais em vários domínios, como a saúde.

Neste sentido, ainda no decorrer da década de 70, Portugal estabeleceu Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde com São Tomé e Príncipe e Cabo Verde, ambos em 1977. Na década seguinte celebrou os mesmos acordos com Angola e Moçambique (1984). Por fim, já em 1992, foi a vez de acordo ser com a Guiné-Bissau.

A seguir, serão apresentadas as responsabilidades que cabem a Portugal e as que ficam a cargo de cada um dos PALOP:

Por parte de Portugal

- Assistência Médica Hospitalar (internamento, semi-internamento e ambulatório);

- Meios complementares e diagnóstico e terapêutica quando efetuados em estabelecimentos hospitalares oficiais ou suas dependências;
- Transporte em ambulância do aeroporto ao hospital quando clinicamente exigido.

Por parte de cada PALOP

- Transporte de vinda e regresso ao país de origem;
- Deslocação do aeroporto ao local do destino;
- Alojamento a doentes não internados ou em regime de semi-internamento e ambulatório;
- Alojamento após o tratamento ter sido dado como concluído pelas competentes autoridades hospitalares;
- Medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em ambulatório;
- Funeral ou repatriamento do corpo em caso de morte;
- Próteses

Entidades envolvidas nos Acordos

Entidades portuguesas

- Ministério da Saúde
 - a) Direção Geral da Saúde – entidade que coordena e avalia os processos de evacuação dos doentes, através da Divisão de Cooperação Internacional, da Direção de Serviços de Assuntos Europeus e Cooperação Internacional.
 - b) Hospitais públicos – instituições que recebem doentes.
- Ministério dos Negócios Estrangeiros – responsável pela emissão dos vistos de estadia em Portugal, da Embaixada Portuguesa em Bissau.
- Ministério da Administração Interna – responsável final pela concessão dos vistos, através do SEF.

Entidades de cada PALOP

- Ministério da Saúde
 - a) Junta Médica – entidade responsável pela avaliação clínica de evacuação do doente.
 - b) O Ministério da Saúde – responsável pela aprovação do processo de evacuação do doente.

- Embaixadas em Portugal – fazem a mediação entre as entidades portuguesas e as entidades guineenses envolvidas no processo. Garantem os meios de subsistência dos doentes durante o período de tratamento médico.

Através destes acordos, doentes dos PALOP podem obter tratamentos em Portugal sempre que a sua condição clínica justifique, ou seja, se apresentar patologias que não podem ser tratadas no seu país de origem, através do comprovativo de uma junta médica (equipa de médicos) do seu país de origem.

Por ano, cada PALOP tem um número máximo de doentes que pode evacuar, como pode se observado no quadro abaixo.

Figura 4.1. *Número máximo de doentes que cada PALOP pode evacuar anualmente*

País	Número de doentes
Angola	200
Cabo Verde	300
Guiné-Bissau	300
Moçambique	50
São Tomé e Príncipe	200

Fonte: DGS

O processo de evacuação dos doentes oriundos de Angola (máximo de 200 doentes) e de Moçambique (50) decorre normalmente sem problemas. Geralmente, os PALOP conseguem cumprir com a sua parte nos acordos de cooperação. Contudo, segundo Henriques (2010), por um lado, Angola e Moçambique detêm de um sistema de saúde melhor estruturado, com maior número de valências e dispõem de melhor gestão na triagem dos doentes enviados; por outro, recorrem mais à África do Sul, dada a maior proximidade geográfica. Todos os restantes PALOP apresentam dificuldades no que diz respeito ao cumprimento da sua parte nos acordos.

Não obstante, Cabo Verde tem trabalhado no sentido de melhorar as condições dos seus doentes (disponibiliza a alguns doentes uma bolsa mensal para cobrir as despesas necessárias e a outros, aloja em pensões). Criou um centro de acolhimento gerida pela Associação Sol Solidário, para alojar os seus doentes.

No que diz respeito a S. Tomé e Príncipe, o gabinete de Ação Social da sua embaixada em Portugal, afirma ter imensas dificuldades em responder as necessidades

da maioria dos seus doentes, tendo em conta ao número muito elevado, mas tem conseguido apoiar alguns dos seus doentes, pagando-lhes bilhetes dos transportes que utilizam para se deslocarem ao hospital.

A Guiné-Bissau é o país que mais dificuldades apresenta em apoiar os seus doentes e consequentemente, são estes que mais procuram o apoio social em Portugal.

4.2. Identificação de bloqueio nos acordos

Os Acordos de Cooperação no Âmbito da Saúde entre Portugal e cada um dos PALOP apresentam alguns bloqueios que impedem que todo o processo de evacuação decorra de forma eficaz. Estes bloqueios passam pelos seguintes domínios:

- Doenças

A junta médica que avalia o doente a ser evacuado apenas pode atribuir uma doença ao doente. Nos acordos de cooperação não está previsto o tratamento de mais que uma patologia. No entanto, grande parte dos doentes apresenta outras patologias para além da doença principal, muitas vezes provocadas pela demora na intervenção. Os doentes nesta situação dependem do bom senso do médico de referência (o médico que o acompanha em Portugal) e de assistentes sociais dos hospitais em que são tratados, para um médico da especialidade de que necessita, sem que apresente custos financeiros para estes.

- Falta de definição temporal

Nos acordos de cooperação, não está determinado o tempo que as entidades envolvidas devem demorar em tratar dos processos de evacuação. Neste sentido, cada entidade trata cada caso conforme entende, sem ter em conta o estado em que se encontra o doente. A burocracia existente nestas entidades faz de evacuação um processo muito demorado. O processo normal de evacuação é muito moroso e há casos de doentes que esperam anos para serem evacuados – alguns chegam tarde demais - e muitos acabam por morrer mesmo antes da evacuação.

- Acompanhantes

Apesar de uma grande parte de doentes virem para Portugal acompanhado de um familiar ou de um profissional de saúde, chamados de acompanhantes, estes não têm estatuto, pois nos acordos de cooperação não há qualquer referência acerca destas pessoas. No entanto, uma boa parte de doentes, por serem crianças ou dependentes físicos, necessitam de um acompanhamento permanente. As embaixadas de Portugal nos PALOP concedem vistos para estes cidadãos, que vêm e permanecem no país sem

quaisquer direitos e deveres. É necessário que nos acordos constem os direitos e deveres destes cidadãos.

- Taxas moderadoras

Quando os acordos foram assinados é certo que ainda não existiam as taxas moderadoras no SNS. Com o aparecimento das taxas moderadoras, muitos hospitais, como procedimentos ditos normais, exigem o seu pagamento aos doentes evacuados e estes não têm como pagar. Em alguns casos, recusam-nos o acesso os cuidados de saúde. Os gabinetes do serviço social dos hospitais têm feito um bom trabalho no sentido de minimizar este flagelo. Esta prática vai contra a Constituição da República Portuguesa, visto que o acesso à saúde é um direito humano indiscutível, independentemente da origem, língua, religião ou convicções políticas.

- Falta de acesso dos doentes e acompanhantes ao SNS

Os doentes apenas têm acesso a um hospital e a um médico de referência. Caso surja uma necessidade de se dirigem aos serviços de saúde, sem ser por causa da doença mencionada pela junta médica, têm que pagar a totalidade dos serviços prestados.

Os acompanhantes apenas têm direito a inscrições esporádicas nos centros de saúde. Neste caso, tem que pagar as consultas, os exames e medicamentos na totalidade, o que é muito dispendioso, tendo em conta que a situação financeira destes é quase sempre má.

4.3. Descrição dos processos de evacuação

- Normal

A evacuação dos doentes para tratamento em Portugal implica a realização de alguns procedimentos, que, dependendo de cada caso, poderão ser normal ou urgente. A seguir, serão apresentados os passos normais na evacuação dos doentes:

- a) O médico responsável pelo doente apresenta à junta médica uma proposta de evacuação, que esta avalia e emite um parecer favorável através de um relatório médico.
- b) O Ministério da Saúde aprova o relatório e encaminha o processo à Embaixada da Guiné-Bissau em Portugal.
- c) A Embaixada, por sua vez, dirige o processo à DGS, com um requerimento formal para consentimento do mesmo no âmbito dos Acordos.

- d) A DGS dá entrada ao processo do doente, que é apreciado pelo médico responsável e confirma aceitação e encaminha o caso para um determinado hospital, solicitando assistência médica, através da marcação de uma consulta.
- e) O Hospital informa a DGS da data da consulta, que transmite a informação à Embaixada de Guiné-Bissau em Portugal e ao SEF, para facilitar a emissão do visto.
- f) A Embaixada em Portugal comunica da marcação da consulta ao Ministério da Saúde. Este por sua vez, solicita à Embaixada de Portugal a emissão de um visto.

- Urgente

Em casos de emergência, o processo utilizado é muito mais rápido, como pode ser constatado a seguir:

- a) O Ministério de Saúde de cada PALOP ou as Embaixadas de cada PALOP em Portugal informam por telefone ou por fax à DGS sobre a vinda de um doente em situação de emergência.
- b) A DGS define qual o hospital público que mais se adequa para receber o doente e avisa-o imediatamente da sua chegada.
- c) A embaixada solicita à DGS a regularização da vinda do doente, enviando os documentos necessários.

4.4. Apresentação dos obstáculos enfrentados por doentes evacuados

Os Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e os PALOP precisam ser revistos, pois existem pontos que foram acima referidos e situações vividas por doentes (que serão mencionadas a seguir) que mostram uma clara ineficácia no cumprimento dos seus objetivos.

Apesar da situação acima referida, não há dúvida de que o presente acordo tem contribuído em geral para a melhoria da saúde de doentes evacuados, mas é preciso identificar os flagelos no processo de evacuação dos doentes, que devem ser um ponto de partida na criação de mecanismos necessários para melhorar a eficácia de intervenção neste campo.

A incapacidade financeira e a insuficiência do pessoal – necessário para o acompanhamento dos doentes - nos Ministérios da Saúde no país de origem e das Embaixadas em Portugal põem doentes muitas vezes em situação de pobreza, violando assim os seus direitos como seres humanos. A seguir, serão apresentados os principais

obstáculos vividos por doentes e seus acompanhantes, tanto nos países de origem como em Portugal:

- No país de origem

Financeiro

Muitos doentes são obrigados a pagar algum dinheiro para poderem ter um parecer favorável pela parte da junta médica, para além de custear todo o procedimento administrativo. Em alguns casos são os próprios doentes, familiares, amigos ou ONG que custeiam todo o processo de evacuação.

Como consta nos acordos, deve ser o Estado de cada país de origem a financiar todo processo de evacuação. Nos países de origem esta responsabilidade deve ficar a cargo dos Ministérios da Saúde e em Portugal às embaixadas. No entanto, o mesmo não acontece.

Social

Os doentes não dispõem de acompanhamento personalizado por parte dos profissionais de saúde. É necessário que seja o doente a deslocar-se ao Ministério da Saúde do seu país ou à Embaixada de Portugal para receber informações sobre o desenvolvimento do seu processo de evacuação.

A falta de um acompanhamento social para cada caso resulta por vezes de uma espera demorada para a evacuação por parte de alguns doentes, o que pode afetar negativamente o seu tratamento ou ser fatal. Esta falta de acompanhamento também passa por falta de informações acerca dos procedimentos no processo de tratamento médico e de instruções básicas de vida em Portugal.

- Em Portugal

Financeiro

Existem casos em que as embaixadas pouco ou nada apoiam financeiramente os seus doentes. Algumas embaixadas têm sido incapazes de mobilizar recursos financeiros suficientes para dar respostas às necessidades dos doentes e acompanhantes durante o tempo necessário para o tratamento médico.

As embaixadas também têm dificuldades em acompanhar doentes e acompanhantes durante a sua estada em Portugal. O acompanhamento passa sobretudo por deslocações aos hospitais e ao SEF. Muitos doentes e acompanhantes não percebem nem falam o português, o que pode comprometer a resolução dos seus problemas.

Social

As embaixadas em Portugal não dispõem de pessoal específico para fazer um acompanhamento personalizado a cada doente em todo o seu percurso de estada em Portugal. Esta situação, quando o doente não dispõe de familiares, amigos e profissionais dispostos a assumirem este papel, pode causar constrangimentos que afetam de forma negativa os seu tratamento médico deste.

Uma vez que muitos doentes não dominam a língua portuguesa, o acompanhamento nas idas ao médico, ao SEF e as outras instituições que possam necessitar é indispensável. Em muitos casos, o doente não percebe a recomendação do médico e de outros profissionais de saúde, pondo assim em causa o seu tratamento.

Outro problema que a falta de apoio social pode provocar é a demora nas intervenções médicas e os intervalos, por vezes muito longos entre as consultas ou entre os tratamentos. Os médicos tratam dos casos dos doentes evacuados sem ter conhecimento a situação social de cada um e é com a intervenção dos assistentes sociais que muitas situações são resolvidas.

Como vimos, alguns PALOP enviam os seus doentes para Portugal, mas não mostram a capacidade suficiente para mantê-los durante o tempo necessário para o tratamento médico. Portugal, por sua vez, apesar de ter conseguido cumprir a sua parte nos acordos, deve também fazer com estes países de origem se responsabilizem pelos objetivos.

5. O PADE

5.1. O que é o PADE

O PADE é um modelo de intervenção de apoio a doentes estrangeiros que surgiu na sequência dos trabalhos realizados entre 2005 e 2006 pelo ACIDI. Este organismo estatal que trabalha exclusivamente com a população imigrante possui um centro de atendimento (CNAI) em Lisboa que dispõe de vários serviços para apoiar os que procuram Portugal para viver, como é o caso do Gabinete de Saúde. O Gabinete de Saúde foi criado através de um protocolo assinado em 2003 entre o ACIDI e o Ministério da Saúde. Este serviço recebia regularmente doentes evacuados através dos Acordos de Cooperação Domínio da Saúde entre Portugal e os PALOP, que pretendiam receber informações e apoios para resolver os problemas que enfrentam em Portugal. O Gabinete de Saúde para além de dar informações necessárias, também faz a mediação entre estes cidadãos estrangeiros e outras instituições de que os doentes necessitam,

como hospitais. No período acima indicado, procurou identificar os principais obstáculos enfrentados por esses doentes, através de monitorização dos casos. O ACIDI, já consciente da situação precária na qual vivem muitos doentes, pondo em causa os seus direitos humanos básicos como o acesso à saúde, ao alojamento e ao vestuário, procurou encontrar respostas para garantir os meios de subsistência a estes cidadãos durante o período de tratamento médico. Para isso, era necessário contar o apoio financeiro do ISS. Neste sentido, em Dezembro de 2007, os dois organismos do Estado Português assinaram um protocolo de cooperação. Desse protocolo nasce o PADE.

O PADE foi criado para apoiar cidadãos estrangeiros e seus acompanhantes que vêm para Portugal para tratamento médico, por não ser possível realizar no seu país de origem e que não têm possibilidades económicas para garantirem os meios de subsistência durante o período de tratamento médico. Neste sentido, o PADE assume sobretudo as responsabilidades de algumas embaixadas dos PALOP em Portugal, que se mostram incapazes de garantir os meios de subsistência dos seus doentes durante o período de tratamento médico. Para garantir aos doentes um direito a uma vida digna, o PADE propôs-se aos seguintes objetivos:

- Assegurar a organização/gestão de um serviço que apoie os doentes imigrantes e seus acompanhantes, financeiramente e em tudo o que for necessário até à sua plena integração;
- Garantir as condições adequadas de residência e de apoio social aos doentes estrangeiros que chegam a Portugal ao abrigo de acordos de cooperação, contribuindo para que vivam condignamente, em particular, durante os períodos em que aguardam tratamentos e que são, na maior parte das vezes, períodos maiores que os de internamento;
- Contribuir para que os períodos entre tratamentos sejam passados, não em Portugal, mas no país de origem, sempre que, com base no diagnóstico clínico, se conclua ser possível e menos dispendioso;
- Que regressem aos seus países sempre que o tratamento esteja concluído e se comprove já não ser necessário permanecer em Portugal;
- Colaborar com as embaixadas na reavaliação das diferentes situações em que se encontram os respetivos doentes de modo a que seja possível cumprir o que está

estabelecido nos acordos de cooperação e se possa diagnosticar os fatores que contribuem para este incumprimento;

- Evitar que doentes de junta médica, sem meios de subsistência, venham fora dos acordos de cooperação, impedindo que entrem numa situação de irregularidade e exclusão social;
- Fazer divulgação através de um folheto informativo, que dê a conhecer os direitos e deveres dos doentes que vêm para Portugal ao abrigo dos acordos de cooperação com os PALOP no âmbito da saúde, a ser distribuído nos países de origem e em Portugal, junto dos técnicos de saúde;
- Criar um “circuito fechado”, tendo como centro as casas de acolhimento, que permita a monitorização de cada situação, e o acompanhamento do percurso de cada doente, desde a obtenção da Junta Médica até ao fim do tratamento.

A pretensão do PADE para que todos os objetos sejam cumpridos, era fazer um acompanhamento a cada doente em três etapas diferentes: a) inicial - o procedimento no país de origem, b) intermédio - estada em Portugal e c) final - retorna ao país de origem. É evidente que se cada caso for acompanhado em todas as fases de evacuação, por um lado, minimiza constrangimentos que possam aparecer, e por outro lado, facilita o tratamento e a recuperação do doente.

A gestão dos casos era feita através de parcerias formais e informais que o PADE estabeleceu com várias instituições em Portugal e nos PALOP e através da rede de casas de acolhimento, que permitem um melhor acompanhamento.

5.2. Contributos do PADE na evacuação, acolhimento e retorno de doentes

A língua e um passado histórico em comum entre Portugal e os PALOP são certamente argumentos fortes que fazem com haja interesse de fortalecerem laços estreitos. Esta ligação hoje passa, sobretudo através dos acordos de cooperação em várias áreas que Portugal celebrou com estes países. Os Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde supracitados são um exemplo disso. Portugal assinou um acordo de saúde com cada um destes países individualmente e comprometeu-se receber para tratamento médico, doentes oriundos dos PALOP com patologias que não são tratadas no seu país de origem.

Por existirem casos de doentes e seus acompanhantes que por não terem apoio social e económico para a estada em Portugal durante o período de tratamento médico,

passam a viver numa situação de pobreza, o que intervém de forma negativa no tratamento médico.

Como já foi referido anteriormente, o PADE através das parceiras estabelecidas e das casas de acolhimento criadas, pretendeu garantir as condições necessárias para responder de forma positiva a obstáculos que doentes e seus acompanhantes possam encontrar em todo o processo de evacuação, acolhimento e retorno. Neste sentido, o PADE disponibiliza aos doentes e seus acompanhantes, meios de subsistência necessários para a estada em Portugal durante todo o período de tratamento médico.

As candidaturas ao PADE podiam ser feitas pelos doentes e seus acompanhantes através das seguintes vias: pessoalmente no Gabinete de Apoio Social do CNAI, por telefone e por e-mail. Após a candidatura, os candidatos são entrevistados pelos técnicos do PADE e a seguir é feita a análise dos processos e por fim, consoante as vagas são encaminhados para as casas de acolhimento.

A fragilidade monetária do ISS provocada pela crise financeira vivida por Portugal, fez com que o PADE deixasse de existir a partir de Dezembro de 2012.

5.2.1. O PADE e a parceria

Para o PADE, a manutenção de parcerias com instituições que lidam com doentes evacuados, tanto em Portugal como nos PALOP, é imperativo no cumprimento dos seus objetivos. A figura n.º3 ilustra que tipo de relações o PADE estabeleceu com cada um dos parceiros apresentados. Em Portugal, o PADE assinou um protocolo com o SEF em Movimento, e passa a ter a possibilidade, sempre que justifique e de forma gratuita, de uma equipa do SEF ir ao encontro de doentes - com dificuldades motoras - em casas de acolhimento ou nos hospitais. O SEF em Movimento, também possibilita de forma mais rápida a prorrogação de visto de estada temporária de doentes e seus acompanhantes. Com o IHRU e a Câmara Municipal de Sintra, assinou protocolos a fim de estes cederem apartamentos para o funcionamento de casas de acolhimento. A parceria com a DGS é informal e passa pelo apoio este dá agilização para a marcação rápida de consultas quando a situação requer urgência. A Fundação Calouste Gulbenkian dá apoios pontuais ao PADE, como é no caso do envio de uma máquina para o controlo de coagulação de sangue ou na cedência de espaço para a realização de um seminário.

Com as embaixadas nos PALOP, a parceria também é informal e estas por reconhecerem o apoio que o PADE dá aos seus utentes identificam e encaminham os

casos que precisam de auxílio e através dos seus serviços consulares facilitam o tratamento da documentação dos utentes PADE.

Em São Tomé e Príncipe tem apoio da Fundação Marquês Valle Flôr, que acompanha doentes que regressam, quando o caso se justifica.

Por fim, na Guiné-Bissau, trabalha em parceria com a AIDA e a Cáritas. A AIDA é uma ONG espanhola que trabalha com crianças cardiopatas. Neste sentido, em conjunto com o PADE, participa na evacuação e no retorno de crianças e seus acompanhantes com este tipo de patologia. A Cáritas apoia quando se justifica, doentes na aquisição de medicamentos e vestuário.

Nos PALOP, o PADE mantinha parceria em S. Tomé e Príncipe e na Guiné-Bissau porque quase todos os doentes acompanhados eram oriundos destes dois países. Estas parcerias assumidas com instituições que atuam nos países de origem permitem facilitar o procedimento dos processos nas etapas inicial e final. Assim, os doentes vêm diretamente para as casas de acolhimento da rede do PADE e o acompanhamento é feito desde o início, minimizando os obstáculos aos doentes e acompanhamento. E no regresso ao país de origem, ainda é garantido ao doente, quando se justifica, apoio na medicação.

Para além das instituições da figura n.º3, o PADE manteve sempre contactos com os hospitais em que os doentes são acompanhados, através de médicos de referências e dos gabinetes de serviços sociais.

Figura 5.1. *Parceiros do PADE*

Instituição	País	Tipo de apoio
AIDA	Guiné-Bissau	Identificação de casos de crianças cardiopatas, apoio na evacuação e no retorno de doentes.
Cáritas	Guiné-Bissau	Apoio a doentes retornados.
Câmara Municipal de Sintra	Portugal	Cedência gratuita de um apartamento para funcionamento de uma casa de acolhimento.
Direção Geral de Saúde	Portugal	Apoio na marcação urgente de consultas nos casos mais graves.
Embaixadas dos PALOP	Portugal	Identificação de doentes em situação de pobreza.
Fundação Calouste	Portugal	Envio de uma máquina de controlo de

Gulbenkian		coagulação de sangue para São Tomé e Príncipe. Disponibilizou espaço para a realização de um seminário.
Fundação Marquês Valle Flôr	São Tomé e Príncipe	Apoio a doentes retornados
IHRU	Portugal	Cedência de um apartamento a preço baixo para funcionamento de uma casa de acolhimento.
Projeto SEF em Movimento	Portugal	Apoio na prorrogação de vistos de estadas temporárias de doentes.

Fonte: ACIDI

Em Março de 2011, o ACIDI realizou um seminário intitulado “Doentes de Junta Médica – Sinergias para Responder Melhor”. Com este encontro, O ACIDI para além de apresentar e de divulgar o PADE, pretendeu reunir instituições estatais e do terceiro sector – alguns parceiros - que trabalham na área da saúde e com doentes evacuados, para conhecer melhor os seus trabalhos e em conjunto encontrar melhores soluções de apoio no futuro. No entanto, os trabalhos ficaram neste primeiro e último encontro e não houve avanços no sentido de soluções para o futuro. Este seminário contou com a intervenção de representantes dos seguintes parceiros: a Fundação Calouste Gulbenkian, Hospitais de Santa Marta e de D. Estefânia, SEF, as Embaixadas de S. Tomé e Príncipe e de Cabo Verde, Instituto Marquês Valle Flor e DGS.

5.2.2. As Casas de Acolhimento da Rede do PADE

O PADE possui uma rede de casas de acolhimento, que visa receber doentes e seus acompanhantes durante o período de tratamento médico em Portugal. A estadia nestas casas permitem as entidades gestoras a monitorização de todo o percurso do doente e seu acompanhante (caso exista), desde o país de origem, passando pelo tratamento médico em Portugal e o regresso ou a integração, caso se justifique.

As casas de acolhimento do PADE são de carácter temporário em que doentes e seus acompanhantes apenas podem permanecer durante o período de tratamento médico. Este período pode ser curto ou longo, dependendo da especificidade de cada caso.

A gestão do funcionamento das casas de acolhimento é feita com o valor da bolsa de saúde atribuído mensalmente a cada utente Este valor serve para as casas de

acolhimento pagar todas as despesas necessárias para garantir meios de subsistência dos utentes e garantir um bom funcionamento do espaço. A quantia que cada casa de acolhimento recebe mensalmente varia com o número de doentes que acolhe.

O número de casas de acolhimento foi crescendo conforme o número de pedido de alojamento for aumentando. Neste sentido, como consta na figura n.º 4, em 2008 começaram a funcionar as primeiras casas de acolhimento da rede do PADE: o Centro Pedro Arrupe, Residência St^a Maria Eufrásia e a Casa da Alegria, ambas na cidade de Lisboa. A primeira funcionava como um centro para refugiados, albergava cada máximo 4 utentes PADE (crianças, mulheres e homens) e é gerido por JRS. A segunda recebia até 10 utentes (crianças e mulheres) e estava sob gestão do Lar Maria Droste. O último tinha capacidade para 18 utentes (crianças e mulheres) e era gerida pela Associação Porta do Mais.

No ano seguinte, o PADE inaugurou duas casas de acolhimento: a Casa Amiga e a Casa Viva, ambas nos arredores de Lisboa. A Casa Amiga estava sob gestão da Associação Ser Alternativa e podia receber até 6 utentes em simultâneo (crianças e homens). A Casa Viva era gerida pela Associação Olho Vivo e a sua capacidade também era para 6 utentes (crianças, mulheres e homens).

Em 2010 é inaugurada a Casa Esperança, também nos arredores de Lisboa e com a capacidade para 8 utentes (crianças e mulheres) e é gerida pelas Irmãs Scalabrinianas. Por fim, em 2011, A Missão Saúde para a Humanidade, que já tinha uma casa de acolhimento no Porto que recebia doentes evacuados dos PAOLP, associa-se ao PADE este passa a atribuir-lhe três bolsas de saúde mensais.

Cada casa de acolhimento era da responsabilidade de uma instituição gestora e dispunha de um regulamento interno que continham as normas do seu funcionamento, assim como dos direitos e dos deveres de cada utente. Ainda empregava um responsável, denominado por Diretor de Casa. Cabia ao Diretor de Casa fazer o acompanhamento individual a cada utente, dividir e organizar as tarefas da casa e participar nas reuniões. Basicamente, cada casa de acolhimento devia:

- Proporcionar alojamento temporário a doentes estrangeiros e seus acompanhantes, durante o período de tratamento médico em Portugal;
- Prestar um serviço de refeição diária durante todo o período de permanência na casa e fornecer os bens alimentares necessários à confeção das refeições;
- Possibilitar as condições para a lavagem e tratamento de roupa;

Contributos do PADE

- Prestar apoio psicossocial;
- Proporcionar acesso ao apoio jurídico;
- Acompanhamento do acesso aos serviços de saúde;
- Acompanhamento do acesso SEF;
- Apoiar no regresso ao país de origem após alta clínica;
- Promover formação educacional e cultural, em articulação com outras entidades;
- Incentivar a realização de formação profissional e procura de emprego no caso dos doentes ou acompanhantes portadores de Autorização de Residência;
- Assegurar o acompanhamento individualizado por parte do Diretor da Casa;
- Incentivar a participação do utente em todos os momentos do processo, com vista à sua plena integração.

O PADE não tem um plano de atividades definido. Cabe instituição gestora definir atividades da sua casa de acolhimento, consoante os meios disponíveis e tipo de utentes que alberga.

Figura 5.2. As casas de acolhimento da rede do PADE

Casa de Acolhimento	Capacidade	Ano do início no PADE	Localização	Destinatários	Instituição gestora	Apoios
Centro Pedro Arrupe	4	2008	Lisboa	Homens, mulheres e crianças	JRS	
Residência S ^{ta} Maria Eufrásia	10	2008	Lisboa	Mulheres e crianças	Irmãs do Bom Pastor	
Casa da Alegria	18	2008	Lisboa	Mulheres e crianças	Associação Porta do Mais	Continente
Casa Amiga	6	2009	Mem Martins	Homens e crianças	Associação Ser alternativa	Câmara Municipal de Sintra, Pingo Doce
Casa Viva	6	2009	Buraca	Homens, mulheres e crianças	Associação Olho Vivo	Ass. Moradores do B ^o do Zambujal, Centro Paroquial da Buraca
Casa Esperança	8	2010	Amora	Mulheres e crianças	Irmãs Scalabrinianas	
Casa da Missão Saúde para a Humanidades	3	2011	Porto	Homens, mulheres e crianças	Missão Saúde para a Humanidades	

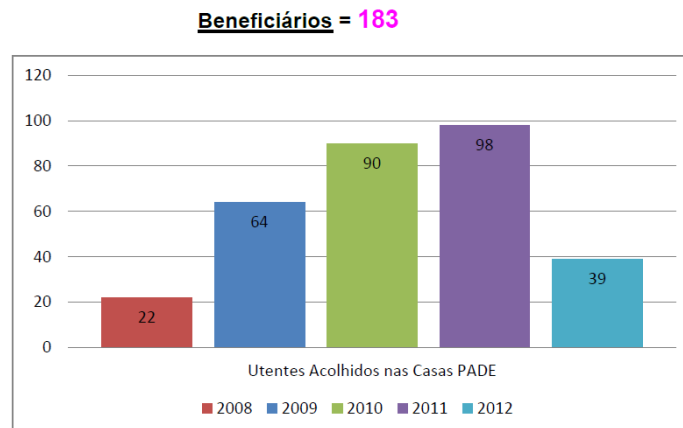
Fonte: PADE

5.2.3. Utentes do PADE

Doentes estrangeiros, seus acompanhantes ou seus filhos nascidos em Portugal são os utentes e beneficiários do PADE.

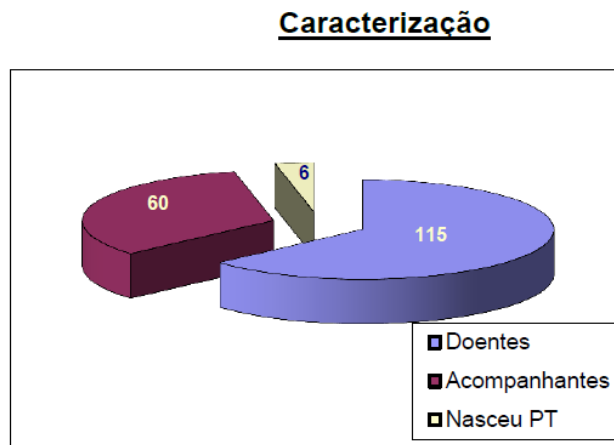
Pode-se verificar no quadro 5.1. que entre 2008 e 2012, o PADE recebeu 183 utentes. É importante esclarecer que alguns utentes transitam nas casas de acolhimento de um ano para o outro. No primeiro ano albergou 22, no segundo este número disparou para 64, no terceiro para 90 e no quarto aumento para 95 e último desceu para 39. Isso mostra que a procura de apoio por parte de doentes e acompanhantes tem vindo a aumentar de ano para ano. Naturalmente, o quadro 5.2. mostra que o número de doentes (115) recebidos em casas de acolhimento da rede do PADE é muito superior a de acompanhantes (60). O que indica que muitos utentes são autónomos e não necessitam de acompanhantes. A mesma figura ainda mostra o número de filhos de doentes (6) que nasceram em Portugal e que foram com as suas mães para casa de acolhimento. A figura 5.3. que está de seguida, indica que quanto à origem dos utentes, a Guiné-Bissau está representada em maior número (123), seguido de S. Tomé e Príncipe (56) e por fim Cabo-Verde (2) e Moçambique (2). É claro o destaque de número de doentes oriundos da Guiné-Bissau, com representação de mais de dobro do conjunto dos restantes países. A leitura que se pode fazer disto é que a Guiné-Bissau é o PALOP que apresenta mais dificuldades em assumir a estadia dos seus doentes durante o período de tratamento médico, não garantindo assim os seus meios de subsistência, o que põe em causa os seus direitos humanos.

Quadro 5.1. *Número de beneficiários do PADE*



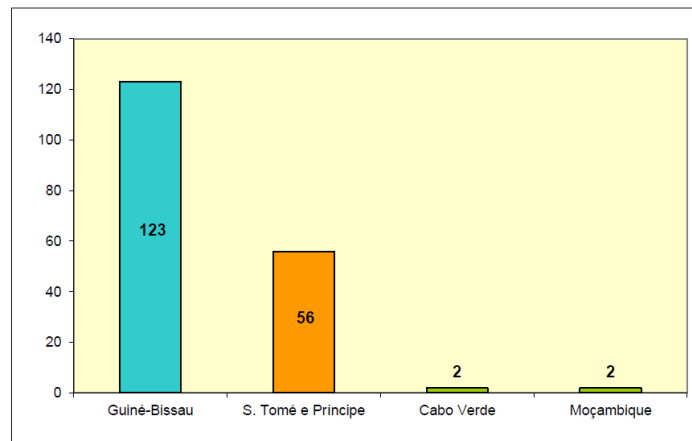
Fonte: ACIDI

Quadro 5.2. *Caracterização de utentes*



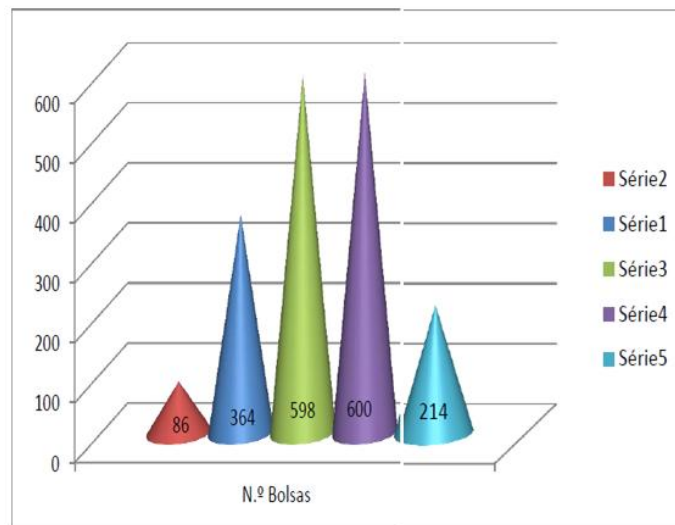
Fonte: ACIDI

Quadro 5.3. *Origem de utentes*



Fonte: ACIDI

No quadro 5.4. pode-se verificar o número de bolsas atribuídas mensalmente, entre 2008 e 2012. Em 2008, o PADE atribuiu 86 bolsas; em 2009 passou para 364; de seguida, em 2010 subiu para 598, no ano seguinte, em 2011 subiu para 600 e por fim, em 2012 baixou para 214. No total, foram atribuídas 1862 bolsas mensais a doentes. É através das bolsas mensais atribuídas a cada utente que as instituições gestoras conseguem fazer a administração financeira das casas de acolhimento.

Quadro 5.4. *Número total de bolsas atribuídas*

Fonte: ACIDI

5.3. Análise aos contributos do PADE na evacuação, acolhimento e retorno de doentes.

Para a análise aos contributos do PADE na evacuação, acolhimento e retorno de doentes, foram recolhidas informações através das seguintes técnicas de recolha informação: inquérito por questionário e conversas informais com utentes do PADE, entrevista semi-estruturadas a profissionais que trabalham com doentes evacuados.

5.3.1. Análise aos dados dos utentes inquiridos

Foi realizado um inquérito por questionário a alguns doentes e acompanhantes que se encontravam em quatro casas de acolhimento da rede do PADE entre os meses de Dezembro de 2011 e Janeiro de 2012.

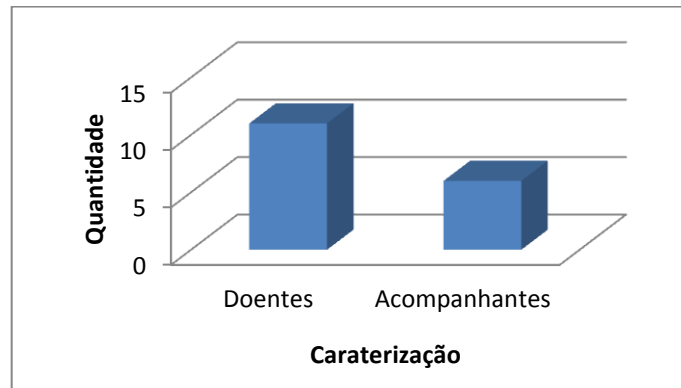
Caracterização

Foi recolhida uma amostra aleatória de dezassete utentes: onze doentes e seis acompanhantes (quadro 5.5.) de ambos os géneros: quatro homens e treze mulheres (quadro 5.6.). As informações dadas pelos acompanhantes são relativos aos doentes menores que acompanham.

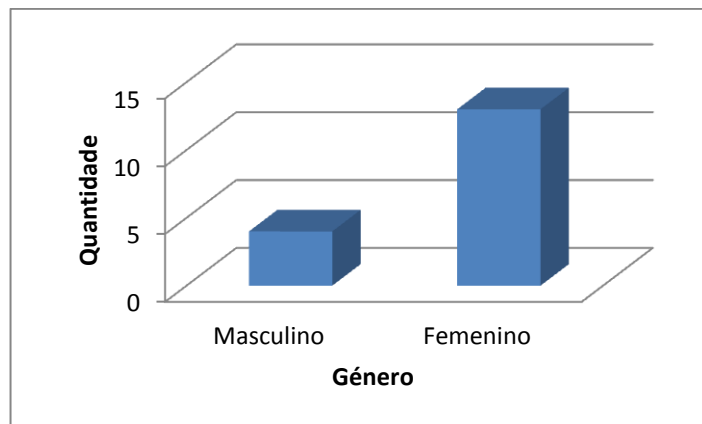
Os utentes inquiridos estão em várias faixas etárias, como se pode verificar no quadro 5.7., no entanto, a faixa etária mais representativa é a dos 20-30 anos, com nove elementos. Quanto ao nível de instrução dos inquiridos, o quadro 5.8. mostra-nos que varia entre nenhum nível (três elementos) a licenciatura (um elemento). Três utentes concluíram o ensino primário, dois terminaram o ensino preparatório, sete finalizaram o ensino secundário e um completou o ensino médio.

No que diz respeito ao tipo de doenças diagnosticadas pela junta médica (quadro 5.9.), o tumor vem em primeiro lugar, com seis elementos; a seguir vêm os problemas cardiológicos e da coluna, ambos com dois elementos cada e por fim, vem os tipos de doenças com apenas um elemento: queimadura grave, problema na perna, problema na bexiga, ostiometite, bloqueio linfático e reumatismo drefano. Um utente não respondeu a esta questão. (quadro 5.9.)

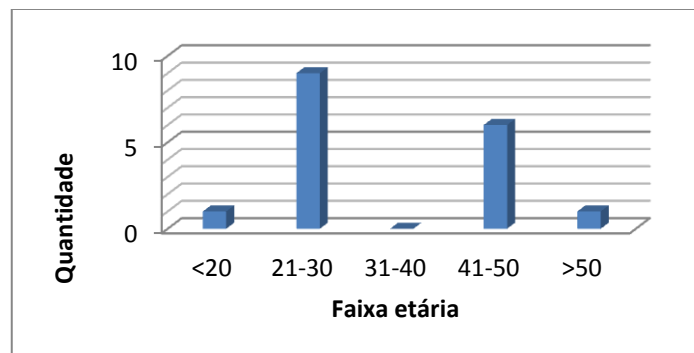
Figura 5.5. *Caracterização dos inquiridos*

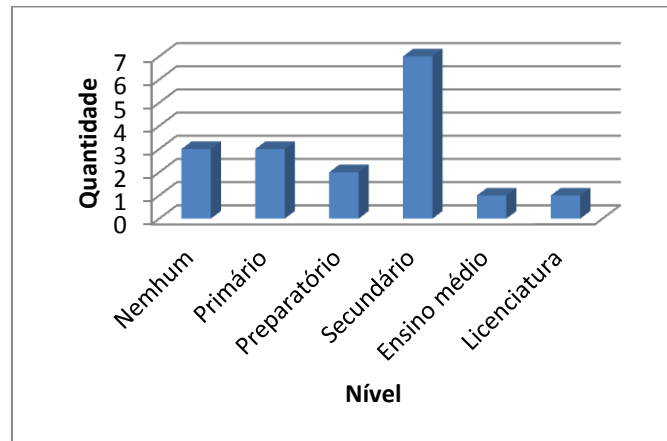
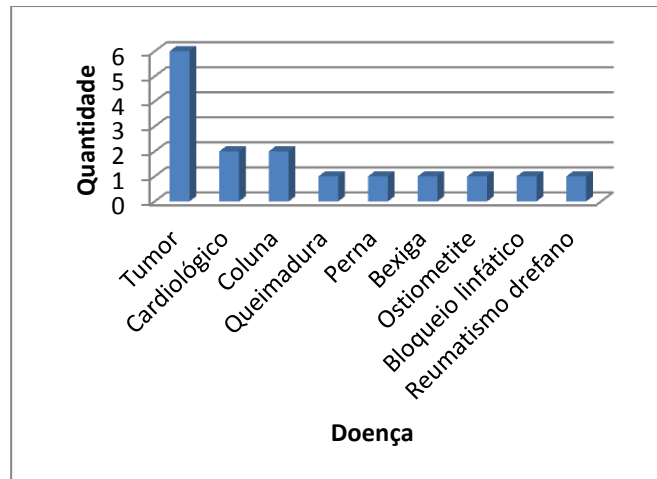


Quadro 5.6. *Género dos inquiridos*



Quadro 5.7. *Faixa etária dos inquiridos*



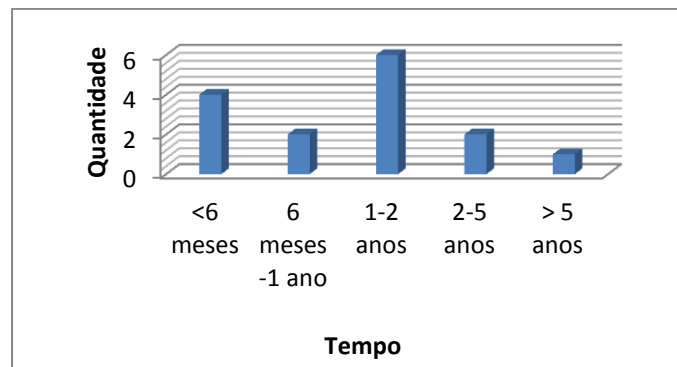
Quadro 5.8. *Nível escolar dos inquiridos*Quadro 5.9. *Tipo de doenças*

Situação dos utentes nos países de origem

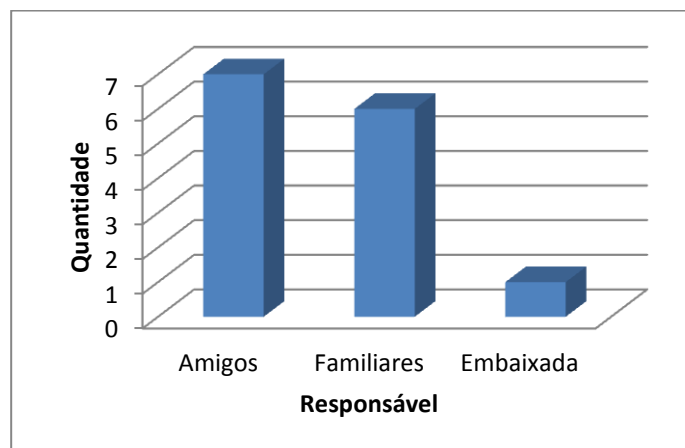
Relativamente à situação nos países de origem durante o período do processo de evacuação, os inquiridos responderam sobre o tempo de espera entre a junta médica e a evacuação, o responsável pelo termo de responsabilidade para viajar e o responsável pelo custo da viagem. Sobre o tempo de espera para a evacuação (quadro 5.10.), quatro elementos responderam que o tempo de espera foi menos de seis meses, dois responderam que esperam entre seis meses e um ano, seis responderam que o tempo que esperaram foi de um a dois anos; dois utentes esperaram entre os dois e os cinco anos e um respondeu que o tempo de espera foi mais de cinco anos. Dois dos inquiridos não responderam a esta questão. O longo período de espera para a evacuação é um argumento forte para a resistência dos doentes em regressarem ao seu país de origem, alegando imensas dificuldades na obtenção de uma junta médica. No caso do

responsável pelo termo de responsabilidade para viajar (quadro 5.11.), sete inquiridos responderam que foram familiares, seis afirmaram serem amigos e um respondeu que foi a embaixada. Um inquirido não respondeu a esta questão. Devem ser as embaixadas dos países de origem em Portugal a enviar os termos de responsabilidades aos doentes, pois são elas responsáveis pela estadia durante o período de tratamento médico. No último caso (quadro 5.12.), seis inquiridos responderem ter sido familiares, quatro afirmaram ter sido o seu Estado, dois disseram que foram os próprios a custear a sua viagem, um respondeu que foi a Igreja, um disse que foram os familiares e a Igreja, um respondeu que foram os familiares e a 1ª Dama, um afirmou que foram os amigos e um respondeu que foi uma ONG nacional. Aqui, é clara a incapacidade financeira dos utentes, que se não têm dinheiro para pagar a viagem para Portugal, muito menos têm para os meios de subsistência durante o período de tratamento.

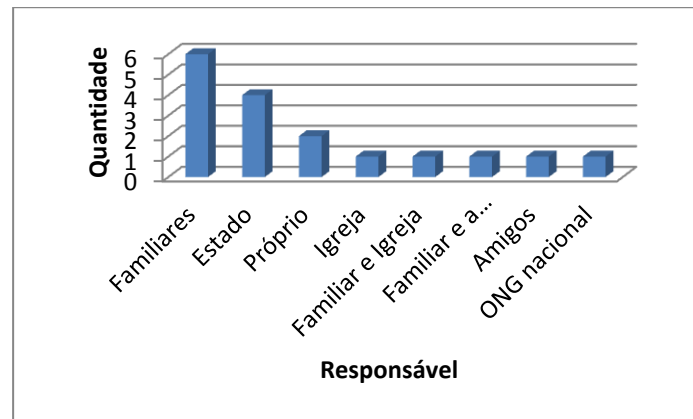
Quadro 5.10. *Tempo de espera para a evacuação dos inquiridos*



Quadro 5.11. *Responsável pelo envio de termo de responsabilidade*



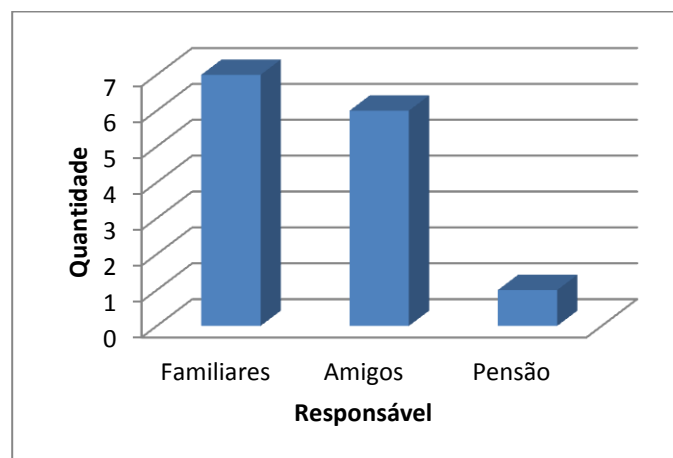
Quadro 5.12. *Responsável pelo custo da viagem para Portugal*



- Situação dos inquiridos em Portugal

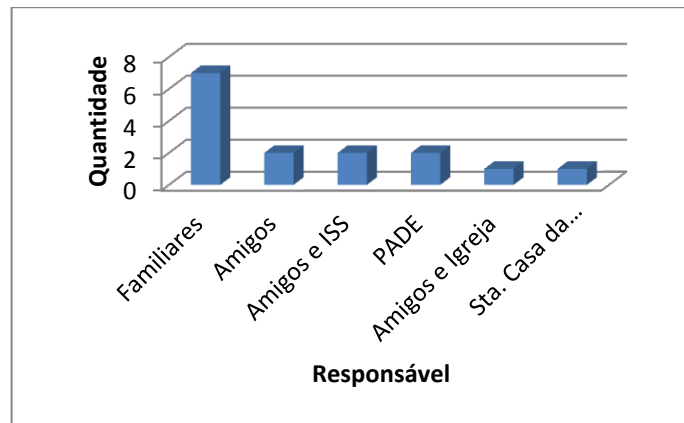
Em relação à receção dos inquiridos em Portugal, no quadro 5.13. pode-se que sete pessoas responderam que foram recebidos em Portugal por familiares, seis afirmaram que foram acolhidos por amigos e um disse que foi para uma pensão. Três dos inquiridos não responderam a esta questão.

Quadro 5.13. *Responsável pela receção em Portugal*



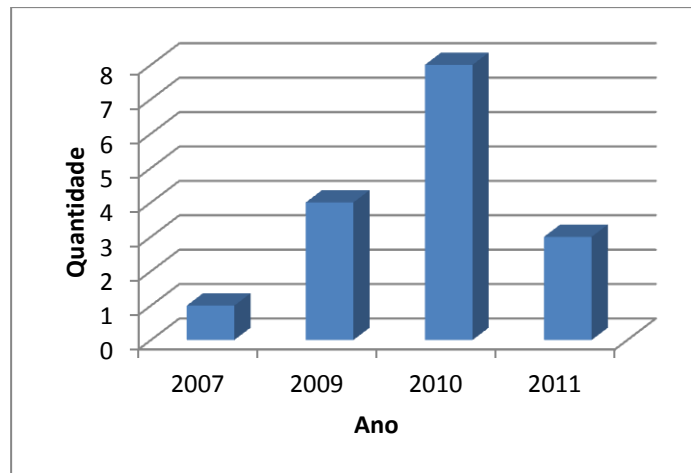
No que diz respeito ao custo de estada em Portugal (antes da entrada numa casa de acolhimento da rede do PADE), o quadro 5.14. indica que sete inquiridos disseram que foi da responsabilidade dos familiares, dois responderam que foram amigos, dois disseram que foram amigos e ISS, dois disseram que foram diretamente para uma casa de acolhimento da rede do PADE, um respondeu que foram amigos e a igreja e um disse que foi a Santa Casa da Misericórdia. Dois dos inquiridos não responderam a esta questão.

Quadro 5.14. *Responsável pelo custo de estadia em Portugal*



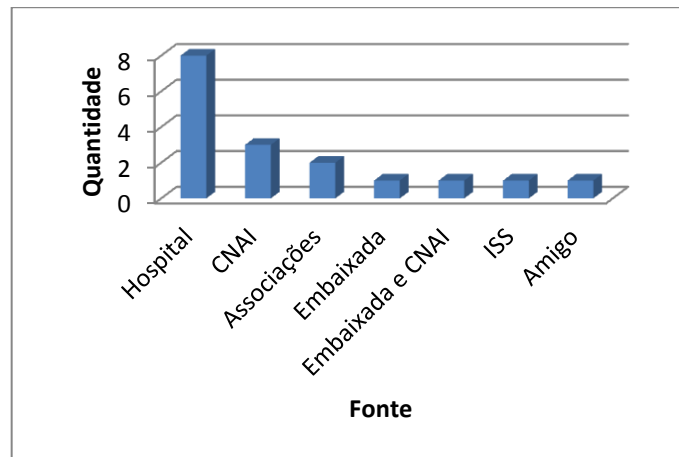
Os inquiridos chegaram a Portugal entre 2007 e 2011, como pode ser verificado através do quadro 5.15. Em 2007, chegou 1 inquirido, em 2009 chegaram quatro, em 2010 apareceram oito e por fim em 2011 chegaram três. Um inquirido não respondeu a esta questão.

Quadro 5.15. *Ano de chegada a Portugal*



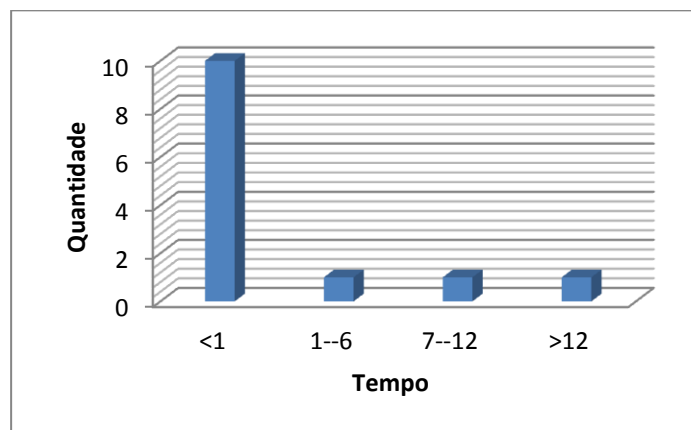
O quadro 5.16. ilustra as fontes através das quais os utentes entrevistados tiveram informação da existência do PADE, onde é visível a supremacia do hospital (oito inquiridos). A leitura que se pode tirar disto é a importância que os serviços sociais dos hospitais prestam aos doentes evacuados. A seguir vem o CNAI, referido por três inquiridos, depois as associações, indicados por dois inquiridos e por fim, 1 referiu a Embaixada, e o CNAI, o ISS e amigo.

Quadro 5.16. *Fonte de informação relativamente a existência do PADE*

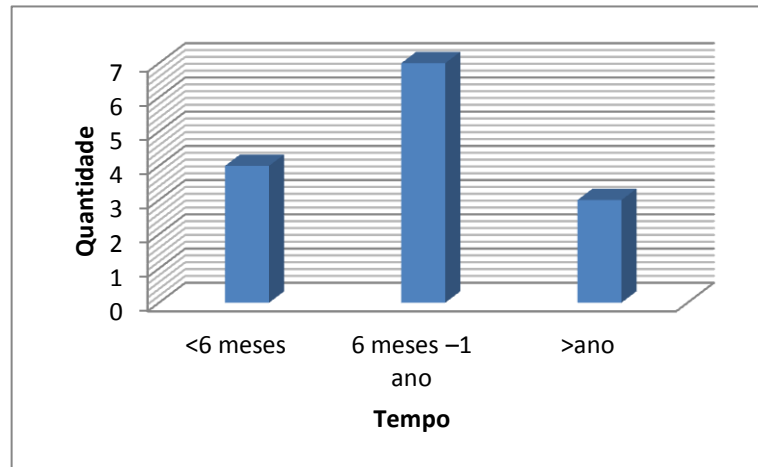


Segundo os inquiridos o tempo de espera entre o contacto e a entrada numa casa de acolhimento da rede do PADE vai até 2 anos, como informa o quadro 5.17. Dos dezassete inquiridos, treze responderam a esta questão. Dez inquiridos afirmaram terem esperado menos de um mês, um disse que esperou entre um mês e os seis meses, um indicou que o tempo de espera foi entre os seis meses e um ano e por fim, um afirmou que esperou entre um a dois anos.

Quadro 5.17. *Tempo de espera entre o contacto e a entrada para o PADE (em meses)*



O quadro 5.18. mostra o tempo de permanência dos inquiridos numa casa de acolhimento da rede do PADE. Quatro responderam que menos de seis meses, sete responderam entre os seis meses e um ano e 3 disseram mais de três meses. Três dos inquiridos não responderam a esta questão.

Quadro 5.18. *Tempo de permanência dos inquiridos numa casa de acolhimento*

Por fim, cada inquirido deu a sua opinião sobre os aspetos positivos e negativos da casa de acolhimento onde estão a residir, contribuindo assim para a análise da intervenção do PADE, como pode ser observada através figura 5.1. Por um lado, as necessidades básicas como a alimentação e o alojamento foram apontados por uns como aspetos positivos; por outro lado, outros apontaram como aspetos negativos para alimentação, como sendo inadequada e insuficientes e a falta de apoio no vestuário. Estes dois últimos pontos também são considerados necessidades básicas necessárias para garantir os direitos humanos.

Numa conversa informal, uma doente explicou-me que o deveria seguir uma dieta especial, recomendada pelo médico, contudo nem sempre tinha acesso aos alimentos necessários. Outra disse que na casa de acolhimento onde reside, os alimentos disponibilizados diariamente eram insuficientes para uma boa dieta alimentar. Esta contradição mostra a diferenciação no funcionamento de várias casas de acolhimento. A medicação foi outro aspeto positivo apontado pelos utentes, uma vez que poucos conseguiriam suportar o custo elevado dos comprimidos sem apoio. A facilidade na regularização de documentos foi também apontado como aspeto positivo. Segundo os inquiridos, têm tido facilidade no acesso aos vários serviços essenciais, nomeadamente ao apoio financeiro de ISS e a possibilidade de estudar (um aspeto também apontado como positivo). A possibilidade ou a impossibilidade de estudar também foram apontadas como aspetos positivos por uns e por outros negativos.

Figura 5.3 As opiniões dos inquiridos acerca das casas de acolhimento

Aspetos positivos	Aspetos negativos
<ul style="list-style-type: none"> • Apoio em geral • Alimentação • Medicação • Alojamento • Regularização de documentos • A possibilidade de estudar • Transportes • Acompanhamento • Apoio financeiro da ISS 	<ul style="list-style-type: none"> • Pressão para voltar ao país de origem ou abandonar a casa • Conflitos entre os residentes • Alimentação inadequada ou insuficiente • Falta de apoio no vestuário • Impossibilidade de estudar • Ausência do Diretor de casa durante o período de internamento • Pouco ou ausência de dinheiro de bolso • Falta de apoio psicológico • Falta de reuniões • Falta de apoio psicológico • Impossibilidade de trabalhar • Restrições nas saídas • Falta de apoio para ter AR

5.3.2. Análise aos dados das entrevistas semi-estruturadas

Na sequência de vários contactos (via telefone e e-mail) feitos aos técnicos de diversas instituições que trabalham com doentes evacuados, apenas cinco responderam e de forma positiva para a realização de entrevista.

Assim, foram realizadas uma entrevista aberta e quatro entrevistas semi-estruturadas a profissionais destas instituições, que são todos assistentes sociais que trabalham com doentes evacuados. Uma delas foi realizada em Dezembro de 2011 a uma assistente social da Embaixada de São Tomé e Príncipe. As restantes foram executadas entre Fevereiro e Março de 2013, ao Hospital de Santa Marta, a ONG AIDA, a Hospital Ega Moniz e por fim a Casa do Gil – Casa de Acolhimento Temporário. Todas estas instituições, com a exceção do Hospital Ega Moniz são parceiros do PADE. De seguida, vai ser feita a análise das entrevistas de forma individual.

- Embaixada de São Tomé e Príncipe

Na realização desta primeira entrevista, a entrevistada informou que já desempenhava a função de assistente social na embaixada há seis anos. Declarou que chegam todos os anos 200 doentes do seu país, que se juntam aos que já estavam em Portugal e em média, a embaixada acompanha anualmente cerca de 1600 casos. A embaixada, através do seu gabinete de apoio social, faz um atendimento semanal aos seus doentes e apesar das dificuldades financeiras, tem conseguido dar os seguintes apoios: mensalmente disponibiliza 6.300 euros nos passes sociais, 5.265 euros nos alugueres de quartos, 5.000 euros em apoio monetário direto, 4.000 em alimentação; quinzenalmente 1800 euros em medicamentos. Informa que a maior dificuldade que a embaixada sente é o apoio em alojamento dos seus doentes e é de opinião de que se houvesse alojamento gratuito para estes, as respostas de ajuda noutros campos abrangeria mais pessoas. Afirma que a embaixada foi contacta pelo ACIDI desde o início da criação do PADE e sempre mantiveram boas relações acompanharam de perto o apoio que este dá a alguns doentes santomenses. A entrevistada apontou como aspetos positivos do PADE os apoios dados e não tem aspetos negativos a apontar.

Através deste testemunho, por um lado é possível verificar os esforços – apesar de serem insuficientes - realizados pela embaixada para garantir os meios de subsistências dos seus doentes, por outro, o reconhecimento da importância do PADE em garantir esses meios a alguns dos seus doentes. A leitura que se pode fazer disto é que se houvesse mais projetos com os propósitos do PADE e com a colaboração da embaixada, seria possível apoiar e de forma eficaz maior número de doentes.

- Hospital de Santa Marta

O entrevistado que também é assistente social, afirma que exerce esta função na sua instituição no período entre 5 a 10 anos e nesse mesmo período é que trabalha com doentes evacuados. Informa que a sua instituição apenas está vocacionada para prestar assistência médica a estas doentes. Para ele as maiores dificuldades que este hospital sente em apoiar estes utentes são nas áreas financeiras e parcerias. A sua instituição teve conhecimento do PADE no período 2009-2010, mas não foi nem através deste e nem de nenhum doente. Deste período até ao final do projeto em 2012, a sua manteve com este uma parceria formal. Como aspetos positivos do PADE aponta o seguinte: “Acompanhamento dos doentes durante o seu período de tratamento em Portugal é a única resposta a nível de acolhimento existente no nosso país para as crianças e acompanhante”. E Como aspetos negativos: Dificuldade na efetivação dos regressos aos

países de origem após a alta hospitalar; a não efetivação de alguns regressos mesmo tendo alta para regressar; dificuldade de comunicação na agilização de alguns processos nomeadamente com alguns dos parceiros (SEF, Direção Geral de Saúde e ONG existentes nos países de origem) ”.

- ONG AIDA

A entrevistada trabalha no gabinete de serviço social nesta ONG espanhola (que atua na área do desenvolvimento na Guiné-Bissau) entre 5 a 10 anos. Este mesmo período também se refere ao tempo de trabalho com doentes evacuados. Segundo a entrevistada, a ONG AIDA disponibiliza aos seus utentes assistência médica e apoio financeiro e são estes serviços que os mesmos procuram nesta instituição. As dificuldades sentidas pela instituição em apoiar-lhes são sobretudo financeiras, por isso o número de beneficiários anuais não ultrapassa os 24. Relativamente à forma como a sua instituição teve conhecimento do PADE, foi através de um meio não especificado, entre 2007 e 2008. A parceria que esta mantém com o PADE é informal e passa sobretudo no encaminhamento de doentes guineenses para as casas de acolhimento e no apoio a estes no regresso aos países de origem. A entrevistada aponta como um aspeto positivo do PADE a receção de doentes e seus acompanhantes e como um aspeto negativo o facto de não obrigar os doentes a regressarem ao país de origem após a alta médica. Não fez quaisquer sugestões ao PADE e ao projetos similares.

- Hospital Ega Moniz

A assistente social (responsável pelo Gabinete do Serviço Social do Hospital Egas Moniz) entrevistada desempenha e trabalha com doentes evacuados há mais de 15 anos. Segundo ela, a sua instituição presta assistência médica e apoio social a estes doentes. Sente dificuldades financeiras entre 25 a 49 utentes que acompanham anualmente. Refere que sua instituição nunca foi contactada formalmente pelo PADE e soube da existência do projeto através de um doente, não tendo qualquer relação com este. Informa que não pode falar concretamente do PADE, pois tem poucas informações sobre este.

- Casa do Gil – Casa de Acolhimento Temporário

Segundo o entrevistado esta instituição funciona como um centro de acolhimento pós-hospitalar para crianças. Afirma que trabalha na instituição que representam e lida com doentes evacuados entre os 5 aos 10 anos. Informa que a sua instituição disponibiliza aos seus utentes assistência médica, apoio financeiro e apoio social e estes dois últimos são as áreas em que os doentes mais procuram apoio. As dificuldades da

instituição em apoiar os doentes são na área financeira e em parcerias. Anualmente, a Casa do Gil acompanha até 24 doentes evacuados. Afirma que teve conhecimento do PADE pelo próprio no período de 2007-2008 e mantiveram uma parceria formal com o objetivo de trocas de experiências. Para os entrevistados os aspetos positivos do PADE passam pelo apoio prestado e pela resposta de acolhimento e um aspeto negativo é a sua dificuldade em retornar os doentes aos países de origem, após a alta médica.

A leitura que se faz disso é que estes profissionais com os vários anos de experiências, conhecem bem os problemas vividos por doentes evacuados e o apoio médico, social e financeiro que prestam são sem dúvida muito importantes para o bem-estar destes. No entanto, partilham os grandes obstáculos que as suas instituições sentem em apoiar doentes evacuados é financeiro e de parceria. Esta última poderia ser uma arma determinante na melhoria da eficácia de apoio a doentes evacuados. Uma parceria bem articulada entre instituições presentes nos acordos e outras que trabalham com doentes evacuados, pode contribuir para diminuir os flagelos destes, tanto nos países de acolhimento, como em Portugal.

Os dados fornecidos por inquiridos e entrevistados contribuem para uma análise mais completa sobre os doentes evacuados através dos acordos de cooperação em geral e os que foram apoiados pelo PADE em particular, nos cinco anos de existência (2007/2012). Com estes dados, a interpretação que se pode fazer é que o apoio prestado pelo PADE é extremamente relevante, contribuindo na garantia de acesso aos bens essenciais para a sua sobrevivência durante o período de tratamento médico. Sendo assim, o PADE, para além de contribuir para que estes doentes tenham acesso a cuidado de saúde, garante-lhes também acolhimento e apoio no retorno ao país de origem.

É importante salientar a existência de um projeto como o PADE. Justifica-se porque, através de hospedagem em casas de acolhimentos, consegue dar resposta às necessidades dos doentes evacuados durante o período de tratamento médico em Portugal. Um aspeto relevante a ter em conta é que este projeto, em alguns casos, apoiou doentes e acompanhantes em todo o processo de evacuação, evitando assim qualquer constrangimento em alguma fase de evacuação.

O modelo de intervenção do PADE, ao garantir aos doentes evacuados direitos humanos básicos, como alojamento, alimentação, transporte e medicação, que de outra forma seria muito difícil, estava a proporcionar-lhes o acesso ao desenvolvimento humano.

6. Conclusão

Com este trabalho procurou-se identificar os bloqueios nos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e os PALOP, os principais obstáculos enfrentados pelos doentes evacuados e os contributos do PADE.

O processo de evacuação de doentes dos PALOP funciona através das regras estipuladas nos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde com Portugal, em que cada uma das partes tem as suas responsabilidades. O objetivo é para que os doentes daqueles países africanos tenham acessos aos cuidados de saúde em Portugal, sempre que o prognóstico não seja possível de tratar no seu país. Após o tratamento, os doentes deveriam voltar ao seu país de origem.

Estes acordos são iguais para todos os países (com a exceção do número de doentes que cada PALOP pode enviar anualmente). Na sua elaboração não houve o cuidado em adaptar cada um à realidade social e financeira de cada PALOP.

Existem países que apresentam mais dificuldades em cumprir as suas responsabilidades nos acordos, dificultando assim os processos de evacuação de doentes.

Os incumprimentos nos acordos e a falta de uma articulação eficaz entre as instituições envolvidas nos processos de evacuação criam dificuldades a doentes, tanto nos PALOP como em Portugal.

No sentido de apoiar doentes com mais dificuldades, em todas as etapas da evacuação, O ACIDI criou o PADE. Este é um modelo de apoio a doentes estrangeiro que vêm para Portugal para tratamento médico. O PADE é um exemplo de intervenção que defende o acesso à saúde como um direito humano indispensável, independentemente da origem, língua e convicções religiosas ou políticas. É através de parcerias e das suas casas de acolhimento, que o PADE contribui na evacuação, acolhimento, retorno ou integração, quando o caso se justifica. As parcerias em Portugal e nos PALOP permitiram uma maior rapidez e eficácia nos processos de evacuação e as casas de acolhimento possibilitam aos doentes uma permanência que lhes garantem os meios de subsistência durante o período de tratamento médico.

A conclusão a que se chega é que os objetivos do PADE iam ao encontro das necessidades básicas do seu público-alvo, uma vez que lhes garantia meios de subsistência, produzindo assim efeitos positivos no processo de evacuação, acolhimento e retorno de doentes estrangeiros. O PADE cria uma nova oportunidade a doentes que

partem do seu país de origem com a esperança de encontrar progressos na saúde, sem no entanto, passar por constrangimentos financeiros e sociais, que podem influenciar de forma negativa o tratamento médico.

A intervenção do PADE serve para os Governos portugueses e dos PALOP tenham consciência dos obstáculos enfrentados por doentes evacuados e seus acompanhantes em todo o processo de evacuação. A criação de um projeto como o PADE mostra que a ineficácia dos acordos e da necessidade destes serem revistos e criados as condições para que sejam cumpridas por todas as partes e em todas as fases de cada processo. Assim, esta cooperação passaria não só a defender os direitos destes cidadãos, mas também, garantia as condições para o acesso ao desenvolvimento humano.

No entanto, era necessário melhorar a forma como o PADE atuava sobre o seu público-alvo. O inquérito por questionário realizado a alguns utentes mostrou que havia algumas insatisfações por parte destes relativamente a alguns aspetos relacionados com o funcionamento das casas de acolhimento.

Este trabalho, por um lado, permitiu aprofundar alguns conceitos relacionados com o bem-estar das pessoas, como o desenvolvimento humano e os direitos humanos, e por outro, conhecer melhor o que foi o PADE e de que forma contribuiu para melhorar as vidas de doentes vindos para Portugal através dos acordos de saúde.

7. Bibliografia

Livros e artigos científicos

Afonso, Maria Manuela e Ana Paula Fernandes (2005), *a b CD Introdução à Cooperação para o Desenvolvimento*, IMVF e OIKOS, Lisboa.

Amaro, Roque. (2003), *Desenvolvimento – um conceito ultrapassado ou em renovação? Da teoria à prática e da prática à teoria*, in, *Desenvolvimento e Saúde em África*, Caderno de Estudos Africanos, n.º 4, ISCTE, Janeiro/Julho, Lisboa.

Cattani António David, Jean-Louis Laville, Luiz Inácio Gaiger e Pedro Hespanha (2009). *Dicionário Internacional da Outra Economia*. Coimbra: Edições ALMEDINA.

Cooper, F. and R. M. Packard (1997). *International development and the social sciences: essays on the history and politics of knowledge*. Berkeley, University of California Press.

Cunha, Maria José dos Santos (2009), *Investigação Científica: Os passos da pesquisa científica no âmbito das ciências sociais e humanas*. Chaves: Ousadias.

Eriksen, Th. (2001), *Between universalism and relativism: a critique of the UNESCO concepts of culture*, in J. Cowan, M.-B. Dembour e R. Wilson, orgs., *Culture and Rights: Anthropological Perspectives*, pp 127-48, Cambridge University Press.

Edelman, Marc & Haugerud, Angelique (2005), *The Anthropology of Development and Globalization, From Classical Political Economy to Contemporary Neoliberalism*, Oxford, Blackwell Publishing.

Escobar, Arturo (1995), *Encountering Development: The Making and Unmaking of the Third World*, Princeton, N.J., Princeton University Press.

Figueiredo, Joana Miranda (2005), *Fluxos Migratórios e Cooperação para o Desenvolvimento – Realidades Compatíveis no Contexto Europeu?* Lisboa, Acime.

Gonçalves, Aldina (2003), *Acesso aos Cuidados de Saúde de Comunidades Migrantes: Problemas e Perspetivas de Intervenção*, Revista Portuguesa de Saúde Pública Nº 21.

Gouveia, Jorge Bacelar (1998), *Acordos de Cooperação entre Portugal e os Estados Africanos Lusófonos, Cooperação Portuguesa*. Coimbra.

Henriques, Maria Adelina (2010), *Argumentos para uma viagem sem regresso, A Imigração PALOP pela via de saúde: um estudo de caso*, ACIDI.

Horta, Rosário e Amélia Carvalho (2007), “ O Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante: uma estratégia de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde”, in DIAS, Sónia (org.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*, Setembro 2007, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 179-186. Online no site http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art11.pdf – 30/04/2013

Machado, Maria do Céu (2010), *Portugal e a Cooperação Sul-Sul, em Saúde*.

Machado, Maria do Céu (2007), “ *Imigrantes, saúde e educação*”, in DIAS, Sónia (org.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*, Setembro 2007, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 197-199

Marques, Fernando Vasco da Silva e Jorge Torgal (2002), *Contributo para a definição de uma estratégia da cooperação portuguesa para o desenvolvimento no sector da saúde*, in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Nº 20.

Messer, Ellen. (1993), *Anthropology and human rights*, *Annual Review of Anthropology*, 22: 221-249.

Murteira, Mário. (1982), *Lições de Economia Política do Desenvolvimento*, Editorial Presença / Instituto de Ciências Sociais, Lisboa.

OCDE (2009 e 2010), *Development Cooperation Report*, Paris: OCDE.

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

Plataforma Portuguesa das ONGD (2001)), *A Cooperação Portuguesa para o Desenvolvimento: uma visão para o papel das ONGD*, Plataforma Portuguesa das ONGD.

PNUD (2008), *Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008 - Combater as alterações climáticas: Solidariedade humana num mundo dividido*, PNUD.

PNUD (2009), *Relatório de Desenvolvimento Humano 2009 - Ultrapassar barreiras: Mobilidade e desenvolvimento humanos*, PNUD.

PNUD (2010), *Relatório de Desenvolvimento Humano 2010 - A Verdadeira Riqueza das Nações: Vias para o Desenvolvimento Humano*, PNUD.

Poirier, Jean, CLAPIER-VALLADON Simone Clapier-Valladon, e Paul Raybaut (1999), *Histórias de vida. Teoria e Prática*, Oeiras: Celta.

Porto Editora (2001), *Dicionário de Economia e Ciências Sociais*, Porto Editora.

Reis, Felipa Lopes (2010), *Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado Segundo Bolonha*, PACTOR – Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea, Lisboa.

Relatório Mundial da Saúde (2011), *Financiamento dos Sistemas de Saúde – O caminho para a cobertura universal*, Comunidade dos Países da Língua Portuguesa.

Rodrigues, L. C., J. F. Martins e T. M. Fernandes (organizadores), (2011), *Manual de Cooperação para o Desenvolvimento*, Lisboa: Ina Editora.

Rostow, W. W., (1961), *As etapas do desenvolvimento económico*, Zahar, Rio de Janeiro.

Sachs, W. (ed.) (1992), *The Development Dictionary: a guide to knowledge as power*, Zed Books, London.

Sen, Amartya (2000), *Desenvolvimento como liberdade*, Companhia das letras. Online no site www.disciplinas.stoa.USP.br – 06/04/2013

Silva, António Carlos e Carla Martingo (2007), *Unidades de saúde amigas dos migrantes*, Número Temático Imigração e Saúde, Setembro 2007, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 155-159.

Silva, Pedro Duarte (2005), *A proteção social da população imigrante – quadro legal, estudo comparado e proposta de reforço* Lisboa, OI, ACIME.

Sousa Santos, B., s.d., *Por uma conceção multicultural dos direitos humanos*. Online no site www.dhnet.org.br - 12/02/2013

Turner, T. (1997). *Human rights, human difference: Anthropology's contribution to an emancipatory cultural politics*, *Jrnl Anthropological Research*, 53: 273-279.

Waters, Malcom (1999), *Globalização*, Oeiras: Celta.

Referências Eletrônicas

www.acidi.gov.pt – 28/05/2012

<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr1990/> - 08/06/2012

<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2005/> - 11/06/2012

www.dominiopublico.mec.gov.br – 18/08/2012

www.pnud.org.br – 28/12/2012

https://pt.wikipedia.org/wiki/Direitos_humanos - 30/12/2012

www.unc.edu/~aescobar/index.htm - 12/03/2013

en.wikipedia.org/wiki/Postdevelopment_Teory - 12/03/2013

www.instituto-camoes.pt/informacao-institucional/legistacao-2/decretos-leis 03/01/2013

www.oecd.org – 15/03/2013

http://es.wikipedia.org/wiki/Investidura_presidencial_de_Harry_S._Truman_en_1949 -
22/01/2013
www.oecd.org – 15/03/2013

7. Fontes

PADE, ACIDI, I.P. Dezembro, 2007.

Circular Normativa n.º: 04/DGI. Ministério da Saúde – Direção Geral da Saúde. Normas gerais de encaminhamento e assistência a doentes oriundos dos PALOP ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde. 16/04/04.

8. Anexos

8.1. Anexo A – Guiões

8.1.1. Anexo A.1 – Guiões dos Questionários

Inquérito por Questionário aos Utentes PADE

Data: ____/____/____

Local da Realização: _____ N° Inquérito: _____

1. Caracterização do Indivíduo

1.1. Sexo (assinale com um **X** a opção apropriada):

Masculino Feminino

1.2. Idade: _____

1.3. Nível de instrução: _____

1.4. Estatuto (assinale com um **X** a opção apropriada):

Doente Acompanhante

2. Situação no país de origem

2.1. Qual foi a doença que lhe foi diagnosticada? _____

2.2. Tempo de espera entre o pedido da Junta Médica e a evacuação: _____

2.3. Quem enviou termo de responsabilidade para a permanência em Portugal? _____

2.4. Quem custeou a viagem para Portugal? _____

2.5. Quem o/os recepcionou em Portugal? _____

3. Situação em Portugal

3.1. Quem custeou a estadia (alojamento, alimentação, medicamentos, deslocações) em Portugal? _____

3.2. Data da chegada a Portugal: ____/____/____

3.3. Como teve conhecimento do PADE? _____

3.4. Tempo de espera o contacto e a espera para entrar no PADE: _____

3.5. Tempo de permanência numa casa de acolhimento da rede do PADE:

3.6. Cite os aspectos positivos e negativos da Casa de Acolhimento/PADE.

Aspectos **positivos**

Aspectos **negativos**

8.1.2. Anexo A.2 - Guião das Entrevistas

Entrevista Semi-Fechada a profissionais que trabalham com doentes evacuados

Data: ____/____/____

Local: _____

Entrevista n°: _____

1. Identificação

1.1. Tipo de instituição?

Hospital

Embaixada

ONG

Outro

1.2. Que tipo função desempenha na sua instituição?

Médico-hospitalar

Serviço social

Outro

1.3. Duração do desempenho da função em anos

+ 15

15-11

5-10

0-4

2. Doentes evacuados dos PALOP através dos Acordos de Cooperação no âmbito da Saúde com Portugal

2.1. Tipo de serviços que a sua instituição presta a estes doentes.

Assistência médica

Apoio financeiro

Apoio social

Outro

2.2. Duração do tempo em anos de trabalho com estes doentes.

+ 15

15-11

5-10

0-4

2.3. Tipo de apoios que estes doentes e seus acompanhantes procuram na sua instituição?

Assistência médica

Apoio financeiro

Apoio social

Outro

2.4. As dificuldades da sua instituição em apoiar estes doentes e seus acompanhantes.

Contributos do PADE

Financeiro

Parceria

Outro

2.5. Média de doentes e acompanhantes acompanhados anualmente?

+ 100

50-99

25-49

0-24

3. PADE

3.1. Através de que meio a sua instituição teve conhecimento do PADE?

PADE

Doente

Outro

3.2. Quando a sua instituição teve conhecimento do PADE?

2007-2008

2009-2010

2011

3.3. Que tipo de relação a sua instituição tem com o PADE?

Parceria formal

Parceria informal

Nenhuma

3.4. Aponte aspectos positivos e aspectos negativos no trabalho do PADE?

Aspectos positivos

Aspectos negativos

3.5. Sugestões para o PADE e para projectos similares.

Anexo A.2 – Guiões das Entrevistas