

RESUMO

Este trabalho pretende chamar a atenção para a existência de um fluxo migratório muito específico: a imigração oriunda dos PALOP por via da saúde. Chegam até Portugal diariamente doentes evacuados ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da saúde, que acabam por não voltar mais ao país de origem. Estes migrantes são muitas vezes esquecidos e não têm sido objecto de investigação aprofundada.

O trabalho pretende alertar também para o facto dos Acordos de Saúde celebrados entre Portugal e os PALOP estarem frequentemente desadequados da realidade actual, para além de não serem muitas vezes cumpridos pelas partes. Por exemplo, em muitos casos as embaixadas dos países de origem não apoiam os doentes em Portugal, quer em termos de alimentação, quer de alojamento ou medicamentos.

As deficientes triagens no país de origem parecem conduzir a processos de selecção de doentes pouco claros e ineficazes. Vir para Portugal para tratamento médico obriga por vezes a verdadeiras batalhas: com a embaixada, com as finanças, com o Ministério da Saúde. A posse de capitais social e económico revela-se um elemento chave no desencadear e no desenrolar de todo o processo.

Apesar das grandes dificuldades com que estes doentes e familiares (sobre)vivem em Portugal, muitos não querem regressar ao país de origem. A dificuldade em obter tratamento médico e medicamentos são as razões mais apontadas para não regressar. Em Portugal, porém, a vida não é fácil. O suporte económico, psicológico e cultural da maioria dos doentes assenta nas redes familiares e de amigos. A solidariedade e ajuda mútua entre os africanos é muito forte. Alguns dos que não têm família nem amigos em Portugal vivem da caridade dos seus compatriotas.

Palavras chave: Imigração, saúde, Portugal, PALOP, Acordos de Cooperação, doentes evacuados.

ABSTRACT

This study concerns a specific migration flow: immigration from PALOP to Portugal due to health reasons. Everyday many patients arrive to Portugal in the framework of the Cooperation Agreements signed between Portugal and the PALOP. Many of these patients do not return to their home country. These migrants are often forgotten and have not been object, until today, of academic scrutiny.

This study wants to call the attention for the fact that the Health Agreements signed between Portugal and the PALOP are frequently unadjusted and are not always respected by the partners. For example, in many cases the embassies of sending countries do not support their patients, either in terms of food support, housing or medicines.

Ineffective processes of selection in the sending countries also lead to unclear and deficient choices of patients. Travelling to Portugal to get medical treatment often leads to long and exhausting battles with the embassies, fiscal authorities and the Health Ministry. The possession of social and economic capital is a key variable to explain the beginning and continuation of the process.

Despite the difficulties faced by these patients, and their relatives, in Portugal, many do not want to return to their home country. The difficulty of getting medical treatment and medicines are the reasons most often cited. However, in Portugal life is far from easy. The economic, psychological and cultural support is mostly based in family and friendship networks. Solidarity and mutual help among Africans seems to be strong. Some of those who do not have family or friends in Portugal live of the charity of their fellow countrymen.

Key words: Immigration, health, Portugal, PALOP, Cooperation Agreements

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIA

Dado o carácter absolutamente exploratório de que se reveste este trabalho e a inexistência de estudos de referência para comparação, foram sentidas ao longo do percurso muitas incertezas que puseram em dúvida a continuidade do trabalho. Só o forte incentivo de algumas pessoas durante todo este percurso académico tornaram possível que ele chegasse ao que é hoje: não um produto acabado, como nenhum trabalho desta natureza o é, mas um ponto de partida, uma plataforma de arranque para futuras investigações. É, por isso, com toda a justiça e gratidão que agradeço a:

Prof. Doutor João Peixoto, meu professor na Cadeira de Migrações, que me cativou logo na primeira aula, pelo modo entusiasta e profundo com que explanava os assuntos e fazia aumentar a minha curiosidade e interesse pela temática das migrações. Pela sua enorme simpatia e disponibilidade em ser meu orientador neste projecto, pelas suas sábias sugestões e orientações e, sobretudo, por sempre me ter incentivado a acreditar que seria possível levar este trabalho a bom porto, nos momentos de profunda incerteza.

Ao Beto e André, pela força que sempre me deram para que concluísse este projecto. E pelo carinho e compreensão demonstrados relativamente às minhas frequentes ausências nos momentos de reunião familiar.

Aos médicos, enfermeiros, técnicos e assistentes sociais do Hospital de Dona Estefânia que entrevistei ou com quem apenas fui trocando impressões que, de alguma forma, enriqueceram o trabalho.

Agradeço em particular à Dra. Eulália Calado, pela ideia, incentivo e informações que me deu para fazer um trabalho que chamasse a atenção para as grandes dificuldades por que passam os *meninos africanos* que vêm tratar-se a Portugal, e suas famílias, que os acompanham.

Agradeço igualmente à Dra. Ana Isabel Dias, que constantemente me perguntava pelo andamento do trabalho e me dava uma ou outra informação que julgava importante para o avanço do mesmo.

Também à Dra. Ana Moreira, pelas inúmeras conversas que tivemos sobre esta temática, ao longo das muitas viagens entre a Estefânia e o Colégio Militar.

Ao Dr. José Pedro Vieira, à Dra. Rita Silva e a todas as enfermeiras e técnicos da consulta de Neurologia e *Spina Bífida*, pelas muitas *dicas* que me deram.

Não poderia esquecer o meu colega de trabalho, Ricardo Manuel, pelo facto de ter “aguentado o barco” sozinho, quando por vezes me ausentava para fazer alguma entrevista.

Um agradecimento ao Dr. Luís Varandas, médico responsável pelos doentes evacuados no Hospital de Dona Estefânia (HDE), pela disponibilidade e simpatia com que me recebeu e me deu importantes informações sobre os procedimentos de evacuação e os doentes evacuados.

Igualmente um reconhecido obrigado à enfermeira Sílvia Queta, guineense, cujos olhos brilhavam sempre que falava das crianças que vêm dos PALOP em busca de um direito fundamental que lhes assiste, o direito à saúde, reflectindo a solidariedade que lhe vai na alma por estes seus conterrâneos doentes.

Ao Conselho de Administração do Hospital de Dona Estefânia vigente em 2006, que autorizou a recolha dos dados necessários, a utilização dos mesmos, assim como a realização das entrevistas durante o horário de trabalho.

Um agradecimento à enfermeira Amélia do Gabinete de Saúde do CNAI por aceitar receber-me e me elucidar sobre o papel importante que o Gabinete de Saúde tem perante as muitas necessidades dos doentes evacuados.

Ao Dr. Cláudio Correia, responsável pela mobilidade de Doentes da Direcção Geral de Saúde portuguesa, pela facilidade com que prescindiu de algum do seu tempo de trabalho, para tão amavelmente me receber e me colocar ao corrente dos procedimentos respeitantes aos processos de evacuação, bem como pelo fornecimento de dados fundamentais para o trabalho.

Aos dirigentes das associações africanas de solidariedade Social, que se dispuseram a contar as suas vivências com doentes evacuados, entre eles, o Sr. Fernando Ka.

Aos amigos e colegas de trabalho que constantemente me instigavam a avançar com o trabalho.

Ao Sr. Inspector José Caçador do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, pelo interesse em ler este trabalho e gentilmente dar a sua opinião.

Um agradecimento muito especial, do fundo do coração, aos inquiridos que, embora por vezes muito receosos, lá foram desfiando o rosários das suas (des)venturas, pondo a nú uma parte importante das suas vidas.

Não podia de modo algum esquecer uma pessoa muito especial, que já não está entre nós, a minha boa colega e amiga Doroteia Rodrigues, pelas palavras de incentivo com que sempre me agraciou, e que sei que, esteja onde estiver, continua a torcer por mim. É sobretudo a ela que dedico este trabalho.

Índice

RESUMO	I
ABSTRACT	II
AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIA	III
NOTA PREVIA.....	6
INTRODUÇÃO.....	8
A importância do fenómeno migratório	8
A explicitação detalhada da pesquisa	14
1 METODOLOGIA E TEORIAS SOBRE MIGRAÇÕES.....	17
1.1 METODOLOGIA.....	17
1.1.1 Pesquisa bibliográfica e documental	17
1.1.2 Explorando caminhos: entrevistas formais e informais.....	18
1.1.3 Estratégia de pesquisa/método para recolha de informação	20
1.1.4 A amostra.....	21
1.2 TEORIAS SOBRE MIGRAÇÕES.....	28
1.2.1 Conceito de migrante.....	28
1.2.2 Discussão teórica das migrações: as teorias micro e macro.	32
1.2.2.1 As Teorias Micro-sociológicas.....	32
1.2.2.1.1 A Teoria neoclássica ou Teoria de Push-Pull.....	32
1.2.2.1.2 A Teoria do Capital Humano.....	34
1.2.2.1.3 O ciclo de Vida e a Trajectória Social.....	34
1.2.2.2 As Teorias Macro-sociológicas	35
1.2.2.2.1 A Nova Economia das Migrações Laborais	35
1.2.2.2.2 Teorias do Mercado Segmentado, ou mercado de trabalho “dual”, a Economia Informal e os Enclaves Étnicos.	35
1.2.2.2.3 Estruturas Espaciais, Sistemas-Mundo e Sistemas Migratórios.....	36
1.2.2.2.4 Instituições, Redes Migratórias, Laços Étnicos e Sociais	38
2 IMIGRAÇÃO E SAÚDE EM PORTUGAL.....	41
2.1 As três grandes fases da imigração em Portugal. A imigração oriunda dos PALOP	41

2.2	O estado de arte da imigração e saúde em Portugal	56
3	IMIGRAÇÃO PALOP PARA PORTUGAL POR QUESTÕES DE SAÚDE	
	61	
3.1	Políticas de admissão de imigrantes	61
3.2	Vistos	65
3.3	Acordos bilaterais no âmbito da saúde	66
3.4	Procedimentos de evacuação	71
3.5	Dados estatísticos	73
4	ESTUDO DE CASO	79
4.1	A VINDA PARA PORTUGAL	79
4.1.1	A decisão de migrar: tempos e contratempos	79
4.1.2	A “selecção” dos candidatos para tratamento médico: quem, quando e como?	80
4.1.3	A viagem e o alojamento: quem custeou	86
4.2	A (SOBRE)VIVÊNCIA EM PORTUGAL	91
4.2.1	O papel das redes familiares e de amigos. A solidariedade alheia.	91
4.2.2	O “ganha-pão”	93
4.2.3	A permanência em Portugal: os vistos e os médicos.....	95
4.2.4	O Hospital de Dona Estefânia: a assistência médica e social.....	97
4.2.5	Instituições de apoio ao imigrante	99
4.2.6	As instituições religiosas	101
4.2.7	A Embaixada	101
4.3	O FUTURO?	104
4.3.1	As expectativas quanto ao futuro: regresso ao país de origem?	104
5	SÍNTESE CONCLUSIVA	110
6	ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO.....	119
7	ANEXOS	126
7.1	Guião de entrevista aos indivíduos da nossa amostra.....	126
7.2	Entrevistas aos acompanhantes das crianças evacuadas, que compõem a nossa amostra.....	128
7.3	Entrevistas formais a informadores privilegiados (sem guião)	130
7.4	Conversas informais, sem carácter de entrevista.....	130

7.5	Legislação	131
7.5.1	Acordos de cooperação no âmbito da saúde entre Portugal e os PALOP	131
7.5.2	Vistos de Estada Temporária e AR's– Lei 23/07 e Dec.Reg. 84/07	132
7.6	Diversos	133

Índice de Gráficos

Gráfico nº 1 – País de origem dos inquiridos	23
Gráfico nº 2 – Sexo dos inquiridos	24
Gráfico nº 3 – Idade dos inquiridos	25
Gráfico nº 4 – Escolaridade dos inquiridos	26
Gráfico nº 5.1 – Caracterização profissional dos inquiridos	26
Gráfico nº 5.2 – Caracterização profissional dos cônjuges dos inquiridos	27
Gráfico nº 6 - Nacionalidades mais representativas em 2007	53
Gráfico nº 7 – <i>Plafond</i> anual de evacuados estabelecido para cada PALOP nos Acordos de saúde celebrados	73
Gráfico Nº 8 - Pedidos de evacuação ao abrigo dos acordos de cooperação no âmbito da saúde, entre Portugal e os PALOP entre 1999 e 2007.....	74
Gráfico nº 9 – Número de evacuados em 2002 e 2007, face ao <i>plafond</i> autorizado	75
Gráfico nº10 - Intenção de emigrar para Portugal.....	80
Gráfico nº11 - Tempo de espera pela Junta médica	84
Gráfico nº 12 – Viagens pagas pelas respectivas embaixadas.....	87
Gráfico nº 13 – O pagamento da viagem.....	89
Gráfico nº 14 – O alojamento e a alimentação em Portugal.....	90
Gráfico nº 15 – Profissões dos inquiridos em Portugal	93
Gráfico nº 16 – Recurso a associações de apoio ao imigrante	100
Gráfico nº 17 – Já pensava emigrar para Portugal?.....	104
Gráfico nº 18 – Quer regressar ao seu país?	105
Gráfico nº 19 – As justificações mais referidas para não regressar ao país de origem.	109

Índice de Quadros

Quadro Nº 1 - Nacionais PALOP residentes em Portugal, segundo o período de imigração, por país de nacionalidade, 1981	43
Quadro nº 2 - População estrangeira residente por país de origem, 1960 – 1981 – 2001	44
Quadro nº 3 – Evolução do nº de residentes em Portugal, 1975-2007 (AR's, AP's e VLD).....	46
Quadro nº 4 – População estrangeira c/estatuto legal em Portugal, segundo as nacionalidades mais representativas	47
Quadro nº 5 – Número de imigrantes em Portugal, por nacionalidade em 2004 (AP's e AR's)	51
Quadro nº 6 - População estrangeira em território nacional: dados provisórios de 2007	52
Quadro nº 7 – Responsabilidades nos Acordos de Cooperação	69
Quadro nº 8 - Circuito de evacuação atempada.....	71
Quadro nº 9 - Circuito de evacuação urgente	72
Quadro nº 10– Pedidos de evacuação ao abrigo dos acordos de cooperação no âmbito da saúde, entre Portugal e os PALOP entre 1999 e 2007.....	74
Quadro nº 11 - Vistos de estada temporária concedidos por questões de saúde, entre 2000 e 2007, ao abrigo do nº 2 do Artº 40 da Lei 34/2003 de 25 de Fevereiro	78
Quadro nº 12 – A rede de contactos informais	85

Lista de Abreviaturas

HDE – Hospital de Dona Estefânia

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

JRS – Serviço Jesuíta aos Refugiados

DGS – Direcção Geral de Saúde

ACIME – Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas

ACIDI - Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural

CNAI – Centro Nacional de Apoio ao Imigrante

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

ONG – Organização não governamental

MNE – Ministério dos Negócios Estrangeiros

INE – Instituto Nacional de Estatística

ARS – Administração Regional de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

PII – Plano de integração dos imigrantes

PADE – Programa de apoio a doentes estrangeiros

GIS – Grupo de imigração e saúde

AML – Área Metropolitana de Lisboa

GB – Guiné-Bissau

CV – Cabo Verde

STP – São Tomé e Príncipe

ANG – Angola

MOC – Moçambique

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

OIM – Organização internacional para as migrações

FLAD – Fundação Luso Americana

NOTA PREVIA

Este trabalho consiste num ensaio teórico e empírico exigido como trabalho final para obtenção do grau académico de Mestre em Demografia e Sociologia da População, em que se confrontam teorias, métodos e técnicas de investigação sociológica e demográfica.

Trata-se de um estudo de caso exploratório, descritivo, que cruza os campos científicos da Sociologia e da Demografia através da análise de imigrantes oriundos dos PALOP que entram em Portugal por questões de saúde e já não regressam ao seu país de origem.

Pensamos que a problemática das migrações assume, no mundo contemporâneo, nomeadamente em Portugal, uma centralidade que a nosso ver legitima o interesse desta dupla abordagem.

A ideia de fazer um trabalho sobre imigrantes surgiu do contacto diário com eles, sobretudo oriundos dos PALOP, nas consultas externas de Neurologia e *Spina Bífida* do Hospital de Dona Estefânia (HDE). O interesse pela associação entre imigração e saúde aconteceu no decorrer de uma conversa informal com a directora da Consulta Externa de Neurologia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia, Dra. Eulália Calado, a propósito das muitas dificuldades e carências sentidas por alguns utentes oriundos dos PALOP, seguidos na referida consulta. Apesar das grandes dificuldades com que vivem, ou sobrevivem, em Portugal, não voltam para o país de origem. Porquê? Será que as dificuldades em obter cuidados de saúde no país de origem inviabilizam o regresso? Ou será que já planeavam vir para Portugal?

Este trabalho pretendeu obter respostas para estas e outras questões que foram surgindo ao longo da pesquisa, contribuindo assim para enriquecer o conhecimento sobre esta temática tão actual na nossa sociedade.

Em todo este processo de permanência em Portugal é atribuído por parte dos inquiridos relevante poder à figura do médico assistente, na medida em que o visto de entrada em Portugal por motivos de saúde é renovado após o “veredicto” passado pelo médico. Foi

interessante explorar esta “figura” a partir do imaginário social dos imigrantes nestas condições.

Após a devida autorização do Conselho de Administração do Hospital Dona Estefânia, e com a ajuda dos vários médicos da referida consulta, foi “pensada” uma amostra, que se quis diversificada em termos de nacionalidade, sexo, escolaridade e profissão dos pais, à qual seria aplicada uma entrevista semi-directiva, com o objectivo de construir a história de vida de cada inquirido evacuado, desde que lhe foi diagnosticada uma doença no seu país de origem até ao momento da entrevista.

INTRODUÇÃO

A importância do fenómeno migratório

O fenómeno migratório sempre existiu desde que a humanidade existe. Não da forma que o conhecemos hoje, mas na forma de pequenas deslocações geográficas.

Existem registos de que já no século XII se encontravam em Portugal Franceses, Leoneses e Zamoranos que ajudaram a povoar Trás-os-Montes. Mas foi sobretudo com a expansão portuguesa no século XV que entraram em Portugal, deliberadamente ou à força, pessoas estrangeiras.

Durante o século XV conhecem-se movimentos de saída para o exterior de Portugal, nomeadamente para colonizar a ilha da Madeira, movimentos esses que foram sendo interiorizados no modo de vida dos portugueses e alicerçados sobre um sistema de valores adequado às movimentações no espaço.

Também no século XVI a participação estrangeira no comércio de especiarias e pau-brasil levou a que se instalassem em Portugal casas mercantis alemãs, como os Fugger e os Welser, estimulando a vinda de mercadores e profissionais das mais variadas actividades.

No início do século XIX (1820), as migrações portuguesas revestiram-se de um carácter essencialmente mercantil e imperial (migrações para as colónias). Após este período, os fluxos migratórios adquiriram um carácter económico, tornando-se um **“movimento internacional de trabalho (..) baseado em desequilíbrios geoeconómicos e dirigidos para áreas fora do império português”**(Baganha e Gois;1998/1999:232).

Em meados do século XIX aconteciam grandes deslocações de curta e longa distância, em parte por força da industrialização, que impulsionou as migrações internas ao promover o deslocamento do campo para as cidades, áreas mais atractivas em termos económicos, bem como as externas, materializadas nas saídas da Europa para a América.

À medida que o mundo se modernizava, nomeadamente em matéria de transportes e redes de comunicação, também o fenómeno migratório foi ganhando novas proporções e complexidade. A liberalização dos mercados e a abertura das fronteiras entre países tem contribuído para que os fluxos migratórios se tornem mais fáceis. A globalização fomenta grande permeabilidade de fronteiras, permitindo grande mobilidade aos cidadãos. Por isso os fluxos migratórios de hoje caracterizam-se por uma maior complexidade, diversidade e rapidez, relativamente às pequenas deslocações do passado, constituindo-se actualmente como um importante factor de mudança social e uma realidade política e jurídica tanto em Portugal como no mundo. **“(...) o fenómeno migratório constitui um dos traços dominantes da sociedade internacional no início do século XXI, tudo levando a crer que será um dos assuntos políticos mais importantes das próximas décadas (...)”** (Maxime;2003:5¹).

Este autor tem uma visão pessimista do fenómeno migratório da actualidade, na medida em que, enquanto a imigração do século XX se moveu por ideais económicos, a imigração do século XXI] **“é dominada por movimentos muito mais caóticos, incontroláveis, erráticos, que correspondem aos sobressaltos do mundo. (...) É o produto de um mundo sem regras, lacerado, dominado por um mundo de egoísmos, pela falta de solidariedade internacional, pelas desigualdades vertiginosas, pela instabilidade crescente de certas regiões, pelas guerras étnicas e pelo terrorismo”** (Maxime; 2003:5²).

As migrações são entendidas em simultâneo como causa e consequência da globalização. Há mesmo quem fale de “globalização das migrações”, isto é, **“a tendência para um número cada vez maior de países serem afectados pelos movimentos migratórios ao mesmo tempo”**(Castles e Miller,1998).

Se, por um lado, as migrações são o resultado de transformações económicas, demográficas, políticas e sociais, por outro, constituem-se, como já foi dito, como um importante factor dinamizador da mudança social. Segundo os mesmos autores (Castles e Miller, 1998), as migrações continuarão a **“ser uma força dinâmica na constituição das sociedades modernas [e] a globalização suscitará fluxos turbulentos de pessoas com padrões de circulação que contrariam e atravessam as necessidades económicas e as medidas políticas”**.

Por isso a problemática das migrações está actualmente na ordem do dia, pela importância que este fenómeno adquiriu sob diversas perspectivas. Constitui um desafio

¹ Tradução livre dos investigadores

² Tradução livre dos investigadores

sob os pontos de vista demográfico, económico, político-jurídico, cultural, sociológico e até académico.

Do ponto de vista demográfico, acredita-se que a entrada de imigrantes possa ajudar a rejuvenescer as pirâmides etárias dos países mais desenvolvidos, em particular os europeus, contrariando o duplo envelhecimento (base e topo) (Cf. Rosa, 2004). “O processo de envelhecimento adquire progressiva nitidez planetária. Efectivamente, é no grupo etário dos idosos que se esperam os acréscimos populacionais mais significativos entre 2000 e 2050: a população com 60 ou mais anos, que no ano 2000 se cifrou (no mundo) em 606 milhões, poderá atingir, em 2050, os 1,9 milhares de milhão. E neste grupo etário cabe destaque para os idosos mais velhos (80 ou mais anos), grupo de idades que em 2000 equivale a 69 milhões de indivíduos e que poderá atingir 377 milhões em 2050” (Rosa, Seabra e Santos;2005:19).

As assimetrias demográficas entre continentes tenderão a aprofundar-se. Por exemplo, a Europa poderá perder população na primeira metade do século XXI, o que levará a que perca a sua importância demográfica relativamente a outros continentes, isto é, passará de 22% em 1950 para 7% em 2050. O continente africano fará o percurso inverso, isto é, continuará a crescer em força, passando de 9% em 1950 para 20% em 2050 (Rosa, Seabra e Santos, 2005).

No caso de Portugal, segundo projecções do INE, prevê-se que já em 2050 a população portuguesa tenha diminuído aproximadamente 25%, isto é, passaremos de 10 milhões para 7,5 milhões de habitantes. Esta diminuição tem a ver, sobretudo, com a baixa taxa de natalidade. A renovação de gerações, que no início dos anos 1960 ainda se encontrava assegurada (ISF era de 3,2 filhos por mulher), deixou de o ser nos anos 1980, sendo actualmente o ISF menor do que 1,5 filhos por mulher (Rosa, Seabra e Santos, 2005).

Por outro lado, esta baixa taxa de natalidade, aliada ao facto da esperança média de vida estar a aumentar cada vez mais, implica um decréscimo da população activa, que tem de suportar o pesado encargo que o aumento do número de idosos acarreta. Abrir as portas aos imigrantes poderá ser um dos caminhos que Portugal tem para manter a sustentabilidade do seu modelo de segurança social, baseado no princípio da solidariedade entre gerações, minimizando a discrepância entre população activa/idosos. As estatísticas indicam que a maior fatia de imigrantes se situa na faixa etária dos 25 aos 45 anos, logo, idade activa e fértil. Segundo Maria João Valente Rosa (2004:60), em

2001 o número da população idosa ultrapassou, pela primeira vez, o número da população jovem, sendo o índice de envelhecimento de 102, isto é, por cada 100 jovens existiam 102 idosos (em 1991 esse índice ainda era de 68). Mas se em 2001 tomarmos em consideração apenas a população de nacionalidade portuguesa, esse valor sobe para 104, o que significa que a população estrangeira contribuiu para aligeirar um pouco o referido índice.

Do ponto de vista económico os imigrantes ajudam a colmatar a escassez de mão-de-obra em alguns sectores do mercado de trabalho menos procurados pelos autóctones, nomeadamente na construção civil, para os homens, e no sector doméstico e restauração, para as mulheres (Cf. Carvalho, 2004). Por outro lado, para além da riqueza naturalmente gerada pelo seu trabalho (a quota parte do PIB gerada pelos trabalhadores imigrantes), as contas públicas também lucram com a sua presença. Basta referir as contribuições que os imigrantes fazem, sob a forma de impostos, onde se incluem os que revertem a favor do sistema de segurança social permitindo a continuação do pagamento de benefícios sociais, tais como as pensões de reforma.

O desenvolvimento científico e tecnológico, bem como o desenvolvimento cultural que decorre da diversidade cultural, também são mais-valias para o mercado de trabalho português. Importa referir ainda que os trabalhadores imigrantes funcionam um pouco como «amortecedores dos ciclos económicos», pela facilidade de flexibilização da mão-de-obra imigrante em responder às oscilações conjunturais do mercado de trabalho (Cf. Ferreira, Rato e Mortágua, 2004). **“No final de 2002, encontravam-se inscritos na segurança social quase 355 mil beneficiários activos estrangeiros, o que consubstancia um aumento de 270,1% em face de 2000 (...). Os países da Europa de Leste representam já a principal comunidade emigrante, com cerca de 34,1% do total dos beneficiários activos estrangeiros [seguindo-se] PALOPS [27,7%] e Brasil [16,8%] (Silva,2005).**

Não esquecer que estes imigrantes não implicaram qualquer despesa para o Estado nos anos preparatórios para a idade activa, principalmente com educação, e nem vão, na maioria dos casos, beneficiar mais tarde do sistema de segurança social para o qual descontaram enquanto trabalhadores (Cf. Ferreira, Rato e Mortágua, 2004).

Numa perspectiva negativista de quem zela pelo destino dos imigrantes em Portugal, os **“imigrantes fazem o trabalho menos qualificado e constituem-se como um contingente de força de trabalho sempre à mão, vulnerável e facilmente explorável.” (SOS Racismo;2002:70).**

Ainda no campo das benesses para o país de acolhimento, e se falarmos na “vaga” de imigração para Portugal, a proveniente da Europa de Leste, podemos referir os altos níveis de qualificação destes imigrantes, superiores ao stock médio de qualificação dos portugueses e os níveis superiores na qualidade do trabalho executado (Carvalho, 2004). Tudo isto poderá ser aproveitado em prol da modernização da economia e da sociedade em geral. Além de que os custos com a formação desses cidadãos imigrantes foram suportados pelos países de origem, sem qualquer custo para Portugal. Quanto maior abertura existir à sua incorporação, maiores serão os benefícios para o desenvolvimento do nosso país, decorrentes dessa incorporação.

Obviamente que todos os ganhos enunciados exigem como suporte um quadro político-jurídico favorável e políticas de imigração adequadas às necessidades económicas de Portugal e à integração dos imigrantes. Isto explica as sucessivas revisões que vêm sendo feitas aos Decretos-lei que regulamentam a entrada, permanência e afastamento de cidadãos estrangeiros em Portugal, bem como à Lei da nacionalidade.

A criação, em 1995, do cargo de Alto Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas, revela também a importância que os poderes públicos votaram a este fenómeno e a necessidade de um olhar constante sobre esta problemática. Em 2002 criou-se o organismo ACIME, Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, que em 01 de Julho de 2007 é promovido a instituto público e altera o nome para ACIDI, Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural. É um gabinete tutelado pelo Primeiro-ministro e tem como missão promover o diálogo permanente com as instituições, públicas e privadas, na área das migrações, com vista à melhoria das condições de vida dos imigrantes e plena integração na sociedade portuguesa, respeitando a sua identidade e a sua cultura.

Do ponto de vista cultural, a entrada de imigrantes vindos de várias partes do mundo enriquece a sociedade de acolhimento, ao trazer até nós a sua arte, a sua religião, a sua gastronomia, a sua música, enfim, a sua cultura. Como bem disse o Padre Manuel Vaz Pinto na abertura do I Congresso de Imigração em Portugal, **“a imigração (...) não é uma**

palavra neutra e fria, é uma realidade que encerra pessoas, muito concretas, com as suas vidas, alegrias, esperanças e desejos. (...) é uma realidade viva, em movimento contínuo. (...) é um puzzle humano colorido, de inumeráveis cores, línguas, sabores, tradições, culturas, religiões”(I Congresso Imigração em Portugal, 2004:10).

Do ponto de vista social, são numerosos os problemas que se colocam tanto às populações imigrantes como ao país de acolhimento. Muitos imigrantes vivem frequentemente em situação de exclusão, precariedade e grande vulnerabilidade. É sabido que o processo migratório envolve grandes rupturas a vários níveis: espaciais, sociais, culturais, familiares, políticos, linguísticos, implicando um grande esforço de adaptação psicológica e social dos indivíduos e das famílias. Também ao país de acolhimento se colocam grandes desafios. O crescimento acelerado dos fluxos imigratórios deixa os órgãos políticos competentes sem capacidade de resposta adequada às suas necessidades e diversidade. Há que integrá-los plenamente nas suas políticas de trabalho, educação, saúde, culturais, entre outras.

Como é fácil de ver, a problemática das migrações e da diversidade cultural é da maior actualidade no contexto do mundo globalizado, estando na ordem do dia das agendas política, económica, cultural e social da maioria dos Estados, bem como da União Europeia.

Também no campo académico o tema se tem evidenciado, sobretudo a partir dos anos 1980, embora os enfoques privilegiem as ópticas social, económica e cultural. Este trabalho propõe uma análise diferente: o estudo da imigração em Portugal por questões de saúde, isto é, a saúde, ou a doença, se quisermos, como móbil da imigração para Portugal. Estes migrantes são muitas vezes esquecidos e não têm sido objecto de investigação aprofundada.

Após inúmeras incursões pelas bases de dados das bibliotecas deste país, não encontramos qualquer artigo ou obra que alie saúde ao acto de (i)migrar, isto é, que dê conta da saúde como razão principal da (i)migração para Portugal. Toda a produção científica encontrada que alia saúde à imigração gira em torno de problemáticas como a mortalidade e morbidade dos imigrantes, ou das deficiências na capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde português face às necessidades destes imigrantes. Mas estudos que enfoquem a saúde como razão principal para a decisão de migrar não foram

encontrados. Este trabalho pretende então ser um contributo para cobrir essa lacuna e enriquecer e alargar o campo temático das migrações, encontrando respostas para questões como as que a seguir se indicam, que são, no fundo, a base das nossas principais hipóteses de trabalho.

- Quem imigra para Portugal por questões de saúde? Quem quer ou quem pode?
- Serão as melhores condições de saúde em Portugal que levam a que se desenvolvam *à posteriori* estratégias de permanência em Portugal?
- Que argumentos justificam o abandono de parte da família nuclear, vivendo em Portugal muitas vezes em condições precárias? Como vivem? Quem os apoia?
- Será o Hospital Dona Estefânia, tal como os outros hospitais, uma espécie de ancoradouro numa viagem sem retorno?

É sobre estas questões que assentam as nossas hipóteses de trabalho:

1. A saúde precária nos PALOP é condição suficiente para induzir uma imigração forçada para Portugal.
2. A debilidade dos programas de cooperação implica processos de selecção duvidosa no acesso às juntas médicas e grandes dificuldades de imigração e posterior integração em Portugal.
3. Só a existência de uma forte rede familiar e de solidariedade permite a sobrevivência destes imigrantes “forçados” em Portugal.

A explicitação detalhada da pesquisa

Como já foi referido anteriormente, o interesse por este trabalho partiu do conhecimento de que existem em Portugal muitos imigrantes provenientes dos PALOP que vieram para Portugal tratar os seus problemas de saúde, ao abrigo dos acordos de cooperação, e nunca mais regressaram ao seu país de origem. A partir daqui surgiu o desejo de

conhecer as razões que os levam a não retornar aos seus países de origem. E outras questões foram surgindo naturalmente: como se processa a selecção dos candidatos? Vem quem quer ou quem pode? Quais os procedimentos da evacuação médica? Quem os apoia na vinda para Portugal? Quem os apoia na chegada a Portugal? Como subsistem em Portugal? Porque não regressam quando a doença parece estar controlada? Estarão os acordos de cooperação a ser cumpridos por ambas as partes? Estarão adequados às realidades actuais ou estarão obsoletos? Que perspectivas têm estas pessoas relativamente ao futuro? Sonham com um futuro em Portugal ou no seu país de origem? Foi com estas questões em mente que iniciámos a nossa pesquisa em busca de respostas.

O presente trabalho é composto por quatro capítulos, síntese conclusiva e anexos.

No primeiro capítulo faz-se um balanço dos aspectos metodológicos do trabalho. Dá-se conta dos métodos e técnicas de recolha de informação utilizados na pesquisa, bem como das qualidades e limitações a eles associadas. Apresentam-se todas as questões relacionadas com o processo de amostragem, desde a recolha da amostra à sua caracterização. Ainda neste capítulo se discute o conceito de “migrante” e se faz um balanço das diversas teorias explicativas do fenómeno migratório, nos campos micro e macro.

No segundo capítulo tentámos fazer um balanço do que tem sido o fenómeno migratório para Portugal, realçando os momentos mais importantes. Como os pólos de interesse deste trabalho são a imigração e a saúde, fizemos ainda neste capítulo um resumo do “estado de arte” da imigração e saúde em Portugal, isto é, um levantamento do que tem sido feito em termos de investigação, seminários, entre outros, relativamente ao binómio referido.

O terceiro capítulo centra-se essencialmente na imigração por via da saúde e em tudo o que lhe está subjacente: os acordos bilaterais no âmbito da saúde entre Portugal e os PALOP, os procedimentos inerentes às evacuações médicas, as políticas de admissão de imigrantes, os tipos de visto, os dados estatísticos.

No capítulo quarto apresentam-se os resultados do estudo de caso. Faz-se o balanço das entrevistas realizadas, não só aos vinte e dois inquiridos utentes do hospital, como a

todos os restantes entrevistados/informadores privilegiados. O capítulo foi subdividido em três blocos, cada bloco representando um corte no tempo: um “antes”, um “durante” e um “depois”, isto é, um passado, um presente e um futuro em termos de processo migratório. No “antes” apresentam-se as estratégias, (des)motivações e *modus operandi* que explicam a vinda para Portugal. No durante apresenta-se um levantamento do *modus vivendi* destes imigrantes, isto é, um levantamento das estratégias de subsistência durante o tempo de permanência em Portugal. No futuro, como o próprio nome indica, pomos em evidência as estratégias de futuro alimentadas por estes imigrantes, tanto no sentido de continuar em Portugal, como no de regresso ao país de origem.

As representações sociais do Hospital de Dona Estefânia e a figura do médico assistente, também foram foco de interesse neste trabalho.

1 METODOLOGIA E TEORIAS SOBRE MIGRAÇÕES

1.1 METODOLOGIA

1.1.1 Pesquisa bibliográfica e documental

A primeira fase deste trabalho consistiu na procura exaustiva de informação sobre migrações e saúde, tanto em Portugal como no estrangeiro, em qualquer tipo de suporte (papel, informático, on-line), de cariz científico ou não (notícias em jornais). Qualquer documentação existente que tratasse questões da imigração por via da saúde nos interessava. Essa procura resultou infrutífera no campo da produção científica. Foram encontrados muitos artigos científicos que tratam questões ligadas à saúde dos imigrantes, mas nenhum se centra na imigração por via da saúde. A maior parte dos artigos encontrados focam problemáticas relacionadas com a saúde propriamente dita, tais como o estudo da morbilidade diferenciada, da mortalidade, a relação entre determinadas doenças, como a infecção por HIV e a imigração, por exemplo, mas nenhum aborda a saúde como móbil de entrada e permanência nos países de acolhimento. No campo da produção jornalística foram encontrados alguns artigos que dão conta das condições de extrema pobreza em que vivem muitos imigrantes evacuados por junta médica e que denunciam o deficiente ou inexistente apoio das respectivas embaixadas a estes conterrâneos com quem assumiram um compromisso à partida³.

A pesquisa bibliográfica continuou pelas teorias explicativas das migrações, com o objectivo de edificar o trabalho sobre um bom suporte teórico. As teorias de suporte a este trabalho são essencialmente a teoria das redes sociais e a teoria dos sistemas migratórios.

Procurámos recensear também toda a legislação existente sobre políticas de admissão e permanência de estrangeiros em território nacional e os vários tipos de vistos de entrada no país. Fizemos igualmente um levantamento de todos os Acordos de Cooperação

³ Ver por exemplo o PUBLICO de 30 de Novembro de 2005.

celebrados entre Portugal e os PALOP, no âmbito da saúde, bem como dos procedimentos de evacuação por junta médica.

Procurámos ainda reunir dados estatísticos que nos permitissem avaliar a evolução do fenómeno migratório em Portugal, assim como o fluxo de entrada de doentes ao abrigo dos Acordos de Saúde referidos. Os dados referentes à evolução dos fluxos migratórios em Portugal foram relativamente fáceis de conseguir, apesar das muitas discrepâncias existentes entre os dados fornecidos pelas diversas fontes. As maiores dificuldades consistiram na obtenção de dados relativos às entradas em Portugal para tratamento médico. O tipo de visto concedido para este fim insere-se numa categoria mais abrangente - vistos de estada temporária - que inclui não só as entradas por questões de saúde, como também para outros fins⁴, como por exemplo investigação científica, actividade profissional dependente ou independente, actividade desportiva, entre outros. As estatísticas existentes, publicadas, englobam os vistos concedidos para todos os fins, pelo que foi impossível obter dados que nos permitissem analisar a evolução deste fluxo específico em estudo. Os únicos dados que conseguimos foram gentilmente cedidos por um funcionário do Ministério dos Negócios Estrangeiros (MNE), referem-se a um curto intervalo de tempo (2000 a 2007) e não estão publicados, pelo que não nos permitiram grandes ilações.

As nossas fontes foram, sobretudo, o Instituto Nacional de Estatística (INE), o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), o Ministério dos Negócios Estrangeiros (MNE), a Direcção Geral de Saúde (DGS). Apropriámo-nos por vezes de dados constantes em algumas das obras indicadas na bibliografia.

1.1.2 Explorando caminhos: entrevistas formais e informais

A par da busca de informação documental atrás referida, muito trabalho de campo foi realizado. Para ultrapassar alguns obstáculos com que certamente tantos investigadores se deparam ao iniciar uma pesquisa, e que são, entre outros, obter respostas para questões como “por onde começar?”, “que direcção tomar?” foram efectuadas algumas entrevistas exploratórias a pessoas de diversas entidades ligadas à imigração.

⁴ Actividades que não ultrapassem seis meses ou um ano

Já na posse da orientação desejada e com objectivos bem delineados, foram então feitas entrevistas a pessoas que considerámos informadores “privilegiados”, isto é, pessoas posicionadas em instituições chave, pela intervenção directa com os imigrantes, sobretudo relacionadas com o tema que aqui se trata: imigração aliada à saúde. Falamos de pessoas ligadas a instituições de solidariedade social com intervenção directa sobre os problemas associados aos imigrantes, como o Centro de Acolhimento Pedro Arrupe, o Alto Comissariado para a imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI), como o Serviço Jesuíta a Refugiados (JRS), ou o CNAI. Falamos também da Direcção Geral de Saúde (DGS), de associações de imigrantes, de funcionários de embaixadas, de funcionários do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e de ONG’s como Os Médicos do Mundo.

Foram igualmente feitas entrevistas, umas de carácter mais formal que outras, a médicos e enfermeiros do Hospital de Dona Estefânia, sobretudo aos que lidam diariamente com os doentes evacuados, às assistentes sociais que acompanham as necessidades específicas dos doentes PALOP seguidos nas consultas de neurologia e *Spina bífida*, a par das inúmeras conversas diárias, informais, com os médicos do serviço de Neurologia do HDE, que conhecem como ninguém os problemas e dificuldades do dia a dia destes doentes.

Tentámos por diversas formas entrevistar as pessoas das várias embaixadas PALOP em Lisboa, responsáveis pelos doentes evacuados. Tais tentativas resultaram sempre infrutíferas. Chegámos a ter agendadas entrevistas com o Sr. embaixador de Cabo Verde, Dr. Arnaldo Andrade, e com o Sr. vice-cônsul da Embaixada da Guiné-Bissau, Dr. Mbala Fernandes que, à força de serem constantemente adiadas, acabaram por nunca acontecer. Nem o mail enviado pelo Sr. Presidente da CPLP, Dr. Apolinário Carvalho, para todos os Srs. Embaixadores, no sentido de me receberem para entrevista surtiu qualquer efeito.

Conseguimos o endereço electrónico do médico responsável pelo projecto “saúde para todos” em São Tomé e Príncipe (Dr. Edgar Neves) e o seu consentimento para enviar mail com algumas questões que gostaríamos que nos esclarecesse. Mas o nosso mail também nunca foi respondido.

1.1.3 Estratégia de pesquisa/método para recolha de informação

A estratégia de pesquisa adoptada para este trabalho é a estratégia de estudo de caso. Segundo alguns especialistas (Fidel;1992, Hartley;1994, Goodhue;1992 e Bell;1989), este é um método específico de pesquisa de campo, em que se investigam fenómenos sociais à medida que ocorrem, sem qualquer interferência do investigador, o que se constitui como uma vantagem. O fenómeno é analisado inserido no seu contexto natural, permitindo uma análise contextual e longitudinal das várias acções e significados. Os estudos de caso permitem em muitos casos recolher informações não previstas pelo investigador, o que enriquece a pesquisa. São particularmente apropriados quando se pretende estudar um fenómeno em profundidade. Aplicam-se a pesquisas do tipo “como” e “porquê”, ao invés de “frequências” ou “incidências”. No nosso caso concreto queremos saber “porque” razão estes doentes vieram, “como” vivem em Portugal, “porque” não regressam ao seu país, tornando-se imigrantes.

Um dos métodos mais utilizados para recolher informação na estratégia de estudos de caso é a construção de histórias de vida, que devem poder comunicar o máximo do seu conteúdo, da sua riqueza afectiva, da sua especificidade qualitativa. A experiência, as vivências de cada inquirido, as representações do mundo social onde estão ou estiveram inseridos revelam-se nos seus relatos pessoais.

As histórias de vida foram feitas a partir de entrevistas semi-directivas. Estas permitem, em simultâneo, um controlo mínimo do processo de memorização e uma liberdade de expressão máxima, deixada ao entrevistado ou narrador. Utilizou-se um guia de inquérito⁵, ou guião de entrevista, instrumento metodológico de muito interesse para as histórias de vida, uma vez que funciona como “recordatória”. “É essa a função que preenche o guia: ele enuncia um certo número de temas e põe questões, deixando ao interessado toda a liberdade para lhes responder, para iludir algumas delas, para se alongar sobre outras, etc. Pode dizer-se que os narradores possuem todas as “respostas”, mas que são incapazes de formular as “perguntas”. Tal é precisamente a utilidade da recordatória que é posta à sua disposição.”(Poirier;1999:22).

⁵ Que será anexado no fim do trabalho, em capítulo próprio

Ao elaborar uma história de vida o investigador propõe-se captar a totalidade de uma experiência biográfica⁶, tentando apreender a forma como os indivíduos interagem com os outros e o meio envolvente e a subjectividade com que se vêem a si mesmos e aos outros. Uma boa história de vida deverá ser capaz de captar também as ambiguidades, as mudanças, as contradições, as faltas de lógica de todo um percurso biográfico.

É sabido que a entrevista, enquanto instrumento metodológico de recolha de dados, pode encerrar em si alguns obstáculos. Podemos referir alguns em que pode cair o narrador, tais como “ (...) **distorções, deformações, ocultações e transposição do real (...)** [Pode ser tentado a] **rearranjar a sua própria existência, apagando as passagens incómodas, privilegiando os factores de coerência, privilegiando a unidade da vida em detrimento da ac coerência da diversidade, das eventuais contradições**” (Poirier;1990;27).

Outro perigo também referenciado pelo mesmo autor na recolha de elementos para a construção da história de vida é a diferenciação de linguagem entre investigador e narrador. Falamos de valores, da linguagem cultural e simbólica.

O investigador deverá ter, ao elaborar a história de vida, um grande distanciamento, subjectividade, uma visão desinteressada da história.

1.1.4 A amostra

Era nosso desejo conseguir recolher uma amostra completamente aleatória, em que o número de inquiridos de cada PALOP fosse igual ou muito semelhante. Na prática só conseguimos cumprir a aleatoriedade, não a igualdade em termos de representantes de cada PALOP. Temos uns países sub-representados e outros sobre-representados.

Durante o período estipulado para recolha da amostra e entrevistas, o ano de 2006, apareceram apenas três utentes caboverdianos, dois angolanos e nenhum moçambicano que se enquadrasse no perfil adequado para este trabalho. Pelo contrário, deparámo-nos com um grande número de santomenses e guineenses enquadráveis no estudo. Assim sendo, Angola, Cabo Verde e Moçambique estão sub-representados relativamente a São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau.

⁶ No caso do nosso trabalho interessa-nos apenas a fase que antecede a vinda para Portugal, quando já se pensava em vir para Portugal, até à actualidade.

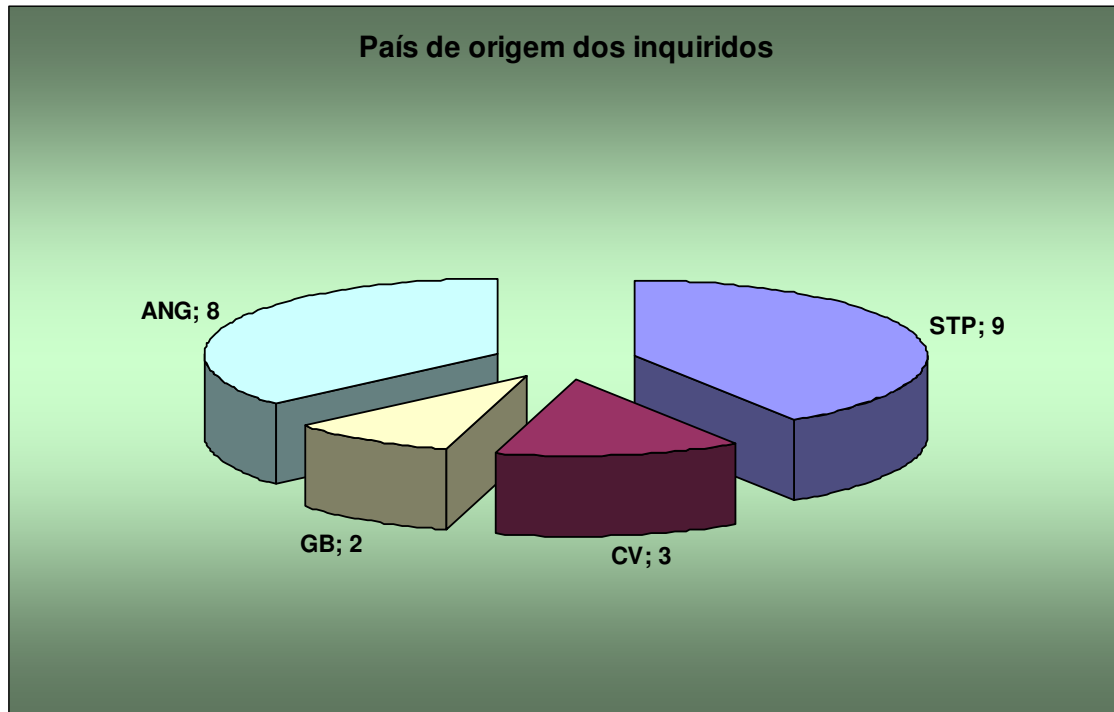
Uma explicação aligeirada para a discrepância atrás referenciada, subtraída das entrevistas com alguns informadores privilegiados, nomeadamente dirigentes associativos, médicos e enfermeiros, reside no facto de os cuidados de saúde nestes países estarem melhor estruturados do que nos restantes PALOP, por um lado, e de recorrerem com mais frequência aos cuidados de saúde de África do Sul do que aos de Portugal, por outro.

A nossa amostra foi recolhida do universo de utentes oriundos dos PALOP que frequentaram as consultas de Neurologia Pediátrica e *Spina Bífida* do Hospital de Dona Estefânia durante o ano de 2006. O processo de recolha da amostra desenvolveu-se de forma completamente aleatória, à medida que os utentes iam aparecendo nas consultas e as entrevistas foram feitas ainda no ano de 2006. As entrevistas aos informadores privilegiados aconteceram durante os anos de 2006, 2007 e também em 2008.

Pretendíamos que a amostra fosse a mais heterogénea possível também em termos de sexo, escolaridade, profissão e país de origem. Contávamos inquirir vinte e cinco elementos, cerca de cinco representantes de cada PALOP. Tal objectivo não foi conseguido, como já foi atrás explicado.

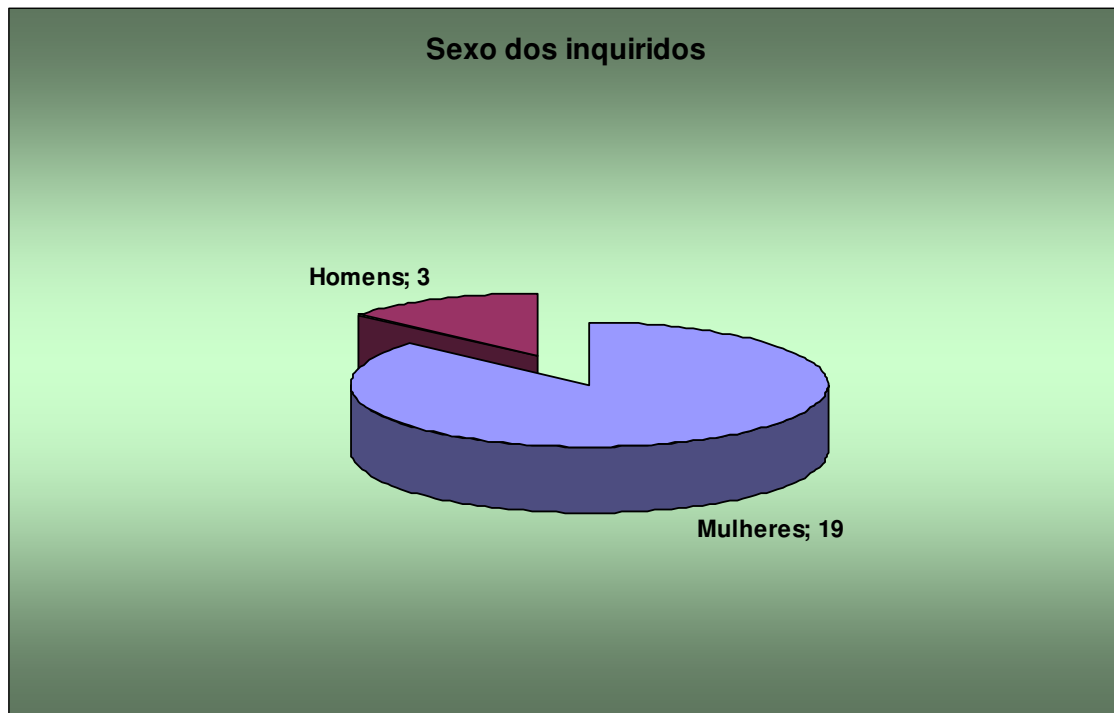
Como se pode observar pela análise do gráfico nº 1, temos uma sobre-representação de São Tomé e Príncipe (nove inquiridos, quase metade da nossa amostra), e de Guiné-Bissau (oito inquiridos) De igual modo temos uma sub-representação de Cabo Verde e Angola (apenas três inquiridos e dois inquiridos, respectivamente). De Moçambique não temos nenhum representante.

Gráfico nº 1 – Países de origem dos inquiridos



Esta discrepância em termos de número de representantes acaba por ser já um resultado, isto é, mostra-nos que existe maior afluência de santomenses e guineenses à consulta de Neurologia e *Spina Bífida*, logo seguidos pelos caboverdianos. Não obstante poder existir aqui uma certa dose de “acaso”, este facto poderá ser uma evidência que reflecte a maior ou menor dependência destes países relativamente a Portugal, no que respeita à saúde. Com efeito, pelas informações que recolhemos através das entrevistas aos informadores “privilegiados”, Angola e Moçambique, possuem um sistema de saúde melhor estruturado e com maior número de valências. Possui uma melhor gestão na triagem dos doentes enviados para Portugal, isto é, não mandam casos irremediavelmente perdidos, ou cujo tratamento possa ser feito no país de origem, o mesmo não acontecendo com São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau. Por outro lado, Angola e Moçambique recorrem preferencialmente à África do Sul, dada a maior proximidade.

Gráfico n° 2 – Sexo dos inquiridos



Inquirimos vinte e duas pessoas, três do sexo masculino e dezanove do sexo feminino, oriundas de São Tomé e Príncipe, Cabo Verde, Guiné-Bissau e Angola. O forte peso do sexo feminino nesta amostra evidencia o facto das mulheres continuarem a ter em África um papel preponderante nos cuidados com os filhos, largando tudo por eles, transformando-se em “mães coragem”, “esquecendo-se por tempo indeterminado” dos outros filhos que ficaram em África.

A faixa etária dos inquiridos oscila entre 19 e 46 anos, sendo que mais de 50% se situa entre os 28 e os 40 anos de idade (Gráfico 3).

Como se pode observar pela análise do gráfico n° 4, predomina o nível de escolaridade baixo ou inexistente. Apenas três inquiridos têm ensino secundário, quatro não têm qualquer nível de escolaridade, e os restantes quinze não ultrapassaram o ensino básico. São mulheres e homens que no seu país de origem se dedicavam na sua maioria a trabalhos agrícolas (onze inquiridos, isto é, 50% do total da amostra), praticando uma agricultura de subsistência, vendendo os excedentes da sua pequena produção (vendiam

lenha, vendiam o que cultivavam, criavam e vendiam frangos). Quatro inquiridos não trabalhavam e sete trabalhavam na área dos serviços (cabeleireira, ajudante de creche, vendedora de roupa em *boutique*, etc.) (Gráfico 5.1).

Gráfico nº 3 – Idade dos inquiridos

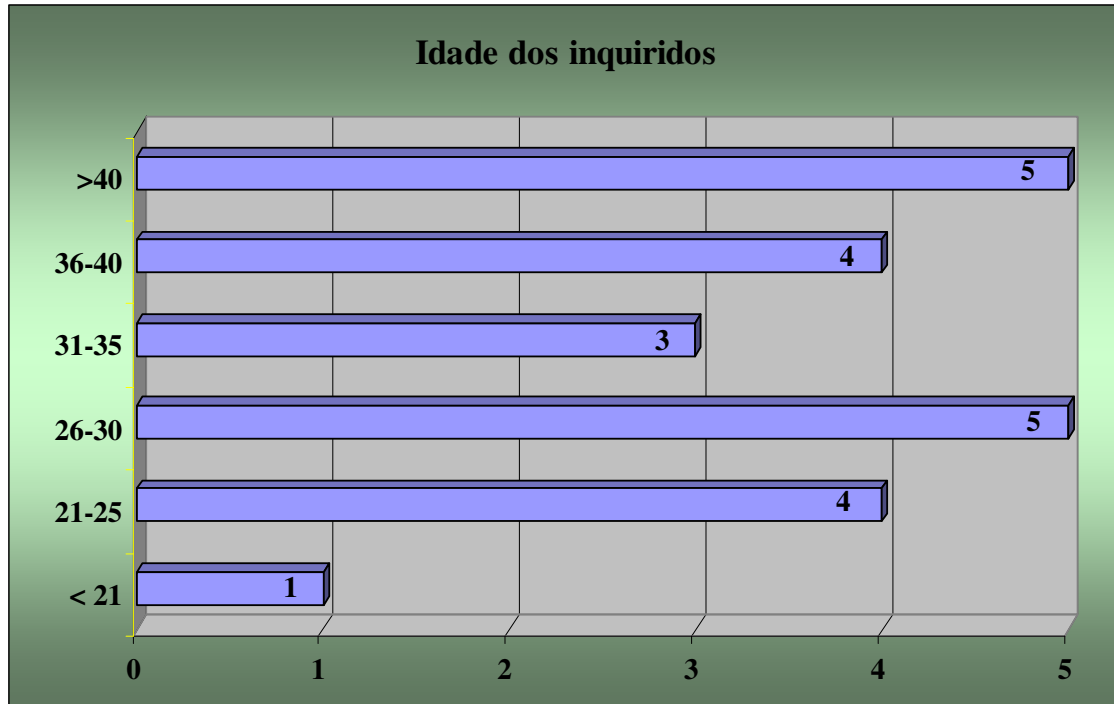


Gráfico nº 4 – Escolaridade dos inquiridos

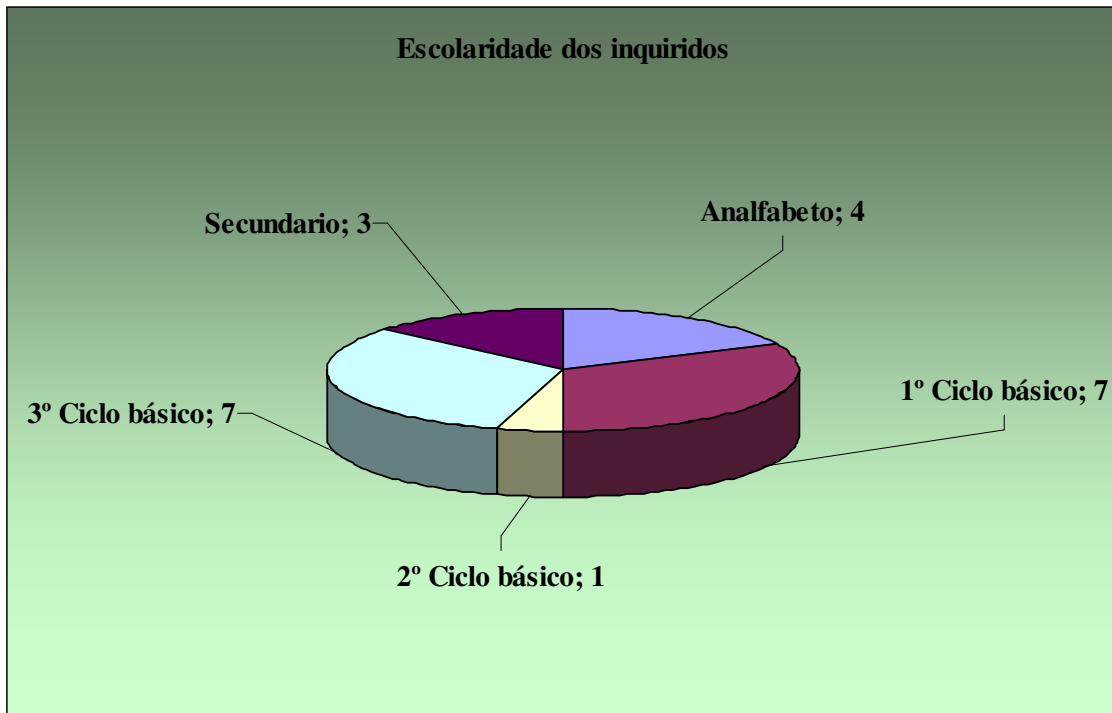
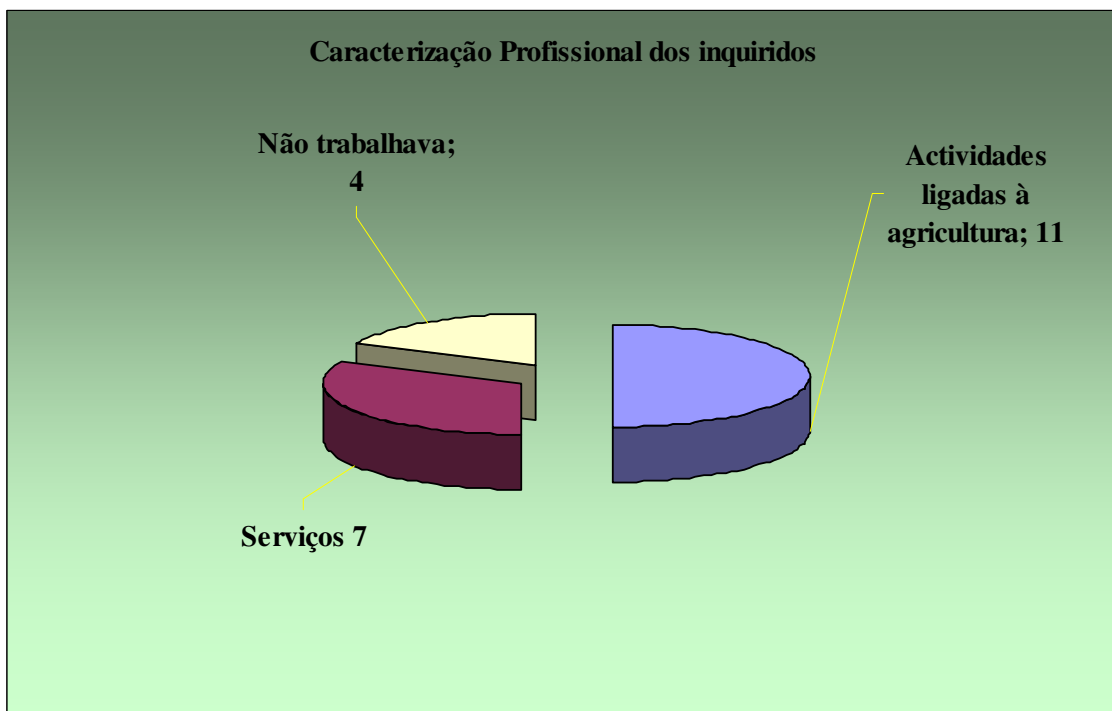
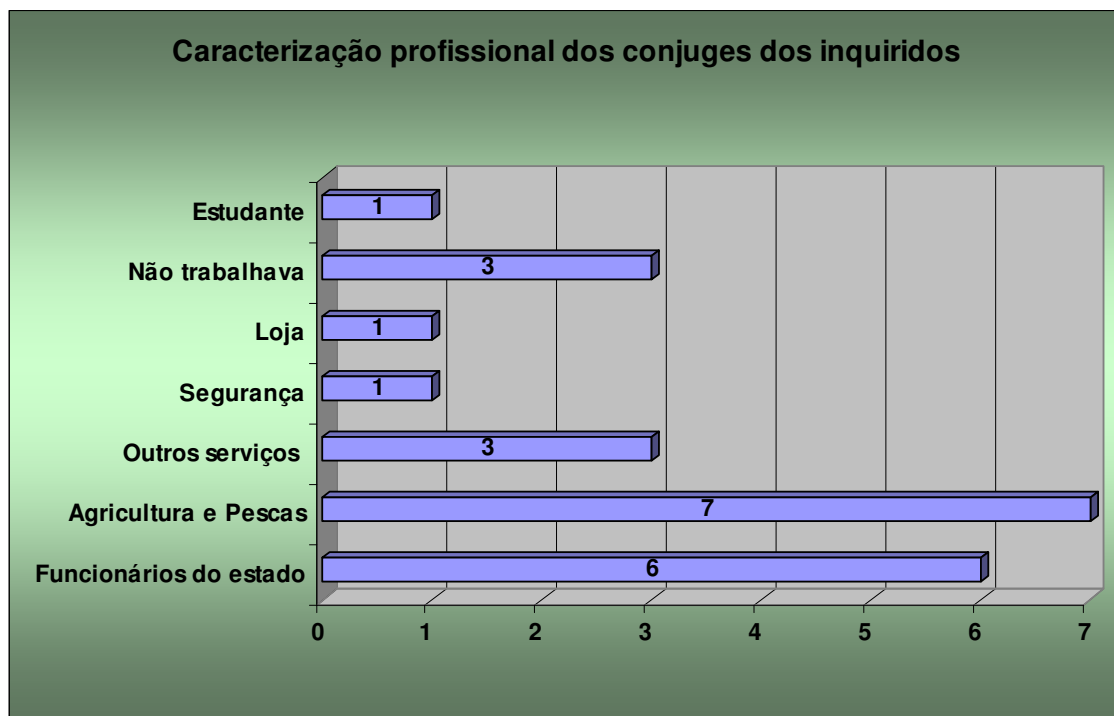


Gráfico nº 5.1 – Caracterização profissional dos inquiridos



A caracterização social dos cônjuges dos inquiridos é semelhante à dos inquiridos. O leque de idades oscila igualmente entre os 21 e os 46 anos, e no que concerne à escolaridade temos um licenciado, um com o 11º ano e dos restantes vinte, dez não possuem qualquer escolaridade e os outros dez têm apenas a antiga 4ª classe. No que respeita à profissão (Gráfico nº 5.2) temos uma ligeira variação positiva, relativamente aos inquiridos. Contam-se efectivamente seis funcionários do Estado (trabalhadores das finanças, professor, militar), sete trabalhadores da agricultura e pescas (indivíduos que praticam uma agricultura e pesca de subsistência e que vendem os excedentes nas feiras locais), três dedicam-se a serviços como barbeiro, arranjo de estradas e taxista.

Gráfico nº 5.2 – Caracterização profissional dos cônjuges dos inquiridos



1.2 TEORIAS SOBRE MIGRAÇÕES

1.2.1 Conceito de migrante

Aparentemente confundem-se os conceitos de *migração e mobilidade territorial*. Mas são conceitos diferentes. O primeiro implica uma deslocação duradoura com clara ruptura do espaço social, enquanto o segundo se refere a deslocações sem ruptura do espaço social (Peixoto, 2001). A *globalização* vem alimentar ainda mais esta confusão ao intensificar os movimentos migratórios pela facilidade com que os agentes se movimentam pelo mundo. Falar de globalização ⁷ é falar de um processo que concorre para profundas alterações nas sociedades contemporâneas. O acelerado desenvolvimento tecnológico, principalmente nas telecomunicações e transportes, caracteriza uma nova etapa do capitalismo, que coloca novos desafios ao homem. O planeta inteiro sofre as influências de um novo paradigma: o tecnopoder. Este incremento nas tecnologias de comunicação e transportes leva ao aparecimento das sociedades transnacionais, em que se adoptam estratégias de vida bi-nacionais e biculturais, o que vem complexificar ainda mais a definição de migrante (Portes, 1999 e Kastoryano, 2005).

O mundo está em permanente mutação por influência do fenómeno globalização. Um aspecto marcante da globalização, e que pode ser considerado uma das suas consequências mais directas, é o seu poder de deslocalizar, de desterritorializar, de homogeneizar. Tudo é dinâmico: trabalho, mercados, produtos, indivíduos. Não existem referenciais estáticos. O franco desenvolvimento das tecnologias, nomeadamente ao nível da micro electrónica, levou a uma redução das distâncias globais, permitindo uma mais rápida circulação de pessoas, ideias, recursos, pelo mundo inteiro. Tal como diz Rosenau, “(...) a tecnologia alterou profundamente a dimensão em que ocorrem as actividades humanas, permitindo que as pessoas façam mais coisas em menos tempo, e com uma repercussão maior do que alguma vez tinham imaginado (...) e criou uma interdependência, a qual excedeu

⁷ Palavra chave para a análise da mudança social nos anos 90. O seu desenvolvimento como conceito sociológico, sua formulação e especificação, devem-se a Ronald Robertson. Gerou alguma controvérsia quanto à sua definição e origem. É um processo intimamente ligado à revolução tecnológica, nomeadamente ao nível das comunicações, intensificando-as a um nível mundial. Também existe controvérsia quanto ao início do processo de “globalização”, sendo que há quem defenda que este remonta às origens da humanidade, outros há que acreditam tratar-se de um processo associado à época moderna.

todas as expectativas, entre a comunidade local, nacional e internacional” (citado por WATERS,1999:29).

Também Giddens partilha desta ideia ao afirmar que existe uma ““(…) **intensificação das relações sociais de escala mundial, relações que ligam localidades distantes de tal maneira que as ocorrências locais são moldadas por acontecimentos que se dão a muitos quilómetros de distância, e vice-versa**”(GIDDENS, 1996:45).

Castles afirma que “**o indicador-chave da globalização é o rápido aumento dos fluxos transfronteiriços de todos os tipos: financeiros, comerciais, de ideias, de poluição, de produtos oferecidos pelos meios de comunicação social e de pessoas**” (Castles;2005:21).

Assim sendo, o fenómeno migratório tem que ser tratado hoje de forma diferente daquilo que foi no passado.

Para tentar clarificar os conceitos “migração” e “mobilidade territorial”, grande tem sido a discussão entre os cientistas sociais. (Ver, entre outros, Jackson;1991, Clark;1986, Zelinsky;1991, Kelly;2000, Castles;2000 e Rosa;2005). O argumento que Jackson defende para definir o conceito de “migração” é o seu carácter tridimensional, isto é, é necessário que exista uma tripla mudança: espacial, temporal e social. Espacial porque existe transposição de fronteiras; temporal porque é uma mudança contínua, que perdura no tempo; social, porque implica uma grande mudança social (amigos, emprego, residência, locais de consumo). Se assim não for haverá apenas um movimento da população e não uma migração. O migrante, segundo a visão de Jackson, rompe com toda a sua existência até aí, isto é, deixa de ser socialmente rico e passa a ser socialmente pobre. Perde o seu capital social em busca de uma trajectória social ascendente. Isto só não acontece quando há comunidades imigrantes no país de destino, uma vez que o capital social é mobilizado para migrar mas é depois reencontrado nessa comunidade imigrante já radicada no país de destino.

Kelly invoca a transposição de fronteiras políticas associada à mudança da residência habitual para se falar de migração. Esta afirmação é contraposta por vários autores, quando afirmam que nem todos os que atravessam uma fronteira política são migrantes. Tudo depende dos objectivos e da duração da estadia nesse espaço político diferente (Castles;2005, Rosa;2005).

Outro contributo é o de Clark, que faz a distinção entre migrações e mobilidade residencial. Afirma que é sobretudo a mudança social que define um migrante. Sem

ruptura social haverá apenas mobilidade residencial, pois não existe confronto entre meios sociais diferentes.

Zelinsky explora o conceito de mobilidade territorial associado ao de mobilidade social, mas sem existir uma relação de dependência, isto é, este não depende daquele. Engloba todo o tipo de mobilidade, desde as deslocações episódicas até às definitivas, transnacionais. Por isso esta noção é bastante abrangente. Aceita a multidisciplinaridade deste conceito, uma vez que as deslocações acontecem para qualquer parte do mundo, para qualquer cultura diferente da nossa, pondo por isso em relação realidades sociais diferentes.

Este autor admite a possibilidade das deslocações duradouras provocarem influências sobre os agentes sociais, mas não acredita que isso aconteça sempre. Acredita haver deslocações mais curtas e de menor distância que provocam maior efeito nos agentes sociais. Por isso, para haver efeitos sociais sobre os agentes não tem forçosamente que acontecer uma deslocação prolongada.

Castles distingue migrações internas de migrações internacionais. **“As migrações internas referem-se a uma deslocação de uma área (província, região, município) para outra, no interior do mesmo país; enquanto as migrações internacionais implicam o cruzamento das fronteiras que separam pelo menos dois dos 200 Estados que existem no mundo”** (Castles;2005:16).

Castles chama ainda a atenção para o factor tempo quando queremos falar de um migrante. Com efeito, diz ele que **“ na grande maioria das ocasiões em que se cruzam fronteiras não há migração: a maioria dos viajantes são turistas ou homens de negócios que não têm intenção de permanecer prolongadamente. Migrar, em contrapartida, implica estabelecer residência por um período mínimo – digamos seis meses ou um ano”**(Castles;2005:17).

Muito nesta linha também Maria João Valente Rosa (2005:30) faz a distinção entre “imigrante” e “estrangeiro”. Um imigrante é alguém que deixa o seu país para ir viver para outro de forma continuada, duradoura. No entanto, nem todos os estrangeiros são imigrantes, podem estar de passagem, de férias, a trabalho por tempo curto.

Actualmente fala-se também em mobilidade virtual, por isso é ainda mais difícil definir migrações, dada a existência de um *continuum* de mobilidades de natureza vária.

Um conceito intimamente relacionado com o de migrante, é o conceito de “espaços de vida” (Ver, a propósito, Courgeau; 1988 e Brunet; 1975).

Segundo Courgeau, cada indivíduo está inserido num determinado espaço geográfico, económico, social, com uma fronteira imaginária, onde se move, isto é, está inserido no seu “espaço de vida”. Actualmente, dada a melhoria das comunicações à distância, os espaços de vida das pessoas alargaram-se, o que compromete a noção clássica de espaços de vida. Os indivíduos actualmente movem-se no espaço muito facilmente, estão de manhã no norte e à tarde estão no sul, no dia seguinte estão em Espanha. Por isso a noção de migrações tem que ser alterada e deve admitir-se uma tipologia (que ele criou) de mudanças no espaço de vida. Assim, temos uma situação de “difusão” – quando há um alargamento do espaço; “deslizamento” – quando há uma conquista e um abandono parcial do espaço; “transplantação” – quando nenhuma posição anterior é preservada e se ocupa um novo território; “contração”, quando se perdem algumas das implantações anteriores. Segundo este autor, só se pode falar realmente de migração quando existe um processo de transplantação completa dos espaços de vida (laços territoriais e sociais).

O conceito de espaço de vida para Brunet integra quatro critérios distintos: o habitat (quadro de residência), as relações económicas e de lazer (lojas, serviços, lazer), o trabalho e as outras relações sociais (com vizinhos, amigos, familiares). Sendo assim, para este autor migração será a passagem de um espaço de vida a outro, ou então, uma mudança do habitat juntamente com os outros três critérios, o que será rigorosamente a mesma coisa.

Antigamente predominavam os espaços de vida monocêntricos, hoje em dia, dada a facilidade de mobilidade, prevalecem os espaços de vida multipolares.

Há, portanto, dificuldade em distinguir os contornos claros dos fenómenos migratórios, pela crescente inter-ligação económica e social dos espaços; por outro lado, as melhores vias de comunicação e transporte, aliadas à abertura de fronteiras, fizeram emergir uma nova “categoria” de imigrantes: as comunidades transnacionais, que dividem o seu tempo e a sua vida entre o país de origem e o(s) país(es) de destino, adoptando estratégias de vida bi-nacionais e bi-culturais (Castles;2005). Também ao nível das migrações internas existe semelhante dificuldade, dadas as pendularidades e as constantes deslocações.

1.2.2 Discussão teórica das migrações: as teorias micro e macro.

Existem várias teorias explicativas das decisões de migrar (ver, para maior desenvolvimento, Peixoto;2004, Castles;2005, Portes;1999 e Massey et al;1993). Podem dividir-se em teorias micro e macro sociológicas, consoante valorizam o indivíduo, ser racional capaz de tomar as suas próprias decisões ou a estrutura socio-económica onde este está inserido e que condiciona as suas decisões.

As teorias micro dão ao indivíduo o papel principal na decisão de migrar. São perspectivas individualistas, que dão relevo ao papel do agente individual enquanto promotor da decisão de migrar, sendo as motivações subjacentes a essa decisão de variados tipos - de cariz económico, pessoal, social - e que o agente pode conjugar diferencialmente. As motivações podem ser de cariz instrumental ou utilitário, isto é, quando a migração é um meio para atingir um fim, ou normativo, atendendo a determinados valores pelos quais os agentes se regem e que os impulsionam.

Já as teorias macro-sociológicas atribuem o impulso de migrar a condicionantes externas ao agente individual, que se prendem com dinâmicas que se geram nos contextos do país de origem, bem como nos de acolhimento – são perspectivas holistas.

Ravenstein foi dos poucos clássicos a interessar-se pelo tema dos fluxos migratórios. Foi considerado o pai dos estudos migratórios. Estudou as “leis das migrações” e criou uma tipologia de migrantes: classificou-os em temporários, de curta e média distância, etc. Foi responsável pelos modelos de “atração-repulsão” ou, modernizando o termo, de push-pull, teoria explicativa de cariz económico.

1.2.2.1 As Teorias Micro-sociológicas

1.2.2.1.1 A Teoria neoclássica ou Teoria de Push-Pull

Esta teoria assenta sobre fundamentos de natureza económica, em que os indivíduos procuram maximizar os seus rendimentos, trocando economias pouco atractivas em termos salariais, por exemplo, por outras mais atractivas. **“A causa mais evidente das migrações é a disparidade inter-regional nos níveis de rendimento, de emprego e de bem estar social”**(Castles;2005:22).

Ravenstein, entre outros, tem uma perspectiva individualista dos fenómenos migratórios, segundo a qual o indivíduo, ainda que possa ser condicionado pelo meio económico-social envolvente é o responsável, no limite e após uma escolha racional, pela sua decisão de migrar. Na base dessa decisão existe todo um conjunto de informações sobre os locais de destino. Segundo este modelo explicativo, “(...) é com base em informação acerca das características da sua região de origem e das potenciais regiões de destino (em particular a situação de emprego e níveis salariais) que o migrante se decide por um percurso migratório (...)” (Peixoto, 2004:14).

Outros autores, como Zipf, Stouffer e Lee (ver Peixoto;2004), partilham desta ideia. Segundo eles, são os factores de atracção e repulsão que, conjugados com alguns obstáculos, explicam os fluxos migratórios. Por exemplo, podem ser as motivações económicas que incentivam à decisão de migrar, por um lado, mas as estruturas sociais de apoio no país de destino podem refrear esse interesse, como sejam a falta de escolas para os filhos, a dificuldade da língua, entre outros. Isto pode ser associado a outros obstáculos, como a grande distância entre o país de origem e de destino, o custo de viagem ou mesmo o clima. Tudo isto pode ser ainda associado a condicionantes pessoais, como a situação familiar, etc. “ ... A existência de factores que levam a uma rejeição da região de origem – factores de ordem económica, social ou política – e outros que promovem o apelo da região de destino é determinante. Entre estes (...) os motivos “materiais” ocupam um lugar preponderante: condições actuais e potenciais de emprego e níveis de rendimento” (Peixoto, 2004:15).

É uma aritmética de custos e benefícios. Os agentes só imigram quando os custos são inferiores aos benefícios.

Mas as migrações não são explicadas apenas por situações de instabilidade nem por desigualdades geoeconómicas. “A intensificação dos processos de globalização está a promover uma reestruturação profunda na indústria, uma relocalização das fontes fornecedoras de mão-de-obra, um redireccionamento dos fluxos de capitais e novos padrões de competição internacional que estão também a minar o mundo e, do mesmo passo, a minar as políticas laborais e sociais, bem como a alterar a estrutura e funcionamento dos mercados de trabalho dos países da Europa Ocidental e do Sul”(Baganha, 1998/1999:255).

Embora as teorias push-pull valorizem as disparidades económicas como determinantes das migrações, não são os indivíduos que vivem em condições de extrema pobreza que migram. Pela simples razão de que não possuem os meios necessários para fazer face

aos custos desse empreendimento: nem o capital económico (pagamento da viagem, posse de fundo de maneiço para se manterem enquanto não arranjam emprego, entre outros), nem o capital cultural necessários para conhecer as oportunidades existentes noutras regiões diferentes da sua, nem o capital social necessário para se adaptarem ao país de acolhimento (Portes;1999 e Castles;2005).

1.2.2.1.2 A Teoria do Capital Humano

A teoria do capital humano, que tem como principais representantes Becker e Sjaastade (Peixoto;2004 e Figueiredo;2005), valoriza os investimentos que os agentes fazem em si ou na família, mas a longo prazo, e não a curto prazo. **“A análise migratória é também realizada com um mapa de custos e benefícios, mas (...) diferidos no tempo”** (Peixoto, 2004:16). Os custos são a procura de informação, custos de deslocação, aprendizagem de língua e cultura do país de acolhimento ou a ruptura com o seu meio social. Como exemplo dos benefícios basta referir as contrapartidas económicas. Os investimentos em formação e educação são um incentivo à imigração, uma vez que, ao aumentar o capital humano, o agente tem maiores probabilidades de arranjar um melhor emprego. É esta atitude de investimento que explica que são os jovens quem maior apetência tem para enfrentar o desafio da emigração. A partir de certas idades, mais velhas, já não se imigra tanto. Os custos talvez já não compensem os benefícios a longo prazo (Kelly;2000).

1.2.2.1.3 O ciclo de Vida e a Trajectória Social

Outras teorias, mais na linha da valoração pessoal e profissional, atribuem às trajectórias biográficas ou de mobilidade social a “responsabilidade” de migrar ou não migrar. As diversas fases da vida influenciam e/ou condicionam a decisão de migrar. Por exemplo, a entrada no casamento pode desmotivar a migração, porque os custos económicos são maiores, uma vez que falamos de unidade familiar e não de indivíduos isolados. Famílias numerosas também desmotivam, pelas mesmas razões (Peixoto, 2004:18). O ciclo de vida familiar e profissional, mais do que motivações meramente económicas, podem influenciar as migrações. Esta teoria do ciclo de vida já explicava no passado as constantes mudanças de residência à medida que as etapas do ciclo da vida se sucediam e havia alteração da estrutura familiar. À medida que a idade avança

as migrações decrescem, pois as variáveis que influenciam positivamente as migrações - matrimónio, carreiras profissionais, expansão do núcleo familiar - decrescem com a idade.

A perspectiva da trajectória social como móbil das migrações acentua o interesse na realização de um percurso ascendente. Por muito importantes que sejam as forças estruturantes que induzem à migração, a escolha é sempre individual. Há interesse em progredir na vida e no trabalho. Os indivíduos têm aspirações pessoais que desejam concretizar. Aspiram a concretizar um percurso social ascendente, com melhorias ao nível da carreira profissional com correspondência em termos de status residencial. Estas expectativas “são forças poderosas que induzem as famílias a migrar” (Peixoto;2004:20).

1.2.2.2 As Teorias Macro-sociológicas

As teorias macro são, como já foi referido, as que privilegiam factores colectivos, exteriores ao agente social, que condicionam de uma forma positiva ou negativa a decisão de migrar. Digamos que estas perspectivas holistas têm em linha de conta os constrangimentos sociais a que os indivíduos estão sujeitos na sua vivência em sociedade.

1.2.2.2.1 A Nova Economia das Migrações Laborais

Esta é também uma abordagem económica, que afirma que as migrações não podem ser explicadas exclusivamente pelos diferenciais de rendimentos existentes entre as várias regiões. Introduce outros factores explicativos, para além das diferenças salariais, como por exemplo a posse de capital para iniciar uma actividade empresarial, a possibilidade de encontrar um bom emprego, etc. Normalmente a decisão de migrar obedece a estratégias familiares de longo prazo (Castles;2005).

1.2.2.2.2 Teorias do Mercado Segmentado, ou mercado de trabalho “dual”, a Economia Informal e os Enclaves Étnicos.

Estas teorias advogam que o que move os fluxos migratórios é a existência de um mercado de trabalho segmentado, ou dual, isto é, desequilibrado, na medida em que coexistem dois sectores na economia: um formal, o chamado primário, e outro informal

ou secundário (Ver, a propósito Peixoto;2004, Castles;2005, Piore;1977 e Portes;1981). O mercado primário atrai não só os autóctones como também os chamados *brain drain*, que entram pelos canais legais da imigração. Por sua vez, o mercado de trabalho secundário, ou precário, afasta os autóctones e atrai migrantes provenientes de regiões pobres, que apesar das fracas condições económicas oferecidas por este sector da economia subterrâneo, ainda assim aumentam o seu padrão de vida quando comparado com o que tinham na região de onde provêm. Este sector é, pois, alimentado sobretudo pelos imigrantes pouco qualificados, que entram muitas vezes pela via da ilegalidade, ou que, tendo entrado pela via legal caem facilmente na ilegalidade dada a grande vulnerabilidade e precariedade que caracteriza a economia informal. Podemos referir ainda os enclaves étnicos, isto é, o recrutamento que se faz pela via da homogeneidade étnica. Funcionam dentro do mercado de trabalho secundário e são uma forma de incorporação e protecção dos imigrantes.

1.2.2.2.3 Estruturas Espaciais, Sistemas-Mundo e Sistemas Migratórios

O conjunto de teorias explicativas dos fluxos migratórios que de seguida apresentamos (ver entre outros Peixoto;2004, Kelly;2000, Castles e Miller, 1998, Petras;1981 e Massey et al;1993) resulta de uma dupla abordagem da economia e da geografia. Esta dupla abordagem explora a variável espaço e tenta explicar os factores e os mecanismos que promovem o desenvolvimento de certas regiões em detrimento de outras e a consequente atracção pelos agentes migrantes. São as grandes disparidades na distribuição do rendimento e do poder político que modelam os fluxos populacionais.

Podemos referir em primeiro lugar a teoria das estruturas espaciais que se socorre de conceitos como “economia de escala e de aglomeração”, “recursos produtivos”, “concentração de actividades produtivas” “acumulação privada do capital” e de teorias como a “teoria dos lugares centrais”. Esta teoria dos lugares centrais surgiu da necessidade de explicar a forma como os diferentes lugares se distribuem no espaço. Segundo a mesma, um lugar central, normalmente um centro urbano, fornece um conjunto de bens e serviços a uma determinada área envolvente. Cada um destes lugares centrais pode ser classificado hierarquicamente em função da quantidade e diversidade de bens e serviços que fornecem à sua área de influência. Segundo a teoria das estruturas espaciais, existe uma interligação entre estruturas espaciais e relações sociais,

na medida em que os migrantes tendem a procurar estes espaços, uma vez que a conjugação de diversos factores económicos os transformou em regiões atractivas economicamente. Ou seja, segundo estas teorias macro, é a localização de certas actividades económicas em determinados locais que “chama” os migrantes. A criação de pólos industriais gera dinâmicas territoriais atractivas para os migrantes. O desenvolvimento desigual do espaço devido à desigual acumulação privada de capital leva a que certas regiões do globo sejam mais atractivas do ponto de vista dos migrantes, e outras não.

Keely (2000) mostra como as teorias estruturais do capitalismo dividem o mundo entre economias capitalistas (desenvolvidas) e países pobres, ou subdesenvolvidos, com relacionamentos de dependência, económica e ideológica, dos últimos face aos primeiros.

Certamente que na decisão de migrar estará a conjugação de factores micro e macro.

A Teoria dos Sistema-mundo é outra tentativa de explicação das migrações internacionais. Petras (1981) adaptou ao estudo das migrações a teoria do sistema-mundo de Wallerstein⁸. Uma das características principais é a criação de um mercado global de trabalho. Os fluxos migratórios surgem por causa das “zonas salariais” diferenciadas. “Os mecanismos específicos de desenvolvimento e subdesenvolvimento (ou de centralidade e perifericidade) levam à criação de excedentes de mão-de-obra nas periferias, numa situação generalizada de baixos salários e a uma necessidade de recursos humanos, acompanhada de altos salários, nos países mais desenvolvidos. (...) São forças estruturais da economia mundial que geram diferenciais económicos e que «transportam» de uma certa forma os migrantes” (Peixoto, 2004:26).

Segundo estas teorias macro, são as forças estruturais da economia mundial que comandam os fluxos migratórios

Por último, de referir a Teoria dos Sistema Migratórios. Segundo esta teoria, as movimentações populacionais resultam de contextos históricos particulares. É possível, à luz desta teoria, identificar regiões ou países que alimentam fluxos migratórios

⁸ Teoria económica que considera a existência de um *centro* dominante, multiforme e multilocalizado, dotado de supremacia económica, contra uma *periferia* do sistema capitalista mundial, existindo também uma *semiperiferia* intermediária.

importantes entre si, nos dois sentidos. Chama a atenção para a existência de países que são pares no mundo e da interdependência que se cria por vezes entre os pares.

Também Castles e Miller (1998) encaram os movimentos migratórios como um instrumento para recrutar mão-de-obra barata das antigas colónias para as suas anteriores metrópoles, alimentando o desenvolvimento desigual das economias, tornando os países da periferia subdesenvolvida cada vez mais pobres, e as economias capitalistas cada vez mais ricas.

A literatura considera que estes movimentos se associam, regra geral, a laços previamente existentes entre os países que enviam os migrantes e os que os recebem, não implicando, necessariamente, uma proximidade geográfica entre eles. Tais laços podem ser, segundo Castles (2000), de índole colonial, política, militar, comercial, de investimento, cultural ou outros. O autor considera que os fluxos iniciais tendem a despoletar de acordo com um factor exógeno, como o serviço militar, ou por movimentos pioneiros (normalmente associados a jovens). Posteriormente, os padrões de deslocação repetem-se, com a ajuda de quem já se encontra nos países de destino (papel das redes sociais, que seguidamente apresentamos). O caso da imigração dos PALOP para Portugal é um exemplo fidedigno desta teoria.

1.2.2.2.4 Instituições, Redes Migratórias, Laços Étnicos e Sociais

Como que fazendo a mediação entre o impulso dado pelos factores estruturais e pelos interesses pessoais dos migrantes coexistem outros factores que influenciam a decisão de migrar, como sejam os laços sociais e étnicos, as agências de emprego e instituições. É neste contexto que podemos falar de teorias sociológicas explicativas dos fluxos migratórios, evidenciando as instituições, as redes migratórias e os laços étnicos e sociais (ver a propósito Massey et al;1993, Peixoto;2004 e Castles;2005).

Estas teorias enfatizam o papel de determinadas instituições ou organizações, como o Estado, entidades empregadoras, associações de imigrantes, agências de emprego, universidades, entre outros, como promotores dos fluxos migratórios. Estas instituições/organizações podem ter o papel de desencadear os fluxos migratórios ou apenas um papel de acompanhamento. De ressaltar ainda que o tipo de migrantes associados a cada um destes papéis é diferente. No primeiro caso, em que a instituição

desencadeia o fluxo, os migrantes caracterizam-se normalmente pela posse de um estatuto sócio-económico e qualificacional elevado, enquanto que associados às instituições de acompanhamento encontramos os migrantes menos qualificados e de condição social inferior. Como exemplo ilustrativo das organizações de acompanhamento podemos referir as «agências» de imigração clandestina.

De seguida abordaremos a Teoria das Redes Migratórias (Ver, para maior aprofundamento, Peixoto;2004, Castles;2005, Castles e Miller;1998 e Kelly;2000). Na base desta teoria está a ideia de que, embora se possa pensar que os migrantes tomam as suas decisões isoladamente, de forma racional, sem qualquer tipo de influência, como afirmam as teorias micro, isso não corresponde inteiramente à verdade. Eles são influenciados pelas redes informais (familiares e conterrâneos que já migraram para determinado país) ou formais (agências de imigração). Qualquer um deles pode ser elemento facilitador da decisão de migrar, pela informação prestada sobre as condições de vida no país de acolhimento, sobre as oportunidades de emprego, sobre os salários. Por outro lado, essas redes, sobretudo familiares, podem ser fundamentais no processo de deslocação e integração definitiva dos imigrantes. Tal como afirmam Portes e Borocs (1989:612, citados por Peixoto;2004:29). **“Redes construídas pelo movimento e contacto através do espaço estão no centro de microestruturas que sustentam a migração ao longo do tempo. Mais do que cálculos individuais de ganho, é a inserção das pessoas nestas redes que ajuda a explicar propensões diferenciais à migração e o carácter duradouro dos fluxos migratórios”**

As decisões dos migrantes nestes casos nem sempre têm por base um interesse meramente económico, com vista à obtenção de melhores salários, melhores condições de vida. Em muitos casos o interesse resume-se a reunião familiar, uma vez que parte da família já migrou.

Segundo Kelly (2000;53), as redes sociais, que podem ser família, associações de imigrantes, pessoas ligadas entre si por laços profissionais ou afectivos, **“reduzem os custos e os riscos da imigração”**.

Também Castles (2005:56) evidencia que **“(…) o capital social refere-se aos relacionamentos necessários para migrar de modo seguro e eficiente no que respeita a custos. É bem sabido que a maioria dos imigrantes segue por «caminhos trilhados» e se dirige para locais onde os seus compatriotas estabeleceram já uma ponte, simplificando a procura de trabalho e de alojamento, e permitindo enfrentar os obstáculos burocráticos”**.

Por outro lado, de referir ainda que a informação que chega a estes migrantes por parte das redes migratórias, no que respeita às oportunidades de emprego, por exemplo, nem sempre é a absolutamente correcta, fiel às necessidades de mercado. Trata-se de uma informação filtrada pelo entendimento da pessoa que a dá ao migrante, à luz da sua subjectividade. As redes sociais são importantes também porque auto-sustentam os fluxos migratórios.

A existência das redes migratórias⁹ está hoje muito facilitada pelo incremento das tecnologias de comunicação e informação, pelas melhorias dos transportes.

Castles chama a atenção para a forma como a **“migração se tornou num «negócio internacional» diversificado, que envolve orçamentos chorudos (...) gerido por um conjunto de indivíduos, de organizações e de instituições com um interesse particular em promover o negócio” (2005:57, citando Salt e Clark:2000,327). Diz Castles (2005:57) que o surgimento desta industria das migrações desde os principais bancos e agências de viagens até aos traficantes ilegais, constitui um factor de manutenção dos movimentos migratórios, que contrariam as tentativas de restrição”.**

Por último, resta-nos falar dos “enclaves étnicos”, de “negócios étnicos” ou de “comunidades étnicas solidárias” como forma de salientar os laços sociais e étnicos existentes entre alguns grupos de migrantes. São grupos por vezes fechados entre os membros da sua comunidade. São exemplo destes enclaves étnicos os chineses nas suas actividades não só em termos de lojas de bugigangas como de restauração. Normalmente só lá vemos chineses a trabalhar, evidenciando a tal solidariedade entre o grupo.

⁹ Dantes chamadas “cadeias migratórias”.

2 IMIGRAÇÃO E SAÚDE EM PORTUGAL

2.1 As três grandes fases da imigração em Portugal. A imigração oriunda dos PALOP

Apesar dos censos de 1890, 1900 e 1911 registarem um número de estrangeiros em Portugal a rondar os 42.000 (Corral, 1991), Portugal foi durante muitos anos um país quase exclusivamente de emigração, de início associada à geografia colonial. Emigrava-se para o Brasil, Angola, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Guiné, Cabo Verde, Timor e Macau. Após a segunda grande guerra o destino maioritário passou a ser a Europa. A saída de homens para o exterior provocou migrações internas, dos campos para as cidades, das zonas menos favorecidas para as mais favorecidas, do interior para o litoral. Era uma migração sobretudo masculina e laboral. Nesta altura a imigração era praticamente inexistente em Portugal. Só na segunda metade do século XX se começou a falar de estrangeiros em Portugal, dando-se a viragem migratória nas décadas de 1970, 1980 e 1990, consubstanciando-se no declínio da emigração face ao crescimento da imigração, que se afirmava como novo fenómeno demográfico em Portugal. “(...) **A quase estagnação da população estrangeira residente em Portugal durante os anos cinquenta e a primeira metade da década de sessenta (...) traduz, no campo da dinâmica populacional, os efeitos das concepções autárquicas que marcaram a política económica e social portuguesa durante, nomeadamente, a vigência dos governos salazaristas**”(Esteves,1991:20).

Só a partir da década de sessenta, no século XX, Portugal começou a ser escolhido pelos imigrantes como país de destino, sobretudo por Caboverdianos, que eram nessa altura ainda cidadãos portugueses. Antes disso, e esporadicamente, era apenas o destino de alguns espanhóis à procura de trabalho ou refugiados da guerra civil.

A fraca procura de Portugal por parte de cidadãos estrangeiros até meados dos anos sessenta deveu-se grandemente, como já referimos, aos modelos de sociedade e de desenvolvimento promovidos pelos governos de Salazar, que levaram à fraca industrialização e urbanização, bem como ao fechamento de Portugal ao exterior e que caracterizaram negativamente Portugal nesta época. A própria legislação laboral era restritiva, permitindo o emprego a estrangeiros apenas em condições especiais, como se

exemplifica na seguinte citação (Pires;2003:121): “As empresas, sociedades ou firmas, comerciais ou industriais, singulares ou colectivas, nacionais ou estrangeiras, que exerçam a sua actividade em qualquer parte do território continental só podem ter ao serviço empregados de nacionalidade portuguesa, enquanto se verificar a existência de desempregados, segundo as estatísticas oficiais do desemprego. [Decreto-Lei nº 22.827/33, de 14 de Junho, Artº 1]”

Em 1960, de acordo com dados do X Recenseamento Geral da População, residiam em Portugal 29.428 estrangeiros (ver quadro nº 2), na maioria europeus (67% europeus, quase 40% dos quais espanhóis) e brasileiros (22%). No entanto, houve um ligeiro decréscimo no primeiro quinquénio, mantendo-se o valor estável nos 21.000 (Pires;2003).

A entrada na EFTA, na segunda metade da década de sessenta, bem como a intensificação da industrialização e turismo, levaram Portugal a abrir-se ao investimento estrangeiro e a fortalecer as relações com o exterior. Pouco a pouco assiste-se à entrada de cidadãos estrangeiros do norte da Europa (ingleses e alemães), que investem e se fixam, sobretudo no Algarve. Alguns imigrantes ricos, a maior parte deles numa faixa etária mais avançada, vêm apenas em busca da amenidade do clima.

É também neste período que começam a chegar até nós imigrantes¹⁰ oriundos dos PALOP, sobretudo estudantes e trabalhadores desqualificados (estes são maioritariamente cabo-verdianos), que vêm colmatar a escassez de mão-de-obra motivada pela emigração e recrutamento militar, sobretudo no sector da construção civil. Serão estes imigrantes a base de apoio para a rápida dinamização dos fluxos migratórios, especialmente de Cabo Verde, após a mudança política de Abril de 1974 e suas implicações no processo de descolonização em 1975. Tal como afirma Esteves, (1991;21), “as alterações políticas, sociais e económicas iniciadas em Abril de 1974 são acompanhadas por novos movimentos migratórios, que, em muitos casos, encontram uma base facilitadora nos pequenos fluxos populacionais conducentes à fixação em Portugal de estrangeiros de diversas proveniências geográficas e sociais nos últimos anos do regime anterior”.

Mas a movimentação populacional dos PALOP para Portugal teve o seu primeiro grande momento com o retorno de nacionais para Portugal, vindos das ex-colónias, aos

¹⁰ Termo algo abusivo para este período uma vez que estes cidadãos eram considerados portugueses, porque vinham das nossas colónias africanas, logo, a sua deslocação para Portugal era incluída na contabilização das migrações inter-regionais e não nas migrações internacionais.

quais se juntaram também cidadãos africanos dessas ex-colónias portuguesas. Efectivamente, o fim do império colonial fez retornar a Portugal cerca de 295.000 nacionais que se encontravam espalhados pelas ex-colónias, aos quais se juntaram cerca de 205.000 africanos dessas mesmas ex-colónias (Baganha:2005;31). Pode dizer-se que esta movimentação de africanos “inaugura” o ciclo de imigração africana para Portugal, também chamada de primeira vaga da imigração africana, sendo que este fluxo, sobretudo com origem em Cabo Verde se manteve até aos nossos dias. Em meia dúzia de anos os valores de africanos em Portugal mais do que duplicaram. O caso angolano foi o mais significativo, cujos valores passaram de 2.436 para 14.748, cerca de sete vezes mais, que corresponde a uma taxa de variação positiva superior a 500% (Quadro nº 1).

Quadro Nº 1 - Nacionais PALOP residentes em Portugal, segundo o período de imigração, por país de nacionalidade, 1981

NACIONALIDADE	TOTAL	%	ANTES 1974	%	Após 1974	%
Total	40779	100	12112	29,7	28687	70,3
Angola	17184	100	2436	14,2	14748	85,8
Cabo Verde	17309	100	8055	46,5	9354	53,5
Guiné-Bissau	989	100	325	32,9	664	67,1
Moçambique	3883	100	696	17,9	3187	82,1
S. Tomé e P.	1432	100	600	41,9	832	58,1

Fontes : INE, XII Recenseamento Geral da População, 1981 (microdados)
Nota: inclui apenas a população com 7 e mais anos

A perda da nacionalidade portuguesa, pela introdução do Decreto-Lei 308-A/75 de 24 de Junho¹¹, de alguns portugueses até então, cidadãos que nasceram nas ex-colónias e que vieram para Portugal após o 25 de Abril, foi um incentivo à criação da primeira bolsa de imigração ilegal, uma vez que após lhes ser retirada a nacionalidade portuguesa passaram a ser cidadãos estrangeiros, na maioria dos casos, ilegais.

¹¹ Abandona-se o critério *ius solis* e adopta-se o critério *ius sanguinis* na atribuição da nacionalidade portuguesa (privilegia-se o sangue em detrimento do território onde se nasce).

Quadro nº 2 - População estrangeira residente por país de origem, 1960 – 1981 – 2001

NACIONALIDADES	1960		1981		2001	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	29428	100,0	108526	100,0	223997	100,0
EUROPA	19794	67,3	35429	32,6	67127	29,9
Alemanha	1514	5,1	3628	3,3	11167	5,0
Espanha	11713	36,8	8081	7,4	13645	6,1
França	1666	5,7	12079	11,1	7817	3,5
Grã-Bretanha	2122	7,2	3105	2,9	14953	6,7
Outros Países	2779	9,4	8536	7,9	19545	8,7
AFRICA	445	1,5	47836	44,1	107309	47,9
PALOPS	0	0,0	45222	41,7	101416	45,3
Angola	0	0,0	19567	18,0	22751	10,2
Cabo Verde	0	0,0	18557	17,1	49845	22,3
Guiné-Bissau	0	0,0	1126	1,0	17791	7,9
Moçambique	0	0,0	4425	4,1	4725	2,1
São Tomé e Príncipe	0	0,0	1547	1,4	6304	2,8
Outros Países	445	1,5	2614	2,4	5893	2,6
AMERICA	8962	30,5	23098	21,3	39018	17,4
Brasil	6357	21,6	9962	9,2	23422	10,5
Estados Unidos	1400	4,8	3643	3,4	8023	3,6
Outros Países	1206	4,1	9493	8,7	7573	3,4
ASIA E OCEANIA	227	0,8	2163	2,0	10261	4,6
APÁTRIDAS	0	0,0	0	0,0	282	0,1

Fontes: X Recenseamento Geral da População, 1960; XII Recenseamento Geral da População, 1981; Censos 2001

Os quadros nº1 e nº2 são elucidativos quanto ao crescimento da imigração africana em Portugal. O quadro 2 evidencia ainda as alterações na origem dos fluxos migratórios. Em quarenta anos, o número de imigrantes europeus desceu de 67,3% para cerca de 30%, enquanto o número de africanos subiu de 1,5% em 1960 para cerca de 47,9% em 2001. O fluxo oriundo da América também evidenciou um crescimento significativo, sobretudo o Brasil, que passou de 6.357 na década de 60 para 23.422 em 2001. Nestes quarenta anos também a estrutura socioeconómica se alterou. Como a maioria dos imigrantes africanos são pouco qualificados, quando se faz o balanço em termos socioprofissionais e qualificacionais, desce a percentagem de quadros e profissões técnicas (predominante nos europeus) e sobe francamente o número de trabalhadores da indústria e construção civil (predominante nos africanos) (Pires, 2003:122). O mesmo

acontece com a segunda vaga de imigração brasileira, que chegou a Portugal a partir de finais dos anos 90, menos escolarizada que a primeira, que era constituída sobretudo por empresários, profissionais liberais e quadros técnicos (quem não se recorda da polémica existente na altura, a propósito dos dentistas brasileiros?).

Grande parte dos estudos sobre esta temática revelam que os fluxos migratórios dos PALOP para o nosso país se movem sobretudo por razões laborais, como se pode aferir pelas elevadas taxas de masculinidade e de actividade, bem como pela predominância das classes etárias entre os 15 e os 45 anos, o mesmo será dizer, em idade activa (Esteves, 1991). Os reagrupamentos familiares vêm posteriormente engrossar estes mesmos fluxos.

Os fluxos de imigrantes que temos vindo a referir relativos aos anos 60 e 70 não passam de embriões quando comparados com a magnitude que o fenómeno viria a ganhar nas décadas de 1980 e 1990. Com efeito, em 1981 a população estrangeira residente em Portugal mais do que triplicou, passando dos 29.428 já referidos para 108.526, segundo os dados dos X e XII Recenseamentos Gerais da População (Quadro nº 2). Tal como referem Baganha e Gois (1998/1999;254), **“durante os anos oitenta, a Europa do sul tornou-se, pela primeira vez no seu passado recente, pólo de atracção para um número crescente de imigrantes vindos principalmente do Leste Europeu e do Continente Africano. O papel tradicional da Europa do Sul de fornecedor de mão-de-obra aos países economicamente mais desenvolvidos foi decisivamente invertido nos anos oitenta, situação inteiramente nova para uma região que durante mais de cem anos apenas tinha estado envolvida em movimentos migratórios como área emissora”**.

Embora saibamos que os imigrantes do Leste Europeu começaram a chegar até nós ainda na década de 80 (Baganha e Gois, 1998/1999), esses números ainda não são suficientemente significativos para figurarem no Quadro nº 2 como nacionalidades mais representativas em 2001.

O ano de 1981 foi muito importante para a imigração em Portugal devido ao enquadramento jurídico criado nesse ano, através do DL 264-B/81 de 3 de Setembro, que aproximou a legislação portuguesa da legislação da então CEE em termos de regulação das entradas, permanências e saídas do país, e a Nova Lei da Nacionalidade (Lei nº 37/81 de 3 de Outubro).

Embora a entrada de imigrantes em Portugal apresente um crescimento constante desde 1975 até 2007 (o número cresceu quase 15 vezes em pouco mais de 30 anos, como se verifica pela leitura do quadro nº3), acreditamos que essas alterações jurídicas tenham influenciado muito positivamente a entrada de imigrantes nos anos imediatos.

Quadro nº 3 – Evolução do nº de residentes em Portugal, 1975-2007 (AR's, AP's e VLD)

Ano	Nº de Estrangeiros	Ano	Nº de Estrangeiros	Ano	Nº de Estrangeiros
1975	31983	1986	86982	1997	175283
1976	32032	1987	89778	1998	178137
1977	35414	1988	94453	1999	191143
1978	41807	1989	101011	2000	207587
1979	47189	1990	107767	2001	350898
1980	50750	1991	113978	2002	413487
1981	54414	1992	123612	2003	433650
1982	58674	1993	136932	2004	447155
1983	67484	1994	157073	2005	414659
1984	73365	1995	168316	2006*	420189
1985	79594	1996	172912	2007*	435736

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras e Ministério da Administração Interna. Notas; os valores de 1994 incluem as legalizações extraordinárias de 1992; * Dados provisórios ; os valores de 1992/93 apresentam pequenas variações nas diferentes tabelas das estatísticas oficiais

Os imigrantes PALOP estiveram sempre em maior número, a partir de 1975, sobretudo os cabo-verdeanos. Procuravam essencialmente as regiões mais industrializadas, não só pelo facto de já se encontrarem aí instaladas comunidades imigrantes que vieram nas décadas de 1960 e 1970, como também por se constituírem como os principais locais de destino do investimento estrangeiro em Portugal e serem, consequentemente, zonas de grande dinamismo em termos de mercado de trabalho.

A entrada de Portugal na CEE em 1986 e a adesão ao Acordo de Schengen induziram à vinda de mais imigrantes dos PALOP, pouco qualificados, que alimentaram as necessidades de mão-de-obra informal que os investimentos na construção de infra-estruturas subsidiados pela CEE fizeram surgir. De suporte à entrada destes imigrantes existiam as redes familiares de cada um dos lados do fluxo migratório. A entrada em Portugal acontecia pela via mais fácil, isto é, pela obtenção de um visto de turismo, saúde ou estudo, findo o qual, e sem uma autorização de residência, se caía na bolsa de imigração ilegal. Por esta altura estavam criadas as condições para a formação da

segunda bolsa de imigração ilegal em Portugal, que viria a ser “desfeita” pela primeira regularização extraordinária de imigrantes ilegais em 1992/1993. Este processo de regulação extraordinária discriminou positivamente os países de língua oficial portuguesa (Decreto-Lei nº 212/92 de 12 de Outubro). Se olharmos para o ano de 1994 dos quadros nºs 3 e 4, verificamos um substancial aumento do número de imigrantes nesse ano, que se explica pelo facto dos valores da regularização extraordinária de 1992/93 estarem contabilizados nesse ano.

Quadro nº 4 – População estrangeira c/estatuto legal em Portugal, segundo as nacionalidades mais representativas

POPULAÇÃO ESTRANGEIRA C/ESTATUTO LEGAL DE RESIDENTE, SEGUNDO AS NACIONALIDADES MAIS REPRESENTATIVAS, DE 1980 A 2005												
Portugal	Total	AFRICA				EUROPA				AMERICAS		
		Angola	Cabo Verde	Guiné-Bissau	S. Tomé e P.	Alemanha	Espanha	França	Reino Unido	EUA	Brasil	
1980	50750	1482	21022	678	0	1963	0	1203	2648	3072	3608	
1981	54414	1508	21008	820	0	2239	0	1429	3036	3498	4349	
1982	58674	1929	20957	1007	0	2405	0	1633	3364	3821	5016	
1983	67484	2616	22358	1479	0	2812	0	1976	3999	4565	5870	
1984	73365	3201	23372	1737	0	3047	0	2218	4511	5077	6316	
1985	79594	3642	24959	1974	0	3271	0	2348	5053	5512	6804	
1986	86982	3966	26301	2494	0	3575	0	2574	5872	6326	7470	
1987	89778	4187	26565	2688	0	3865	0	2673	6577	6184	7830	
1988	94453	4434	27106	3107	0	4135	0	2803	7115	6055	9333	
1989	101011	4842	27972	3447	0	4484	0	3019	7761	6438	10520	
1990	107767	5306	28796	3986	2034	4849	7462	3239	8457	6935	11413	
1991	113978	5738	29743	4770	2183	5137	7571	3399	8912	7210	12678	
1992	123612	6568	31129	5804	2545	5411	7740	3671	9264	7893	14007	
1993	136932	7929	32763	7899	2911	6150	8154	4080	10168	8186	16168	
1994	157073	13589	36560	10828	3782	6773	8531	4415	10731	8352	18612	
1995	168316	15829	38746	12291	4082	7426	8887	4743	11486	8484	19901	
1996	172912	16282	39546	12639	4234	7887	9314	5102	11939	8503	20082	
1997	175263	16296	39789	12785	4304	8345	9806	5416	12342	8364	19990	
1998	178137	16596	40454	12995	4411	8810	10171	5815	12696	8019	19769	
1999	191143	17721	43951	14217	4809	9605	11122	6499	13335	7975	20851	
2000	207587	20416	47093	15941	5437	10385	12229	7193	14096	8022	22202	
2001	350898	22751	49845	17791	6304	11167	13645	7817	14953	8023	23422	
	413487	24782	52223	19227	6968	11878	14599	8377	15903	8000	24762	
2003	433650	25616	53434	20041	7279	12539	15281	8841	16860	7998	26508	
2004	447155	26520	54806	20583	7829	13098	15874	9249	17977	7992	28732	
2005	414659	27697	56433	21258	8274	13571	16383	9602	18966	8003	31546	
*2006	420189	33215	65485	24513	10838	13870	16611	9737	19761	8260	65463	
*2007	435736	32728	63925	23733	10627	15498	18030	10556	23608	8264	66354	

Fontes:INE, Estatísticas Demográficas; SEF - Relatório Estatístico 2004, Janus 2001- Nota: Os dados de 2006 e 2007 são provisórios

Aquando da regularização extraordinária de 1992/93 o objectivo primordial das políticas de imigração era estancar o fluxo migratório de entrada até à integração plena dos que já cá estavam. Contudo, porque não foram tomadas medidas adequadas para tal, sobretudo no que concerne à concessão de vistos de curta duração, os imigrantes continuaram a entrar em força e a fixar-se ilegalmente, como até então. Sobretudo dos PALOP. Criaram a necessidade de nova regularização extraordinária que viria a acontecer em 1996, suportada pela Lei Nº 17/96 de 24 de Maio.

Durante a década de 1990 o fluxo de imigrantes dos PALOP continuou, portanto, em força, sobretudo Angola, Cabo Verde e Guiné-Bissau. O fluxo oriundo de Moçambique era de tal modo incipiente que não consta das nacionalidades mais representativas. Em 1990, de entre os PALOP, apenas Cabo Verde figurava na lista dos cinco primeiros países de origem da imigração portuguesa¹², ocupando a primeira posição. Em 1999 mais dois países africanos de língua oficial portuguesa figuram no ranking dos cinco primeiros¹³, ocupando Angola a terceira posição e a Guiné-Bissau a quarta posição. Temos então por ordem decrescente Cabo Verde, Brasil, Angola, Guiné-Bissau e Grã-Bretanha (Quadro nº 4). São Tomé e Príncipe, tal como Espanha, não figuravam no ranking das nacionalidades de origem mais representadas, até à década de 1990. No que diz respeito a São Tomé e Príncipe, a imigração para Portugal iniciou-se precisamente nos anos 1990, induzida pela desagregação do regime de partido único, que conduziu a uma situação de caos económico e, conseqüentemente, à “fuga” dos santomenses para Portugal, no intuito de conseguirem melhores condições de subsistência.

A Convenção da Aplicação de Schengen, em Março de 1995 constituiu-se também como um marco importante na história da imigração em Portugal, sobretudo porque fez cessar a consulta prévia para a concessão de vistos a cidadãos oriundos do Leste Europeu, “inaugurando” um novo e diferente fluxo migratório para Portugal. Este acordo, para além da abertura do nosso país aos cidadãos da Europa de Leste, promoveu uma maior liberdade de circulação no espaço Schengen e facilitou a obtenção de vistos de curta duração, que puderam, a partir de então, ser concedidos por qualquer país

¹² Aliás, Cabo Verde esteve durante muitos anos em primeiro lugar do ranking de países de origem, desde que Portugal se afirmou como país de imigração. Recentemente (2007) é o Brasil que ocupa essa posição.

¹³ Mantendo-se estas mesmas posições até, pelo menos 2005, como se pode inferir pela leitura do Quadro Nº 4.

membro. Portugal perdeu assim parte do controlo dos mecanismos de regulação dos fluxos de imigração e “ganhou” nova bolsa de imigração ilegal.

Também a revisão da Lei de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros, através do Decreto-Lei 244/98 de 8 de Agosto, artigo 88º, que alargou os mecanismos de regularização excepcional de imigrantes ilegais com base em intuítos humanitários, promoveu a entrada fácil em Portugal.

A acção conjugada do Acordo de Schengen e da entrada em vigor do DL 244/98 fez deslocar as principais zonas de emissão de mão-de-obra dos países africanos de língua oficial portuguesa para o Leste Europeu, região a partir da qual desde o início dos anos noventa se estruturam as principais redes de tráfico de mão-de-obra. Portugal deixa de ser atractivo apenas para os PALOP.

A particularidade desta vaga de imigração, oriunda sobretudo da Europa de Leste, assenta no facto de os países de origem que a compõem nunca terem tido no passado qualquer laço histórico, económico ou cultural com Portugal.

Até ao ano 2000, 77% da população imigrante provinha de países de língua portuguesa, muito significativa em termos de número. Este quadro alterou-se drasticamente no ano 2001, com a entrada inesperada de dezenas de milhar de imigrantes de leste (Quadro nº 5). Os trabalhadores ilegais no país puderam regularizar a sua situação ao abrigo do art. 55 do DL 4/2001. Também o acordo Luso-brasileiro, vulgarmente chamado por acordo Lula, ajudou a engrossar este número.

Este novo fluxo migratório, especialmente da Ucrânia, encabeça a lista dos países emissores de imigrantes para Portugal, seguido do Brasil. Pela primeira vez, se considerarmos os imigrantes detentores de autorizações de residência e de autorização de permanência em conjunto, a imigração de Cabo Verde deixa de estar em primeiro lugar, passando a ocupar a terceira posição do ranking (quadro nº5). O fluxo de leste foi imprevisível, inesperado e estranho, uma vez que nada o fazia prever. Portugal nunca teve laços de qualquer espécie com os países do Leste Europeu, nem promoveu qualquer tipo de política que incitasse a vinda destes imigrantes. Para além disso, os imigrantes destes países que começaram a chegar nos anos 80 e 90 do século XX não

eram suficientes em número para criar os alicerces de uma futura rede migratória, como na realidade veio a acontecer.

Como afirmam Baganha e Góis (2004;112), estes imigrantes vieram porque “uma «indústria» migratória soube explorar a pressão migratória existente nos países do Leste Europeu canalizando-a com sucesso e lucro para Portugal, onde por essa altura havia uma acentuada escassez de mão-de-obra em alguns sectores da economia e onde era eventualmente possível obter um estatuto de residência legal”.

Ou seja, a explicação para esta nova vaga de imigrantes, para além das diferenças salariais, reside na grande facilidade de movimentação e obtenção de vistos no espaço Schengen, e pelo bom trabalho promovido pelas redes de tráfico de pessoas, sob o disfarce de “agências de viagem”, ao fazer circular a informação sobre as condições de vida, oportunidades de emprego, falta de mão-de-obra e facilidade de movimentação no nosso país.

Como se pode observar pela análise do Quadro nº 5, em 2004 estavam atribuídas 55.590 autorizações de residência a cidadãos de Cabo Verde, 26.702 a cidadãos de Angola, 20.825 a cidadãos de Guiné-Bissau, 28.956 a cidadãos brasileiros, 1.497 a cidadãos ucranianos. Clara superioridade dos cidadãos PALOP. Em 2001 existiam ainda poucos cidadãos da Europa de Leste com autorizações de residência. Pelo contrário, quando no mesmo quadro olhamos para a coluna das autorizações de permanência, verificamos que os valores disparam vertiginosamente, quando comparados com os valores dos PALOP. O que mostra o grande número de cidadãos de Leste, bem como brasileiros, que se encontravam ilegais e deixaram de estar através do Decreto-Lei Nº 4/2001. O ranking da classificação a partir de 2001 alterou-se profundamente. Cabo Verde deixa de estar no primeiro lugar, passando para terceiro, dando o primeiro lugar à Ucrânia. Os brasileiros continuam a ser “uma fatia importante no bolo da imigração” legal em Portugal, ocupando a segunda posição. Outro fluxo imigratório que se tem afirmado em Portugal, sobretudo nos últimos anos, tem origem na Ásia. São empresários Chineses, Indianos e Paquistaneses, entre outros, no ramo do comércio e restauração.

Quadro nº 5 – Número de imigrantes em Portugal, por nacionalidade em 2004 (AP's e AR's)

Nº IMIGRANTES EM PORTUGAL, POR NACIONALIDADE (2001-2004)			
	AP (2001-2004)	AR 2004	TOTAL
EUROPA	101106	83859	184965
União Europeia	0	74542	74542
Federação Russa	7053	1158	8211
República Moldávia	12647	1042	13689
Roménia	10944	1211	12155
Ucrânia	64730	1497	66227
AFRICA	29808	123093	152901
Angola	8562	29702	38264
Cabo Verde	8574	55590	64164
Guiné-Bissau	4323	20825	25148
Moçambique	461	5010	5471
S.Tomé e Príncipe	2555	7928	10483
AMÉRICA	39054	45161	84215
Brasil	37951	28956	66907
Canadá	30	1863	1893
EUA	63	7998	8061
ASIA	13724	12410	26134
China	3910	5605	9515
Índia	3389	1699	5088
Paquistão	2854	1358	4212
OCEANIA	19	553	572
APÁTRIDAS	39	273	312
DESCONHECIDOS	83	12	95
TOTAL	183833	265361	449194

Fonte: Sef – Relatório Estatístico Anual (2006)

Em 2007 continuamos com quatro fluxos bem delineados (Quadro nº 6). Dos PALOP continuam a destacar-se Cabo Verde, seguido de Angola e Guiné-Bissau; da Europa de Leste sobressai a Ucrânia e da América do sul, o Brasil. A China representa o fluxo asiático. Continua, pois, o Brasil a estar em primeiro lugar do ranking das principais nacionalidades imigrantes em Portugal.

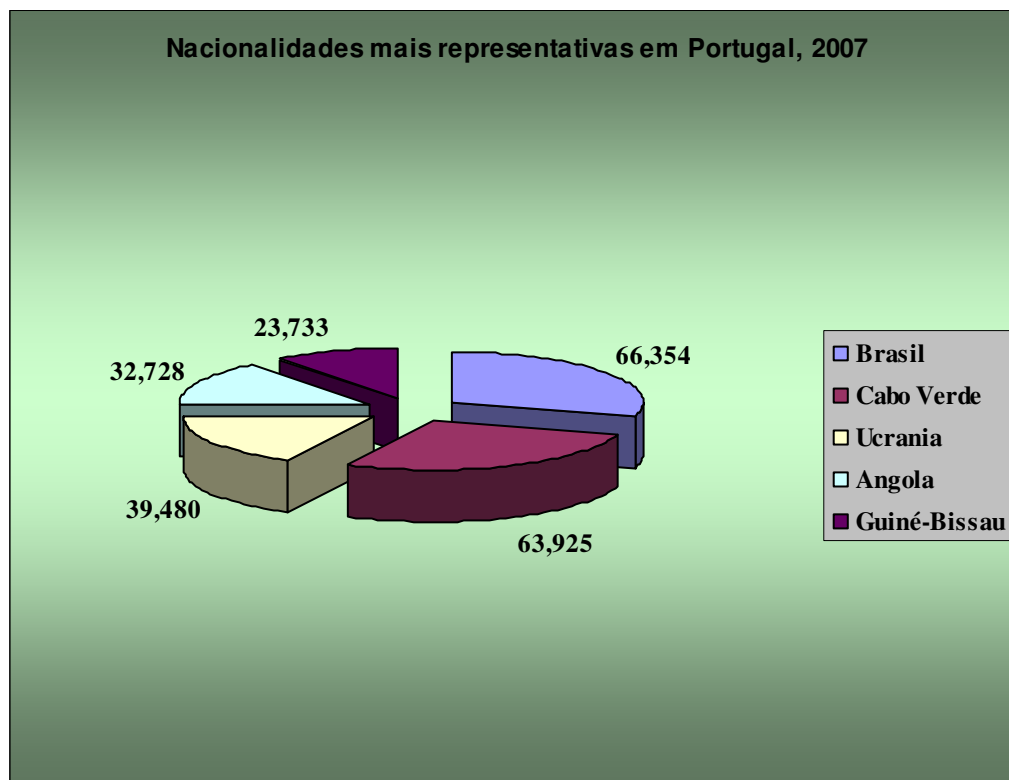
Quadro nº 6 - População estrangeira em território nacional: dados provisórios de 2007

NACIONALIDADES	TOTAL	AR's	PRORR..AP's	PRORR. VLD's
TOTAL	435736	401612	5741	28383
AFRICA	147959	138337	1244	8378
Palop's	136694	128854	1158	6682
Angola	32728	30431	411	1886
Cabo Verde	63925	61110	399	2416
Guiné-Bissau	23733	22174	194	1365
Moçambique	5681	5403	23	255
São Tomé e Príncipe	10627	9736	131	760
Outros África	11265	9483	86	1696
EUROPA	179040	168124	2508	8408
União Europeia*	115556	113275	230	2051
Outros Europa	63484	54849	2278	6357
Ucrânia	39480	34240	1470	3770
Moldávia	14053	11414	585	2054
Roménia	19155	17200	179	1776
Rússia	5114	4523	195	396
AMERICA DO NORTE	10446	10228	---	218
EUA	8264	8097	---	167
Canadá	1849	1829	---	20
Outros América do Norte	333	302	---	31
AMERICA CENTRAL E SUL	73146	62159	1751	9236
Brasil	66354	55665	1719	8970
Venezuela	3199	3177	2	20
Outros America Central e Sul	3593	3317	30	246
ASIA	24269	21902	238	2129
China	10448	9689	53	706
Índia	4104	3538	52	514
Paquistão	2371	2092	14	265
Outros Ásia	7346	6583	119	644
Nota: inclui os trabalhadores dos 27 EM abrangidos pelo respectivo regime transitório				
Fonte: Sef – Relatório Estatístico Anual (2007)				

De acordo com o Relatório de Actividades de 2007 do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, encontram-se em Portugal, actualmente, dois tipos distintos de imigração: Os fluxos migratórios que vieram para o nosso país ainda no século passado, como o

caso dos Caboverdianos, Angolanos e Guineenses, que vieram para Portugal sobretudo para trabalhar e que entretanto já reagruparam quase toda a família directa (filhos e cônjuges pelo menos). Por outro lado, temos a imigração reportada já ao século XXI, composta por beneficiários de regimes de regularizações extraordinárias, numa primeira fase eminentemente laboral, como o Brasil e Ucrânia. Só agora eles começam a reagrupar a família.

Gráfico n° 6 - Nacionalidades mais representativas em 2007



Fonte: SEF – Relatório Estatístico Anual (2007)

Em jeito de síntese, podemos enumerar três grandes momentos no processo de imigração para Portugal, com características diferentes em termos de origem, qualificações, profissões e impactos.

O primeiro logo após a mudança política de Abril de 1974 e o conseqüente processo de descolonização. Antes disso apenas existia um movimento muito incipiente e pouco significativo em termos de fluxo imigratório, que aconteceu sobretudo pela entrada de Portugal na EFTA.

O segundo momento acontece nos anos 1980, muito facilitado pela adesão de Portugal à então CEE.

E, finalmente, o terceiro momento, em finais dos anos 90, com a introdução de um novo circuito migratório para Portugal, vindo da Europa de Leste, de onde se destaca a Ucrânia, com características completamente diferentes dos anteriores fluxos migratórios, sobretudo no que diz respeito às qualificações, em média superiores às da população portuguesa. Muito facilitado pela entrada de Portugal no espaço Schengen, que permitiu uma maior liberdade de circulação e obtenção dos vistos de curta duração. Foi de todos o de maior impacto ao nível da visibilidade social e da necessidade de intervenção reguladora do Estado.

De referir também a segunda vaga de imigração brasileira, que começou também por volta desta altura.

Os imigrantes vindo da Ásia, sobretudo China, Índia, Paquistão têm uma característica muito particular, que é o facto de serem maioritariamente pequenos empresários. Têm mantido um fluxo constante desde por volta dos anos 1990.

A par deste crescimento demográfico cresceu também a diversidade em termos de nacionalidade e perfis sócio-demográficos.

Relativamente à década de 1980, Portes (1999;prefácio) faz uma espécie de divisão relativamente aos fluxos migratórios não europeus. Na primeira metade os níveis de qualificações eram superiores à média portuguesa, acrescidos por forte capacidade empresarial, o que permitia uma maior facilidade de integração. Esta panorâmica inverte-se significativamente na segunda metade, com a democratização dos fluxos migratórios, isto é, com a entrada massiva de africanos atraídos pelo défice de mão-de-obra no sector das obras públicas, o que se traduziu numa quebra das qualificações e na criação de bolsas de pobreza e exclusão social.

A entrada crescente de pessoas obrigou a um olhar diferente e atento da parte dos poderes públicos, como já foi referido. A criação, em 1995, do Alto Comissariado para

as Migrações e Minorias Étnicas, vulgo ACIME¹⁴, revela, por si só, a importância atribuída a este complexo e importante fenómeno.

Podemos afirmar que a população estrangeira em Portugal cresceu ininterruptamente desde 1975 até aos nossos dias, embora o crescimento não tenha sido constante ao longo dos anos. Contudo, é difícil determinar com exactidão o número de imigrantes que se encontram actualmente em Portugal, não só pela discrepância entre as várias fontes estatísticas, como também pelo número de imigrantes indocumentados que não aparece nas estatísticas oficiais¹⁵.

¹⁴ Actualmente denominado ACIDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural).

¹⁵ Temos como exemplo a informação dos Censos de 1981 que mostra que residiam em Portugal 45.222 estrangeiros oriundos dos PALOP, embora segundo o SEF apenas 27.287 tivessem autorização para residir em Portugal.

2.2 O estado de arte da imigração e saúde em Portugal

Nos últimos anos, sobretudo em 2007¹⁶, a imigração constituiu-se um dos temas por excelência nas agendas políticas de Portugal e da Europa. Realmente, o fenómeno migratório tem assumido em Portugal grande relevância, não só pelas proporções que atingiu, como pela grande diversidade cultural que configura, diversidade essa que é preciso saber gerir e integrar. De referir também os ganhos para Portugal em termos demográficos - inversão da actual pirâmide etária – e económicos – preenchimento das vagas não ocupadas no mercado de trabalho pelos autóctones e pelos contributos para a sustentabilidade do sistema de segurança social. Mas a vinda de tantos imigrantes também comporta riscos. Refiram-se, como exemplo, as doenças que podem inadvertidamente ser trazidas para Portugal por via da imigração ou os riscos associados a situações de ilegalidade: vivências precárias, que podem conduzir a situações de extrema miséria, doenças e, em última análise, à marginalidade. As migrações internacionais podem por isso mesmo ser consideradas um dos maiores desafios de saúde pública a nível mundial (Dias e Gonçalves;2007). Num mundo globalizado e cada vez mais móvel, multiplicam-se as interacções entre lugares distantes e aceleram-se os mecanismos de difusão espacial de doenças e mesmo do aparecimento de novas doenças. Por isso o fenómeno migratório, dada a sua natureza multifacetada e transversal, tem granjeado a atenção, não só da classe política, como também de cientistas das diversas áreas da sociedade, de onde se destacam os cientistas sociais e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros).

Apesar de todo o interesse, a investigação nesta temática é ainda incipiente. Contudo, as poucas investigações e os indicadores de saúde disponíveis apontam os imigrantes como o grupo de maior vulnerabilidade a doenças e outros problemas de saúde, relativamente aos autóctones. Doenças infecciosas como a tuberculose, VIH/Sida e hepatites são doenças que os imigrantes estão em maior risco de contrair.

¹⁶ Ano Europeu para a Igualdade de Oportunidades e Presidência de Portugal na U.E., sendo a imigração um dos temas principais da agenda política.

Outros estudos associam as migrações a doenças mentais, isto é, as migrações podem ter um impacto negativo na saúde mental dos imigrantes. Depressão, esquizofrenia e stress são algumas patologias presentes ao longo dos processos migratórios. Ao chegar aos países de acolhimento os imigrantes estão mais expostos a doenças porque se confrontam com um ambiente físico e social estranho, por vezes hostil, cultura e estilos de vida diferentes, barreiras linguísticas, desconhecimento de direitos, etc. Estes factores, associados a ruptura de laços sociais e familiares, a condições habitacionais deficientes, a situações de ilegalidade e exploração laboral, conduzem a grande vulnerabilidade e riscos para a saúde.

Investigações na área de saúde reprodutiva apontam igualmente para piores resultados nas mulheres e crianças imigrantes relativamente aos autóctones (maior taxa de mortalidade perinatal, baixo peso das crianças à nascença, etc).

A investigação em Portugal em torno do binómio “imigração-saúde”, ainda que escassa¹⁷, tem dado especial enfoque à caracterização dos imigrantes em termos de mortalidade e morbidade, bem como à identificação dos principais obstáculos no acesso aos cuidados de saúde.

Como exemplo podemos indicar o estudo efectuado numa comunidade imigrante da área da Grande Lisboa (Gonçalves;2003), composta por Cabo-verdianos, Santomenses, Angolanos e Guineenses, que teve como objectivos a caracterização sócio-demográfica dessa comunidade imigrante, a identificação e compreensão dos obstáculos no acesso aos cuidados de saúde. O referido estudo concluiu que os imigrantes são, de um modo geral, um grupo vulnerável no que concerne à saúde, vulnerabilidade directamente ligada às dificuldades linguísticas, à falta de conhecimentos sobre os seus direitos à saúde, a dificuldades económicas ou a situações de ilegalidade, já referidas.

São comunidades de bairro com fracas condições de habitabilidade e infra-estruturas básicas, bem como nível sócio-económico baixo.

Estudam-se os hábitos e estilos de vida das comunidades imigrantes, nomeadamente no que diz respeito a consumos de álcool e drogas, bem como a comportamentos sexuais de risco (Matos, Gonçalves e Gaspar;2005).

¹⁷ Facto visível no levantamento bibliográfico sobre imigração e minorias étnicas em Portugal entre 2000-2006, levado a cabo por Fernando Luís Machado e Ana Raquel Matias (2006), onde o item “Saúde e Doença” se resume a 7 títulos, sendo que dos quais apenas 4 se referem a imigrantes PALOP.

De referir ainda um estudo efectuado a imigrantes ucranianos e a profissionais de saúde, onde se avalia o acesso daqueles aos cuidados de saúde e os processos de aculturação entre imigrantes e profissionais de saúde autóctones (Sousa;2006). Ou estudos sobre as representações e as práticas sobre a saúde e a doença nas comunidades imigrantes em Portugal (Backstrom;2007).

Outros trabalhos centrados no binómio “imigração e saúde” dão conta do contributo de alguns autores para a definição de estratégias mais eficazes para a cooperação portuguesa no sector da saúde dos PALOP (Silva e Torgal;2002). A saúde é entendida como um ponto-chave para o desenvolvimento dos países, uma vez que a população doente não pode contribuir para o desenvolvimento do seu país. Estas estratégias passam por desenvolver os sistemas de saúde dos países beneficiários, de modo a torná-los autónomos e eficazes na luta contra a doença, na promoção da saúde. Torna-se necessário apoiar em termos de recursos humanos, formando profissionais autóctones nas áreas não só da saúde, mas também nas áreas da gestão. Os principais instrumentos apontados para essa intervenção são a assistência técnica, o envio de profissionais, a formação, o apoio à construção de instalações e equipamentos, os donativos em espécies, a prestação de cuidados médicos em Portugal e a constituição de parcerias.

A produção científica em Portugal sobre o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde é ainda escassa, sendo no entanto evidente que existe uma relação directa entre a pouca afluência aos centros de saúde e situações de ilegalidade. Imigrantes indocumentados procuram mais as urgências dos hospitais, uma vez que fazem um atendimento mais “discreto”. Desconhecem que desde 2001 a Lei portuguesa garante a todos os cidadãos estrangeiros o direito de acesso aos centros de saúde e hospitais do SNS, independentemente da sua nacionalidade ou estatuto legal.

Seja porque as migrações se tornaram um tema central em Portugal¹⁸, na Europa e no mundo, seja pela defesa da “igualdade de oportunidades para todos”, o certo é que o ano de 2007 se constituiu como um ano fértil em debates, seminários, conferências,

¹⁸ Para nos darmos conta desta centralidade basta relembrar o ciclo de estudos de carácter reflexivo, seminários e actividades culturais e artísticas promovidas pela Gulbenkian durante um ano (03/2006 a 03/2007) sobre imigração (Imigração: oportunidade ou ameaça?), enquadrados nas comemorações dos 50 anos da Gulbenkian.

workshops, sempre na mira da promoção dos direitos dos imigrantes na prevenção e no acesso aos cuidados de saúde.¹⁹

Um exemplo do que acabou de ser dito foi a criação nesse mesmo ano do Plano de Integração dos Imigrantes (PII), elaborado a partir do trabalho conjunto de todos os ministérios, complementado com contributos de organizações da sociedade civil, que evidencia por um lado a transversalidade do fenómeno imigratório em si e, por outro, a preocupação do governo em conceber um plano global, que integre os imigrantes em todas as esferas da vida social. O PII tem objectivos que espera atingir até 2009, que passam por estratégias nacionais de bom acolhimento e integração dos imigrantes, em articulação com o controlo dos fluxos migratórios e a ajuda ao desenvolvimento nos países de origem. Engloba medidas de várias áreas, nomeadamente na área do trabalho, do emprego, da segurança social, habitação, saúde, educação, entre outras.

Sendo a saúde uma questão prioritária para os cidadãos em geral e imigrantes em particular, é naturalmente óbvia a sua inclusão num plano desta natureza. Assim sendo, nesta vertente o plano visa essencialmente promover o acesso dos imigrantes, legais ou indocumentados ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), combater a falta de informação dos imigrantes no acesso à saúde, informá-los dos seus direitos e deveres, desenvolver programas de mediação sócio-cultural em locais como hospitais e centros de saúde, implementar uma rede de hospitais “amigos dos imigrantes”, divulgar tanto em Portugal como no estrangeiro as condições de acesso à saúde em Portugal. Ainda em Dezembro de 2007 surgiu o PADE - Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros, resultante de trabalhos desenvolvidos em 2005 e 2006 pelo ACIDI, envolvendo diversos parceiros²⁰ que tem como objectivo geral apoiar os doentes evacuados, naquilo que são as suas dificuldades, tanto na saída do país de origem como durante a estadia para tratamento em Portugal, sobretudo no que respeita ao pagamento das viagens para vinda, ao alojamento, alimentação e medicamentos. Segundo os envolvidos neste ambicioso projecto de ajuda humanitária, pretende-se “montar um circuito fechado que permita a monitorização de cada situação de modo a que se saiba sempre o seu percurso desde a

¹⁹ Dinamizados por instituições como o Gulbenkian, Instituto de Medicina Tropical e outras Universidades e organismos como o GAT (Grupo Português de Activistas sobre Tratamento de HVI/SIDA), o EATG (European Aids Treatment Group), entre outros.

²⁰ Direcção Geral de Saude (DGS), Instituto de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD), Organização Internacional para as Migrações (OIM), as embaixadas dos PALOP em Portugal, Associações de imigrantes, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), entre outras.

obtenção da Junta Médica até ao fim do tratamento”. Este programa pretende colmatar inúmeras “situações/problema” criados pelo desacompanhamento técnico adequado dos processos de evacuação, aliados a situações de carência económica. A criação de uma equipa de trabalho que garanta nos países de origem uma análise cuidada de todos os processos clínicos dos doentes a aguardar evacuação, estabelecendo prioridades, garantindo clareza e veracidade nos processos de triagem, bem como a garantia de que todos os doentes vêm ao abrigo dos Acordos de Saúde e são acompanhados em Portugal em tudo o que são as suas necessidades (internamentos, consultas, medicação, casas de acolhimento para garantir o alojamento, alimentação e apoio psicológico, retorno ao país de origem, reavaliação em Portugal se necessário), são alguns dos propósitos mais urgentes definidos pelas equipas de trabalho que compõem o PADE.

Também o recém-criado GIS²¹ – Grupo de Imigração e Saúde tem envidado esforços para promover uma espécie de *comunidade de prática* (Wenger;1998), promovendo a discussão e debate sobre questões em torno da saúde dos imigrantes. Tornou-se um veículo de partilha de informação sobre este binómio, promovendo *workshops*, seminários, procurando e divulgando bibliografia. Durante o ano de 2007 desenvolveu um ciclo de seminários sobre diferentes temas e dimensões de análise na problemática imigração e saúde.

²¹ Actualmente já com cerca de dois anos, com estatuto de Associação e certificado pelo ACIDI, OIM e FLAD como exemplo de “boas práticas de acolhimento e integração dos imigrantes em Portugal)

3 IMIGRAÇÃO PALOP PARA PORTUGAL POR QUESTÕES DE SAÚDE

3.1 Políticas de admissão de imigrantes

A globalização da informação sobre as diferenças de oportunidades a nível mundial - que tanto podem ser o simples acesso a água potável como o acesso à educação, à saúde, à habitação ou a um rendimento mínimo - aliada à modernização dos meios de transporte e à existência de redes de tráfico de imigrantes, fazem crescer drasticamente a pressão migratória dos países pobres sobre os países ricos. A não haver controlo de fronteiras criar-se-ia uma situação de fluxos ilimitados de entrada que conduziria inevitavelmente ao afundamento dos níveis de emprego e consumo dos países desenvolvidos. Daí que os países não sejam coniventes com políticas de imigração de porta aberta. Nesse sentido, e dado que o mundo tende cada vez mais para a globalização, nomeadamente para a globalização das migrações, os fluxos migratórios transformaram-se em fenómenos incontornáveis, poderosos, no sentido em que afectam fortemente os contextos em que se inserem, sejam eles no país de acolhimento ou no de origem. Melhor dizendo, o fenómeno migratório transformou-se num dos maiores desafios sociais do século XXI. Daí ser tão importante medir, controlar, refrear nalguns casos, incentivar noutros, esses fluxos migratórios. Os Estados esforçam-se por elaborar suportes jurídicos adequados e eficazes, de modo a controlar a entrada, permanência, saída e expulsão de cidadãos de países terceiros em território nacional, por um lado, e, por outro, por conceber políticas de imigração que integrem plenamente os cidadãos estrangeiros autorizados a permanecer.

Dada a complexidade do fenómeno migratório e a sua evolução e diferenciação ao longo dos tempos, foram sendo necessários ajustes nos suportes jurídicos atrás referidos, no sentido de os adequar aos fluxos de cada momento no tempo. A legislação que a seguir se resume é o resultado do esforço que foi feito desde que Portugal se afirmou como país de imigração até ao momento presente, sempre com o objectivo de bem regular esses fluxos, velhos ou emergentes, mas sempre crescentes, nunca perdendo de vista os interesses de Portugal e dos imigrantes.

A primeira tentativa de controlo da imigração para Portugal aconteceu na sequência do processo de descolonização em África, após terem entrado em Portugal cerca de 500.000 pessoas oriundas das ex-colónias. Como se adivinhava que muitas mais pessoas iriam querer atravessar as fronteiras portuguesas vindas de África, o governo promulgou o DL 308-A/75, que estabeleceu as normas para a conservação da nacionalidade portuguesa de cidadãos portugueses domiciliados em território ultramarino após a independência e conseqüente processo de descolonização.

O DL N° 264-B/81, publicado no DR N° 202, I Série, de 3 de Setembro de 1981 surgiu da necessidade de sistematizar num único documento toda a legislação reguladora da entrada, permanência, saída e expulsão de estrangeiros em território nacional.

A Lei 37/81 de 3 de Outubro de 1981, publicada no DR 228, I Série – Lei da Nacionalidade – regula a atribuição, aquisição e perda de nacionalidade. Mais uma vez, e na sequência do 25 de Abril de 1974 e da queda do império colonial em África o governo sentiu necessidade de restringir o acesso à nacionalidade

O que esta lei traz de particular é o abandono do princípio do *jus solis*²² em favor do princípio *jus sanguinis*²³.

O DL N° 212/92 de 12 de Outubro, publicado no DR N° 235, I Série A, traduziu-se numa medida legislativa de regularização extraordinária por forma a legalizar os imigrantes em situação irregular, sabendo que muitos deles já residiam em Portugal há muitos anos, tendo cá construído uma parte significativa da sua vida. É, por um lado, uma forma de combater a imigração ilegal, a exclusão social e a exploração laboral, e, por outro, de integrar plenamente os que já cá estão.

Em 1993, na sequência da adesão de Portugal à Comunidade Europeia, o governo sentiu a necessidade de adequar a nossa legislação à do espaço comunitário. Um exemplo disso mesmo foi a criação na legislação portuguesa do visto uniforme, um visto de curta duração, válido em todos os países-membros. Assim surgiu a Lei 59/93 de 3 de Março, publicado no DR N° 52, I Série-A.

O DL N° 244/98 de 8 de Agosto, publicado no DR N° 182, I Série A de 8 de Agosto de 1998 foi igualmente induzido pela União Europeia e pela participação de Portugal no Acordo Schengen. As principais alterações dizem respeito ao direito de reagrupamento familiar, considerado um direito fundamental dos cidadãos estrangeiros, à criação de um

²² *Jus solis = direito da terra = nacionalidade pelo lugar de nascimento*

²³ *jus sanguinis = direito do sangue = nacionalidade pelo sangue*

novo mecanismo de apoio ao retorno voluntário de estrangeiros ao seu país de origem (em vez de expulsão, menos digna e menos humana), bem como ao agravamento das penas aplicadas a quem auxilie a imigração ilegal.

A Lei Nº 97/99 de 26 de Julho, publicada no DR Nº 172, I Série A de 26 de Julho de 1999 traduziu-se na primeira alteração ao DL Nº 244/98 e resumiu-se essencialmente a pequenas alterações no que respeita a procedimentos em situações como recusa de entrada, não renovação de autorizações de residência, entre outras.

Também o DL Nº 4/2001 de 10 de Janeiro, publicado no DR Nº 8, I Série A, resultou do elevado acréscimo dos fluxos de entrada em Portugal nos anos 90. O governo viu-se obrigado a proceder a algumas alterações na lei de modo a refrear, por um lado, a entrada de mais imigrantes, fazendo depender essas entradas das necessidades do mercado de trabalho e, por outro, proteger os imigrantes que já se encontravam em Portugal, ilegais, concedendo uma autorização de permanência anual, renovável no máximo até 5 anos, a quem tivesse um passaporte válido, contrato de trabalho e certificado de registo criminal. Por outro lado criou mecanismos de responsabilização das entidades empregadoras destes imigrantes, levando-os a cumprir as suas obrigações salariais e fiscais para com eles.

A Lei Nº 34/2003 de 25 de Fevereiro, publicada no DR Nº 47, I Série A, surge da necessidade de alterar o DL nº4/2001. Após a entrada em vigor da Convenção de Aplicação do Acordo de Schengen em 1995, os números da imigração cresceram exponencialmente. Se em 1980 tínhamos cerca de 50.000 imigrantes legais, no ano 2000 esse número cresceu para mais de 200.000 e, no final de 2001, já eram cerca de 350.000.

Ao contrário do que se pretendia com o DL nº 4 de 2001, que era combater a imigração ilegal, esta aumentou de forma acentuada com toda a flexibilidade que a lei permitia, concorrendo para a precariedade do acolhimento e integração dos imigrantes. Tendo em vista a implementação de políticas de integração de carácter humanista, no sentido de bem acolher e integrar os imigrantes, surge a Lei Nº 34/2003 assente em três eixos fundamentais: combate firme à imigração ilegal, promoção da imigração legal e plena integração dos imigrantes legais. A título de exemplo destes princípios refiram-se o estabelecimento de limites máximos de entradas, de acordo com critérios económicos e sociais na determinação das necessidades de mão-de-obra e capacidades de

acolhimento, a criação de um novo tipo de visto para trabalhadores altamente qualificados de modo a atrair para Portugal cientistas e quadros técnicos superiores, redução do tempo necessário para obtenção de autorização de residência permanente, medidas para agilização do processo de expulsão de indivíduos que se introduziram ilegalmente no país, entre outras.

A grande inovação do Decreto-Regulamentar N° 6/2004 de 26 de Abril, publicado no DR N°98, I Série B é a importância atribuída ao conhecimento da língua portuguesa na obtenção de alguns tipos de vistos, tornando-se factor preferencial em situações de contingência do número de vistos. É uma medida de discriminação positiva em relação a países mais próximos de Portugal, histórica e culturalmente, como sejam os que fazem parte da Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa. Também o processo de concessão de vistos para exercício de uma actividade subordinada foi desburocratizado, passando a ser instruídos com menos documentação, a fim de todo o processo se tornar mais célere. Com a entrada em vigor deste decreto regulamentar, termina a “figura” autorizações de permanência.

A última alteração, suportada pela Lei N° 23/2007, publicada no DR N° 127, I Série de 4 de Julho, transpõe para a ordem jurídica interna algumas directivas comunitárias, no sentido de uniformizar as políticas de imigração na UE, de onde se destacam as direccionadas para facilitar o reagrupamento familiar e o estímulo à imigração legal; o reforço do quadro penal para a prevenção e combate ao auxílio à imigração ilegal e criação do crime de casamento por conveniência; desburocratização, no sentido de simplificação dos títulos que permitem viver e trabalhar em Portugal, entre outras.

O Decreto-Regulamentar N° 84/2007 de 5 de Novembro, publicado no DR n° 212, I Série, veio regulamentar, tal como o nome indica, a Lei 23/2007. Uma importante medida aplicada através deste decreto é a possibilidade de legalizar indivíduos que tenham entrado legalmente no país, que não tenham renovado a sua autorização de permanência, mas que se encontrem a trabalhar e com situação regularizada perante a segurança social e as finanças (artigo 88 n° 2 ou artigo 89 n° 2). É no fundo mais uma legalização extraordinária de imigrantes indocumentados. Uma das nacionalidades com maior número de inscritos no artigo 88 n° 2 é sem dúvida, a brasileira.

Como é notório, cada diploma legal acrescenta algo relativamente aos anteriores, quer em termos de exigências nos perfis de entrada, quer em termos de tipos de visto, quer

relativamente a outros aspectos, sempre com o intuito de apostar em políticas de regulação e integração mais eficazes e de as ajustar às realidades migratórias e à situação sócio-económica do país, em cada momento.

Dada a grande permeabilidade de fronteiras na Europa dos 27 e a grande mobilidade no mundo em geral, os países têm sentido a necessidade não só de repensar as suas estratégias de controlo de imigração como também as suas políticas de acolhimento dos imigrantes. Nesse sentido, 25 dos 27 países da União Europeia²⁴ e o Canadá, uniram-se para monitorizar, através de alguns indicadores, se os países em questão têm ou não posto em práticas as boas práticas de acolhimento e integração dos seus imigrantes. Deste trabalho em equipa surgiu o MIPEX, que se traduz numa ferramenta que mede as políticas de integração dos imigrantes, através de 140 indicadores. Portugal é um dos países melhor classificados em quase todos os aspectos contemplados no estudo, ocupando a segunda posição em termos de políticas de integração, sendo nesta rubrica superado apenas pela Suécia. Há que fazer agora novo estudo que meça a *performance* desses mesmos países quanto à aplicação dessas políticas. Manter-se-ão os mesmos resultados?

3.2 Vistos

Importa dizer que, para poderem entrar em território português, os nacionais de países terceiros têm que satisfazer um conjunto de requisitos, a saber: posse de documento de viagem válido (passaporte, com o respectivo visto de entrada actualizado), provar ter meios de subsistência e condições de alojamento que lhes permitam viver dignamente em Portugal, não estar indicado como interdito no Sistema de Informação Schengen (SIS) e ser possuidor de um visto válido adequado aos motivos da vinda para Portugal (turismo, estudo, tratamento médico, trabalho, voluntariado, etc).

Existem vários tipos de visto: de escala, de trânsito, de curta duração, de estada temporária e de residência.

²⁴ Porque a aprovação e financiamento deste projecto denominado MIPEX, aconteceu antes da adesão da Bulgária e da Roménia à U.E.

O que nos interessa para este trabalho são os vistos de estada temporária, que se destinam, entre outras coisas, a:

a) Tratamento médico em estabelecimentos de saúde oficiais ou outros oficialmente reconhecidos, bem como para acompanhante de familiar sujeito a tratamento médico.

O governo português aprovou, através do DL N° 32/2003 de 30 de Julho, o acordo sobre a concessão de vistos temporários para tratamento médico a cidadãos da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), assinado em Brasília no dia 30 de Junho de 2002, pelos seguintes países: Portugal, Brasil, Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe.

O pedido de visto de estada temporária (Artº 54, nº 1, alínea a), da Lei 23/2007) deverá ser acompanhado de relatório médico, comprovativo de que o requerente tem assegurado o internamento ou o tratamento ambulatorio em estabelecimento oficial de saúde ou oficialmente reconhecido. Para o acompanhante são necessários comprovativos reconhecidos dos laços de parentesco existentes.

3.3 Acordos bilaterais no âmbito da saúde

Uma das consequências das transformações políticas ocorridas em Portugal em Abril de 1974 foi a proclamação da independência das até aí nossas potências ultramarinas, nomeadamente Cabo Verde, Angola, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Moçambique, o que aconteceu durante o ano de 1975.

Animados pelo desejo de firmar entre estes novos países relações de amizade e solidariedade, assentes em princípios como respeito mútuo, soberania nacional, integridade territorial, igualdade, reciprocidade, vantagem mútua e não ingerência nos assuntos internos, decidiram estabelecer acordos de cooperação em vários domínios, entre eles o da saúde.

Assim, dois anos após a independência destes países, em 1977, Portugal assinou acordo de cooperação na área da saúde, com São Tomé e Príncipe e Cabo Verde; No caso de Cabo Verde, é assinado um protocolo adicional ao acordo, através do DL N° 129/80, de 18 de Novembro e em 6 de Maio de 2004 é assinado um protocolo de cooperação entre as DGS de ambos os países.

Um ano depois, em 1978, igual acordo na área da saúde é estabelecido com Guiné-Bissau. Em 1985 foi celebrado ainda uma convenção no domínio da saúde, publicada no DR I Série N° 271 de 25 de Novembro de 1985. Em 1992, novo acordo de saúde é celebrado, publicado do DR I Série A, N° 243 de 21 de Outubro.

Com Angola e Moçambique o referido acordo só foi celebrado quase dez anos mais tarde, em 1984. No caso de Angola, foi assinado também em Maio de 1999, pelos então ministros da Saúde, um programa de trabalho, abrangendo áreas de formação diversas, como sejam a formação, assistência técnica, investigação e evacuação de doentes.

Seguidamente damos conta dos diversos acordos agora enunciados, bem como os respectivos diplomas legais.

Com Angola

- Decreto-Lei N° 39/84 de 13 de Julho, publicado no Diário da República, I Série, N° 165, de 18 de Julho de 1984.
- Assinatura em 31 de Maio de 1999, pelos então ministros da saúde de Portugal e Angola, do Programa de Trabalho, abrangendo as áreas da formação, assistência técnica, investigação e evacuação de doentes.

Com Cabo-Verde

- Decreto-Lei N° 24/77, de 5 de Março, publicado no Diário da República, I Série, N° 52 de 3 de Março de 1977.
- Decreto-Lei N° 129/80 de 18 de Novembro – Protocolo adicional ao acordo no domínio da saúde.
- Protocolo de cooperação entre a Direcção-Geral de Saúde de ambos os países, assinado no Mindelo no dia 6 de Maio de 2004.

Com Guiné-Bissau

- Decreto-Lei N° 36/78 que aprova o Acordo do domínio da saúde assinado em 13 de Janeiro de 1978, publicado no Diário da República, I Série, N° 89 de 17 de Abril de 1978.
- Convenção no domínio da saúde assinada entre os dois países, publicada no Diário da República, I Série, N° 271 de 25 de Novembro de 1985.

- Acordo de saúde publicado no Diário da República, I Série A, N° 243 de 21 de Outubro de 1992.

Com Moçambique

- Decreto-Lei N° 35/84, publicado no Diário da República, I Série, N° 160 de 12 de Julho de 1984.

Com São Tomé e Príncipe

- Acordo de saúde publicado no Diário da República, I Série, N° 52 de 3 de Março de 1977.

Estes acordos bilaterais de cooperação no âmbito da saúde, entre outros, comportam deveres e obrigações para ambas as partes envolvidas, dos quais daremos conta de seguida.

As partes acordaram estabelecer relações de cooperação no âmbito da saúde, incluindo assistência médica a doentes evacuados, investigação científica médica e farmacêutica e formação e aperfeiçoamento do pessoal de saúde.

Os acordos celebrados entre Portugal e cada um dos PALOP não são exactamente iguais. Contudo, as diferenças são mínimas, resumindo-se essas diferenças ao número de doentes a tratar ou ao pagamento de algumas despesas. Por exemplo, Portugal assume na íntegra o pagamento das despesas inerentes ao internamento dos doentes, o que inclui estadia, cirurgias, exames complementares de diagnóstico, etc., excepto no caso de Angola em que estas despesas são divididas ao meio.

Ignorando, pois, essas pequenas diferenças, apresentaremos no quadro seguinte, em traços gerais, os principais compromissos de cada país.

Quadro nº 7 – Responsabilidades nos Acordos de Cooperação

Responsabilidades de Portugal	Responsabilidades de cada PALOP
<ul style="list-style-type: none">■ Assistência médica hospitalar (internamento, hospital de dia e ambulatório)■ Meios complementares de diagnóstico e terapêutica quando efectuados em estabelecimentos hospitalares oficiais ou suas dependências.■ Transporte em ambulância do aeroporto ao hospital quando clinicamente exigido	<ul style="list-style-type: none">■ Transporte de vinda e regresso do doente■ Deslocação do aeroporto ao local de destino■ Alojamento de doentes não internados ou em regime de ambulatório■ Alojamento após o tratamento ter sido dado por concluído■ Medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em ambulatório■ Funeral ou repatriamento do corpo em caso de morte■ Atribuição de próteses

Fonte: DGS Portuguesa

No que concerne especificamente a tratamento de doentes, Portugal compromete-se, na medida das suas possibilidades, a assegurar, desde que esgotados todos os recursos terapêuticos e de diagnóstico no país solicitante, o tratamento em Portugal de nacionais da outra parte, até uma presença máxima de doentes a estabelecer nos programas anuais ou bienais de execução do respectivo acordo bilateral. A assistência médica poderá resumir-se a tratamento em regime de ambulatório ou dar lugar a internamento em hospital a indicar pela ARS portuguesa.

Inerentes à vinda dos doentes existem compromissos, assumidos por cada uma das partes. É da responsabilidade do país que envia o doente promover a sua deslocação até Portugal (tratar do visto e pagar viagem), bem como do aeroporto até à instituição

hospitalar indicada pela DGS portuguesa. Se o estado do doente for muito grave, Portugal compromete-se a recolher o doente no aeroporto e fazê-lo transportar até ao hospital em ambulância.

Os doentes deverão fazer-se acompanhar de relatório clínico passado pelas entidades de saúde do país de origem. Do mesmo modo, quando o doente tiver alta hospitalar, deverá regressar acompanhado de um relatório confidencial, para entregar às entidades de saúde do seu país.

O país de origem do doente, através da sua embaixada em Lisboa, deverá assegurar a estadia e alimentação dos doentes, no caso de tratamento ambulatorio. Deve ainda proceder ao reenvio dos doentes ao país de origem, quando o doente estiver curado ou possa continuar o tratamento no seu país, ou tratar do funeral e envio do corpo, em caso de morte.

Os países solicitantes deverão avisar a DGS portuguesa, com alguns dias de antecedência (sensivelmente uma semana), da vinda dos doentes, a fim de se poder programar o seu internamento. De igual modo, as entidades de saúde portuguesas deverão comunicar com alguns dias de antecedência a data provável da alta dos doentes em questão.

Mas a abrangência destes acordos não se extingue na aplicação de terapêuticas e nos exames complementares de diagnóstico. Promove igualmente a formação de pessoal médico e de enfermagem, através de estágios em hospitais ou outras instituições especializadas em saúde, bem como a troca de missões científicas, a participação em conferências, congressos e simpósios médico-farmacológicos, a investigação científica e a partilha dos resultados dessa mesma investigação.

A cooperação portuguesa com os PALOP não se esgota nos acordos atrás enunciados. Para além de acordos de cooperação de outra natureza (militar, jurídica, educacional, entre outras), coopera através do envio de dinheiro para ser investido em diversas áreas, nomeadamente a da saúde, bem como envio de medicamentos.

3.4 Procedimentos de evacuação

A vinda dos doentes para tratamento em Portugal envolve alguns procedimentos, mais ou menos urgentes, dependendo da gravidade de cada caso. O quadro que a seguir se apresenta sintetiza o circuito institucionalizado de evacuação atempada de doentes. O mesmo quadro permite ainda pôr em evidência as diversas entidades envolvidas no processo, referente aos dois países (Embaixadas, DGS e Ministérios da Saúde).

Quadro nº 8 - Circuito de evacuação atempada

Passo nº 1	Passo nº 2	Passo nº 3	Passo nº 4
Junta Médica Nacional de cada país de origem elabora um relatório clínico que fundamente a necessidade de evacuar o doente.	O relatório clínico é submetido a homologação do Ministro da Saúde de cada PALOP e o processo é remetido à Embaixada de cada PALOP em Portugal.	A Embaixada remete o processo à DGS com um pedido formal para aceitação do mesmo no âmbito dos Acordos de Cooperação Internacional.	A DGS portuguesa aprecia o pedido, emite parecer técnico e autoriza a evacuação do doente, indicando o hospital público mais conveniente dada a patologia em causa.
Passo nº 5	Passo nº 6	Passo nº 7	Passo nº 8
DGS emite ofício ao Serviço de Gestão de doentes do Hospital escolhido a solicitar a marcação de consulta.	O hospital informa a DGS da data da consulta.	DGS transmite a data da consulta à Embaixada do PALOP em Portugal, à Embaixada de Portugal no PALOP, à qual comunica ao SEF para facilitar a obtenção do visto específico (Estada Temporária).	A Embaixada de cada PALOP em Portugal informa o respectivo Ministério da Saúde da marcação da consulta, para que este accione os procedimentos para a deslocação

Fonte: DGS Portuguesa

É o médico assistente que dá início ao processo de evacuação do doente, propondo-o à respectiva Junta de Saúde, quando considera esgotados todos os meios de diagnóstico e tratamento no país.

As Juntas de Saúde, em reuniões programadas ou extraordinárias, observam o doente e decidem sobre a necessidade de evacuação do mesmo. Ao Ministro da Saúde cabe a decisão final sobre a evacuação do doente, homologando o mapa da Junta de Saúde.

A Direcção Geral de Saúde do país emissor, através do Serviço de Doentes Evacuados da sua embaixada em Portugal, contacta a Direcção de Saúde portuguesa, a fim de solicitar o tratamento do doente. A Direcção Geral de Saúde portuguesa coordena o processo, ao indicar a unidade de saúde disponível para o receber.

Quando o doente já tem autorização para ser evacuado, compete às entidades envolvidas no país de origem tratar do visto junto do consulado português nesse país, bem como da aquisição do bilhete de passagem para Portugal.

Existem evacuações de carácter urgente (casos em que a gravidade da doença não se compadece com a espera) ou com consulta marcada. O quadro anterior sintetiza o circuito atempado, ou com consulta marcada, o quadro que se segue sintetiza uma evacuação urgente.

Quadro nº 9 - Circuito de evacuação urgente

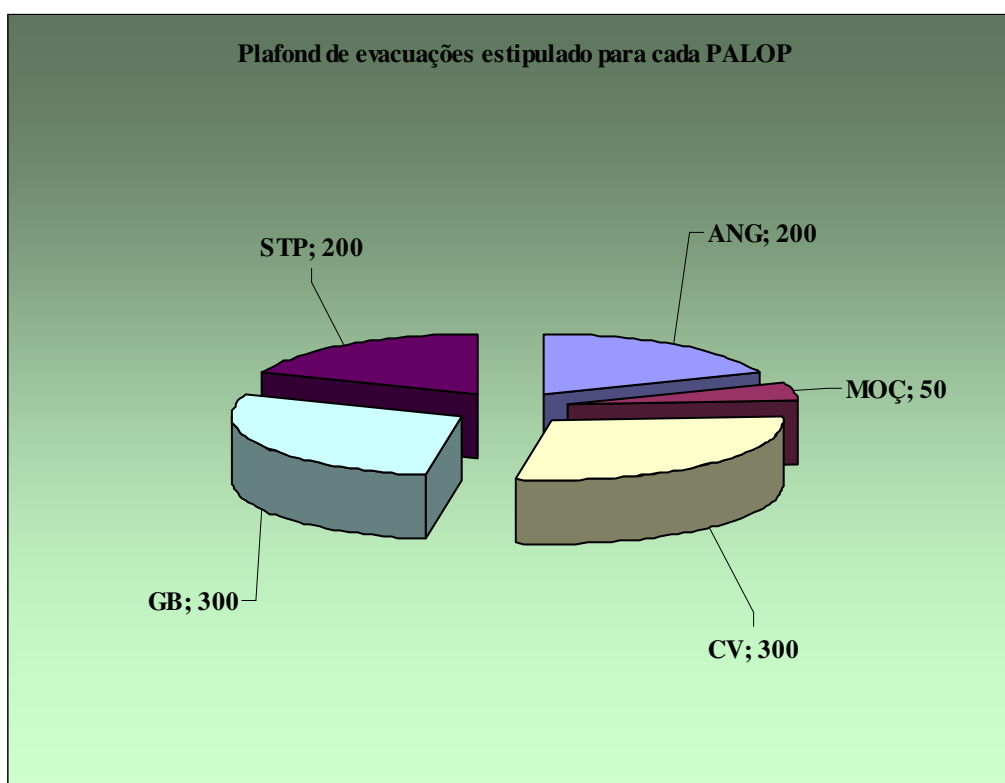
Passo nº 1	Passo nº 2
A Embaixada do PALOP ou o respectivo Ministério da Saúde informa a DGS por telefone ou fax sobre a vinda do doente em situação de urgência	A Direcção Geral de Saúde (DGS) decide qual o hospital mais adequado para a recepção do doente e avisa-o da sua vinda.

Fonte: DGS Portuguesa

3.5 Dados estatísticos

Nos acordos celebrados no âmbito da saúde, entre Portugal e cada um dos PALOP, foram estipulados *plafonds* anuais para doentes evacuados. É desses *plafonds* que daremos conta no gráfico seguinte. Assim, verificamos que Moçambique é o país com o *plafond* mais baixo, 50 doentes por ano. Angola e São Tomé e Príncipe têm um *plafond* anual de 200 doentes, e por fim, Cabo Verde e Guiné-Bissau com o número maior, isto é, 300 doentes por ano.

Gráfico nº 7 – *Plafond* anual de evacuados estabelecido para cada PALOP nos Acordos de saúde celebrados



Fonte: DGS Portuguesa

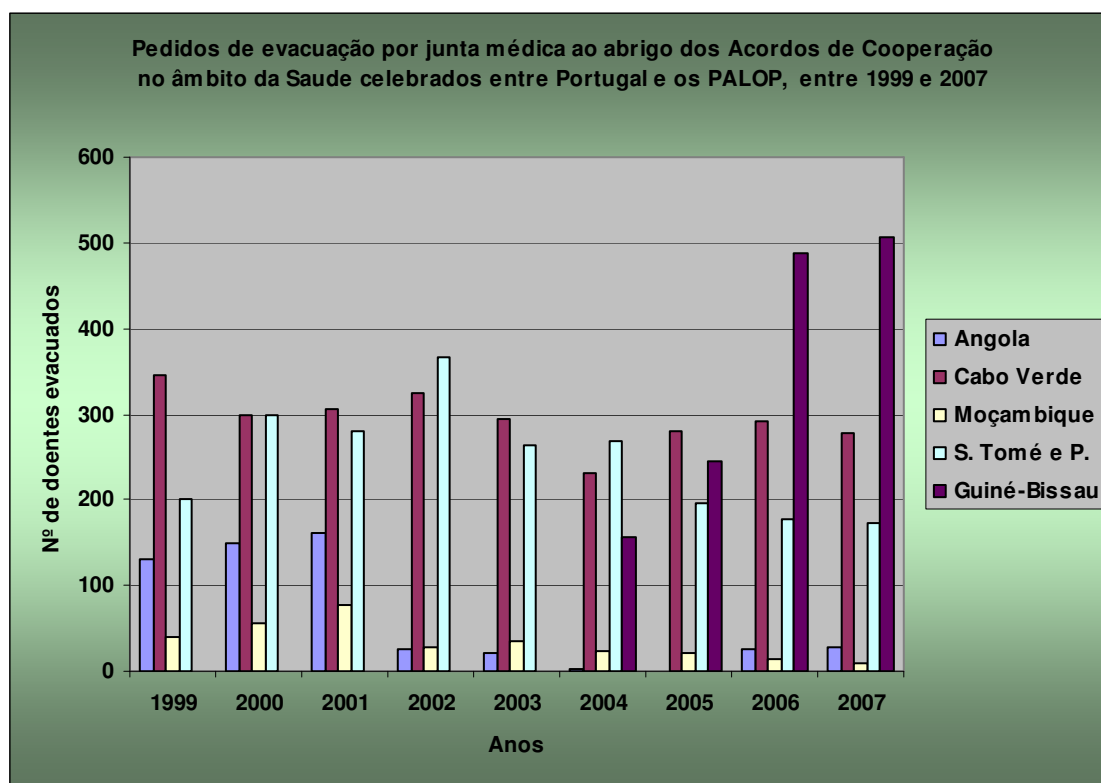
Se olharmos atentamente para o quadro nº 10 e gráfico nº 8 verificamos que o *plafond* autorizado, excepto nos casos de Angola e Moçambique, foram bastante ultrapassados, por todos os países. Este facto é francamente visível no gráfico nº 9, através da comparação dos valores dos anos 2002 e 2007, relativamente ao valor de referência (*plafond*).

Quadro nº 10– Pedidos de evacuação ao abrigo dos acordos de cooperação no âmbito da saúde, entre Portugal e os PALOP entre 1999 e 2007.

Nº de pedidos de evacuação ao abrigo dos Acordos de Cooperação no âmbito da saúde entre Portugal e os PALOP, no período 1999 - 2007										
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Angola	130	150	160	25	21	2	0	26	28	542
Cabo Verde	345	300	305	325	295	232	280	292	278	2652
Moçambique	40	55	78	29	35	23	22	14	10	306
S. Tomé e P.	200	300	280	367	263	268	196	178	172	2224
Guiné-Bissau	0	0	0	0	0	157	245	488	507	1397
Total	715	805	823	746	614	682	743	998	995	7121

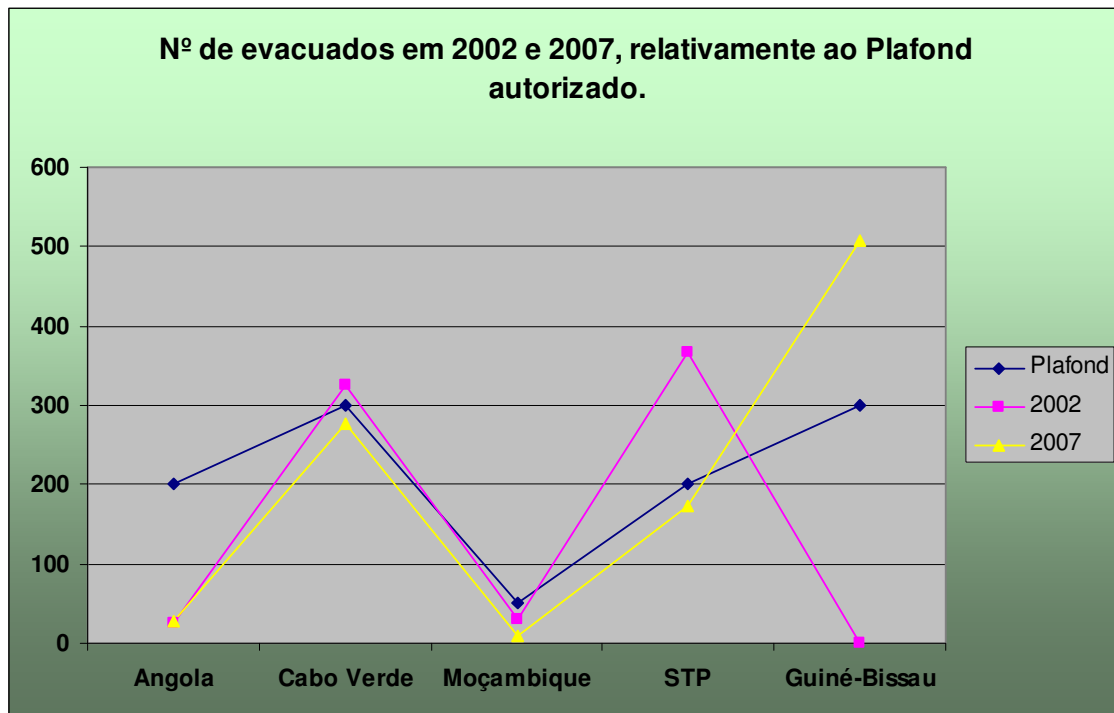
Fonte: DGS

Gráfico Nº 8 - Pedidos de evacuação ao abrigo dos acordos de cooperação no âmbito da saúde, entre Portugal e os PALOP entre 1999 e 2007.



Fonte: DGS Portuguesa

Gráfico nº 9 – Número de evacuados em 2002 e 2007, face ao plafond autorizado



Fonte: DGS Portuguesa

No caso de Guiné-Bissau, a DGS não disponibilizou dados para os primeiros cinco anos. O facto de se viver à época um clima de guerra e pós guerra, com as consequências que daí possam advir, poderá ser uma explicação aligeirada para a ausência de números²⁵. Mas os dois últimos anos em análise, 2006 e 2007, mostram que os números autorizados foram largamente ultrapassados, levando-nos a acreditar que a Guiné-Bissau é um dos PALOP mais dependentes de Portugal em termos de saúde. Tanto no caso de Angola como no de Moçambique verificamos que de 1999 a 2001 os valores foram bastantes mais altos do que os anos seguintes, sobretudo dos mais recentes. No caso de Angola, apesar da discrepância de valores, o plafond nunca foi ultrapassado. Relativamente a Moçambique, embora a discrepância entre os valores não seja tão elevada, em 2000 e 2001 o *plafond* foi ultrapassado. São Tomé e Príncipe apresenta valores bastante mais altos que o estipulado nos anos de 2000 a 2002. Nos

²⁵ A falta de elementos estará certamente relacionada com a guerra que se iniciou em 1998. A época conturbada pela guerra e fome dificultou ou impediu a vinda para Portugal para tratamento médico.

últimos três anos em análise não chega a atingir o limite do *plafond* embora esteja muito próximo.

Segundo informação que esteve presente no site da DGS²⁶, o baixo número de evacuados de Angola deveu-se, muito provavelmente, a alterações políticas, bem como a dificuldades de gestão interna da Junta Médica Nacional.

Se analisarmos o número de evacuados tendo em conta a dimensão geográfica de Cabo Verde, São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau, relativamente a Angola e Moçambique, verificamos que, comparativamente, aqueles têm um peso relativo muito superior a estes, o que poderá ser reflexo das condições de saúde existentes em cada país. Realmente, alguns dos nossos informadores privilegiados deram-nos conta da melhor qualidade dos sistemas de saúde de Angola e Moçambique, não só em termos de estrutura e organização como de equipamentos e valências disponíveis. Outra explicação avançada poderá residir no facto destes países recorrerem a Cuba, reconhecida mundialmente pela qualidade do seu sistema de saúde, ou a África do Sul, pela maior proximidade, relativamente a Portugal.

Por outro lado, fortes laços culturais e históricos existentes, sobretudo com Cabo Verde, podem influenciar a escolha de Portugal para tratamento. Mesmo antes de Portugal se afirmar como país de imigração, já existiam em Portugal diásporas caboverdianas que chegavam a Portugal para estudar ou para trabalhar. Essas diásporas foram crescendo e atraindo outros caboverdianos ao longo dos anos. Essa relação «afectiva» entre os dois países poderá explicar a vinda dos doentes para Portugal, uma vez que é muito mais fácil vir tratar-se onde existem já muitos familiares e amigos que os podem acolher e ajudar.

Muitos doentes vêm para Portugal por sua conta e risco, fora dos acordos de saúde. Embora tragam consigo um relatório médico que ateste a sua necessidade de se tratar em Portugal, vêm fora do âmbito dos acordos. Ou porque o relatório clínico não foi aprovado pelo Ministério da Saúde do PALOP, ou porque se «cansaram» de esperar pelo desenrolar de todo o processo que pode tornar-se moroso. São esses que depois em Portugal, sem qualquer apoio, aumentam a procura do Gabinete de saúde do CNAI e outras instituições de apoio aos imigrantes.

²⁶ Em 2006

A entrevista que fizemos no gabinete de saúde do CNAI, em Lisboa, reforça essa ideia, bem como as tendências de que temos vindo a falar. Segundo a informação que nos deram neste gabinete, raros são os imigrantes oriundos de Moçambique que procuram o gabinete. De há cerca de quatro anos a esta parte foram atendidos três ou quatro imigrantes provenientes de Moçambique. Angolanos e caboverdianos têm sido também uma minoria, quando comparados com São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau, que são quem mais procura o gabinete para pedir ajuda. Os angolanos e caboverdianos que procuram o gabinete de saúde do CNAI geralmente são doentes que tiveram alta e não querem regressar ao seu país ou que vieram para Portugal por sua conta e risco, não estando abrangidos pelos acordos de saúde. Angola e Cabo Verde têm os processos de evacuação relativamente bem estruturados, quando comparados com Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe.

Durante as entrevistas aos informadores privilegiados foi referido também o rigor nos processos de triagem no país de origem. São Tomé e Príncipe, bem como a Guiné, não mostram grande rigor no processo de triagem, tendo em conta que enviam para Portugal doentes que não têm qualquer hipótese de cura. Pelo contrário, Cabo Verde só envia doentes que necessitam realmente de tratamento em Portugal, porque não o têm em Cabo Verde. Angola e Moçambique, aliam o maior rigor na triagem à sua maior autonomia em termos de oferta de cuidados de saúde e, por isso mesmo, enviam menos doentes para tratamento em Portugal.

Como já foi referido ao longo deste trabalho, o visto adequado para a vinda destes doentes evacuados é o visto de estada temporária. De acordo com o Ministério dos Negócios Estrangeiros, o número de vistos de estada temporada solicitados por questões de saúde entre 2000 e 4 de Julho de 2007, data da entrada em vigor da Lei 23/07, eram os apresentados no quadro nº 11.

Quadro nº 11 - Vistos de estada temporária concedidos por questões de saúde, entre 2000 e 2007, ao abrigo do nº 2 do Artº 40 da Lei 34/2003 de 25 de Fevereiro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	TOTAL
Angola	0	0	0	3	8	72	92	72	247
Cabo Verde	6	0	4	11	3	269	414	289	996
Guiné-B.	0	5	18	44	88	158	400	410	1123
Moçambique	0	1	8	13	31	19	20	17	109
S.Tomé e P.	0	8	26	60	274	205	252	176	1001
TOTAL	6	14	56	131	404	723	1178	964	3476

Fonte: MNE – dados não publicados

* Até à entrada em vigor da nova lei da imigração /Lei 23/2007 de 4 de Julho)

Pela análise do quadro nº 11, verificamos que Guiné-Bissau, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe foram os países que mais vistos de estada temporária para tratamento médico em Portugal obtiveram no período em análise. Cabo Verde apresenta valores elevados sobretudo a partir de 2005. Angola e Moçambique, mas sobretudo Moçambique, apresentam números muito baixos relativamente aos restantes. Existe uma grande discrepância de valores quando comparado com o quadro nº 10 relativo aos pedidos de evacuação. Como o quadro nº 11 diz respeito a vistos de estada temporária concedidos especificamente para tratamento médico, estes quadros deveriam ser coincidentes. No ano 2000 Portugal recebeu 805 evacuados por questões de saúde no conjunto dos quatro PALOP (excluindo Guiné-Bissau que não consta das estatísticas neste ano) e o MNE concedeu apenas 6 vistos de estada temporária tendo como objectivo o tratamento

médico em Portugal. Do mesmo modo, em 2006 foram concedidos 1178 vistos para esse fim e apenas constam 998 pedidos de evacuação.

Numa conversa com uma inspectora do SEF, foi-nos dito que muitas vezes, dada a urgência da evacuação, os doentes vêm apenas com um visto de turismo, desadequado ao objectivo da sua entrada em Portugal, o que pode explicar a discrepância entre o número de vistos concedidos e o número de evacuados. Por outro lado, os vistos podem ser concedidos atempadamente mas, dada a inoperância e burocracia dos serviços no país de origem, os doentes acabam por perder o direito ao visto ou, quiçá, falecer antes de conseguir vir, o que pode explicar também o desajuste entre o número de vistos concedidos e o número de pedidos de evacuação.

4 ESTUDO DE CASO

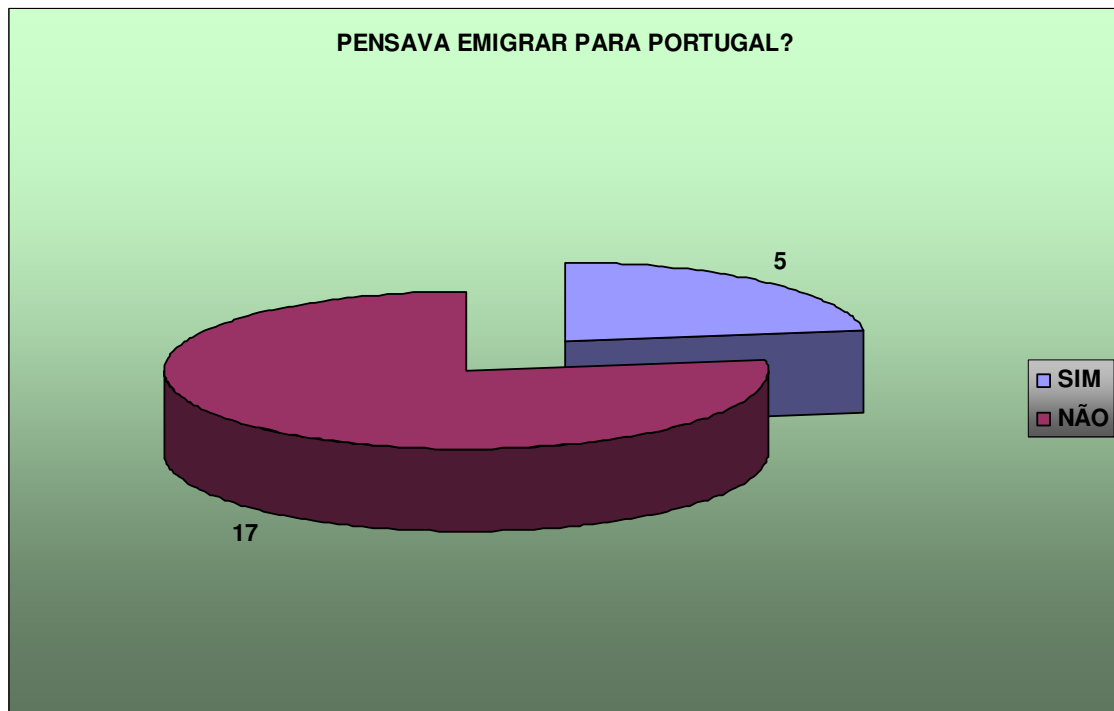
4.1 A VINDA PARA PORTUGAL

4.1.1 A decisão de migrar: tempos e contratempos

A decisão de migrar é certamente uma decisão com grande necessidade de ponderação, não podendo ser tomada de ânimo leve. Porque envolve rupturas familiares, sociais e culturais que é preciso saber gerir. Porque se reveste de obstáculos diversos, dos quais as barreiras culturais e linguísticas são apenas dois exemplos. Porque não basta a vontade de migrar, são necessários capitais: social, cultural, qualificacional e económico, de suporte ao acto de migrar. Social, porque ter amigos ou familiares que ajudem a integrar no país de acolhimento é uma mais valia importante; cultural, porque é necessário saber compreender uma cultura diferente da sua, sem perder a identidade; qualificacional, porque cada um que emigra persegue o sonho de alcançar uma vida melhor, sendo necessário para isso habilitações profissionais e académicas, para competir no mercado de trabalho; económico, porque o acto de migrar é dispendioso, sendo necessário custear viagem, e, em muitos casos, quando parte da família fica no país de origem, é preciso custear as despesas das duas casas, uma no país de origem e outra no de acolhimento. Por isso o acto de migrar envolve uma ponderada contabilidade entre custos e benefícios.

Como se pode deduzir pela leitura do gráfico seguinte, das vinte e duas pessoas inquiridas neste trabalho, apenas cinco afirmaram que já pensavam emigrar para Portugal, independentemente do problema de saúde dos filhos. As restantes confessaram que apenas vieram por causa dos problemas de saúde dos filhos. Algumas referiram que mesmo que quisessem emigrar para Portugal não o poderiam fazer por falta de meios económicos. Tinham no seu país uma vida pobre, difícil, que não lhes permitia aspirar a uma vida melhor noutro país.

Gráfico nº10 - Intenção de emigrar para Portugal



A maioria dos inquiridos afirmou ter família, amigos e conhecidos em Portugal há já muitos anos e que a ajuda deles tem sido muito importante durante toda a sua estadia em Portugal.

4.1.2 A “selecção” dos candidatos para tratamento médico: quem, quando e como?

A selecção dos candidatos obedece a factores de natureza diversa. A geografia do país é, por si só, factor discriminatório no processo de evacuação médica, isto é, quem mora longe dos grandes centros urbanos dificilmente chega aos serviços de saúde centrais,

sobretudo se falamos de pessoas com poucos recursos económicos. Diz quem acompanhou de perto comunidades africanas,²⁷ que nas regiões periféricas as estradas e os meios de transporte são muito deficientes, para além de muito dispendiosos.

Numa primeira abordagem, os doentes dirigem-se para o Posto de Saúde ou Centro de Saúde da sua zona, que em casos graves raramente têm capacidade para transferir os doentes. Existem poucas ambulâncias e pouco dinheiro para o combustível e manutenção.

As pessoas que estão gravemente doentes raramente têm capacidade para sair de casa e muitas vezes morrem sem se deslocarem ao Centro ou Posto de Saúde. O tradicional recurso aos curandeiros também condiciona essa deslocação, pois é [quase] sempre o primeiro e muitas vezes só recorrem ao SNS numa fase avançada da doença, quando já não há nada a fazer.

Frequentemente põem as suas vidas na mão de “entidades” inexistentes, como o Irã²⁸, ou o Poilão²⁹, no caso da Guiné, a quem prestam culto, à volta dos quais organizam rituais, a quem pedem para o bem e para o mal.

Para aqueles que vivem nas cidades ou relativamente perto delas, o acesso aos cuidados de saúde é mais fácil. Mas, escutando as “histórias” que nos contam os inquiridos e os depoimentos dos informadores privilegiados, percebe-se facilmente que os meios complementares de diagnóstico são raros ou inexistentes nos hospitais e/ou Centros de Saúde. Daí a necessidade de evacuar os doentes para Portugal, ao abrigo dos acordos no âmbito da saúde, para obter tratamento médico adequado.

Ainda segundo a mesma fonte, “ o SNS destes países africanos funciona de forma pouco eficiente e, à semelhança do que acontece em Portugal, ter um contacto é um factor determinante para obter o tratamento adequado.”

Depoimentos como os que se seguem são reveladores de como os processos avançam.

²⁷Entrevista com um indivíduo que trabalhou com os Médicos do Mundo numa missão em África, nomeadamente em Moçambique.

²⁸ Figura das religiões tradicionais africanas que representa o espírito de um antepassado.

²⁹ Arvore sagrada onde se recolhe a alma/espírito de alguém falecido.

[“...o pai na altura era adjunto do administrador do hospital e falou com o director...” (São Tomé e Príncipe)]

[“...não demorei muito para vir porque o meu marido, que trabalha nas finanças tratou de tudo...”(Guiné-Bissau)]

[“...o pai do Pedro que é militar falou com um amigo que trabalha no gabinete do Presidente...(Guiné-Bissau)]

[“...eu era militar, mas cortava o cabelo ao embaixador e a políticos. Essa influência fez com que eu viesse mais depressa....(São Tomé e Príncipe)]

[“...eu trabalhava no hospital...o pai trabalhava no hospital, falou com o médico para ajudar a pagar a viagem e o médico aceitou....teve conselho de ministro e o hospital pagou metade e a embaixada pagou o resto...nós não pagámos nada....desde que o médico passou o papel, demorámos cerca de um mês para vir....”(São Tomé e Príncipe)]

Mas nem sempre ter uma cunha é suficiente para ajudar no processo. Em alguns casos, pelo menos no que à Guiné-Bissau diz respeito,³⁰ o médico só envia o doente para junta médica mediante um pagamento, isto é, quem tem dinheiro para pagar ao médico o “favor” de propor o doente para junta médica, poderá ter a pretensão de melhorar a sua saúde, minorar o seu sofrimento ou, certamente em alguns casos, a possibilidade de viver. Para quem não tem dinheiro, a alternativa é colocar a sua vida nas mãos do *Irã* e esperar que ele se compadeça e faça um milagre.

Também o depoimento de uma outra colaboradora de uma ONG³¹, deixado num fórum de discussão sobre África, em que comentava uma reportagem passada na SIC Internacional sobre a saúde na Guiné-Bissau, elucida quanto à forma de selecção dos candidatos a evacuação médica: “Pergunto se o estado actual da saúde no país também não põe em jogo a honra da Nação ou não denigre a imagem do governo, para que este lhe dê atenção e o mínimo de meios indispensáveis? Os meios já são escassos e, os poucos que há, ainda são desviados para “fins obscuros”, porém publicamente conhecidos, como é o caso das bolsas (nome demasiado pomposo para o que elas compreendem...) de saúde para evacuação para Portugal dos casos clínicos que não podem ser solucionados em Bissau, em que uma parte é destinada a pessoas que não respondem aos critérios de selecção por não haver “transparência” na sua atribuição, como explicou na reportagem um dos médicos entrevistados.”

³⁰ Testemunho de um dirigente de uma Associação Guineense de Solidariedade Social

³¹ Angolana, filha de pais cabo-verdianos, guineense de coração, licenciada em Ciências Económicas, membro de uma organização Intergovernamental.

Também em São Tomé e Príncipe são apontadas actividades menos claras para suprir as carências sentidas no dia a dia. Segundo se lia no Jornal de São Tomé e Príncipe a 7 de Agosto de 2003, «*Bicabala*» é o termo do crioulo são-tomense para definir a tarefa diária de cada cidadão para sobreviver no dia-a-dia, ou seja, a «*lei do desenrasca*». Raros são os salários que são suficientes por si mesmo para uma família, daí que as actividades alternativas de compensação se multipliquem, e todos estão abrangidos, ministros, funcionários públicos, comerciantes, cidadão comum. (...) As discrepâncias sociais são outro factor de tensão. Gigantescas vivendas coabitam com velhas casas de madeira típicas de São Tomé «que ninguém compreende como conseguiram os meios económicos para as construir», desabafa uma são-tomense. O salário mínimo de São Tomé e Príncipe é aproximadamente de 23 euros, no entanto um soldado tem uma remuneração de sete euros, um jornalista ganha em média 50 euros, enquanto um funcionário público tem um salário que ronda os 50 e 100 euros, nestas bases é impossível ter habitação própria, por isso mesmo o «*bicabala*» tornou-se na principal actividade do país, desenrascar-se para se poder viver condignamente”.

Quando os capitais social e económico são escassos mas a perseverança e o desejo de ver os filhos viver são fortes, desenvolvem-se, naturalmente, estratégias de confrontação com o poder do Estado e de apelo aos sentimentos. “Armam-se” de coragem e vão falar directamente com o Ministro da Saúde, Primeiro-Ministro ou mesmo com o Presidente da República, a fim de implorarem ajuda e acelerarem o processo.

Os depoimentos que se seguem fazem parte da estratégia “último recurso” adoptada por alguns, esgotados todos os meios ditos “normais” para conseguir a junta médica.

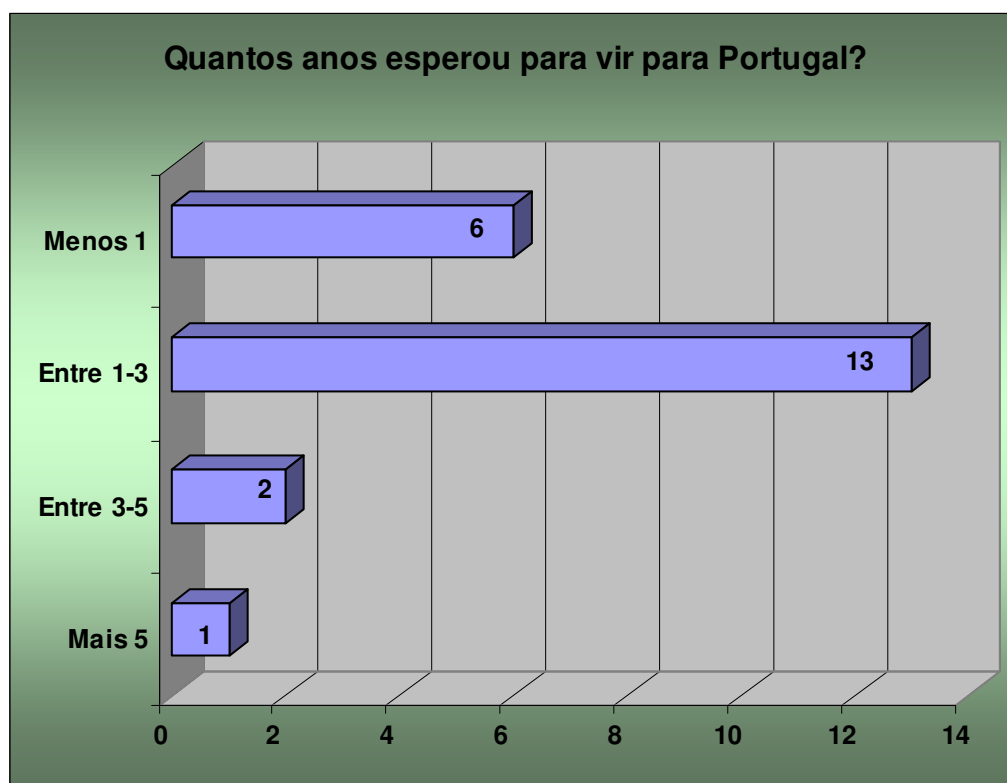
[“...fui falar com o primeiro ministro e disse que não me ajudavam porque eu era pobre, que se fosse filho de rico já tinha sido evacuado...” (São Tomé e Príncipe)]

[“... depois fui falar com o ministro da saúde...estava com medo que o meu filho morresse.....e eu tirei roupa a José, mostrei problema do menino³², todo o mundo ficou com pena...” (São Tomé e Príncipe)]

A burocracia e inoperância dos ministérios e embaixadas aliadas a processos de triagem menos honestos, induzem a longos meses de espera que se traduzem muitas vezes na evolução de doenças para estádios irreversíveis e que poderiam ser evitados se os doentes chegassem mais cedo a Portugal. Tal como afirma a directora da consulta de Neurologia do Hospital de Dona Estefânia, “a manter-se a situação actual mais não nos resta, pelo menos aos médicos ainda a trabalhar em hospitais públicos, do que continuar a oferecer a muitos meninos dos PALOP cuidados paliativos diferenciados...” O gráfico nº 11 ilustra o que acabámos de dizer relativamente ao longo tempo de espera.

³² Criança com Spina Bífida

Gráfico nº11 - Tempo de espera pela Junta médica



De acordo com o relato da maioria dos inquiridos, vir para Portugal para tratamento médico obrigou a verdadeiras batalhas com a embaixada, com as finanças, com o Ministério da Saúde. Desde que o médico propõe o doente para junta médica até que o doente finalmente chega a Portugal para tratamento, passam-se alguns meses ou, em alguns casos, vários anos, dependendo das “cunhas” que conseguiram movimentar (ver quadro nº 12 e gráfico nº 11).

Dos vinte e dois inquiridos neste trabalho, apenas três referiram ter estado pouco tempo à espera para vir, não ultrapassando os três meses de espera. Curiosamente, em dois dos três casos, o progenitor da criança é funcionário do Estado. Como se pode observar pela análise do quadro seguinte, o tempo de espera que decorre desde que o médico assistente propõe o doente a junta médica até que o processo de evacuação seja concretizado é excessivo. A maioria dos inquiridos, treze, para sermos mais exactos, afirmou ter esperado entre um e três anos. Os casos mais céleres tiveram, como também

se pode observar, um “empurrãozinho”. Em alguns casos, mesmo com o “empurrãozinho” decorreram cerca de dois anos de espera.

Os inquiridos que mais anos estiveram à espera para conseguir vir para Portugal referiram não ter tido ajuda de nenhum contacto informal no sentido de acelerar o processo.

Quadro nº 12 – A rede de contactos informais

PAÍS	TEMPO DE ESPERA	NECESSIDADE DE RECORRER A CONTACTOS INFORMAIS ?	TEMPO EM PORTUGAL
Angola	Aprox. 5 anos	Não	6 anos
Cabo V.	Aprox. 5 anos	Não	4 anos
Cabo V.	Aprox. 1, 5 anos	Sim . Tio Português assumiu tudo	Menos de 1 ano
Cabo V.	Aprox. 2 anos	Sim. Pai residente em Portugal assumiu tudo	10 anos
STP	Aprox. 1 ano	Sim. Tia residente em Portugal assumiu tudo	15 anos
Guiné-B.	Aprox. 3,5 anos	Não	2 anos
Guiné-B.	Aprox. 1,5 anos	Não	2 anos
Guiné-B.	Aprox. 3 meses	Sim. Pai Trabalha nas Finanças e tratou de tudo	2 anos
STP	Aprox. 1,5 anos	Não	2 anos
STP	Aprox. 6 anos	Sim, mas só depois da morte do filho gémeo ³³	1 ano
STP	Aprox. 7 meses	Sim. Marido residente em Portugal assumiu tudo	1 ano
STP	Aprox. 3 anos	Não	4 anos
Guiné-B.	Aprox. 1 ano	Sim. Foi à Televisão pedir dinheiro	Menos de 5 meses
STP	Aprox. 1,5 anos	Não	4 anos
STP	Aprox. 1 mês	Sim. Pai adjunto do administrador hospital Guadalupe	3 anos
Guiné-B.	Aprox. 8 meses	Não	1 ano
Guiné-B.	Aprox. 2 anos	Sim. Pai militar pediu ajuda a Presidente p/pagar viagem	Menos de 5 meses
STP	Aprox. 1 mês	Sim. Foi falar com ministro da saúde	2 anos
STP	Aprox. 2 anos	Sim. Cortava o cabelo a políticos que pagaram viagem	3 anos
Guiné-B.	Aprox. 3 anos	Não	Menos de 3 meses
Angola	Aprox. 7 meses	Não	Menos de 3 meses
Guiné-B.	Aprox. 3 anos	Não	3 anos

Podemos observar ainda, pela análise do quadro acima exposto, que a maioria dos inquiridos já se encontra em Portugal há alguns anos. Tal situação pode reflectir uma ou várias (senão as três) das seguintes situações: os seus familiares doentes têm doenças prolongadas que obstam ao retorno ao país de origem; recusam-se a voltar porque

³³ Esta inquirida afirma ter perdido um filho por causa do excessivo tempo de espera pelo desenrolar do processo de evacuação (cerca de 3 anos). O menino faleceu no IPO poucos meses após ter chegado a Portugal.

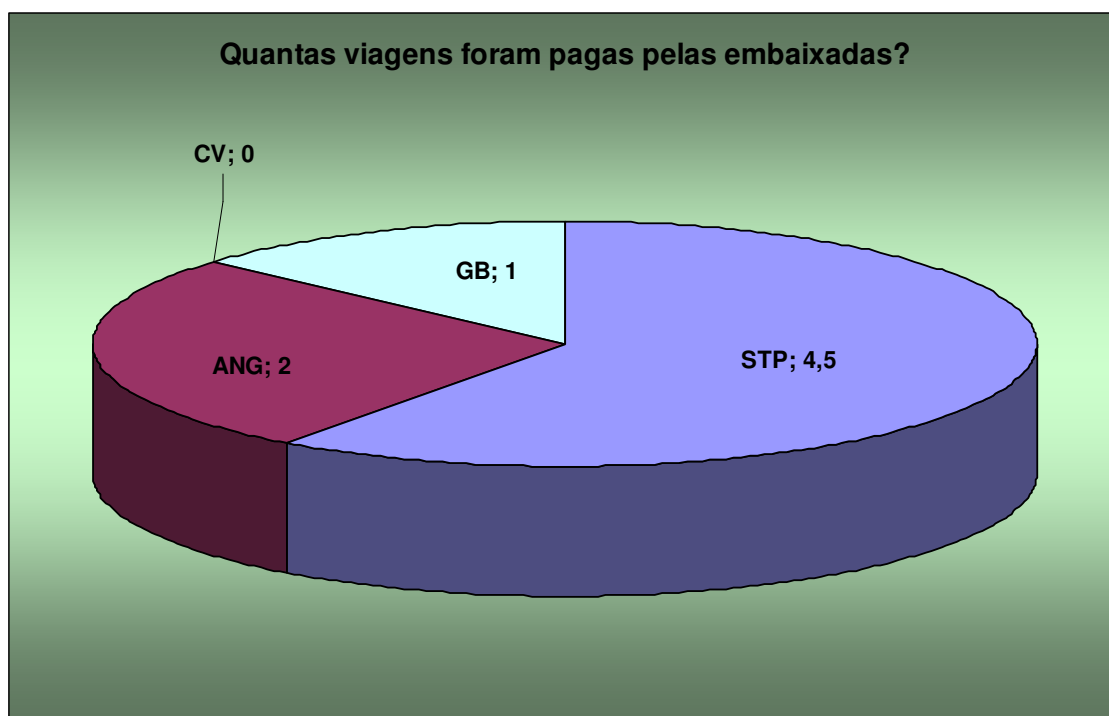
sabem que o tratamento dos seus filhos não terá qualquer seguimento no país de onde vieram; já desejavam vir para Portugal e aproveitaram o facto de ter vindo para tratamento médico para ficarem por cá ou, não planearam a vinda mas as circunstâncias da vida empurraram-os para Portugal e agora não querem voltar.

4.1.3 A viagem e o alojamento: quem custeou

Vencer a batalha dos papéis no país de origem na maioria das vezes não significou livre-trânsito para os hospitais portugueses. Tratou-se apenas da primeira batalha de uma guerra que estes doentes tiveram que travar em prol da sua saúde. Tiveram que vencer a segunda: conseguir dinheiro para a viagem e alojamento em Portugal.

Pela observação do gráfico seguinte, constatamos que a embaixada de Cabo Verde não pagou a viagem de nenhum dos três caboverdianos, a embaixada da Guiné-Bissau pagou apenas a um dos oito guineenses, a embaixada de São Tomé e Príncipe financiou quatro viagens na totalidade e cinquenta por cento de uma outra. A outra metade foi suportada pelo hospital que propôs o doente a junta médica. A embaixada de Angola pagou a viagem aos dois angolanos componentes da amostra. Dos vinte e dois inquiridos, apenas sete conseguiram o bilhete de viagem pago na totalidade e um o pagamento de metade da viagem.

Gráfico nº 12 – Viagens pagas pelas respectivas embaixadas



Os catorze inquiridos a quem a embaixada não custeou a viagem, tiveram que recorrer a estratégias várias para conseguir o dinheiro. O gráfico seguinte mostra-nos que dez dos inquiridos dependeram da solidariedade familiar para custear as despesas da viagem que as respectivas embaixadas, ao abrigo dos acordos de saúde, deveriam pagar. Contaram com a ajuda de tios, irmãos, no país de origem ou de acolhimento. São as redes informais de familiares e amigos tão importantes no país de acolhimento.

[“...não tinha dinheiro para a viagem, pedi a um tio que está na Noruega e ele é que pagou a viagem.....”
(Guiné-Bissau)]

[“...o meu marido, que já estava em Portugal há cinco anos, é que pagou a viagem, mas os tios dele que estão em São Tomé também ajudaram, para ver se nós vinha mais depressa...o meu marido vivia na casa da irmã mais o cunhado e os filhos deles...moravam oito pessoas...mas agora vivemos só os três.....” (São Tomé e Príncipe)]

Para alguns, conseguir o dinheiro para a viagem implicou ganhos e perdas. Ganharam o direito de vir para Portugal em busca da sua saúde, mas perderam os instrumentos do

ganha-pão no seu país, bem como alguns dos seus parcos haveres, como a televisão, a telefonia e o barco da pesca.

[“...após inúmeras idas em vão às finanças para levantar dinheiro, cheguei à conclusão que se não queria perder outro filho tinha que agir rápido. Conversei com meu irmão e decidi vender a canoa da pesca do meu marido, o motor da pesca, o televisor e outros haveres. Apesar de tudo o dinheiro não chegou. O meu irmão, que vende na praça, me deu o resto...”] (São Tomé e Príncipe)

Um dos inquiridos contou com a ajuda de um missionário, o “Frei Michael” que financiou a vinda para Portugal.

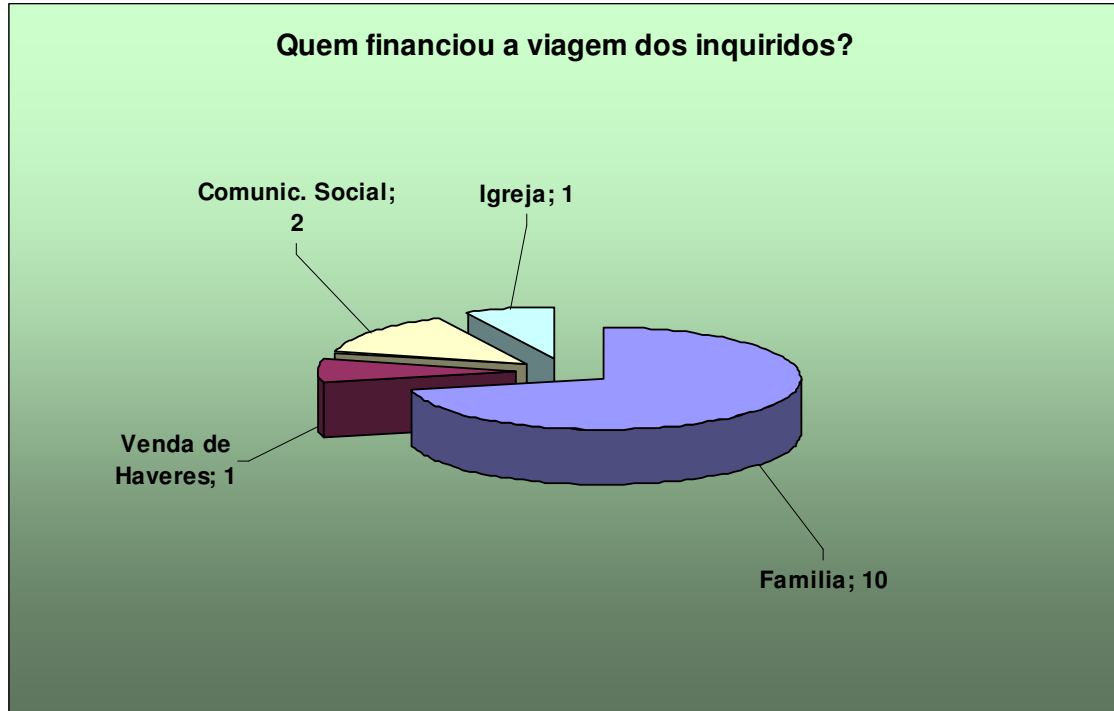
[“... o sr Martinho que trabalha no hospital da Guine disse que visto saiu e o frei Michael é que pagou a viagem...”](Guiné-Bissau)]

Dois tiveram que recorrer à solidariedade da população, através de pedidos intermediados pela rádio ou televisão local.

[“...para conseguir dinheiro para a viagem, fui falar com a televisão a solicitar ajuda. Uma escola organizou-se, fez um peditório e consegui de imediato dinheiro para a viagem...” (Guiné-Bissau).]

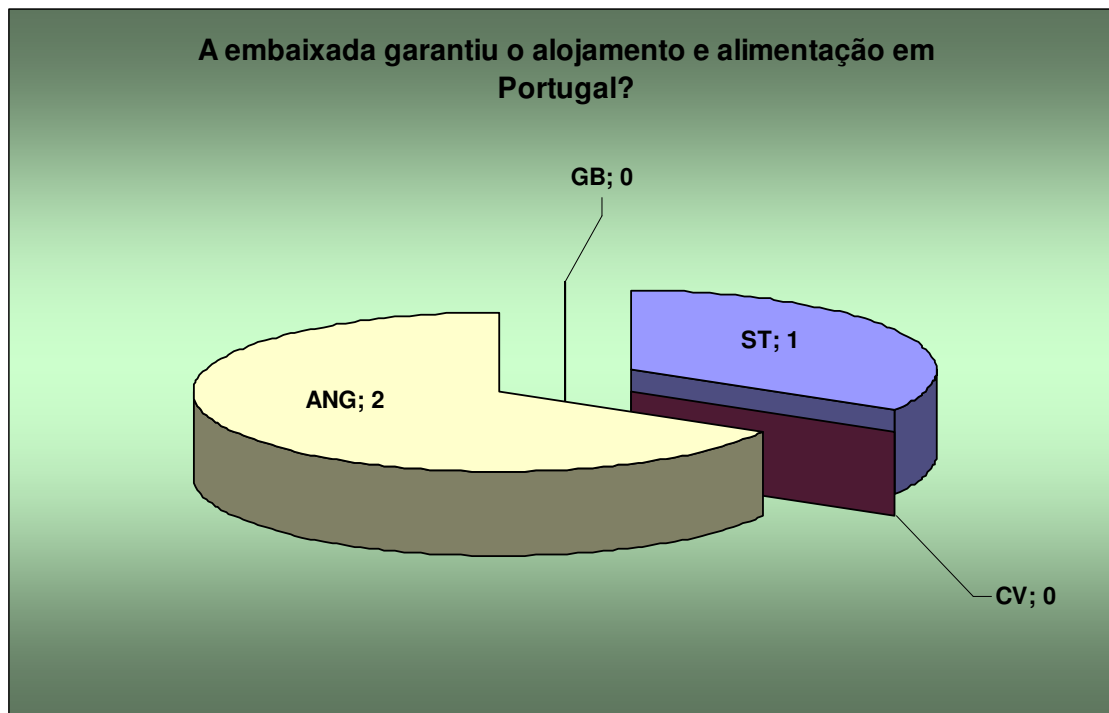
[“... fui para a Rádio Voz de Cabo Verde pedir ajuda....eles se organizaram, iniciaram uma campanha, as pessoas aderiram logo e ajudaram com dinheiro...”] (Cabo Verde)

Gráfico n° 13 – O pagamento da viagem



No que se refere a alojamento, apenas três inquiridos tiveram direito a estadia, numa pensão com, segundo os relatos, escassas condições de higiene e conforto (dois de Angola e um de São Tomé e Príncipe).

Gráfico nº 14 – O alojamento e a alimentação em Portugal



[“...me mandaram para uma pensão que não tinha condições...quartos sem aquecimento....alimentação mal confeccionada...”] (Angola).

Queixaram-se da falta de condições de habitabilidade nas pensões onde foram simplesmente “depositados” e lamentam o abandono a que os seus conterrâneos os votaram. O depoimento que se segue dá conta da vida miserável a que são votadas algumas pessoas que vêm de África para se curar.

[“...eu vivia numa pensão...eu nem gosto de falar.....a embaixada assumia o alojamento e dava 50 € por mês para a comida...eu tinha que cozinhar no quarto....então, panelas lá mesmo, pratos lá mesmo no chão...tinha que lavar pratos na casa de banho, cozinhar com água da casa de banho, bebia água da casa de banho...para ir para a cama tinha que saltar panela.....se deixava panela aberta logo entrava barata...”] (São Tomé e Príncipe).

4.2 A (SOBRE)VIVÊNCIA EM PORTUGAL

4.2.1 O papel das redes familiares e de amigos. A solidariedade alheia.

O papel da família e redes sociais parece ser muito importante para a sobrevivência destes imigrantes que vieram tratar-se em Portugal. No que se refere à nossa amostra e aos santomenses em particular, verificamos que a embaixada apenas garantiu apoio a um inquirido em termos de alojamento e alimentação. Foi a família que assumiu esse papel na totalidade, no que se refere aos restantes oito inquiridos. No caso de Cabo Verde e Guiné-Bissau, não houve qualquer apoio por parte da embaixada. Relativamente aos dois inquiridos angolanos, esse apoio foi garantido na totalidade, embora com as queixas atrás referidas.

O suporte económico, psicológico e cultural destes doentes assenta, pois, nas redes familiares e de amigos, como os depoimentos seguintes bem ilustram. A solidariedade e ajuda mútua entre os africanos é muito forte, como nos foi permitido constatar ao longo desta pesquisa. Este sentimento alimenta-se não só dos laços de sangue como de um conceito de família diferente do Europeu. As figuras de “mãe, pai e irmãos” não correspondem ao conceito que nós, os Europeus, delas temos. Extravasam os laços de sangue directos e estendem-se às tias, aos tios e aos primos nos mais variados graus, ao ponto de, a dada altura, não se saber exactamente quem são os verdadeiros pais, os verdadeiros irmãos (que podem ser pais ou tios, que podem ser irmãos ou primos). Tudo isto concorre para a existência de famílias extensíssimas, que se apoiam para o bem e para o mal.

[“Tenho uma irmã freira em Aveiro e uma tia médica em Abrantes, mas vim viver para casa de uma prima-irmã que mora em Lisboa” (Guiné-Bissau)]

[“Vim morar para a Quinta do Mocho, para casa de um tio, mas depois não podia estar sempre lá, não trabalhava...então fui procurar o meu filho mais velho que já morava cá com o pai dele.....então meu filho disse «como ela não tem casa e tem criança doente tem que ficar cá».....então o pai dele disse «...eu divorciei de minha esposa, então vamos nos juntar...»...então eu aceitei..”(São Tomé e Príncipe)]

[“depois da alta fomos viver para casa de uma prima do pai delas, mas ela achava que eu era escrava dela e então resolvi sair de lá...fui para casa de uma prima-irmã...mas era uma casa pequenina, tinha o marido e três filhos....então saí e vim viver com as minhas irmãs, que já têm residência e tudo..”(São Tomé e Príncipe)]

[“Cá só tenho primos e primas. Mas como era barbeiro em São Tomé e tem cá muito santomense que me conhece, então um conhecido me acudiu e eu fui trabalhar nas Galinheiras. Estive lá uns tempos e a miúda ficava com uma vizinha santomense...”(São Tomé e Príncipe)]

[“..com os papeis do médico fui à embaixada para obter o visto, o que aconteceu um ano e tal depois...ainda estou à espera que a embaixada me marque consulta e dê dinheiro para a viagem....vim por minha conta e risco, sem qualquer ajuda da embaixada...vim para casa de uma irmã casada, com quatro filhos, que vive na Costa da Caparica....”(São Tomé e Príncipe)]

Por vezes até o apoio familiar falha. Nesses casos tem-lhes valido a solidariedade de desconhecidos, que partilham o mesmo tom de pele, a mesma dor, ou idêntica, a mesma revolta, ou idêntica. Eis alguns dos testemunhos:

[“...vim para casa de uma irmã...mas o marido dela começou a dizer que a vida estava difícil....então fui viver para casa de uma tia, no Cacém.....a minha tia vivia sozinha, mas o meu filho mexia em tudo e eu passava muito tempo nas consultas...depois, sabe como é, você não trabalha e não tem como ajudar, começam a te olhar com cara de raiva.....” (São Tomé e Príncipe).

[“...não tinha ninguém em Portugal, mas como conhecia uma vizinha da Guiné que morava cá, vim para casa dela. Fiquei lá só uma semana, pois o namorado dela, muito bêbado, me expulsou de casa.....como conheci uma guineense na altura do internamento no HDE e sabia que morava no Cacém, no mesmo dia do internamento meti-me no comboio, sem dinheiro, e ficámos sentadas na estação, na esperança de a ver passar.....ao fim do dia vi uma guineense e perguntei-lhe se conhecia aquela senhora...ela não conhecia mas albergou-nos por uma noite e no outro dia levou-nos à segurança social que nos arranjou uma pensão em Alcântara...”(Guiné-Bissau)]

[“...inicialmente fiquei em casa de pessoas conhecidas, guineenses, mas ao fim de dois meses disseram-me que sem trabalhar e a comer de graça não podia ser, tinha que sair.....então saímos.....como não tinha para onde ir, dormimos durante alguns dias no chão do túnel da estação de comboios do Algueirão.....fiquei ali durante uns dias.....quis o destino que passasse por ali um guineense, que, ao ver-me vários dias seguidos naquele lugar me perguntou o que fazia ali.....foi falar com uma prima e a prima disse que se arranjasse um colchão podia dormir no chão do corredor.....procurei e arranjei no lixo um colchão que abre e fecha e é onde durmo com o meu filho.....” (Guiné-Bissau).

[“...quem me ajudou a tratar do rendimento mínimo foram os outros africanos lá da pensão.....eu disse-lhes «criança faz cocó no corpo, tem que mudar fralda sempre, 50€ não consegue resolver fraldas, leite, essas coisas...»...então eles me ajudaram...” (São Tomé e Príncipe)]

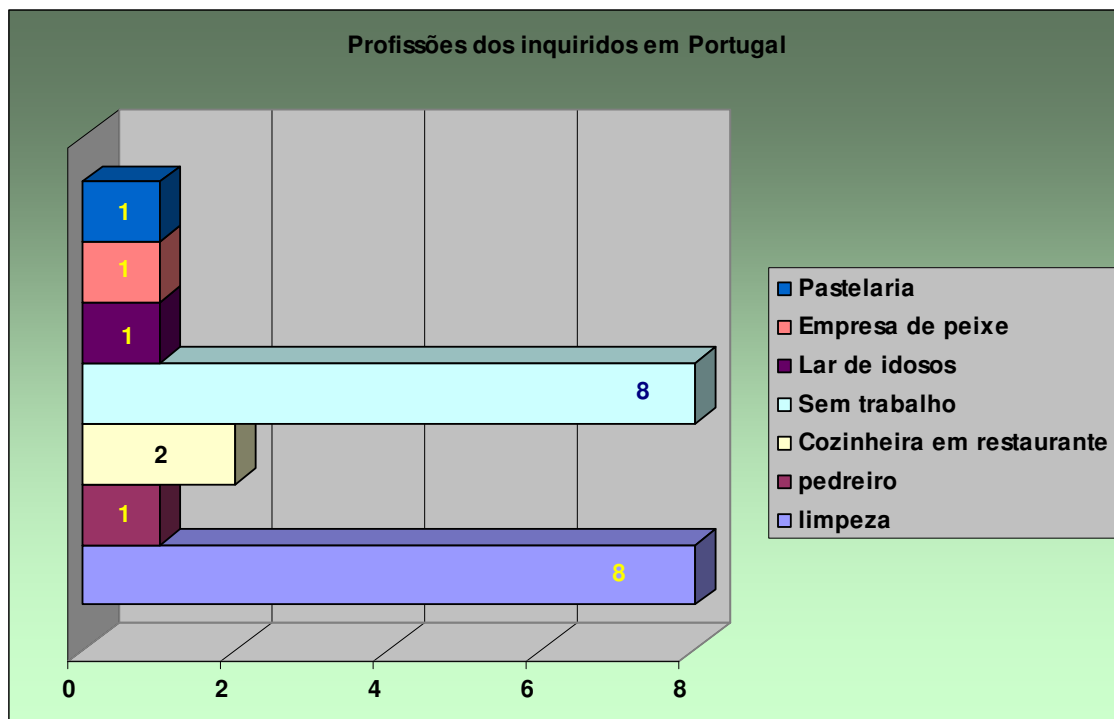
[“...vivemos os quatro na casa de uma senhora que conheci em São Tomé, na igreja evangélica, juntamente com ela, os oito filhos dela, o marido e mais três outros imigrantes que a senhora acolheu por não terem para onde ir, somos dezassete pessoas....” (São Tomé e Príncipe)]

[“...vim morar para casa de família, uma irmã do meu marido, na Póvoa de Sto Adrião....mas um dia eu quis voltar e não tinha chave para abrir a porta...uma senhora branca me abriu a porta do prédio...fiquei nas escadas porque estava de chuva....depois uma senhora que tinha sido minha camarada na Guiné levou-me para sua casa, no Senhor Roubado...estive lá três meses...ela depois foi viver para Aveiro e eu fui viver para casa de um senhor na Damaia.....” (Guiné)]

4.2.2 O “ganha-pão”

A maioria dos inquiridos são pessoas com poucos recursos escolares e profissionais, pelo que, os que conseguem arranjar trabalho em Portugal, são essencialmente: trabalhadoras domésticas, ajudantes de cozinha em restaurantes, ajudantes em lares de idosos, trabalhadoras de limpeza, no caso das mulheres, e pedreiros, no caso dos homens. Lugares que a maioria dos autóctones dificilmente aceita.

Gráfico nº 15 – Profissões dos inquiridos em Portugal



Segundo o exposto no gráfico nº 15, oito inquiridos, neste caso mulheres, trabalham na limpeza. Dois dos três inquiridos do sexo masculino trabalham como pedreiro e em empresa de peixe, respectivamente. Temos ainda uma inquirida que trabalha como ajudante numa pastelaria, outra que trabalha num lar de terceira idade. Os restantes, sete homens e uma mulher, encontram-se sem trabalho. A maioria deles, pelo que nos pudemos aperceber, alimenta o sector informal da economia portuguesa. Inexistência de contratos de trabalho, baixos salários e exclusão dos sistemas de segurança social são apenas alguns dos “atributos” que caracterizam a situação destas pessoas no mercado de trabalho. As frases seguintes são exemplos do tipo de trabalho que desenvolvem e da informalidade das relações de trabalho.

[“...comecei a trabalhar num lar de idosos e arranjei um anexo onde vivo com a minha filha, perto de familiares...”(São Tomé e Príncipe)]

[...muitas vezes não como na pensão...a minha religião não me permite comer carne de porco e outras coisas que eles servem.....então vou fazendo umas tranças e assim que ganho algum dinheiro para comprar fraldas e comida...mas já deixei caducar o visto porque não tenho dinheiro para renovar..... (Guiné-Bissau)]

[...agora trabalho numa firma de limpeza das 8 as 14h.....(São Tomé e Príncipe)]

[...quando saí da barbearia é que consegui um trabalho fixo, sem contrato...a barbearia dava pouco....quando saí da barbearia fui trabalhar numa empresa de peixe....não tinha documento porque era temporário...fiz uns estágios para ver se tinha experiência...depois assinei contrato...(São Tomé e Príncipe)]

[...trabalho em limpezas e mando dinheiro para Guiné para alimentar bebé.....[Guiné-Bissau)]

[“...trabalho de pedreiro.....”(Cabo Verde)]

[“...primeiro trabalhava como empregada doméstica, mas depois a minha filha chegava a casa e não tinha ninguém, porque eu estava longe...então a Dona Ana me mandou trabalhar lá no infantário, que era mais perto da estação de comboios....”(Angola)]

[“...trabalho de limpezas numa empresa..o meu marido é pedreiro...”[Cabo Verde)]

[“....ajudo no restaurante da pessoa que me albergou.....”(Guiné-Bissau)]

[“...trabalho em dois sítios nas limpezas...mas vou começar a fazer comida para um subempregado....”(Guiné-Bissau)]

[“...trabalho na casa de uma professora do meu filho....”(São Tomé e Príncipe)]

[“...a minha mulher trabalha nas limpezas...eu estou desempregado faz 4 meses...”(Cabo Verde)]

Mas alguns não conseguem ou não podem arranjar trabalho, devido às condições de saúde dos filhos, o que complica ainda mais as suas vidas, uma vez que dependem totalmente da caridade dos outros, familiares ou não.

[“...o que eu quero é que Deus me dá força pa meu marido vir pa me ajudar...porque mesmo que eu tenha vontade de trabalhar eu não consigo, porque não tenho onde deixar a menina....ela vai para a escola às 8h45m e 11h30 já está em casa...”(São Tomé e Príncipe)]³⁴

[“...não trabalho, ajudo as primas nas lides domésticas...”(Guiné-Bissau)]

[“...vivemos em casa da Ti Alda, uma senhora de idade, doente, que mora cá há muitos anos com mais três primos.....mas eu e meu filho dormimos no chão.....”(Guiné-Bissau)]

[“...o meu menino sai de casa sem comer...só come na escola.....hoje não foi à escola, para vir à consulta...ainda não comeu.....”(Guiné-Bissau)]³⁵

[“...Dembo almoça na escola e eu dou uma ajuda no restaurante para pagar a estadia em casa do dono do restaurante...pago os medicamentos do menino com a ajuda da família...”(Guiné-Bissau)]

4.2.3 A permanência em Portugal: os vistos e os médicos

Para estas pessoas os médicos são vistos quase como uma espécie de *irã*, de quem depende a sua sorte de ficar em Portugal e a quem, de vez em quando, se faz uma oferenda, que pode variar entre um papagaio colorido ou uma peça de madeira trabalhada. Não conseguindo ser alheios ao sofrimento destas pessoas, mesmo nos casos em que o tratamento em Portugal adianta pouco, “rapidamente se entra no ciclo vicioso de recusa hoje mas cedência amanhã da declaração médica para o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) para prorrogar a estadia de uma criança quase sem vida (...) e duma mãe completamente desenraizada”³⁶.

³⁴ Criança de 6 anos, com macrocefalia (cabeça demasiado grande em relação ao corpo), que não anda, só se movimenta em cadeira de rodas. É completamente dependente. No dia da entrevista, tinha ambos os cotovelos feridos, uma vez que a cadeira de rodas era demasiado pequena para a idade dela, o que fazia com que batesse constantemente com os cotovelos nas rodas da cadeira, provocando-lhe feridas. Estava à espera que o Centro de Paralisia Cerebral lhe arranjasse outra cadeira.

³⁵ Esta entrevista foi efectuada por volta das 17 horas.

³⁶ Directora da Consulta Externa de Neurologia.

Embora o sofrimento destas pessoas choque profundamente os médicos que as assistem, concordam que (sobre)vivem em situações precárias e por vezes de grande desumanidade. Tal como afirma uma das médicas, “acaba por ser revoltante compactuarmos com esta vida de miséria que eles levam em Portugal.....”³⁷.

Mas eles ficam-lhes eternamente gratos quando levam consigo a declaração que a dada altura diz a frase milagrosa “ (...) doença crónica que obsta ao retorno ao país de origem...”, adiando assim por mais algum tempo, talvez para sempre, o retorno para uma vida mais miserável que tinham no seu país. Eis algumas frases que, em conjunto com o brilho de gratidão no olhar que tantas vezes captámos quando falavam do médico, reflectem o sentimento de gratidão desenvolvido a favor do(s) médico(s) assistente(s).

[“...Doutora ajuda muito, passa sempre declaração para renovar visto...Doutora é muito bom...”(Guiné-Bissau)]

[“...estou a pensar pedir uma declaração ao doutor para tratar da residência...”(São Tomé)]

[“...sempre que preciso renovar o visto a doutora passa uma carta...agora estamos a tentar tratar da residência...”(São Tomé e Príncipe)]

[“...ainda não estou legal...hoje vim ter com a Doutora para renovar o visto por mais um ano...depois de cinco renovações já posso ter residência...”(São Tomé e Príncipe)]

[“...quando preciso renovar o visto venho à doutora....”(São Tomé e Príncipe)]

[“...a médica passou uma carta para o meu filho ir para um infantário e eu consegui...”(Guiné-Bissau)]

[“...a Doutora já me deu declaração para pedir residência mas ainda estou à espera...”(São Tomé e Príncipe)]

[“...ainda não tenho residência...a residência vai depender da doutora...a miúda tem doença prolongada e não pode voltar para São Tomé...a doutora tem que confirmar o tempo que a menina tem que ficar cá...a doutora passou declaração mas a SEF diz que a doutora tem que passar atestado para um ano ou dois...vai depender da doutora...”(São Tomé e Príncipe)]³⁸

³⁷ Médica da Consulta de Neurologia do Hospital de Dona Estefânia.

³⁸ À data de conclusão deste trabalho este pai já tinha conseguido mandar vir a mulher e o outro filho, com problema de saúde idêntico ao da irmã que já estava em Portugal com o pai. O pai é que custeou todas as despesas.

Mas a autorização para residir em Portugal é muitas vezes mais um motivo de angústia para estas pessoas. Para poder residir em Portugal, qualquer cidadão estrangeiro tem que provar possuir meios de subsistência. Ora, se a embaixada não assegura a sua subsistência, se não trabalham porque estão a tomar conta das suas crianças doentes, ou, quando fazem uns “biscates” são explorados e mal pagos, sem contratos, sem declararem IRS e sem fazerem descontos para a segurança social, como vão comprovar que têm meios de subsistência para poder ficar em Portugal? As muitas horas de espera no Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), à espera da sua vez de ser atendidos, embalando ou amamentando as suas crianças de colo, resultam muitas vezes em choro, gritos de desespero, revolta contra a vida, descarregando toda a sua frustração sobre quem as atende, muitas vezes com o coração apertado de lhes bloquear o processo.

Entram no ciclo vicioso de “não tem meios de subsistência porque embaixada não paga estadia ou porque não trabalha, logo, não pode ter autorização de residência e, como não tem autorização de residência tem dificuldade em arranjar contrato de trabalho....” Significa na realidade atirá-los para a margem da sociedade, para a ilegalidade, para a exclusão.

Outras vezes falta a declaração médica com uma das «tais» frases milagrosas “ (...) pelo que o referido tratamento obsta ao regresso ao país de origem (...)” ou “(...) pelo que o doente e seu acompanhante deverão permanecer em Portugal para dar continuidade aos tratamentos (...)”, que justifica a continuação da permanência em Portugal. E lá entram noutro ciclo vicioso da “nova remarcação, nova corrida ao hospital, nova corrida ao SEF”.

Outras vezes, ultrapassadas todas as barreiras dos papéis, na hora de pagar os cerca de 30 € pelo cartão, tudo fica em *standby*. Há que pedir a algum familiar, empenhar o fio de ouro da criança ou esperar pelo pagamento do *biscate*. E o desgaste psicológico continua.

4.2.4 O Hospital de Dona Estefânia: a assistência médica e social

De uma maneira geral, a opinião dos inquiridos face à assistência médica no Hospital de Dona Estefânia é francamente boa. Todos os inquiridos se mostraram gratos pelo facto

de seus meninos terem sido carinhosamente tratados dos seus males pelos médicos e enfermeiros do referido hospital, ao ponto de quererem “agradecer pessoalmente à Sra. Dona Estefânia, essa senhora muito boa...”.³⁹ Quando questionados sobre que outro tipo de ajuda o hospital poderia dar aos seus utentes, duas inquiridas responderam que podia apoiar mais os imigrantes, arranjando casa.

[“...hospital pode ajudar doente que não tem possibilidade arranjando uma casa...”(Guiné-Bissau)]

Relativamente à assistência social, as ajudas referidas consistiram sobretudo na elaboração de cartas de encaminhamento das crianças com necessidades especiais para escolas de ensino especial, colégios ou infantários. Ou cartas para entregar em instituições de solidariedade social, no sentido de conseguir alguns benefícios sociais para estes utentes mais carenciados. Cinco inquiridos referiram ter recebido este tipo de ajuda na sequência dos pedidos das assistentes sociais.

[“...a assistente social passou uma carta para ir a um infantário mas já fui lá e diz que não tem vaga...agora está numa ama...”(São Tomé e Príncipe)]

[“...o meu filho é deficiente mental.....está numa instituição...o Hospital passou uma carta...”(Cabo Verde)]

[“...as assistentes sociais deram-me 50€ e passaram uma carta para entregar no Banco Alimentar em Sacavém, mas até agora ainda não tivemos resposta...quando eu estive internada com a minha filha, elas conseguiram que o meu filho bebé ficasse internado também e mandaram fazer-lhe exames para ver se estava tudo bem...”(São Tomé e Príncipe)]

Duas inquiridas referiram que as cartas das assistentes sociais não surtiram qualquer efeito.

Outro tipo de ajuda prestada prende-se com o esforço feito pelas assistentes sociais no sentido de obter apoios para os utentes por parte das respectivas embaixadas, o que, no caso da nossa amostra, resultou infrutífero.

Um inquirido referiu ainda ter recebido uma vez 50 € para ajuda de medicamentos. Alguns inquiridos referiram não ter recebido qualquer tipo de ajuda simplesmente porque a ela não recorreram. Em alguns casos nota-se que tinham grande expectativa quanto à ajuda das assistentes sociais, o que infelizmente não aconteceu.

³⁹ Desejo manifestado a uma enfermeira por um dos inquiridos.

[“...quando cheguei procurei as assistentes sociais para arranjar colégio para minha filha, para arranjar trabalho, mas elas me disseram que não sei quê, que não sei quê...”(Guiné-Bissau)]

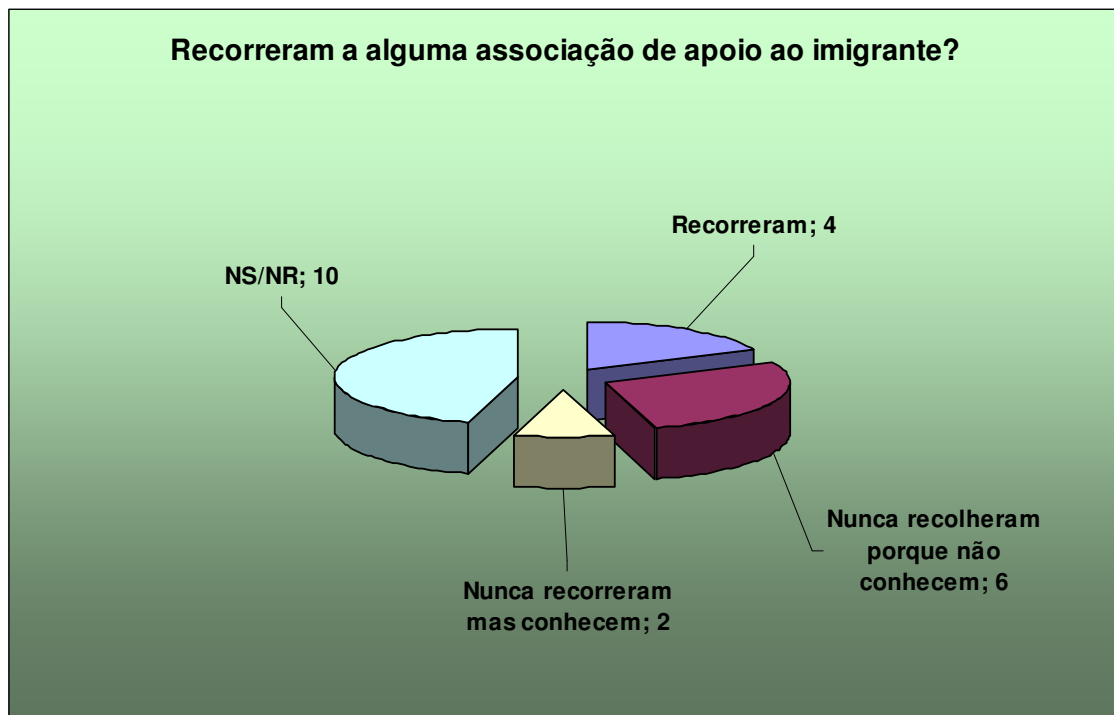
[“...gostava que me dessem uma cadeira de rodas, mas não tenho condições de arranjar...”(São Tomé e Príncipe)]

Não só o serviço de assistência social do HDE mas todo os serviços da consulta de neurologia (médicos, enfermeiras, administrativos e auxiliares) se empenharam sempre em ajudar estes utentes, desenraizados das suas origens, auxiliando-os na marcação de consultas ou exames noutros serviços ou mesmo noutros hospitais, dadas as dificuldades que sabem, ou adivinham, que estes utentes têm em termos de não conhecerem os locais, em termos económicos (precisariam de se deslocar e gastar dinheiro em transportes públicos) como ainda pelos fracos conhecimentos da língua portuguesa.

4.2.5 Instituições de apoio ao imigrante

No que concerne às instituições de apoio ao imigrante, seis inquiridos afirmam nunca ter recorrido a nenhuma delas, porque simplesmente não conhecem ou não têm dinheiro para “andar por aí à procura”. Dois disseram nunca ter recorrido a estas associações, embora tenham conhecimento da sua existência. Mostram algum descrédito relativamente a eventuais apoios dessas associações. Quatro dizem ter solicitado o apoio destas associações e, destes, apenas um referiu ter obtido ajuda uma vez, para alimentação. Os restantes três não obtiveram qualquer apoio, e por isso desistiram de o procurar. Dez inquiridos nada referiram sobre este tipo de associações, o que leva a crer que também a elas nunca tenham recorrido, intencionalmente ou por desconhecimento da sua existência. (ver gráfico nº 16).

Gráfico nº 16 – Recurso a associações de apoio ao imigrante



[“...nunca recorri a nenhuma associação de imigrantes porque não conheço...não sei ler...”(Guiné-Bissau)]

[“...fui uma vez a uma associação de apoio ao imigrante na Praça do Comércio...”(Guiné-Bissau)]

[“...nunca recorri a nenhuma associação de imigrantes porque não conheço e também não tenho dinheiro para andar por aí...”(Guiné-Bissau)]

[“...fui a uma associação mas me disseram que não tinha residência não podiam fazer nada...”(São Tomé e Príncipe)]

Alguns inquiridos chegam mesmo a mostrar-se desacreditados relativamente a essas instituições.

[“...nunca recorri à embaixada nem a nenhuma associação por que não conheço e porque me dizem que eles não dão nada, por isso não vou perder tempo.....”(Guiné-Bissau)]

[“...fui uma vez a uma associação de apoio ao imigrante no Rato, passaram um papel para entregar na Junta de Freguesia a ver se podiam me ajudar...fui à Junta e disseram que não podem ajudar e então eu desisti, porque preciso trabalhar e não posso perder tempo...”(São Tomé e Príncipe)]

4.2.6 As instituições religiosas

As instituições religiosas podem constituir-se também como um “porto de abrigo” para quem se sente desenraizado e luta pela sobrevivência. Três dos inquiridos afirmam acreditar mais nas instituições religiosas do que nas instituições de apoio aos imigrantes, porque lhes deram ajuda directa e imediata, como dinheiro e alojamento. Os restantes inquiridos não referiram qualquer ajuda.

[“...já contactei duas vezes uma associação religiosa perto da estação Roma e me deram ajuda para alimentação...”(São Tomé e Príncipe)]

[“...falei com uma irmã da igreja Maná e ela aceitou me dar um quarto, ela morava sozinha, não tinha marido nem filhos....mas depois tive que sair porque era um 4º andar e o prédio não tinha elevador e eu tinha que levar a minha filha às costas⁴⁰..”(Angola)]

[“..uma senhora é que arranjou para ela ir para uma escola de ensino para deficientes.....uma escola chamada “O Cântigo” é que paga o material escolar que ela gasta lá...”(Angola)]

[“uma vez fui a uma igreja muçulmana na Praça de Espanha onde fazem peditórios para ajudar quem precisa.....ajudaram-me uma vez...”(Guiné-Bissau)]

4.2.7 A Embaixada

Quanto à ajuda das embaixadas, os nossos inquiridos são unânimes em afirmar que as embaixadas ajudam muito pouco, na maioria dos casos mesmo nada. Os gráficos nº 12, 13 e 14 testemunham isso mesmo. No caso da nossa amostra, algumas embaixadas não cumpriram no todo ou em parte os deveres a que os Acordos de Cooperação obrigam. A morosidade e burocracia caracterizam quase todo o processo e levaram a longos meses de espera em alguns casos. Alguns inquiridos que conseguiram que a embaixada assegurasse o alojamento referem que as pensões onde foram alojados “não tinham boas condições de higiene nem privacidade, e a comida era mal confeccionada”. Uma inquirida santomense revelou confeccionar as refeições no quarto, com “pequeno fogão perto da cama, e lavar a loiça na casa de banho”, o que indicia pouca higiene e falta de segurança. Um inquirido santomense referiu que apenas recebe 50€ para alimentação

⁴⁰ A filha é, à data de conclusão deste trabalho, uma adolescente de 19 anos. Na altura que a mãe refere ela teria cerca de 13 anos.

“às vezes”. Uma inquirida, também santomense, diz que a embaixada lhe paga mensalmente 50€ para alimentação e o passe para ela e para a filha. Uma inquirida guineense refere que a embaixada apenas lhe deu um casaco para o filho no Natal. Alguns inquiridos referem ter recebido ajuda de alguns familiares e amigos. Tal como afirmou uma guineense o marido “tinha um amigo no gabinete do Presidente, que falou com o Presidente e este autorizou o pagamento da viagem” No caso dos três inquiridos caboverdianos foi referido que não obtiveram qualquer tipo de apoio por parte da sua embaixada.

[“...não recebo qualquer apoio da embaixada, a não ser 50€ mensais para alimentação e o passe social meu e da minha filha...por pedido das assistentes sociais do Hospital Dona Estefânia...”(São Tomé e Príncipe)]

[“...a embaixada pagou a viagem...alimentação às vezes.....embaixada disse que não tinha condições...tive que recorrer à família...”(São Tomé e Príncipe)]

[“...embaixada nunca deu nada...só um casaco pra meu filho, uma vez no Natal.....embaixada de Cabo Verde paga tudo...embaixada da Guiné não dá nada...”(Guiné-Bissau)]

Aqueles que ainda no país de origem desistiram de esperar pela viagem paga pela embaixada e vieram a expensas da família ou da solidariedade alheia, queixam-se da falta de apoios da embaixada, que, segundo eles, se “desresponsabilizou de vez”.

[“...embaixada não ajuda nada...já fui pedir ajuda mas eles disseram «vieste sozinho, a embaixada não pode ajudar nada»...”(Cabo Verde)]

[“...a embaixada podia ajudar mais os doentes de São Tomé dando casa, dando dinheiro...pois há quem não possa trabalhar e sofre muito....quando vou tratar do cartão consular vejo muita confusão...pessoas a quem eles dão casa...a outros não dão...pessoas a quem eles dão alimentação...a outros não...”(São Tomé e Príncipe)]

Uma das inquiridas oriundas de Angola, após seis meses de permanência em Portugal para exames/tratamentos recebeu alta hospitalar e foi imediatamente informada pela embaixada que tinha que regressar a Angola. Como se recusou a voltar ao seu país, alegando que a filha não tinha sido ainda devidamente tratada, teve que abandonar a

pensão onde se encontrava e perdeu o direito à viagem paga pela embaixada de Angola. Ainda hoje permanece em Portugal, mas por sua conta e risco⁴¹.

[“...a embaixada pagou a viagem e me mandou para a pensão Luanda...sem condições...estive lá uns 6 meses e depois me deram alta...sem a miúda estar tratada...disseram que não tinha mais tratamento cá...que a miúda não tinha nada....podia ser tratada lá...disseram que se eu não saísse da pensão me metiam na rua...na embaixada diziam que eu é que queria ficar cá...uma médica lá do centro de paralisia cerebral estava “feita” com a mulher lá da embaixada, também dizia que ela tinha que voltar...que não podiam fazer mais nada....e eu disse «como se não tem tratamento lá? A médica que passou junta diz que lá não tinha tratamento...ela queria fazer um colete para a menina ter a coluna direita, nem teve condição de fazer!!!! Eu já vi aqui muitos aparelhos que eu nunca vi lá...eu não saio daqui sem saber o que a minha filha tem...».....então eu comecei a ir a outros médicos por minha conta e risco....depois lá na embaixada me atacaram...me disseram «quem lhe deu ordem para ir nesse médico? Ah você tem alta, você tem que ir embora, aqui você não fica!»..”(Angola)]

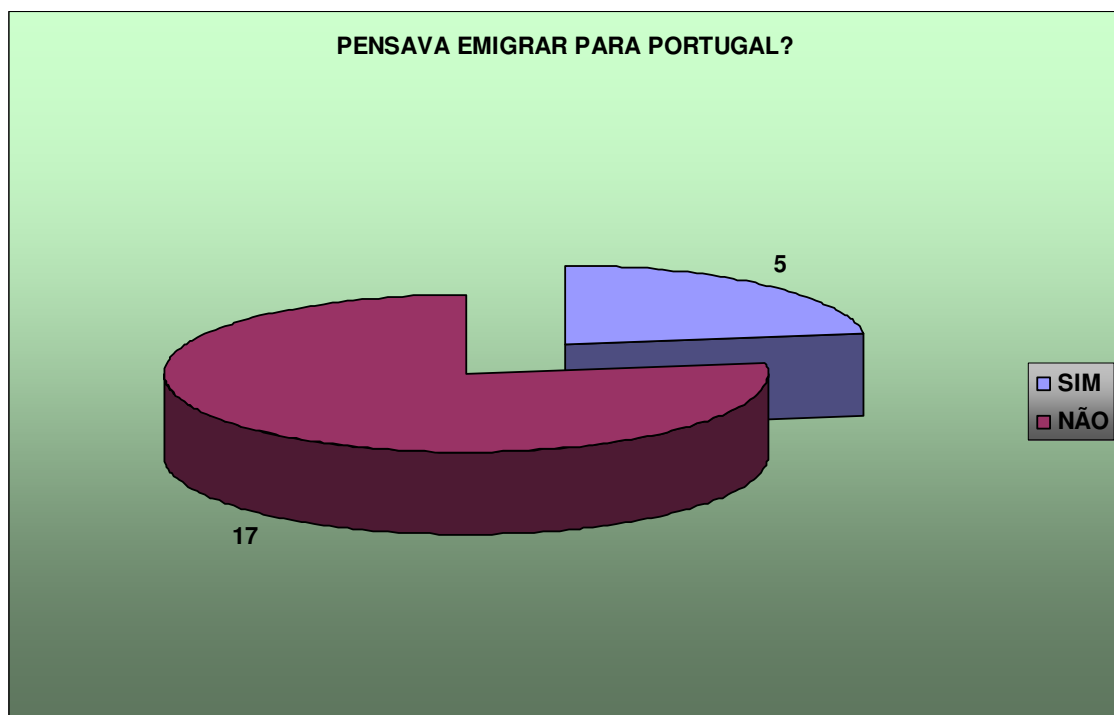
⁴¹ Veio em 1999 por evacuação médica de uma filha doente. Actualmente é residente em Portugal, juntamente com essa filha doente e mais dois filhos que tinham ficado em Angola e que entretanto vieram viver com a mãe ao abrigo do reagrupamento familiar.

4.3 O FUTURO?

4.3.1 As expectativas quanto ao futuro: regresso ao país de origem?

Quando questionados sobre se já acalentavam o sonho de vir viver para Portugal, a maioria dos inquiridos respondeu que não. Alguns reforçaram dizendo que, mesmo que quisessem, não tinham meios económicos para os fazer. Foram impelidos pela doença dos filhos.

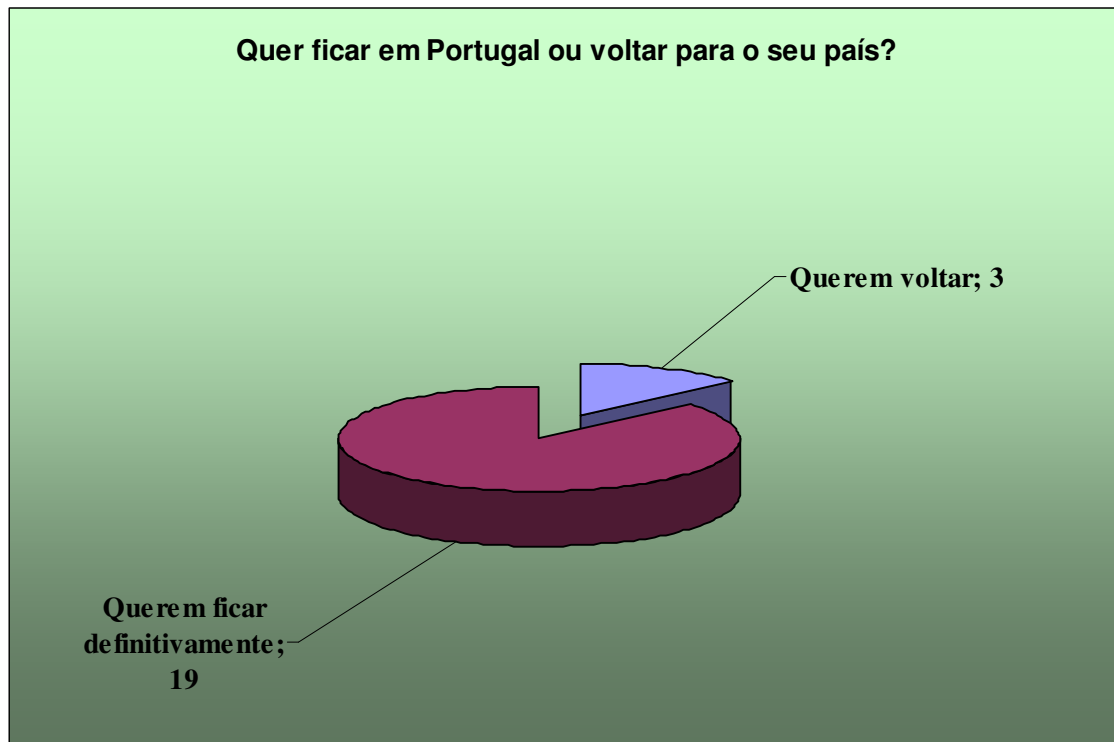
Gráfico n° 17 – Já pensava emigrar para Portugal?



Como se pode observar no gráfico n° 18, embora a maioria dos inquiridos afirme que não pensava vir para Portugal, o facto é que agora, dezanove dos inquiridos pensam ficar em Portugal definitivamente. Segundo eles, voltar ao país de origem, “só para passar férias ou visitar a família”. Esperam conseguir trazer para Portugal a família que ainda está no país de origem, ao abrigo do direito ao reagrupamento familiar. Apenas um angolano e dois guineenses referem querer voltar, invocando os elementos da família que deixaram no seu país, alguns dos quais também doentes, e que não têm condições de vir para Portugal. Uma inquirida santomense põe a hipótese de um dia

regressar a São Tomé para tratar de uma filha doente mental, “mas só um dia mais tarde, depois de todos os filhos são virem para Portugal, estudarem e terem um bom emprego”, o que mostra que os projectos de curto prazo passam por ficar em Portugal, onde querem organizar a sua vida e a dos seus filhos.

Gráfico nº 18 – Quer regressar ao seu país?



[“...não penso voltar a Cabo Verde senão de férias...”(Cabo Verde)]

[“..estou a pensar voltar a São Tomé mas de férias, para viver quero ficar aqui, para ajudar o meu marido..ele já não tem família em África, está tudo aqui...o meu marido já está cá há cinco anos...”(São Tomé e Príncipe)]

[“...estou a pensar ficar cá....quero mandar vir os filhos solteiros...a outra já está junta e tem uma filha....o meu marido não vem...ele já arranhou outra mulher depois que eu vim...tem agora uma filha bebé....ele tem 17 filhos de 5 mulheres...” (São Tomé e Príncipe)]

Muitos afirmam que não voltam porque no seu país não têm como tratar os seus meninos. Não têm medicamentos e quando os há são muito caros e não têm como pagá-los.

[“..o menino está muito melhor desde que veio para cá...está numa escola de ensino especial e até já diz algumas palavras..se levar pra São Tomé ele vai ficar fechado em casa...”(São Tomé e Príncipe)]

[“...não penso voltar porque lá não tem tratamento...se tivesse ficado lá a menina já estava morta...”(São Tomé e Príncipe)]

[“...tenho muito medo que na Guiné não tenha condições para tratar da minha filha...fiquei muito assustada com a morte do meu filho...”(Guiné-Bissau)]

[“...não penso voltar para São Tomé...dói muito ir embora e não tratar meu filho...é meu último filho e ele nasceu normal...ficou assim por causa do paludismo...”(São Tomé e Príncipe)]

[“...estou a pensar ficar cá para sempre...porque vai custar muito lá...o Kepra⁴² não existe em Cabo Verde...os medicamentos quando existem são muito caros...a vida lá é mais difícil...vou conseguir trazer a mulher e a outra filha.....tenho cá muita família...em Fernão Ferro.....vou agora em Cabo Verde ver o que posso fazer para trazê-las...”⁴³(Cabo Verde)]

[“...não quero voltar para Luanda porque ela está com 18 anos, está no 3º especial...lá não tem tratamento...e não há medicamentos...eu corria mesmo as clínicas particulares mais o pai, corríamos a cidade inteira e não conseguíamos os medicamentos...lá ela ficava sempre em casa.....as outras meninas estão com a minha irmã mas eu já estou a tratar da vinda delas...o pai delas arranhou outra mulher...”(Angola)]

O coração reparte-se entre os filhos que estão em Portugal e os que estão no país de origem. Apesar das dificuldades em África há quem queira, mesmo assim, voltar para ajudar os que lá estão.

[“...o que me fazia mais feliz era receber a outra minha filha doente aqui...ontem liguei para São Tomé, disseram que ela caiu e desmaiou...”(São Tomé)]

[“...se eu tenho saudades? Tenho demais...”(São Tomé e Príncipe)]

[“...quero legalizar-me para trabalhar e depois passar uns tempos cá e outros lá...deixei lá quatro filhos e não tenho condições de os mandar vir...”(Guiné-Bissau)]

[“...depois do menino estar tratado quero voltar ao meu país...tenho lá o meu companheiro e os outros filhos...além disso a minha mãe está doente e eu sou a filha mais velha...tenho que cuidar dela...”(Angola)]

[“...não sei como vai ser a minha vida, não sei como vou resolver o problema de saúde da minha filha...se ela ficasse boa queria voltar para a Guiné...”(Guiné-Bissau)]

Alguns evocam a falta de trabalho, as fracas condições de vida, a inexistência de salários.

[“...se penso voltar? Não vale a pena porque lá não tem trabalho...a vida aqui pode ser difícil mas desde que tenha trabalho já consigo ter coisas que não consigo ter lá na minha terra....a minha intenção é mandar vir a família e ficar cá para sempre...quero arranjar uma casa mais confortável..queria dar conforto para meus filhos...”(São Tomé e Príncipe)]

⁴² Medicamento para combater epilepsia

⁴³ À data de conclusão deste trabalho já tinha cá a mulher e a outra filha.

[“...se a menina se tratar eu vou voltar porque o pai dela está lá a trabalhar, mas se puder trazer o meu marido para cá prefiro ficar cá, porque cá ele trabalha e recebe e lá trabalha três e quatro meses sem receber...”(Guiné-Bissau)]

[“...se puder trazer o meu marido para cá prefiro ficar cá, porque cá ele trabalha e recebe e lá trabalha três e quatro meses sem receber...”(Guiné-Bissau)]

[“...penso ficar cá até ver....o meu marido é quase director lá e passa três e quatro meses sem receber...a vida é muito difícil lá...eu não trabalhava porque lá não há trabalho...”(Guiné-Bissau)]

[“...aquilo lá não dá nada, há muitas dificuldades...às vezes chove, às vezes não chove, às vezes chove mas não dá, às vezes o milho tá grande....agora estou cá, vou tratando a criança e ver se encontro trabalho.....o meu marido era para vir primeiro...eu vinha depois...mas por causa de criança eu vim primeiro...agora estamos a tentar arranjar trabalho para ele vir...”(Cabo Verde)]

[“...se conseguir arranjar trabalho prefiro ficar cá...lá não tem trabalho....ainda não sei como vou trazer meu companheiro e minhas filhas...o meu filho tem doença grave e eu vou ter residência...”(Guiné-Bissau)]

Os desejos imediatos dos que querem ficar em Portugal passam por conseguir em primeiro lugar a autorização de residência emitida pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, que é importante para conseguir ter um contrato de trabalho, e, de seguida, mandar vir a família, ao abrigo do direito ao reagrupamento familiar.

[“...estamos a tratar da residência para depois procurar trabalho...agora não posso ter contrato, só posso trabalhar na casa de pessoa....quando tiver residência e trabalho quero mandar vir os meus filhos normais....para estudarem...em São Tomé só filho de rico pode ir estudar longe...se eles ficar lá só podem estudar até 10º ano. Quando eles já forem adultos e se orientarem sozinhos nós podemos voltar para tomar conta da filha doente...”(São Tomé e Príncipe)]

[“..eu quero que meu marido venha, porque se um não está outro está para tomar conta da menina...e ele quer vir...quero que ele venha e traga uma filha mais velha para ajudar...assim nós ia trabalhar e ela tomava conta...”(São Tomé e Príncipe)]

A resposta abrupta qual grito de revolta de um dos inquiridos (dois, se considerarmos mãe e filho) quando perguntámos se desejam voltar ao seu país de origem é quase chocante e demonstra a vida de privações que por lá tiveram.

Mãe - [(...) ” NÃO!!! É castigo!! Muito filho e não tem trabalho!!] e o Filho – [“NÃO!!! Eu não quero morrer!!! (Guiné-Bissau)]⁴⁴

Alguns não querem voltar porque têm cá a família toda, ou, pelo menos toda a família nuclear. Duas inquiridas referiram que já tinham cá os maridos e outra referiu que o marido só está à espera de contrato de trabalho para vir. Aliás, era suposto ela vir primeiro, o que não aconteceu devido ao problema do filho. Nestes três casos adivinhou-se uma intenção de vir para Portugal, independentemente do problema de saúde dos filhos.

[“...tenho cá toda a família, por isso, se a doutora permitir eu vou viver aqui...se eu for para São Tomé vou enfrentar uma situação má porque lá não tem condição...acho que a vida de cá é pior, mas quero arranjar residência para poder entrar facilmente em Portugal...se eu for ao meu país para poder voltar...não é fácil vir para Portugal...”(São Tomé e Príncipe)]

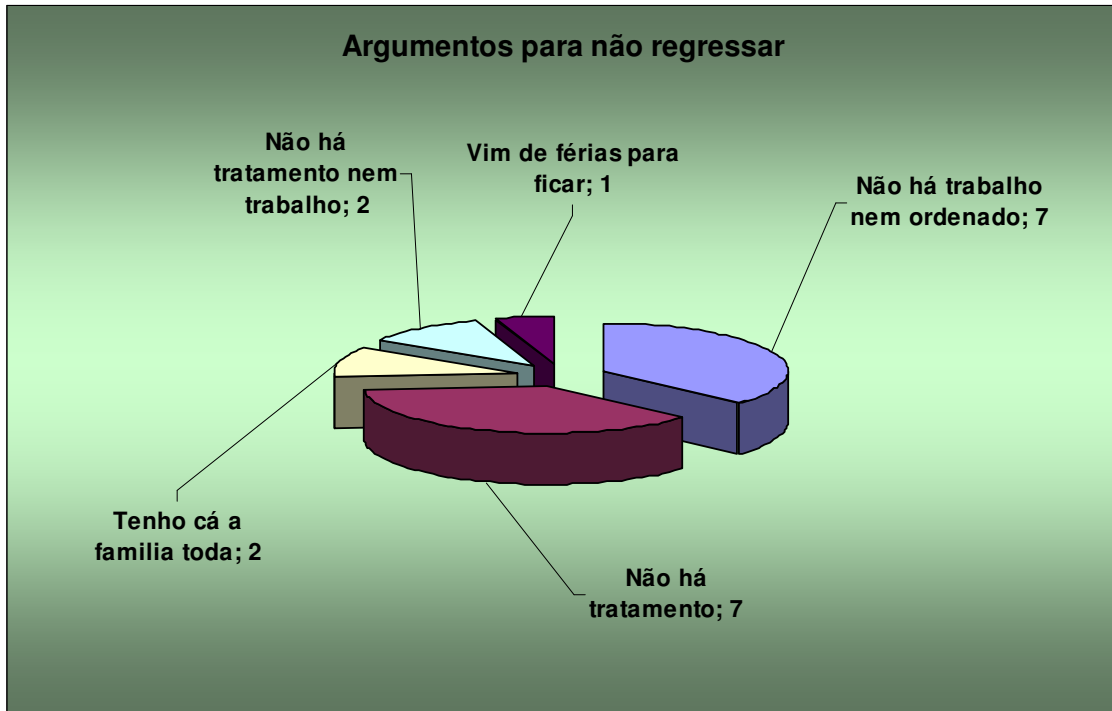
Uma inquirida santomense assume que veio para Portugal de férias, com intenção de ficar definitivamente.

[“...vim para Portugal de férias com o objectivo de ficar cá....tinha cá muita família...”(São Tomé)]

O gráfico nº 19 sintetiza as justificações mais apontadas para inviabilizar o regresso ao país de origem. Destacam-se a falta de trabalho, a falta de salários, a falta de tratamentos médicos, a dificuldade em arranjar medicação ou, quando se arranja, ser exageradamente cara, a dificuldade em voltar a Portugal para fazer reavaliações médicas, entre outras. Os excertos das entrevistas que apresentámos são ilustrativos do que acabámos de referir.

⁴⁴ Este menino veio para Portugal com problemas cardíacos. Fez cirurgia ao coração.

Gráfico nº 19 – As justificações mais referidas para não regressar ao país de origem.



5 SÍNTESE CONCLUSIVA

Até à década de sessenta do século passado Portugal foi, como se sabe, um país predominantemente de emigração. Não significa que não tivéssemos já entre nós alguns estrangeiros. O primeiro censo que tomou em consideração os estrangeiros data de 1890 e contava já nessa altura com 41.339 estrangeiros, número superior ao registado nos censos de 1960, onde se contavam apenas 29.428 estrangeiros (Corral;1991). As nacionalidades representadas eram então muito menos do que são hoje. Eram provenientes sobretudo de Europa Ocidental e do Brasil. Por ordem decrescente de importância tínhamos então Espanha (65,8%), Brasil (14,9%), França (6,2%) e Reino Unido (5,5%).

A entrada de Portugal na EFTA, nos anos sessenta, levou Portugal a abrir realmente as suas fronteiras ao investimento estrangeiro e com isso atraiu imigrantes, sobretudo abastados e principalmente para o Algarve.

Também a guerra colonial trouxe até nós trabalhadores oriundos dos PALOP, na sua maioria pouco qualificados, que vieram suprir o deficit de mão-de-obra deixado pelos portugueses que foram combater para a guerra colonial e pelos que emigraram para a Europa do Norte e Brasil.

Palavras como «retornados» e «imigrantes» só começámos a ouvir falar após o 25 de Abril de 1974. Realmente, o fim da guerra colonial fez regressar a casa cerca de 295.000 portugueses, aos quais se juntaram cerca de 205.000 africanos. De repente, o país viu aumentar a sua população em cerca de 500.000 indivíduos.

A população africana que antes da mudança política de 74 rondava os 12.100 indivíduos, após 74 mais do que duplicou, atingindo cerca de 28.700 indivíduos. Podemos dizer que esta movimentação de africanos para Portugal “inaugurou” o ciclo de imigração africana para Portugal, que se mantém até hoje.

Por alturas do XII Recenseamento Geral da População, as nacionalidades mais representativas oriundas dos PALOP eram, por ordem de grandeza, Angola, Cabo

Verde e Moçambique. Nos Censos de 2001, Cabo Verde apresentava mais do dobro do número de imigrantes Angolanos, seguido por Angola, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe. Ainda hoje Cabo Verde é a nacionalidade africana mais representativa em Portugal.

A entrada de Portugal na então CEE em 1986 induziu a vinda de muitos imigrantes dos PALOP, na maioria pouco qualificados, que, apoiados pelas redes de familiares e de amigos já implantadas em Portugal, vieram alimentar as necessidades de mão de obra informal que os investimentos na construção civil, subsidiados pela CEE, faziam surgir.

A desarticulação do bloco de Leste, aliada à Convenção da Aplicação de Schengen, em Março de 1995, abriu as portas de Portugal a um novo fluxo migratório, completamente diferente dos anteriores – o fluxo migratório oriundo da Europa de Leste. Em finais do século XX, início do século XXI começaram a chegar a Portugal moldavos, romenos, russos, mas, sobretudo, ucranianos, entre outros. Foi um fluxo completamente diferente de todos os fluxos migratórios para Portugal até então, não só pelo perfil qualificacional ser em média superior ao dos outros fluxos e da população autóctone, como pelo facto de ser um fluxo oriundo de países com quem Portugal nunca teve laços de qualquer espécie e para os quais nunca promoveu qualquer política incitadora da vinda de imigrantes. Estes imigrantes vieram não só pela facilidade de movimentação e obtenção de vistos no espaço Schengen, como também pela existência de uma “indústria” migratória que soube explorar a pressão existente nos países de leste, canalizando-a com sucesso e lucro para Portugal, onde existia nessa altura uma acentuada escassez de mão de obra em alguns sectores da economia.

Relativamente ao fluxo migratório oriundo do Brasil, podemos referir duas fases. A primeira nos anos oitenta, migrantes em média com níveis qualificacionais mais elevados que os da população portuguesa. Em finais dos anos noventa começam a chegar em força brasileiros menos qualificados, que marcam posição no mercado de trabalho, sobretudo no sector da restauração.

De referir ainda o fluxo asiático, sobretudo chineses, indianos e paquistaneses, cuja característica principal é o facto de serem maioritariamente pequenos empresários e de se constituírem como uma comunidade bastante coesa e fechada, sobretudo no que respeita aos chineses. As comunidades indiana e paquistanesa parecem ter tido a sua

origem em Portugal com a chegada de comunidades hindus e muçulmanas radicadas em Moçambique, que vieram para Portugal no processo de descolonização.

A maior parte dos fluxos migratórios de que falámos chegam até nós por razões económicas. Vêm em busca de melhores oportunidades, de ascensão social. Os fluxos que chegam até nós por outras razões que não as económicas ou de estudo, como é o caso dos doentes evacuados ao abrigo dos acordos de saúde celebrados entre Portugal e os PALOP, são com frequência esquecidos, não tendo sido objecto de investigação aprofundada. É deles que se ocupa este estudo.

Antes de avançar para os resultados, importa dizer que este é um trabalho com muitas limitações, não só porque é um estudo de caso, não permitindo, por isso, extrapolações para o universo, mas também porque se trata de um trabalho de investigação meramente exploratório. Por isso, qualquer resultado aqui apresentado se reporta única e exclusivamente à amostra sobre a qual incidiu o trabalho.

O perfil dos vinte e dois entrevistados enquadra-se no perfil geral dos imigrantes oriundos dos PALOP que se encontram em Portugal: baixa escolaridade, baixas qualificações profissionais, habitam nas zonas periféricas mais degradadas da área metropolitana de Lisboa (AML). Concentram-se, tanto em termos de emprego como de residência, junto das outras comunidades suas conterrâneas, já instaladas há alguns anos.

Nos países de origem, trabalhavam sobretudo em actividades ligadas à agricultura, vendendo os excedentes da sua própria produção. Pescadores, vendedores de lenha, criadores de frangos para venda, pedreiros, são outras das actividades referidas. Em Portugal as actividades desenvolvidas pelas mulheres concentram-se sobretudo na área da limpeza e as dos homens na construção civil. A maior parte dos inquiridos do sexo feminino referiu trabalhar “sem contrato, em casa de patroa”, pelo que se deduz que estão a alimentar a economia informal, subterrânea, quiçá mal pagos e explorados.

Ouvidas as histórias dos inquiridos, são evidentes os ganhos que, apesar de tudo, a vinda para Portugal lhes trouxe. Adivinham-se algumas melhorias em termos económicos e sociais. Muitos conseguiram arranjar trabalho, sem ser o trabalho rude dos campos a que estavam habituados e, sobretudo, passaram a ter um salário, coisa que no país de origem muitas vezes não tinham. Mesmo com pouco dinheiros conseguem

comprar alguns bens supérfluos, que lhes dão alguma ilusão de conforto e melhoria da qualidade de vida. Mas em termos gerais, o seu estatuto social não sofreu grande alteração, continuando a estar na base da hierarquia social e profissional, não resultando portanto grande movimento de ascensão social.

Estes africanos vieram para Portugal tratar as suas doenças, ao abrigo dos acordos de cooperação no âmbito da saúde, celebrados entre Portugal e os seus países. Importa referir que estes acordos foram celebrados há já alguns anos, na década de 70 e 80 (ver capítulo 3), não tendo sido posteriormente objecto de qualquer revisão. São acordos que implicam direitos e obrigações para ambas as partes. No que concerne a Portugal, relativamente a cada PALOP, Portugal obriga-se a aceitar, para tratamento nos nossos hospitais, após esgotadas todas as possibilidades de tratamento no outro país, um determinado número de doentes estipulado em *plafond* anual. Deverá custear todas as despesas inerentes a tratamento hospitalar, a tratamento em ambulatório, a exames complementares de diagnóstico. Por seu lado, cada PALOP tem por obrigação custear a vinda e regresso do doente, o seu alojamento e alimentação em Portugal no caso de tratamento em regime de ambulatório, em regime de hospital de dia e após a alta. É certo que estes acordos não se esgotam nestes procedimentos, mas são os que nos merecem atenção para este trabalho, pelo que nos cingiremos apenas a eles.

De acordo com informação da Direcção Geral de Saúde, o número de doentes evacuados de Cabo Verde, São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau são bastante ultrapassados relativamente ao *plafond* anual estipulado, para cada país (300, 200, 300, respectivamente). Angola e Moçambique são os países que menos doentes enviam para Portugal ao abrigo dos acordos de saúde, ficando muito aquém do *plafond* estipulado (200 e 50, respectivamente). Esta diferença, para além de poder reflectir uma maior ou menor dependência de Portugal no que respeita à saúde, poderá reflectir também sistemas de saúde melhor estruturados e melhor apetrechados. Também porque Angola e Moçambique, segundo os relatos, recorrem preferencialmente à saúde de África do Sul.

Os processos de evacuação de doentes obedecem a determinados procedimentos tanto nos países de origem como em Portugal. Estes procedimentos podem tornar-se bastante morosos, dada a burocracia e, por vezes, inoperância dos serviços que compõem o

circuito de evacuação, o que leva em muitos casos a longos meses ou anos de espera. Esta longa espera leva a que, em alguns casos, as doenças evoluam para estádios irreversíveis, fazendo com que os doentes venham apenas receber cuidados paliativos em Portugal, em vez de obter a sua cura. Treze dos nossos inquiridos esperaram entre um e três anos, chegando três a esperar entre cinco a seis anos. Os restantes esperaram menos de um ano. Em alguns casos, recorrer a contactos informais, sobretudo familiares e amigos, bem posicionados no circuito dos processos de evacuação, fez toda a diferença. Três inquiridos recorreram a familiares que trabalhavam nas finanças, ao Ministro da Saúde e ao administrador de um Hospital e conseguiram reduzir a espera para menos de três meses.

Foi referido pelos informadores privilegiados que os processos de selecção são muitas vezes pouco claros, débeis e injustos. Relativamente à Guiné-Bissau foi referido ainda que, aliado à falta de clareza e justiça existe também alguma dose de corrupção. Segundo as nossas fontes, as juntas médicas são pagas, e, em consequência disso, vem para Portugal quem mais pode e nem sempre quem mais precisa.

Relativamente à debilidade dos processos de triagem, recolhemos o depoimento de médicos do HDE, que confirmam que a triagem dos doentes no país de origem nem sempre é perfeita. Envia doentes para tratamento que não têm qualquer possibilidade de cura em Portugal, como doentes com paralisias cerebrais profundas. Por outro lado, chegam por vezes até nós doentes com anemias, que podem tratar-se sem problema no país de origem. Isto acontece sobretudo com Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe. Estará esta má triagem relacionada com a corrupção apontada?

Vencida a batalha “junta médica” houve que vencer a batalha “finanças”, que é como quem diz, conseguir o financiamento da viagem para Portugal. Catorze dos vinte e dois inquiridos não conseguiram a viagem paga pela embaixada. Desesperados pela espera, animados pela esperança de uma cura em Portugal, recorreram a estratégias várias para fazer face às despesas da viagem para o eldorado da saúde: recorreram à rádio local para fazer um apelo à solidariedade da comunidade; venderam os poucos haveres, como o barco da pesca, a televisão e outros haveres, para angariar fundo de maneio; Recorreram à igreja; recorreram aos diversos membros da família, no país de origem ou aos já

residentes em Portugal, para conseguir o dinheiro. A maior parte dos nossos inquiridos recorreu à família.

Já em Portugal, estes doentes também necessitam do apoio das respectivas embaixadas quer em termos de alojamento, quer de alimentação ou medicamentos. Os nossos inquiridos não beneficiam, na sua maioria, dos direitos que deveriam ter através dos acordos. Dos vinte e dois inquiridos apenas três tiveram direito a pensão completa, ainda que com fraca qualidade, segundo os relatos. Os restantes têm vivido a expensas da família, à custa da solidariedade de amigos ou até mesmo de estranhos.

Alguns inquiridos vivem, ou já viveram, em Portugal em condições em tudo idênticas às que foram denunciadas pelo jornalista Ricardo Feldner na reportagem do jornal Público de 30 de Novembro de 2005 (ver anexo Diversos). Alguns viveram abaixo do limiar do suportável, sem tecto, dormiram no chão de uma estação de comboios e em vãos de escada. Com crianças praticamente de colo.

Depreende-se desde logo que, relativamente aos inquiridos da nossa amostra, os acordos de saúde não estão a ser cumpridos pelos seus países. Existe falta de agilidade nos processos, sobretudo para casos urgentes, e falta de cumprimento em termos de pagamento de viagens, estadia, alimentação e medicamentos. Pelo que é referido pelos doentes, não é dado grande acompanhamento aos doentes em Portugal.

Seja para auxiliar os familiares dos quais dependem, seja porque começam a engendrar um projecto de vida em Portugal, arranjam trabalho, muitas vezes duro e mal pago, do tipo “biscate”, sendo explorados por patrões sem escrúpulos que se aproveitam da sua situação precária, por vezes da sua situação irregular em Portugal.

As idas ao Serviço de Estrangeiros e Fronteiras nem sempre se traduzem numa autorização de residência. São as corridas ao hospital, as longas esperas pelo médico, para conseguir a “tal declaração milagrosa” que diz que sofrem de “doença que requer assistência médica prolongada que obsta ao retorno ao país, a fim de evitar risco para a saúde do próprio” e que lhes vai permitir obter a autorização de residência.

Quando os doentes têm alta ou doenças que não justificam a permanência em Portugal, geram-se algumas divergências entre estes doentes e o médico assistente, pela recusa deste em passar a “tal declaração milagrosa”, pois, segundo diz o médico responsável

pelos acordos de saúde no Hospital de Dona Estefânia, “não podemos ser desumanos e insensíveis aos problemas destas pessoas, mas também não podemos alhear-nos das nossas capacidades. Não podemos ficar cá com todos”.

Para além dos familiares e amigos, as associações de apoio aos imigrantes e as instituições religiosas são normalmente muito procuradas pelos imigrantes. No caso da nossa amostra, a maioria dos inquiridos referiu nunca ter recorrido a associações de apoio ao imigrante, por mero desconhecimento ou por não ter condições económicas que lhes permitam “andar por aí à procura”. Dos poucos que recorreram, quatro, apenas um referiu ter recebido uma vez ajuda para alimentação. Sabemos que existem centros de acolhimento, como o Centro Pedro Arrupe, que acolhe muitos doentes evacuados que deixaram de ter, ou nunca tiveram ajuda das suas embaixadas. Dois inquiridos afirmaram ter recorrido a instituições religiosas ou a alguém ligado a elas.

Os inquiridos mostraram-se muito gratos tanto ao HDE como aos seus médicos assistentes. À “Sra. Dona Estefânia, essa senhora muito boa” estão eternamente gratos pelo tratamento carinhoso que deu aos seus meninos.

Apenas cinco inquiridos afirmaram que já acalentavam o sonho de vir viver para Portugal. Os restantes dezassete disseram que só vieram por causa da saúde dos seus meninos. Mas agora em Portugal, o regresso ao país de origem afigura-se longínquo ou inexistente. Dezanove inquiridos não querem voltar ao seu país a não ser de férias. Os que afirmam querer voltar alegam que têm outros familiares doentes no seu país, que não podem abandonar, ou o cônjuge que não quer vir para Portugal. Falta de trabalho no país de origem, ou salário, tratamento médico ou medicamentos são as razões mais apontadas pelos que não querem regressar. Mais de metade dos inquiridos (catorze) estão em Portugal há alguns anos (o leque varia entre dois e quinze anos).

A opinião dos informadores privilegiados é a de que, de uma forma geral, os acordos de saúde estão obsoletos, necessitando de uma adequação à realidade actual. Por isso, para minimizar os constrangimentos por que passam estas pessoas que vêm evacuadas, uma das soluções apontadas passa pela revisão dos acordos. Seria mais viável, proveitosa e menos dispendiosa para Portugal a ajuda dada no local, isto é, criando-se as condições para os doentes serem tratados no país de origem. Dotar os países de equipamentos, equipas de médicos, medicamentos, formação aos autóctones. Ou, se a ajuda de

Portugal se mantiver nos mesmos moldes, criar uma estrutura de modo a permitir uma triagem justa, imparcial e adequada. Uma estrutura bem montada de modo a que o doente possa regressar ao seu país após a alta em Portugal e voltar para reavaliações periódicas, sem os constrangimentos porque passaram os doentes da nossa amostra.

O PADE – Programa de apoio a doentes estrangeiros foi criado em cooperação por várias instituições, entre elas o Instituto de Segurança Social e o ACIDI, com o objectivo de minimizar os constrangimentos inerentes aos processos de evacuação. A ideia passa por acompanhar os doentes desde a origem até à origem, isto é, desde a sua vinda até ao seu regresso. No âmbito deste projecto já existe uma casa de acolhimento – a Residência Santa Maria Eufrásia, em Carnide - para dar resposta às necessidades de acolhimento temporário de doentes estrangeiros oriundos dos PALOP. Os doentes e seus familiares são albergados temporariamente, enquanto dura o tratamento em Portugal, para que não enfrentem situações de extrema pobreza e vivam condignamente. Segundo a Alta Comissária para a migração e Diálogo Intercultural, Dra Rosário Farmhouse, em entrevista à agência noticiosa LUSA, “O PADE é uma tentativa de montar um «circuito fechado» que permita a monitorização de cada situação, de modo a que se saiba sempre o percurso de cada doente estrangeiro, desde a obtenção da junta médica até ao fim do tratamento”.

Chegados até aqui resta-nos fazer um pequeno balanço quanto às nossas questões de partida. De acordo com tudo o que foi aqui relatado e apresentado, verificamos que as nossas hipóteses de trabalho se confirmam. Parece existir realmente um fluxo migratório para Portugal induzido pelos deficientes sistemas de saúde dos PALOP. A debilidade dos programas de cooperação, por tudo o que foi aqui explanado, leva a que estes imigrantes não sejam devidamente apoiados e, em consequência disso, levem uma vida de carências em Portugal. Para fazer face a todas as dificuldades sentidas, só mesmo a existência de fortes redes familiares e de amigos.

Também sobre a execução deste trabalho importa chamar a atenção para algumas limitações. A primeira, já referida, prende-se com o carácter fortemente exploratório que o caracteriza. A metodologia utilizada para recolha da informação – a construção de histórias de vida – se por um lado nos permite aprofundar, captar grande riqueza em

termos de factos, emoções, sentimentos, por outro, não nos permite generalizar, porque se trata de um estudo de caso e de uma pequena amostra não representativa.

Por outro lado, a fragilidade dos dados estatísticos entre as diversas fontes, por vezes contraditórios, também nos suscitou algumas dúvidas.

A especificidade da população de onde foi retirada a nossa amostra – população em tratamento no Hospital de Dona Estefânia – hospital pediátrico, será responsável por algum enviesamento dos nossos resultados. O facto de ser um hospital de crianças e dos cuidados com os filhos serem na maior parte das vezes, da responsabilidade das mães, pode explicar o facto de termos uma amostra predominantemente feminina. Os nossos inquiridos são os familiares acompanhantes destas crianças em tratamento, normalmente as mães ou os pais.

Não poderíamos deixar de referir um factor de grande peso que contribui para que este trabalho seja menos rico em termos de dados e depoimentos, e que leva a que não possamos conhecer “o outro lado” ou a “outra parte” nos processos de evacuação. Tem a ver com o facto de nunca termos conseguido falar com os responsáveis pela saúde das diversas embaixadas dos PALOP em Lisboa, apesar das inúmeras tentativas. Este facto condicionou demasiado este trabalho. Conhecer as razões porque as embaixadas não apoiaram estes doentes, saber quantos doentes estão actualmente em Portugal, como monitorizam os processos, quantos conseguem apoiar, entre outras informações, tornaria este trabalho mais rico, talvez mais coerente.

Resta-nos esperar que posteriores investigações aprofundem esta temática, que se prende com direitos fundamentais para os seres humanos, como sejam o direito à saúde e a uma vida digna, estejam onde estiverem.

6 ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO

BACKSTROM, Bárbara (2007), “Saúde e imigrantes: as representações e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade caboverdiana em Lisboa”, Lisboa, Tese de Doutoramento.

BAGANHA, Maria Ioannis, GOIS, Pedro (1998/1999), Migrações Internacionais de e para Portugal: o que fazemos e para onde vamos?, Revista Crítica de Ciências Sociais Nºs 52/53.

BAGANHA, Maria Ioannis, MARQUES, José Carlos, GOIS, Pedro (2003), “A ultima vaga: imigrantes de Leste em Portugal” in Imigração do Leste – Uma nova realidade: oportunidades e desafios. Gulbenkian, Lisboa.

BAGANHA, Maria Ioannis, MARQUES, José Carlos, GOIS, Pedro (2004), “Novas imigrações, novos desafios: A imigração do Leste Europeu”, Revista Crítica de Ciências Sociais, Nº 69, pp 95-115, Coimbra.

BAGANHA, Maria Ioannis (2005), Política de imigração: a regulação dos fluxos, Revista Crítica de Ciências Sociais nº 73, pp 29-44, Coimbra.

BARRETO (org) (2005), Globalização e Migrações, Estudos e Investigações, Lisboa, ICS.

BELL, Judith, (1989), Doing research Project: a guide for the first-time researchers in education and social science, England, Open University Press.

BRUNET, Pierre,(1975), “Pour une nouvelle définition de la migration » in AAVV, Migrations Intérieures-Methodes d’Observation et d’Analyse, Paris, Éditions du CNRS.

CARVALHO, Lourenço Xavier de, (2004), Impacto e reflexos do trabalho imigrante nas empresas portuguesas – uma visão qualitativa, Lisboa, Acime.

CASTLES, S., MILLER, M.J., (1998), The age of migration: international population movements in the modern world, Londres, Macmillan.

CASTLES, S. (2000), International Migration at the Beginning of the Twenty-First Century: Global Trends and Issues, International Social Sciences Journal, UNESCO, no. 165.

CASTLES, Stephen (2005), Globalização, Transnacionalismo e novos fluxos migratórios. Dos trabalhadores convidados às migrações globais, Oeiras, Celta.

CLARK, W.A.V. (1986), Human Migration, Beverly Hills, Sage.

CORGEAU, Daniel (1988), Méthodes de Mesure de la Mobilité Spatiale. Migrations Internes, Mobilité Temporaire, Navettes, Paris, Ed. de l'INED.

I CONGRESSO (2004) – Imigração em Portugal – Diversidade, Cidadania, Integração, Lisboa, Acime.

CORRAL, A. Vermelho, (2001), Os estrangeiros em Portugal – policopiado.

CONSELHO ECONÓMICO E SOCIAL (1995), Portugal, a Europa e as migrações, Lisboa.

DIAS, Sónia, GONÇALVES, Aldina (2007), Migrações e Saúde in Revista Migrações, Nº 1, Lisboa, ACIDI.

ESTEVES, Maria do Céu (org) (1991), Portugal, país de imigração, Lisboa, Instituto de Estudos para o desenvolvimento, Caderno 22.

FERREIRA, Eduardo de Sousa, RATO, Helena, MORTÁGUA, Maria João (2004), Viagens de Ulisses, Efeitos da imigração na economia portuguesa, Lisboa, OI, Acime.

FIDEL, Raya (1992), The case study method: a case study in GLAZIER, Jack D. & POWELL, Ronald R., Qualitative research in information management, Englewood, CO, Libraries Unlimited

FIGUEIREDO, Joana Miranda (2005), Fluxos migratórios e cooperação para o desenvolvimento – realidades compatíveis no contexto europeu?, Lisboa, Acime.

FONSECA, Maria Lucinda (2005), Reunificação familiar e imigração em Portugal, Lisboa, OI, ACIME.

GHIGLIONE, Rodolphe, MATALON, Benjamin (1999), O Inquérito: Teoria e Prática, Oeiras, Celta.

GIDDENS, Anthony (1996), As Consequências da Modernidade, Oeiras, Celta.

GOODHUE, Dale L. e tal. (1992), Strategic data planning: lessons from the field. MIS Quarterly.

GONÇALVES, Aldina (2003), “Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção”. Revista Portuguesa de Saúde Pública N° 21.

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

HARTLEY, Jean F. (1994), Case Studies in organizational research in CASSEL, Catherine & SYMON, Gillian (ed), Qualitative methods in organizational research: a practical guide, Londres.

INDEX de Políticas de Integração de Migrantes

JACKSON, John A., (1991), Migrações, Lisboa, Escher.

KASTORYANO, Riva (2005), Participação e cidadania transnacionais: os imigrantes na União Europeia in BARRETO, António (Org), Globalização e Migrações, Lisboa, ICS.

KELLY, C. (2000), Demography and International Migration, in: C. Brettel e J. Hollifield (ed.), Migration Theory – Talking across Disciplines; London: Routledge.

KING, Russel, Ribas-Mateos, Natalia (2005), Migração internacional e globalização no Mediterrâneo: «o modelo do sul da Europa» in BARRETO, António (org), (2005), Globalização e migrações, Oeiras, Celta.

LOPES, Lúcia Correia, (2007), Gravidez e seropositividade em mulheres imigrantes na região de Lisboa, Lisboa, ACIDI. (Colecção Teses).

MACHADO, Fernando Luís, MATIAS, Ana Raquel (2006), Bibliografia sobre imigração e minorias étnicas em Portugal 2000-2006, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

MARQUES, Fernando Vasco da Silva, TORGAL, Jorge (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.

MASSEY, D., Arango, J. e tal, (1993), Theories of International migration: a review and appraisal, Population and development Review, Nº 19, pg 431-466.

MATOS, Margarida Gaspar de, GONÇALVES, Aldina, GASPAR, Tânia (2005), “Aventura social, etnicidade e risco. Prevenção primária do VIH em adolescentes de comunidades migrantes”, Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

MAXIME, Tandonnet (2003), *Migrations: la nouvelle vague*. Paris, L’Harmattan

PETRAS, Elizabeth McLean (1981), “The global labor market in the modern world-economy”, in M.M. Kritz *et al* (Ed.), *Global Trends in Migration - Theory and Research on International Population Movements*, Nova Iorque, Center for Migration Studies, pp. 44-63.

PIRES, Rui (1998/2001), *Mudanças na imigração. Uma análise das estatísticas sobre a população estrangeira em Portugal*. Sociologia Problemas e Práticas, Nº 39.

PIRES, Rui Pena (2003), *Migrações e Integração*, Oeiras, Celta.

PIORE, Michael (1977), “Alcune note sul dualismo nel mercato de lavoro”, *Rivista di Economia e Politica Industriale*, Vol. 3, Nº 2, pp. 185-210

POIRIER, Jean, CLAPIER-VALLADON, Simone, RAYBAUT, Paul, (1999), *Histórias de vida. Teoria e pratica*, Oeiras, Celta.

PORTES, Alejandro (1981), “Modes of structural incorporation and present theories of labor immigration”, in M.M.Kritz *et al*. (Ed.), *Global Trends in Migration - Theory and Research on International Population Movements*, Nova Iorque, Center for Migration Studies, pp. 279-297.

PORTES, Alejandro (1999), *Migrações Internacionais. Origens, Tipos e Modos de Incorporação*. Oeiras, Celta.

ROSA, Maria João Valente (2004), *Contributos dos imigrantes na demografia portuguesa – o papel das populações de nacionalidade estrangeira*.

ROSA, Maria João Valente, SEABRA, Hugo de, SANTOS, Tiago, (2005), Contributo dos imigrantes na demografia portuguesa, 2ª Edição, Lisboa, Acime.

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

SOUSA, José Edmundo Xavier Furtado (2006), Os imigrantes Ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde, Lisboa, ACIME.

TRINDADE, M^a Beatriz Rocha, Campos, M^a Cristina Siqueira de Souza, (orgs), (2005), História, memória e imagens nas migrações, Oeiras, Celta.

WATERS, Malcom (1999), Globalização, Oeiras, Celta.

SANTOS, Vanda (2004), O Discurso Oficial do Estado. Sobre a emigração dos anos 60 a 80 e imigração dos anos 90 à actualidade, Lisboa, ACIME.

SOS RACISMO, Equipa (2002), A Imigração em Portugal, Lisboa, SOS Racismo.

VITORINO, António (Coordenador), (2007), Imigração: oportunidade ou ameaça?, Lisboa, Principia, Fórum Gulbenkian Imigração.

WENGER, Etienne, (1998), *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity* Cambridge University Press.

ZELINSKY, Wilbur (1971), “The hypothesis of the mobility transition”, *The Geographical Review*, Vol. 61, N° 2.

<http://noticias.sapo.pt/lusa/artigo/ac391f48cf219eaa515490.html>

<http://www.jornal.st/noticias.php?noticia=45>

Relatórios Estatísticos do SEF 2004

Relatórios Estatísticos do SEF 2005

Relatórios Estatísticos do SEF 2006

Relatórios Estatísticos do SEF 2007

Janus 2001 – Anuário das Relações Exteriores. Público & UAL

Jornal O Público, de 30/11/2005

7 ANEXOS

7.1 Guião de entrevista aos indivíduos da nossa amostra

Caracterização

1. Idade
2. Habilitações literárias
3. País de origem
4. Profissão e situação na profissão no país de origem e em Portugal
5. Estado civil
6. Nº de filhos

A decisão de migrar

7. Quando veio para Portugal?
8. Qual ou quais os filhos doentes e qual ou quais as patologias
9. Toda a família nuclear vive em Portugal? Em caso negativo, quem deixou no país de origem?
10. Como surgiu a ideia de vir para Portugal?
11. Quem tratou dos papeis para vir para Portugal?
12. Em que medida abandonar, ainda que temporariamente, o país de origem e parte da família dificultou a decisão de migrar?
13. Tinha pessoas amigas ou familiares já em Portugal com os quais mantinha contacto? Se sim, elas influenciaram a decisão de migrar?
14. Mesmo sem o problema de saúde do seu familiar já pensava vir para Portugal trabalhar?

Integração em Portugal

15. Quando chegou a Portugal para onde foi viver?
16. Tem recebido alguma ajuda da embaixada?
17. Recorreu a alguma associação de apoio ao Emigrante?
18. Com que rendimentos vive em Portugal? Trabalha?
19. A quem recorre para renovar o visto?

E o futuro?

20. Pensa voltar ao seu país de origem?
21. Que razões a/o fazem ficar e abandonar os filhos e cônjuge que tem no país de origem?

Representações sociais do Hospital De Dona Estefânia

22. O que pensa do HDE?
23. Foi bem acolhido (a)?
24. O que pensa do médico assistente no HDE?
25. O que pensa que o HDE poderia fazer para melhorar a prestação de serviços aos imigrantes?
26. O que pensa que podia melhorar nos serviços de apoio aos imigrantes em geral?

7.2 Entrevistas aos acompanhantes das crianças evacuadas, que compõem a nossa amostra.

- Pedro Vilela, GB – Mãe, com 41 anos de idade, com 8º ano de escolaridade, vivia em Bissau e vendia hortaliças que cultivava;
- Leide e Saturnino, STP – Pai, 31 anos, 9º ano de escolaridade, vivia em São Tomé, era barbeiro e pintor;
- José Gomes, STP – Mãe, 25 anos, 8º ano de escolaridade, vivia em São Tomé, vendia produtos da horta;
- Yassine Tchuda, GB – Mãe, 28 anos, 11º ano de escolaridade, vivia em Bissau, era assistente de creche;
- Elcinia, STP – Mãe, 37 anos, 7º ano de escolaridade, vivia em Guadalupe, trabalhava como cozinheira;
- Cleide, STP – Mãe, 43 anos, 3ª classe, vivia em Ótótó, perto de Madalena, trabalhava no campo;
- Epifania Sane – GB – Mãe, 19 anos, 4º classe, vivia em Santa Luzia, trabalhava como cabeleireira;
- Leias do Céu, STP – Mãe, 46 anos, 3ª classe, vendia a fruta que colhia na horta;
- Henrique, STP – Mãe, 21 anos, sem escolaridade, vivia em Trindade, fazia negócios, vendia o que arranjava;
- Flaviano, ANG – Mãe, 28 anos, 6º ano de escolaridade, vivia em Luanda, comprava e vendia frango;
- Ivaldir Fernandes, GB – Mãe, 31 anos, sem escolaridade, vivia em Bissau, vendia cana na feira;
- Assana Só, GB – Pai, 28 anos, 4ª Classe, vivia em Bissau e trabalhava no campo;
- Leandra Vaz, STP – Mãe, 30 anos, 4ª classe, vivia na Praia de Morpeixe, vendia o peixe que o marido pescava e legumes que cultivava na horta;
- Dembo Sauane, GB – Mãe, 40 anos, sem escolaridade, vivia em Bissau e tinha restaurante;

- Edmilson, GB – Mãe, 30 anos, 11º ano de escolaridade, vivia em Bissau e não tinha trabalho na Guiné;
- Jeelsia, STP – Tia, 45 anos, 12º ano, vivia em Água Porca, trabalhava em pastelaria;
- Euclides, CV – Mãe, 42 anos, 3ª classe, vivia em Praia, trabalhava no campo para consumo da casa e venda dos excedentes;
- Deviny Gomes, CV – Mãe, 33 anos, sem escolaridade, vivia na Ilha de Santiago, doméstica;
- Iara Lima, CV – Pai, 40 anos, 4ª classe, vivia em São Vicente e era pedreiro;
- Sílvia Yonara. ANG – Mãe, 22 anos, Luanda, 9º ano, não trabalhava;
- Aminata Embalo, GB – Mãe, 24 anos, 9º ano de escolaridade, vivia em Bissau e trabalhava numa bomba de gasolina;
- Arlindo do Rosário, STP – Mãe, 37 anos, 6ª classe, vivia em Bombo, não trabalhava.

7.3 Entrevistas formais a informadores privilegiados (sem guião)

- Dr Cláudio Correia, responsável pela mobilidade de doentes da DGS
- Dra Eulália Calado, neurologista no HDE e Directora da Consulta Externa de Neurologia e *Spina Bífida*
- Dra Ana Moreira, neurologista no HDE
- Dra Ana Isabel Dias, neurologista no HDE
- Dra Rita Silva, neurologista no HDE
- Dr José Pedro Vieira, neurologista no HDE
- Dr Luís Varandas, responsável pelos doentes evacuados no HDE
- Enf^ª Sílvia Queta, HDE
- Dra Leonor Csatelo, Assistente Social HDE
- Enf^ª Amélia, Gabinete de Saúde do CNAI
- Sr Fernando Ka, Associação Guineense de Solidariedade Social Aguienso

7.4 Conversas informais, sem carácter de entrevista

- Dra Filomena Cardoso, JRS
- Dra Catarina Reis Oliveira, ACIDI
- Inspectora Lurdes Calado, SEF
- Inspector José Caçador, SEF
- Aurélio Polinário, Médicos do Mundo

7.5 Legislação

7.5.1 Acordos de cooperação no âmbito da saúde entre Portugal e os PALOP

7.5.2 Vistos de Estada Temporária e Autorizações de Residência – Lei 23/07 e Decreto Regulamentar 84/07

7.6 Diversos