



## Programa nacional de Reinstalação: reflexões sobre a sua operacionalização

- Refugiados com Necessidades Médicas -



Conselho Português para os Refugiados (CPR)

Novembro de 2008



## ÍNDICE

<b>1. Introdução</b>	<b>3</b>
<b>2. A reinstalação de refugiados com necessidades médicas: critérios de selecção e procedimentos do A.C.N.U.R.</b>	<b>4</b>
<b>3. O tratamento de doentes estrangeiros ao abrigo da Cooperação Internacional portuguesa</b>	<b>6</b>
<b>3.1. A responsabilidade do Estado Português</b>	<b>7</b>
<b>3.2. Procedimento e enquadramento institucional</b>	<b>8</b>
<b>3.3. Programa de Apoio aos Doentes Estrangeiros (PADE)</b>	<b>10</b>
<b>4. A reinstalação em Portugal de refugiados com necessidades médicas</b>	<b>11</b>
<b>4.1. Introdução</b>	<b>11</b>
<b>4.2. Insuficiência Renal Crónica</b>	<b>12</b>
<b>4.3. Hidrocefalia</b>	<b>14</b>
<b>5. Acolhimento e Integração de refugiados com necessidades médicas em Portugal</b>	<b>16</b>
<b>5.1. Entre a selecção e a partida</b>	<b>16</b>
<b>5.2. Estatuto dos refugiados com necessidades médicas em Portugal</b>	<b>17</b>
<b>5.3. Acesso aos cuidados de saúde especializados: parceria com o Alto Comissariado da Saúde</b>	<b>18</b>
<b>5.4. Centro de Acolhimento para Refugiados</b>	<b>20</b>
<b>5.5. Integração</b>	<b>23</b>
<b>6. Conclusão e recomendações</b>	<b>26</b>



**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

## > 1. Introdução

O programa de reinstalação nacional, formalmente instituído pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 110/2007, de 21 de Agosto, promoveu, à data, a reinstalação de 18 refugiados de nacionalidade somali e eritreia, a partir de Malta e de Angola. A reinstalação de refugiados em Portugal a título ad hoc iniciou-se em 2006, envolvendo 21 refugiados transferidos de Marrocos, Malta e Mauritânia<sup>1</sup>.

O Conselho Português para os Refugiados (CPR), enquanto organização não governamental para o desenvolvimento, instituída com o objectivo de defender e promover o asilo em Portugal, assumiu, desde o ano de 2006, a tarefa de acolher os refugiados reinstalados no seu Centro de Acolhimento para Refugiados (CAR), sito na Bobadela. Durante esta fase, e após a sua saída do centro, o CPR acompanhou-os individualmente, contribuindo activamente, através do aconselhamento social, jurídico, laboral e na área da formação, para o seu processo de integração na sociedade portuguesa.

Tendo por referência o seu *“Programa Nacional de Reinstalação: reflexões sobre a sua operacionalização”*, publicado em Novembro de 2007<sup>2</sup>, bem como a experiência entretanto acumulada no acolhimento e integração de refugiados reinstalados, o CPR propõe-se, através deste documento, fazer uma abordagem preliminar à reinstalação em Portugal de refugiados com necessidades médicas.

Esta iniciativa, enquadrada na preparação de uma candidatura do CPR ao Fundo Europeu para os Refugiados (FER) Reinstalação - período de 2008/2009, envolveu o estabelecimento de um conjunto de contactos, entre os dias 17 e 24 de Outubro de

---

<sup>1</sup> Entre Janeiro de 2006 e Julho de 2007 foram reinstalados em Portugal 5 cidadãos da Costa do Marfim, 5 cidadãos da República Democrática do Congo, 4 cidadãos da Índia, 4 cidadãos da Eritreia, 2 nacionais da Libéria e 1 cidadão da Etiópia.

<sup>2</sup> O *“Programa Nacional de Reinstalação: reflexões sobre a sua operacionalização”*, publicado pelo CPR em Novembro de 2007, foi entretanto objecto de uma actualização, em Agosto de 2008.



2008, que incluíram, nomeadamente, a Direcção – Geral de Saúde (DGS), o Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal do Hospital de Santa Maria, a Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR) / Núcleo Lisboa, a Associação Spina Bífida e Hidrocefalia de Portugal (ASBHP) e a Residência Santa Maria Eufrásia da Congregação de Irmãs do Bom Pastor.

## > 2. A reinstalação de refugiados com necessidades médicas: critérios de selecção e procedimentos do A.C.N.U.R.

Os critérios de selecção do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (A.C.N.U.R.), relativos à reinstalação de refugiados com necessidades médicas, constam do seu *Resettlement Handbook*, de Novembro de 2004, ali se podendo ler:

(TRADUÇÃO LIVRE)

*“(...) Para que a reinstalação seja considerada a solução adequada para as necessidades médicas de um refugiado, dever-se-ão verificar as seguintes condições:*

- O estado de saúde é potencialmente mortal na ausência de tratamento adequado;*
- ou***
- Existe um risco de perda irreversível de capacidades; **ou***
- O estado de saúde impede significativamente o doente de conduzir uma vida normal ou de alcançar a auto-suficiência;*

*e*

- No país de asilo encontra-se indisponível o tratamento adequado, em razão da inexistência de cuidados ou conhecimentos médicos;*



**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

- *A prestação do tratamento médico adequado não pode ser assegurada através de uma evacuação médica temporária;*
- *No caso de deficiência, as condições no país de asilo impedem o indivíduo de se integrar e conduzir uma vida satisfatoriamente funcional;*

**e**

*- A existência de um prognóstico favorável quanto à possibilidade de o tratamento e/ou residência no país de reinstalação serem bem sucedidos na resolução do problema de saúde, bem como, se possível, considerado o estado de saúde esperado após o tratamento/reinstalação, permitir ao indivíduo alcançar uma autonomia parcial ou total; ou*

*- A situação concreta do país de asilo é a razão, ou agrava significativamente, o problema de saúde;*

**e**

*- O indivíduo manifestou expressamente a intenção de ser reinstalado, após ter sido aconselhado quanto à adaptação social, cultural e psicológica exigida no novo país.*

*(...)*

*Deverá ser atribuída prioridade à necessidade das pessoas cujo problema de saúde resulta directamente da perseguição, fuga ou exílio. (...)*

*Adicionalmente, deverá ser atribuída prioridade a crianças e a mulheres isoladas ou acompanhadas por crianças/dependentes.*





**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

*Ambos os indivíduos solteiros e casados são elegíveis para a reinstalação, sendo que os indivíduos deficientes ou doentes deverão ser reinstalados com a família / dependentes. (...)*”

De um ponto de vista procedimental, e ainda segundo o mesmo *Resettlement Handbook*, cumpre aqui ressaltar a importância de todos os casos médicos, objecto de submissão ao Governo português para reinstalação, se encontrarem acompanhados do formulário de avaliação médica do ACNUR (*UNHCR Medical Assessment Form*).

Na eventualidade de este não se encontrar disponível, deverão os pedidos ser acompanhados, em alternativa, de relatório médico assinado pelo clínico responsável que inclua, pelo menos, a história clínica do paciente, o diagnóstico, o prognóstico, incluindo o tratamento recomendado, bem como raios – Xs, TACs, e outros meios imagiológicos complementares de diagnóstico disponíveis.

### > 3. O tratamento de doentes estrangeiros ao abrigo da Cooperação Internacional portuguesa

O tratamento de doentes estrangeiros em Portugal, no contexto da cooperação internacional portuguesa, oferece-nos um quadro idóneo dos recursos e procedimentos actualmente existentes nesta área que poderão, **mediante adaptação à luz do estatuto dos beneficiários**, assegurar um enquadramento institucional e procedimental válido para a reinstalação de refugiados com necessidades médicas.

Nesse sentido, apresentamos, em seguida, uma curta caracterização do quadro jurídico, institucional e procedimental do tratamento, em Portugal, de doentes oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs). Aborda-se, igualmente, o apoio social de que estes beneficiam por parte do Estado português durante a sua permanência em território nacional.





### 3.1. A responsabilidade do Estado português<sup>3</sup>

A assistência médica a doentes evacuados provenientes dos PALOPs é prestada nos termos dos seguintes Acordos no Domínio da Saúde, estabelecidos entre Portugal e cada um dos países africanos de língua oficial portuguesa:

- Decreto nº 24/77, de 3 de Março e Decreto nº 129/80 de 18 de Novembro, com a República de Cabo Verde;
- Decreto nº 25/77 de 3 de Março, com a República Democrática de S. Tomé e Príncipe;
- Decreto do Governo nº 35/84, de 12 de Julho, com a República Popular de Moçambique;
- Decreto do Governo nº 39/84, de 18 de Julho, com a República Popular de Angola;
- Decreto nº 44/92, de 21 de Outubro, com a República da Guiné -Bissau.

Estes decretos, ainda em vigor, prevêm um conjunto de responsabilidades para Portugal no âmbito da evacuação de doentes para tratamento médico em território nacional, que incluem, nomeadamente:

- a) A prestação de assistência médica hospitalar (internamento, semi-internamento e ambulatório);
- b) A disponibilização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica quando efectuados em estabelecimentos hospitalares oficiais ou suas dependências;
- c) O transporte em ambulância do aeroporto ao hospital quando clinicamente exigido.

Quanto às responsabilidades do Estado da nacionalidade do doente estrangeiro evacuado para Portugal, estas incluem:

<sup>3</sup>A presente secção tem por fonte o contacto estabelecido pelo CPR com a DGS, complementados pela informação constante da página da DGS, disponível em <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?js=0&codigono=65106567AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>, e a Circular Normativa nº 4/DCI de 16.04.04 da D.G.S., disponível em <http://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=6761>.



**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

- a) O transporte de vinda e regresso ao país de origem;
- b) A deslocação do aeroporto ao local de destino;
- c) O alojamento a doentes não internados ou em regime de semi-internamento e ambulatório;
- d) O alojamento após o tratamento ter sido dado como concluído pelas competentes autoridades hospitalares;
- e) Os medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em ambulatório;
- f) O funeral ou repatriamento do corpo em caso de morte;
- g) Próteses

Com base nos decretos atrás referidos e com as alterações introduzidas por compromissos ministeriais entretanto assumidos, foram estabelecidos com cada país os seguintes números máximos de doentes a evacuar por ano:

- Angola: 200
- Cabo Verde: 300
- Guiné-Bissau: 300
- Moçambique: 50
- S. Tomé e Príncipe: 200.

### **3.2. Procedimento e enquadramento institucional<sup>4</sup>**

O processo de evacuação de doentes oriundos dos PALOP envolve uma multiplicidade de actores institucionais, quer em Portugal, quer no país de origem do doente estrangeiro.

---

<sup>4</sup> A presente secção tem por fonte o contacto estabelecido pelo CPR com a D.G.S., complementados pela informação constante da página da DGS, disponível em <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?js=0&codigono=65106567AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>, e a Circular Normativa n.º 4/DCI de 16.04.04 da D.G.S., disponível em <http://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=6761>.





**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

Em Portugal, participam deste processo o **Alto Comissariado da Saúde (ACS)** que, através da sua Direcção de Serviços de Coordenação Internacional, sucedeu à DGS nas suas atribuições relativas à coordenação das relações internacionais<sup>5</sup>; a **DGS**, enquanto entidade responsável pela coordenação e avaliação dos processos de evacuação de doentes, através da sua Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde; os **Hospitais públicos** receptores dos doentes evacuados; o **Ministério dos Negócios Estrangeiros**, através das Embaixadas de Portugal e respectivos Serviços Consulares nos diferentes países, com competências na emissão de vistos; o **Ministério da Administração Interna**, através do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, que centraliza os pedidos de vistos dos diferentes consulados e é o responsável final pela sua concessão.

As entidades públicas dos países de origem envolvidas incluem a **Junta Médica de cada país**, responsável pela avaliação clínica da evacuação do doente; o **Ministro da Saúde**, que homologa o processo de evacuação do doente; e a **Embaixada do País de origem do doente em Portugal**, mediadora das relações entre o país e as entidades portuguesas envolvidas.

De um **ponto de vista procedimental**, o tratamento de doentes estrangeiros em Portugal inicia-se pela apreciação, conduzida pela Junta Nacional do país de origem do doente, da proposta de evacuação efectuada pelo médico responsável pelo doente. A Junta Nacional analisa e decide quanto à justificação da evacuação para diagnóstico e/ou tratamento e emite parecer favorável quanto à deslocação do doente para Portugal.

O relatório da Junta é submetido a homologação pelo Ministro da Saúde de cada país, e o processo é remetido à respectiva Embaixada em Portugal.

A Embaixada portuguesa de cada país remete o processo à Direcção-Geral da Saúde, com um pedido formal para aceitação do mesmo no âmbito dos Acordos.

---

<sup>5</sup> Cf. Decreto-Lei n.º 218/2007, de 29 de Maio e Portaria n.º 642/2007, de 30 de Maio.



A Direcção-Geral da Saúde efectua o registo de entrada do processo individualizado de cada doente e o mesmo é apreciado pelo Médico responsável pela avaliação e orientação clínica dos casos, que confirma a aceitação da evacuação e indica os pormenores quanto ao tipo de consulta e respectivo hospital público para o qual deverá ser solicitada assistência médica para o doente.

A Direcção-Geral da Saúde remete ofício ao Serviço de Gestão de Doentes do hospital indicado pelo Médico, a solicitar marcação de consultas.

O Hospital informa a Direcção-Geral da Saúde da data da marcação da consulta que, por sua vez, transmite essa informação à Embaixada do país em Portugal, à Embaixada de Portugal no país e ao Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, para facilitar a obtenção de visto específico (por motivo de doença e no contexto de evacuação orientada pela Junta Nacional).

A Embaixada de cada país em Portugal informa o respectivo Ministério da Saúde da marcação da consulta, que, por sua vez, acciona a vinda do doente para Portugal.

### **3.3. Programa de Apoio aos Doentes Estrangeiros (PADE)<sup>6</sup>**

O tratamento em Portugal de doentes estrangeiros, no quadro da cooperação internacional supra descrita, caracteriza-se pelas carências que cronicamente afectam os seus beneficiários, em razão do insuficiente apoio prestado pelas autoridades do país de origem após a sua chegada a Portugal.

Nesse contexto, foi assinado, em 19 de Dezembro de 2007, um protocolo de cooperação entre o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural

---

<sup>6</sup> A presente secção tem por fonte o contacto estabelecido pelo CPR com a Residência Santa Maria Eufrásia, da Congregação de Irmãs do Bom Pastor, bem como a informação publicada pelo ACIDI IP em <http://www.acidi.gov.pt/docs/Publicacoes/BI/bi62.pdf> e a informação publicada em [http://dn.sapo.pt/2008/06/07/sociedade/rede\\_acolher\\_doentes\\_palop.html](http://dn.sapo.pt/2008/06/07/sociedade/rede_acolher_doentes_palop.html).



**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

(ACIDI I.P.) e o Instituto de Segurança Social (ISS) com vista à criação de um Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros (PADE). O PADE como objectivo dar respostas de acolhimento temporário e apoio financeiro aos doentes vindos dos PALOPs para tratamento, através da atribuição de “Bolsas de Saúde”.

Visa-se, com este programa, assegurar condições adequadas de residência e de apoio social, contribuindo para uma vida em condições de dignidade durante a estada dos doentes e seus familiares em Portugal.

A primeira casa de acolhimento para doentes estrangeiros no âmbito do PADE foi inaugurada em Junho de 2008. A Residência Santa Maria Eufrásia encontra-se integrada numa quinta da Congregação do Bom Pastor, em Carnide, acolhendo crianças doentes encaminhadas pelo ACIDI. A residência apenas recebe mulheres – i.e. a mãe e a filha doente, dispondo de capacidade para 8 pessoas. As beneficiárias permanecem na residência durante o internamento (a mãe) ou o tratamento ambulatorio (a mãe e a filha), sendo-lhes fornecido alojamento e alimentação. Concluídos os tratamentos, as diligências tendentes ao repatriamento são impulsionadas pelo ACIDI.

## > 4. A reinstalação em Portugal de refugiados com necessidades médicas

### 4.1. Introdução

No presente documento, considera-se a hipótese de o programa nacional de reinstalação atribuir anualmente 3 vagas para a reinstalação de refugiados com necessidades médicas - excluindo os familiares que acompanham os doentes, de entre o mínimo de 30 vagas anualmente disponibilizadas para a reinstalação.

Considerados os critérios de selecção do ACNUR, bem como a informação comunicada pelo Gabinete de Asilo e Refugiados do Serviço de Estrangeiros e



**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

Fronteiras (GAR/SEF) ao CPR quanto ao perfil escolhido para os refugiados com necessidades médicas a reinstalar em Portugal, procede-se, em seguida, a uma breve caracterização das patologias da **Insuficiência Renal Crónica** e da **Hidrocefalia**.

A informação ora apresentada não tem qualquer pretensão de ser uma caracterização técnica exaustiva das doenças mencionadas. Não obstante, tal informação mostra-se útil na antecipação da assistência médica e, sobretudo, dos apoios de natureza diversa (social, jurídica, técnica, deslocações, etc) que cumprirá colocar à disposição dos refugiados com necessidades médicas após a chegada a Portugal.

#### 4.2. Insuficiência Renal Crónica<sup>7</sup>

A **Insuficiência Renal Crónica (I.R.C.)** é uma doença provocada pela diminuição progressiva da função renal. Os rins doentes tornam-se incapazes de proceder à eliminação de certos resíduos produzidos pelo nosso organismo, ficando assim perturbado o controlo da composição dos líquidos que constituem o interior do corpo humano. Assim que a função renal se reduz 10 a 15% do normal, não é possível viver sem um tratamento de substituição, isto é, a diálise ou a transplantação renal. Diz-se, então, tratar-se de insuficiência renal crónica terminal.

Os doentes com insuficiência renal crónica sofrem uma perda lenta e progressiva das funções dos rins, quer dizer, da capacidade em eliminar as substâncias tóxicas produzidas pelo organismo, de manter adequadamente a água e os minerais do organismo, e de fabricar hormonas.

---

<sup>7</sup> A presente secção tem por fonte a informação constante da página Internet do Instituto Nacional dos Estados Unidos dos Diabetes, Doenças Digestivas e Renais (*US NATIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES*), disponível em

<http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/choosingtreatment/index.htm>, e a informação constante da página Internet da Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR), disponível em <http://www.apir.pt/?lop=>



**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

A **hemodiálise** é o método de tratamento em que o sangue do doente é levado, através de um circuito extra corporal, a uma membrana artificial semipermeável que separa o sangue de um líquido especial (dialisante). Através da membrana processam-se trocas entre o sangue e o dialisante (este processo chama-se diálise) sendo removidos os tóxicos que se encontram acumulados.

A diálise pode substituir parcialmente a função dos rins. A **dieta**, a **medicação**, e a limitação da ingestão de fluidos são, muitas vezes, igualmente necessários. Uma **sessão de hemodiálise dura em média 4 a 5 horas e realiza-se, geralmente, 3 vezes por semana**. Pode ser feita num estabelecimento hospitalar ou privado ou em casa do doente (diálise domiciliária).

A **diálise peritoneal** processa-se dentro do abdómen do doente, através da membrana que envolve o intestino (peritoneu), entre ele próprio e um líquido que é introduzido no abdómen. O líquido (dialisante) é colocado e drenado por um tubo (cateter) que é colocado no abdómen e nele permanece, permitindo o seu uso continuado.

Existem dois tipos de Diálise Peritoneal: a **diálise peritoneal contínua ambulatoria** e a **diálise peritoneal automática**. Ambos os tipos de Diálise Peritoneal são geralmente realizados pelo doente sem a assistência de um parceiro e no local da sua escolha. A diálise peritoneal contínua ambulatoria é uma forma de auto-tratamento que não requer uma máquina de diálise. Na diálise peritoneal automática é necessária uma máquina para proceder à diálise.

A hemodiálise e a diálise peritoneal são tratamentos que ajudam a substituir o funcionamento dos rins, proporcionando uma melhor qualidade de vida e uma esperança de vida mais longa aos pacientes. Contudo, **a hemodiálise e a diálise peritoneal não constituem uma cura**, e ao longo dos anos a I.R.C. pode provocar problemas de saúde tais como doenças do coração, doenças dos ossos, artrite, danos no sistema nervoso, infertilidade e desnutrição.



O **transplante** é a opção que mais se aproxima de uma cura da I.R.C.. O transplante cirúrgico de um rim consiste na colocação de um rim saudável de outra pessoa no corpo do paciente, que assegura as funções dos dois rins doentes. Não obstante, o sistema imunológico que protege o corpo do transplantado pode atacar o novo rim. Por essa razão, o transplantado deverá tomar **medicamentos imunossupressores** para o resto da sua vida.

Os medicamentos imunossupressores reduzem a capacidade de funcionamento das células imunitárias. Em alguns pacientes, após longos períodos de utilização, tal limitação poderá aumentar o risco de o paciente contrair cancro. Alguns imunossupressores poderão provocar cataratas, diabetes, acidez no estômago, tensão alta e doenças ósseas, bem como danos no fígado e nos rins.

### 4.3. Hidrocefalia<sup>8</sup>

O líquido cefalorraquidiano (LCR) é um líquido que é constantemente produzido nas cavidades, ou ventrículos, no interior do cérebro. Ele passa de um ventrículo para o seguinte (quatro no total) através de canais estreitos, circulando depois na superfície do cérebro - uma pequena parte desce pela spinal-medula - e é absorvido pelo sistema sanguíneo.

A hidrocefalia é causada pela impossibilidade do LCR ser drenado para o sistema sanguíneo. Nesta situação, em que o LCR é constantemente produzido mas não consegue circular, ele acumula-se e causa um aumento da pressão no interior do cérebro. Os ventrículos incham e o tecido cerebral pode vir a sofrer lesões.

---

<sup>8</sup> A presente secção tem por fonte a informação constante da página Internet Associação Portuguesa Spina Bífida e Hidrocefalia de Portugal (ASBIHP), disponível em <http://www.asbihp.pt/index.php/area-cientifica#001>, bem como a informação disponível na página do Instituto Nacional dos E.U.A. de Doenças Neurológicas, disponível em [http://www.ninds.nih.gov/disorders/hydrocephalus/detail\\_hydrocephalus.htm](http://www.ninds.nih.gov/disorders/hydrocephalus/detail_hydrocephalus.htm)



**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

Os **sintomas da hidrocefalia** variam em função da idade, estado de progressão e diferente tolerância individual à doença. **Na infância**, o sintoma mais óbvio é a dimensão anormalmente grande da cabeça. Outros sintomas poderão incluir vômitos, sonolência, irritabilidade, tonturas e desvio descendente dos olhos. Nas **crianças mais velhas**, os sintomas poderão incluir dores de cabeça, náuseas e vômitos, inchaço do disco óptico e incontinência urinária.

Podem surgir **dificuldades de aprendizagem** associadas à hidrocefalia tais como problemas de concentração, raciocínio e de memória de curto prazo. A hidrocefalia pode ainda resultar em problemas mais subtis como **problemas de coordenação e na capacidade de motivação e organização**. Efeitos físicos como problemas de visão e puberdade precoce também podem ocorrer. Muitos destes efeitos podem ser compensados através de estratégias de ensino ou tratamento adequado.

A maior parte das hidrocefalias requerem **tratamento** o qual é normalmente cirúrgico. O tratamento habitual é a introdução de uma derivação. A derivação consiste na introdução de um tubo que permite a drenagem do LCR dos ventrículos no cérebro até ao abdómen (ventriculo-peritoneal ou VP derivação) e daí o LCR é absorvido pela corrente sanguínea.

A derivação controla a pressão dos ventrículos, drenando o LCR em excesso e evitando assim que a situação piore. Os sintomas causados pela pressão elevada habitualmente melhoram, mas outros problemas relativos à destruição de tecido cerebral mantêm-se.

É importante perceber que a derivação não cura a hidrocefalia e os danos que tenham sido provocados no tecido cerebral mantêm-se.



## > 5. Acolhimento e integração de refugiados com necessidades médicas em Portugal

O acolhimento e a integração ora propostos para os refugiados com necessidades médicas terão por referência a intervenção constante do documento *“Programa nacional de Reinstalação: reflexões sobre a sua operacionalização”*, publicado pelo CPR em Novembro de 2007, relativa ao acolhimento e integração dos refugiados reinstalados em geral.

Não obstante, consideradas as particulares necessidades dos casos em apreço, optamos por destacar, de seguida, um conjunto de propostas visando a adaptação daquele acolhimento e integração aos refugiados com necessidades médicas.

### 5.1. Entre a selecção e a partida

Um factor determinante na trajectória de integração dos refugiados reinstalados são as expectativas que estes trazem consigo do seu primeiro país de asilo. No caso dos refugiados com necessidades médicas, e dependendo do seu estado de saúde, tais expectativas estarão associadas não apenas à sua integração no mercado de trabalho, mas também, e sobretudo, ao acesso a cuidados médicos que ajudem a debelar a doença de que padecem.

Neste contexto, e atendendo a que entre o momento da selecção e o momento da partida para o país de reinstalação poderão mediar períodos relativamente longos, não poderemos deixar de aqui ressaltar a **pertinência de se integrar, num programa de reinstalação nacional, actividades de informação e sensibilização cultural organizadas, em colaboração com o ACNUR e a Organização Internacional para as Migrações (OIM), antes da partida para Portugal.**





**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

O objectivo destes programas de orientação e sensibilização cultural seriam o de oferecer aos refugiados informação precisa, embora simples e apreensível, sobre Portugal e os serviços que lhes serão disponibilizados pela sociedade de acolhimento. **No caso dos refugiados com necessidades médicas, deverá ser dado um ênfase particular à informação sobre o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde, bem como sobre o acesso e o tipo de tratamento disponibilizado em Portugal para a doença de que padecem.**

Considera-se pertinente envolver outras entidades, nomeadamente o Instituto de Segurança Social (ISS), o Ministério da Saúde e as respectivas associações de doentes, na constituição dos conteúdos destes programas, de forma a compilar informação tão completa e fidedigna quanto possível.

Propõe-se, finalmente, a participação do CPR nas actividades de orientação sócio-cultural anteriores à chegada. Em razão do seu conhecimento privilegiado dos percursos de vida dos refugiados em Portugal, enquanto principal interveniente no acolhimento e integração desta população, o CPR poderá constituir um parceiro fundamental para a eficácia das actividades a desenvolver.

O CPR colaborará activamente com o Ministério da Administração Interna (MAI), o ACNUR e a OIM neste domínio, nomeadamente através da compilação e envio de conteúdos de informação sócio-cultural, que poderão ser disponibilizados aos refugiados antes da sua partida.

## **5.2 Estatuto dos refugiados com necessidades médicas reinstalados em Portugal**

À variedade de beneficiários do programa de reinstalação - refugiados de longa duração, refugiados *prima facie*, pessoas sob protecção do ACNUR que poderão não preencher os requisitos da Convenção de Genebra de 1951 - deverá ser



**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

atribuído um estatuto jurídico-legal de longa duração, enquadrado no âmbito da Lei n.º 27/2008, de 30 de Junho.

Ao contrário da Lei 15/98, de 26 de Março, omissa a este respeito, a nova Lei do Asilo, levando em conta o reconhecimento da reinstalação como instrumento de protecção internacional, bem como a prévia partilha de informação necessariamente requerida entre o Estado Português e o ACNUR, relativa aos casos seleccionados, determina no número 5 do artigo 35º que *“a aceitação do pedido de reinstalação confere aos interessados estatuto idêntico ao previsto para o estatuto do refugiado e da protecção subsidiária”*.

Este enquadramento jurídico-legal dos refugiados no país de reinstalação funciona como factor de estabilidade. Desde logo, por reconhecer formalmente a sua permanência em Portugal, garantindo o exercício dos seus direitos e facilitando o acesso aos serviços disponibilizados pela sociedade de acolhimento.

No caso dos refugiados com necessidades médicas, carecidos de enquadramento urgente na Segurança Social e no Serviço Nacional Saúde, a emissão imediata do seu título de residência, num prazo máximo de 5 dias úteis, revela-se fundamental na garantia do acesso em tempo útil aos cuidados médicos de que carecem.

Recomenda-se, em consequência, que a determinação do estatuto dos refugiados com necessidades médicas seleccionados seja estabelecido previamente à sua chegada a Portugal, evitando-se, dessa forma, períodos de indefinição causadores de instabilidade.

### **5.3 Acesso a cuidados de saúde especializados: parceria com o Alto Comissariado da Saúde**

A Lei n.º 27/2008, de 30 de Junho determina, no seu artigo 73º, que *“ Os beneficiários do estatuto de refugiado ou de protecção subsidiária e respectivos*



**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

*membros da família têm acesso ao Serviço Nacional de Saúde, nas mesmas condições que os cidadãos nacionais.”*

Sem prejuízo para o disposto no artigo supracitado, o eficaz encaminhamento dos refugiados com necessidades médicas para o tratamento de que carecem, logo após a sua chegada a Portugal, não parece poder ser assegurado através de um enquadramento idêntico ao dos cidadãos nacionais. Desde logo, porque não obstante a consagração legal do seu direito ao Serviço Nacional Saúde (SNS), os refugiados com necessidades médicas não se encontram enquadrados na segurança social, o que poderá constituir um óbice ao seu acesso atempado ao tratamento de que carecem através do SNS.

A criação de procedimentos especiais para os refugiados com necessidades médicas reinstalados em Portugal para efeitos de tratamento, à imagem do que sucede com os doentes estrangeiros ao abrigo da cooperação internacional portuguesa<sup>9</sup>, justifica-se, ainda e sobretudo, por razões de eficiência. De facto, a realização da avaliação e do encaminhamento clínico, antes da chegada dos refugiados a Portugal, constituem, neste domínio, um contributo fundamental para o sucesso do seu acolhimento.

Com esse intuito, o CPR propõe-se prosseguir, em cooperação com o MAI, a celebração de um protocolo de colaboração com o Alto Comissariado da Saúde (ACS) e o Instituto da Segurança Social (ISS). Este terá por objectivos o seu enquadramento imediato na Segurança Social e o alargamento dos procedimentos de identificação, avaliação e encaminhamento clínico dos doentes estrangeiros aos refugiados com necessidade médicas reinstalados.

Tal alargamento requererá, naturalmente, uma adaptação dos procedimentos existentes, porquanto se encontra excluída, no caso dos refugiados, qualquer intervenção no processo por parte do Estado da nacionalidade do refugiado.

---

<sup>9</sup> Cf. *Supra*. Secções 3.1. e 3.2.



**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

Assim, a identificação e a documentação do processo clínico dos refugiados reinstalados poderão ser asseguradas pelo ACNUR, nomeadamente através do seu formulário de avaliação médica (*UNHCR Medical Form*) ou de outros relatórios médicos disponíveis no primeiro país de asilo.

A disponibilização do processo médico do refugiado à Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde da DGS, para efeitos de avaliação, encaminhamento clínico e marcação de consulta, poderá ser assegurada, por exemplo, pelo GAR/SEF, serviço responsável pela instrução dos pedidos de reinstalação submetidos ao Governo português pelo ACNUR.

Relativamente à saúde mental dos refugiados com necessidades médicas, o CPR propõe-se explorar a viabilidade de desenvolver um trabalho articulado com outras instituições especializadas (e.g. Centro de Apoio às Vítimas de Tortura em Portugal - C.A.V.I.T.O.P, e Associação Grupo Imigração e Saúde - GIS). Sem prejuízo para um possível encaminhamento para o S.N.S., pretende-se, desta forma, assegurar de forma célere e adequada as suas eventuais necessidades de apoio psicológico.

#### 5.4 Centro de Acolhimento para Refugiados



Na fase inicial, os refugiados reinstalados com necessidades médicas e os familiares que os acompanham deverão beneficiar do acolhimento no Centro de Acolhimento para Refugiados (CAR), do CPR, sito na Bobadela, por um período máximo de dez meses, variável em função da avaliação de cada caso.



Para serem recebidos com dignidade no CAR, terão à sua disposição, por um período transitório e na medida em que estes se revelarem adaptados à sua condição médica, o conjunto de serviços disponibilizados aos restantes refugiados reinstalados, tal como descritos no documento *“Programa nacional de Reinstalação: reflexões sobre a sua operacionalização”*<sup>10</sup>.

No que se prende com as carências específicas dos refugiados reinstalados com necessidades médicas, o CPR propõe, em primeiro lugar, que se proceda a uma formação dos técnicos, vigilantes e restantes funcionários do CAR, em parceria com a APIR e a ASBIHP, visando preparar um acolhimento mais qualificado e adaptado às especificidades da sua condição médica.

As eventuais deslocações regulares a que estes se vejam obrigados enquanto permanecerem no CAR, associadas ao seu tratamento (e.g. hemodiálise no caso dos insuficientes renais crónicos<sup>11</sup>), poderão ser maioritariamente asseguradas pelo CPR com recurso à equipa de vigilantes e meios de transporte de passageiros (i.e. carrinha de passageiros) do CAR.

O CPR procurará, igualmente no quadro do FER, dinamizar o voluntariado, com o objectivo de criar relações entre os refugiados reinstalados e os habitantes da comunidade local. Pretende-se, dessa forma, prevenir o isolamento e promover a inclusão social.

O acesso aos cuidados médicos especializados, imediatamente após a chegada dos refugiados a Portugal, requererá, pelo menos numa fase inicial, a disponibilização do serviço de intérpretes por forma a agilizar a comunicação entre os doentes e os médicos. O CPR dispõe, para esse efeito, de uma base de dados de intérpretes que colocará à disposição dos serviços de saúde, na eventualidade de tal ser

---

<sup>10</sup> Cf. Secção 5.3. do *“Programa nacional de Reinstalação: reflexões sobre a sua operacionalização”*.

<sup>11</sup> Em contacto telefónico datado de 24.10.2008, a APIR informou que os doentes com I.R.C. da freguesia da Bobadela realizam os seus tratamentos no Hospital de Santa Maria ou no Hospital Curry Cabral, em Lisboa.



**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

considerado relevante pelo clínico responsável pelo acompanhamento do refugiado com necessidades médicas.

Como já aqui tivemos a oportunidade de mencionar, as restrições alimentares e a dieta são uma realidade incontornável para muitos doentes que padecem de I.R.C., sob pena de verem gravemente prejudicado o seu estado de saúde.

Com essa preocupação, o CPR propõe-se, em parceria com a APIR e através de um fornecedor externo, disponibilizar refeições dieteticamente adequadas aos refugiados com I.R.C. durante a sua estadia no CAR. Numa perspectiva de autonomização, e em particular para os doentes cujo estado de saúde lhes permita cozinhar as suas próprias refeições, com ou sem a ajuda dos familiares, o CPR procurará disponibilizar uma curta formação sobre dietas apropriadas à I.R.C., em parceria com a APIR.

Os insuficientes renais crónicos, bem como as crianças com menos de 12 anos que padeçam de hidrocefalia, estão isentos do pagamento de taxas moderadoras do SNS<sup>12</sup>. Segundo a APIR, o SNS comparticipa totalmente o tratamento hospitalar e a medicação específica para a I.R.C., existindo, contudo, medicação complementar (e.g. tensão arterial), que não é totalmente comparticipada. Já no caso da Hidrocefalia, segundo a ASBIHP o tratamento é cirúrgico, não existindo medicação de base para a doença.

Não obstante, à imagem do que sucede com os restantes requerentes de asilo e refugiados, o CPR disponibilizará, neste caso, o apoio medicamentoso e as ajudas técnicas que se revelarem necessárias para os refugiados com necessidades médicas.

---

<sup>12</sup> Cf. Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto. A isenção foi confirmada telefonicamente pela APIR e a ASBIHP em contacto datado de 24.10.2008.



**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

Tratando-se de menores - nomeadamente crianças que padeçam de hidrocefalia - estes serão integrados, sempre que o seu estado de saúde o permita, em ambiente escolar ou formativo. Nesse sentido, o CPR procurará mobilizar, em parceria com a Direcção Regional de Educação de Lisboa e/ou o estabelecimento de ensino público competente, o apoio escolar apropriado para as crianças que apresentem necessidades educativas especiais.

Ainda neste contexto, refira-se que o CPR disponibilizou, em Setembro de 2007, o Espaço “A Criança” - creche e jardim de infância - que permite integrar crianças refugiadas em ambiente escolar dos 4 meses aos 5 anos.

## 5.5. Integração

O CPR tem procurado desenvolver esforços no sentido de integrar os refugiados reinstalados na sociedade portuguesa, e, em particular, no mercado de trabalho.

Não existindo, por ora, uma definição clara do estado de saúde e do seu eventual grau de (in) capacidade, também no domínio da integração o CPR procurará, por princípio e dependo do seu estado de saúde em concreto, enquadrar os refugiados reinstalados com necessidades médicas, bem como os familiares que os acompanham, no conjunto de serviços disponibilizados aos restantes refugiados reinstalados<sup>13</sup>.

Em conformidade com os critérios de selecção do ACNUR, e numa perspectiva de valorização do apoio familiar enquanto instrumento de integração e autonomização, considera-se fundamental que os refugiados com necessidades médicas sejam reinstalados em Portugal sempre acompanhados pelos seus familiares.

---

<sup>13</sup> Para uma descrição desses serviços, cf. Secção 5.4 do “Programa nacional de Reinstalação: reflexões sobre a sua operacionalização”, publicado pelo CPR em Novembro de 2007.



**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

Considerada a sua relevância no processo de integração dos refugiados em geral, refira-se a importância de os refugiados com necessidades médicas, bem como os seus familiares, **frequentarem as aulas de Língua Portuguesa proporcionadas pelo CPR, durante e após o seu período de permanência no CAR.**

As aulas deverão ter início assim que a condição do refugiado com necessidades médicas o permitir, apostando-se em aulas individualizadas ou em pequenos grupos, tendo em conta a nacionalidade, a idade, o nível de habilitações e a capacidade de aprendizagem dos indivíduos.

Tendo em conta a falta de assiduidade dos reinstalados e a ausência de consciência, pelo menos numa primeira fase, da importância que este apoio assume na sua integração, **propõe-se que a frequência das aulas de língua portuguesa seja obrigatória, enquanto estes se encontram a residir no Centro e na condição de o seu estado de saúde o permitir.** Relativamente à carga horária, propõe-se que tenham aulas 3 vezes por semana, num total de 3 a 6 horas semanais.

No âmbito do projecto EQUAL VIAAS -Vias de Interculturalidade na Área do Asilo, o CPR desenvolveu, em 2007, em articulação com o Centro Novas Oportunidades (CNO) da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), uma adequação da metodologia de reconhecimento, validação e certificação de competências (RVCC) aos requerentes de asilo e refugiados (disponível em <http://vias.refugiados.net/produtos.html#prod3>).

Esta adequação resultou no "Modelo Integrado, Orientação e Formação de Base para a Inclusão de Públicos em Particular Situação de Exclusão Social", recurso que poderá ser incorporado por qualquer CNO que venha a acolher os refugiados reinstalados e que o CPR procurará promover. A integração dos refugiados neste programa requer, contudo, um apoio adicional em língua portuguesa, orientado para as necessidades específicas dos refugiados.







**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

Ultrapassado o período de permanência no CAR, e na pendência do seu processo de autonomização, os refugiados reinstalados beneficiam, actualmente, de um subsídio de emergência disponibilizado pelos serviços locais de acção social, que visa garantir as suas necessidades de alojamento, alimentação, transporte e ajudas técnicas.

Sem prejuízo para os recursos e a metodologia de integração aqui propostos para os refugiados com necessidades médicas e os familiares que os acompanham, é incontornável reconhecer que nos encontramos, nestes casos e em razão de condicionantes associadas ao seu estado de saúde, perante indivíduos com uma menor capacidade de autonomização.

Em consequência, **cabará promover, em parceria com o I.S.S, um apoio de subsistência de duração mais prolongada.** Tal apoio, ajustado ao estado de saúde em concreto do refugiado, visará assegurar-lhe condições de vida condignas enquanto não for possível a sua autonomização, nomeadamente através da assistência dos familiares que o acompanham.

Concomitantemente, considerada a experiência do acolhimento dos doentes estrangeiros com necessidades médicas, cumpre **explorar, em parceria com ACIDI e o I.S.S., a viabilidade e pertinência de disponibilizar aos refugiados com necessidades médicas, após o seu período de permanência no CAR, recursos de acolhimento em condições similares às existentes no quadro do Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros (PADE).**

Importa salientar, finalmente, que na perspectiva do CPR a estratégia ora proposta de integração dos reinstalados em geral, e dos refugiados com necessidade médicas em particular, pressupõe a existência de uma parceria e do trabalho em rede, cumprindo avançar no sentido de uma cooperação **interinstitucional regular para o acolhimento e integração dos reinstalados que envolva, pelo menos, o I.S.S.,**



**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), o Ministério da Educação (ME), a SCML e o CPR.

## > 6. Conclusão

Na esteira do trabalho realizado pelo CPR em Novembro de 2007, através do seu “*Programa nacional de Reinstalação: reflexões sobre a sua operacionalização*”, o presente documento procede a um diagnóstico preliminar que sustenta a viabilidade da reinstalação anual, em Portugal, de pelo menos três refugiados com necessidades médicas.

Sem prejuízo para o carácter preliminar do seu conteúdo, procurou-se traçar um quadro geral sobre a selecção de refugiados com necessidades médicas, o contexto operacional em que decorrerá a sua eventual reinstalação, os recursos e as parcerias institucionais já existentes, bem como aqueles cuja mobilização se revela fundamental ao seu acolhimento e integração em condições de dignidade.

Não obstante ser intenção do CPR aprofundar este diagnóstico no período compreendido entre Novembro de 2008 e Janeiro de 2009, as presentes reflexões permitem-nos identificar, em conclusão, as seguintes **recomendações consideradas estruturais à implementação de um programa de reinstalação de refugiados com necessidades médicas**.

**Recomendação n.º 1:** *A selecção de refugiados com necessidades médicas deverá ser feita em conformidade com os critérios de selecção enunciados no Resettlement Handbook do ACNUR, devendo estes ser sempre reinstalados na companhia da família.*

**Recomendação n.º 2:** *A informação a disponibilizar aos refugiados reinstalados com necessidades médicas antes da partida, e após a sua chegada a Portugal, deverá focar, em particular, o funcionamento do S.N.S., bem como o acesso e o tipo de tratamento de que irão beneficiar em Portugal.*



**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

**Recomendação n.º 3:** *Os refugiados reinstalados com necessidades médicas deverão beneficiar de um estatuto de residência ao abrigo da Lei do Asilo, bem como da emissão do correspondente título de residência, num prazo máximo de 5 dias úteis após a chegada a Portugal.*

**Recomendação n.º 4:** *A reinstalação de refugiados com necessidades médicas deverá ser precedida da disponibilização atempada, pelo SEF/GAR, de informação actualizada sobre o seu estado de saúde, dirigida a todos os actores envolvidos no processo, e em particular ao CPR, para efeitos de preparação do respectivo acolhimento e integração.*

**Recomendação n.º 5:** *Os refugiados com necessidades médicas deverão, por regra e dependendo do seu estado de saúde, beneficiar da intervenção actualmente disponibilizada aos refugiados reinstalados em geral no domínio do acolhimento e integração.*

**Recomendação n.º 6:**

*O acesso dos refugiados com necessidades médicas ao tratamento em Portugal deverá ser assegurado através de uma parceria envolvendo o Ministério da Administração Interna, o Alto Comissariado da Saúde, o ACNUR e o CPR, que adapte aos refugiados reinstalados o actual enquadramento oferecido aos doentes estrangeiros no âmbito da Cooperação Internacional portuguesa.*

*Os procedimentos de identificação, avaliação e encaminhamento clínico dos refugiados com necessidades médicas deverão ser adaptados à luz do seu estatuto jurídico, por se encontrar excluída qualquer intervenção por parte do Estado da sua nacionalidade.*



**CPR**

CONSELHO PORTUGUÊS PARA OS REFUGIADOS

**Recomendação n.º 7:** *A dinamização do voluntariado deverá desempenhar, durante o acolhimento e a integração, um papel central na promoção da inclusão social e na prevenção do isolamento dos refugiados reinstalados com necessidades médicas.*

**Recomendação n.º 8:** *Na perspectiva da sua gradual autonomização, o apoio de subsistência a prestar pelo I.S.S aos refugiados com necessidades médicas e aos seus familiares após o abandono do CAR deverá ser adaptado, quanto à sua natureza e duração, ao estado de saúde concreto do beneficiário.*

**Recomendação n.º 9:** *O acolhimento e a integração dos refugiados reinstalados em geral, e dos refugiados com necessidades médicas em particular, deverão ser prosseguidos através de um trabalho em rede e de uma cooperação interinstitucional regular que envolva, pelo menos, o I.S.S. – Centro Distrital de Segurança Social de Lisboa, o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), o Ministério da Educação (ME), a SCML e o CPR.*