e-pública
Revista Eletrónica de Direito Público

ICJP Instituto de Ciências Jurídico-Políticas
Faculdade de Direito Universidade de Lisboa
CIDP Centro de Investigação de Direito Público

DIREITO À SAÚDE DOS REFUGIADOS PERSPECTIVAS DO DIREITO PORTUGUÊS

RIGHT TO HEALTH OF REFUGEES PORTUGUESE LAW PERSPECTIVES

Ricardo Filipe Rodrigues de Oliveira
Número 7, 2016
ISSN 2183-184x

E-PÚBLICA
REVISTA ELECTRÓNICA DE DIREITO PÚBLICO

www.e-publica.pt

e-Pública **Vol. 3** No. 1, Abril 2016 (207-229)

DIREITO À SAÚDE DOS REFUGIADOS PERSPECTIVAS DO DIREITO PORTUGUÊS

RIGHT TO HEALTH OF REFUGEES PORTUGUESE LAW PERSPECTIVES

RICARDO FILIPE RODRIGUES DE OLIVEIRA[1]
Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa
Alameda da Universidade - Cidade Universitária
1649-014 Lisboa - Portugal
ricardo.fprg.oliveira@gmail.com

Resumo: O presente artigo debruça-se sobre o direito à saúde dos refugiados no ordenamento jurídico português. Apesar de contributos de estudos de outros Estados, inclusivamente de fora da União Europeia, o principal objecto de interesse foi o binómio entre a legislação e os meios humanos, científicos e materiais disponíveis em Portugal para acolher e cuidar, de um ponto de vista clínico, dos deslocados, tendo em vista as condições higiénico-sanitárias em que são usualmente transportados. Após uma introdução genérica da premissa da investigação, passa-se directamente à análise da tutela, que se divide numa componente estatística situacional, num desenvolvimento da legislação nacional nos diversos estádios da recepção destas populações e numa verificação das capacidades pública e privada de cumprir o dispositivo normativo. Nas conclusões, retoma-se o significado deste direito humano e fundamental, bem como se elabora um balanço da realidade portuguesa nesta matéria sensível.

Abstract: The present paper leans over the right to health of refugees in the Portuguese legal order. Despite the contributions from other States, even outside the European Union, the main object of interest was the duality between legislation and human, scientific and material resources available in Portugal to shelter and care, from a clinical viewpoint, of the displaced, knowing the sanitation and hygiene conditions they usually endure when are carried. Following a general introduction of the investigation's premise, an analysis of the legal umbrella straightly ensues, divided in a situational statistic analysis, on the unfolding of national ruling in the different stages of reception of these populations and on an examination of the public and private capacities to abide the legal provisions. For the conclusion, the meaning of this human and fundamental right is retaken, as well as the Portuguese reality is scaled on this sensitive issue.

Palavras-chave: Acolhimento; direito à saúde; doença; refugiado; SNS

Key-words: Hosting; right to health; sickness; refugee; NHS

1. Mestrando em Direito Penal e Investigador do Centro de Investigação em Direito Público da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. Jurista-Relator do Observatório dos Direitos Humanos. ricardo.fprg.oliveira@gmail.com

Sumário: Introdução; Protecção nacional: i) Base jurídica; ii) Preparação local; Notas conclusivas

Summary: Introduction; National protection: i) Legal basis; ii) Local preparation; Concluding remarks

Introdução

Em face das condições de sobrevivência em que se encontra a maioria dos refugiados, nomeadamente dos que fogem ao conflito na Síria ([2]), quer na deslocação quer no acolhimento, e perante o facto de que as doenças provocam mais mortes do que o terrorismo e a guerra ([3]), é mister apurar da extensão do direito humano e fundamental à saúde na recepção para, por um lado, compreender a sua posição na agenda da segurança nacional e, por outro, conseguir cumprir o limiar de respeito pela dignidade humana enunciado no artigo 1.º da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define como seu objectivo "*the attainment by all peoples of the highest possible level of health*" ([4]).

Esta entidade identificou como problemas de saúde mais frequentes dos refugiados que têm chegado à Europa ([5]) as lesões acidentais, hipotermia, queimaduras, eventos cardiovasculares, diabetes e hipertensão ([6]). As mulheres

---

2. Vejam-se, a título de exemplo, Ana Pereira, Amnistia: UE devia ter vergonha por fechar as portas a refugiados sírios, Lisboa, Público (13 de Dezembro de 2013), em http://www.publico.pt/mundo/noticia/amnistia-diz-que-ue-deveria-ter-vergonha-por-continuar-aos-fechar-portas-a-refugiados-sirios-1616178, e João Duarte, Fotografa isto por mim e mostra ao mundo o que se passa aqui, Hungria, Expresso (8 de Setembro de 2015), em http://expresso.sapo.pt/internacional/2015-09-08-Fotografa-isto-por-mim-e-mostra-ao-mundo-o-que-se-passa-aqui, ambos consultados a 18 de Outubro de 2015.

3. Colin McInnes, Health, *in Security Studies. An introduction*, parte II, 2.ª ed., Oxon, 2008, p. 325. E, na página seguinte, os diferentes significados que a saúde pode ter no discurso da segurança pública hodiernamente.

4. Este documento foi adoptado por 61 representantes de Estados reunidos na Conferência Internacional da Saúde que teve lugar na cidade de Nova Iorque, Estados Unidos da América, entre 19 de Junho e 22 de Julho de 1946, e entrou em vigor a 7 de Abril de 1948. O seu texto completo consta do sítio http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf, consultado a 18 de Outubro de 2015.

5. Apesar de a autoridade da União Europeia (UE) em matéria de saúde pública ser hoje reconhecida pelo seu surgimento paulatino e pela rede de estratégias globais, posições comuns e políticas de saúde que tem vindo a negociar em diversas plataformas internacionais, nomeadamente no sentido da reforma da OMS, a alínea a) do artigo 6.º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia apenas lhe concede competência partilhada ao aferir que a UE "dispõe de competência para desenvolver acções destinadas a apoiar, coordenar ou completar a acção dos Estados-Membros [no domínio da] protecção e melhoria da saúde humana", em virtude da desconfiança daqueles na gestão dos sistemas de saúde por um organismo exterior, segundo Samantha Battams / Louise van Schaik / Remco van de Pas, The EU as a global health actor: policy coherence, health diplomacy and WHO reform, *European Foreign Affairs Review*, volume 19, número 4, 2014, pp. 541 e 560 ss. Também no sentido do "*EU 'One voice' challenge on global health"*, Peter Chang / Vincent Rollet, Is the European Union a global health actor? An analysis of its capacities, involvement and challenges, *European Foreign Affairs Review*, volume 18, número 3, 2013, pp. 325 ss.

6. Que acrescem a problemas insuficientemente combatidos nos países em desenvolvimento e que, através dos refugiados, podem verter para os países desenvolvidos de acolhimento, contrariando tendências de despistagem e controlo. Isto sucede, por exemplo, no caso de infecções iatrogénicas pelos "*blood-borne viruses*" das Hepatites B e C e do VIH provocadas por práticas desadequadas dos estabelecimentos e agentes de saúde dos locais de origem, segundo as conclusões do estudo de Paul Goldwater, Iatrogenic blood-borne viral infections in refugee children from war and transition zones, *Emerging Infectious Diseases*, volume 19, número 6, 2013, pp. 896 ss. Donde, é altamente recomendável a realização de exames médicos de despistagem a refugiados sintomáticos, sendo que algumas destas doenças, bem como a Tuberculose, devem constar da lista de prioridades de diagnóstico, no entender da investigação de Barbara

encontram igualmente desafios específicos, tais como complicações associadas à gravidez e ao parto, parca saúde dos seus recém-nascidos e crianças e ainda outros problemas de saúde sexual e reprodutiva. Acontece também que os refugiados estão mais vulneráveis aos riscos de Doenças Não Comunicáveis (DNC), resultantes do contexto de deslocamento e de contacto com grandes massas humanas ([7]), e a sofrerem de desordens psicológicas, mal nutrição, alcoolismo, abuso de estupefacientes e complicações associadas. As diversas condições crónicas que podem gerar — como problemas cardiovasculares, diabetes, cancros ou doenças das vias respiratórias — elevam os custos do seu tratamento, exigindo usualmente, de outro tanto, cuidados continuados, medicamentos e assistência por tecnologia médica ao longo da vida, num quadro clínico de vigilância por cuidadores e eventual prestação de cuidados paliativos. Já as crianças têm propensão a infecções agudas (comummente de natureza respiratória), a episódios de diarreia e a doenças dermatológicas pelas fracas condições de salubridade e higiene dos meios usados para viajar ([8]). Convém, por fim, referir que os números de feridos e mortos têm vindo a aumentar e que, nos primeiros 10 meses do ano de 2015, 3 100 pessoas morreram afogadas ou desapareceram no Mar Mediterrâneo, segundo dados do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) ([9]).

De acordo com o Gabinete Regional para a Europa da OMS, o foco primordial de cada sistema de saúde deverá ser a capacitação para uma resposta rápida e eficaz ([10]) à chegada de grandes grupos de pessoas em cenários de

---

Eckstein, Primary care for refugees, *American Family Physician*, volume 83, número 4, 2011, p. 432, em http://www.aafp.org/afp/2011/0215/p429.html#afp20110215p429-c1, consultado a 22 de Dezembro de 2015.

7. Sem surpresa, todos os inquéritos e estudos realizados desde o ano 2000 demonstram que os migrantes, deslocados e refugiados, maioritariamente provindos de países em desenvolvimento, apresentam sistematicamente piores condições de saúde do que os nacionais dos países de acolhimento, como sublinhado por Alexis Spire, Ces étrangers qui renoncent à leurs droits, *Plein Droit*, volume 3, número 106, 2015, p. 4. Os menores, com enfoque nos não acompanhados, tendem a ser dos que apresentam cenários de saúde mais preocupantes, no entender dos trabalhos conduzidos por Angélina Étiemble, Quelle protection pour les mineurs isolés en France?, *Journal du Droit des Jeunes*, volume 3, número 243, 2005, p. 18.

8. Análises sistemáticas e meta-análises confirmam igualmente que os refugiados (e certos grupos de migrantes) apresentam um risco substancialmente mais elevado do que as populações de acolhimento de sofrerem de desordens do foro psiquiátrico e de stress pós-traumático. Ademais, a passagem por campos de refugiados com parcos recursos e violência endémica e os fenómenos de racismo e discriminação apenas contribuem para agravar a situação clínica mental destas pessoas, nomeadamente em termos de depressão e condições associadas. A este respeito, Guzder, Jaswant *et al.*, Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care, *Canadian Medical Association Journal*, volume 183, número 12, 2011, pp. 961 ss.

9. Informações constantes do documento Gabinete Regional para a Europa da OMS, Frequently asked questions on migration and health, [sem editor, localização ou data], em http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2015/09/population-movement-is-a-challenge-for-refugees-and-migrants-as-well-as-for-the-receiving-population/frequently-asked-questions-on-migration-and-health, consultadas a 18 de Outubro de 2015.

10. A eficácia do ponto de vista clínico é essencial, pelo que importa igualmente apostar nas comunicações entre Estados no sentido da reinstalação de refugiados com necessidades médicas caso o país de acolhimento não tenha as condições suficientes de tratamento e acom-

contingência, que vai exigir tanto coordenação e colaboração intra e inter Estados como, especialmente, a criação de grupos locais multidisciplinares bem preparados ([11]) em termos de planeamento e distribuição de tarefas, robustez e adequação epistemológicas, conhecimento da situação social, cultural e linguística (por pessoal bilingue ou através de intérpretes auxiliares, por via telefónica ou presencial) dos deslocados ([12]), treino específico para situações reactivas e adesão aos princípios de direitos humanos ([13]). Importa processar as

---

panhamento. Com esse propósito, para estabelecer a ponte entre os critérios do ACNUR e do Direito Internacional e as práticas locais, terminando com recomendações para capacitação nacional nesta área, veja-se Conselho Português para os Refugiados, Programa nacional de reinstalação: reflexões sobre a sua operacionalização, Lisboa, [sem editor] (Novembro de 2008), em http://refugiados.net/1cpr/www/reinstalacao/programa_nacional_reinstalacao_reflexoes_operacionalizacao_refugiados_necessidades_medicas_cpr_11_2008.pdf, consultado a 30 de Outubro de 2015. Igualmente, Stephen Lubkemann, Refugees and forced migrants, *in World at risk. A global issues sourcebook*, parte I, 2.ª ed., Washington, 2010, pp. 56 ss.

11. Uma compilação australiana de estudos de identificação de modelos de cuidados de saúde primários para refugiados nos países de acolhimento e do seu impacto no acesso, coordenação e qualidade dos tratamentos prestados apontou que "*refugees need to be able to access the same primary care services as the local population*" e sugeriu que o mais adequado seria que alguns serviços fossem repensados no sentido de atender de forma mais específica às necessidades dos refugiados, muito embora, a prazo, "*clients of refugee-specific services need to be able to transition into ongoing mainstream* PHC [*Primary Health Care*]". Foram dados como exemplos principais de boas práticas "*increasing awareness and health literacy in using health services with interventions involving media and health education; outreach to facilitate registration or clinic attendance; improving acceptability and appropriateness through the use of interpreters and bilingual workers; coordinating service networks (often facilitated by refugee health nurses) to improve access to range of services and to transport* [e] *reducing cost to clients by use of* pro bono *providers or not using co-payments*". Ademais, de relevo para a qualidade dos cuidados e consequente cautela pelo exercício do direito à saúde, à luz das políticas internacionais, têm sido sublinhados a interacção entre serviços governamentais e entidades privadas, a comunicação entre os profissionais clínicos e os utentes refugiados, o planeamento da força útil de trabalho aliado ao desenvolvimento cognitivo e científico (cuja educação e treino necessários permanecem, actualmente, reduzidos em muitos países), particularmente do pessoal de enfermagem, e o denominado "*case management*" (embora com limitações pelos potenciais custos que acarreta e pela necessidade de especialização adicional dos profissionais dispensados), nas palavras de Margaret Alston *et al*., A narrative synthesis of the impact of primary health care delivery models for refugees in resettlement countries on access, quality and coordination, *International Journal for Equity in Health*, volume 12, número 88, 2013, pp. 11 ss., em http://www.equityhealthj.com/content/12/1/88, consultado a 23 de Dezembro de 2015.

12. De facto, como avança Vanna Boffo, La comunicazione e la formazione linguistica, *in L'inclusione sociale e il dialogo interculturale nei contesti europei: strumenti per l'educazione, la formazione e l'accesso al lavoro*, parte II, Florença, 2008, p. 111, o exercício da comunicação na língua do acolhido e o facto do "*personale sanitario* [estar] *in grado di dialogare con i propri pazienti* [são essenciais para que] *possa pienamente essere esercitato il diritto alla salute*". Mais, "*comunicare la salute è importante per dare a ogni soggetto migrante* [e, por consequência, refugiado, requerente de asilo ou deslocado, de forma geral,] *il diritto di poter star bene nell'ambiente di immigrazione e, contemporaneamente, far sì che le competenze del personale sanitario possano svilupparsi per accogliere, spiegare, comprendere la condizione della separatezza e della lontananza dal proprio luogo di origine*".

13. Para tal, o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) criou recentemente um Grupo de Trabalho para a Agenda Europeia da Migração que, de acordo com Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Nota à comunicação social - Reunião do Grupo de Trabalho para a Agenda Europeia da Migração, Lisboa, [sem editor] (20 de Outubro de 2015), em http://www.sef.pt/portal/v10/PT/aspx/noticias/Noticias_Detalhe.aspx?id_linha=6909, consultado a 30 de Outu-

situações com o mínimo impacto para o sistema, orientando doentes e recursos de modo a que cada unidade não seja sobrecarregada e o conjunto *in totum* mantenha a sua resiliência. Isto com particular atenção para: (i) os grupos mais vulneráveis ([14]); e (ii) para infecções cuja sintomatologia possa passar despercebida aos mecanismos rotineiros de despistagem e que tenham potencial para criar uma situação problemática de saúde pública ([15]). No entanto, quanto à possibilidade de deflagrar um surto ou do surgimento de eventuais agentes patogénicos raros, a OMS aconselha a vigilância mas está confiante nos equipamentos, instalações e formação humana e científica dos diversos Estados-Membros da UE pela resposta que têm demonstrado na última década, *inter alia*, à febre de Lassa, aos vírus Ébola e Marburg e ao coronavírus MERS (que provoca a Síndrome Respiratória do Médio Oriente).

Importa realçar que, a 22 de Março de 2011, precisamente aquando do início dos protestos em favor da democracia na cidade de Deera, na Síria ([16]), foi

---

bro de 2015, já se reuniu no sentido de proceder ao "mapeamento de recursos disponíveis para o acolhimento dos requerentes de protecção internacional que serão recolocados em território nacional nos próximos dois anos", nomeadamente em relação aos instrumentos de saúde existentes. A informação disponibilizada pelo grupo será "sujeita a actualizações periódicas, tendo por base os recursos da administração central, municípios (63 actualmente), entidades do sector social e solidário, bem como da sociedade civil. Existe, assim, disponibilidade imediata para iniciar o processo de acolhimento, devendo o mesmo ter por base uma integração descentralizada e de base comunitária", e que incidirá primacialmente sobre 100 requerentes. O apontamento continua aferindo que o SEF "procederá à distribuição dos requerentes de protecção internacional, com base no seu perfil e nos recursos disponíveis que melhor correspondem à satisfação das necessidades existentes", entre as quais o acesso ao Sistema Nacional de Saúde (SNS). O SEF assinou ainda com a Plataforma de Apoio aos Refugiados (PAR), a Comissão Permanente do Sector Social e Solidário e com a Associação Nacional de Municípios Portugueses "memorandos de entendimento relativos ao acolhimento e à integração de refugiados e de indivíduos objecto de protecção internacional em território nacional", tendo o Alto-Comissariado para as Migrações criado o portal www.refugiados.acm.gov.pt para permitir "o registo das disponibilidades de instituições e de cidadãos que desejem participar nesta resposta humanitária", que apenas aguardam a libertação e consequente distribuição de refugiados pelas autoridades italianas e gregas.

14. Sendo de destacar os refugiados menores (nomeadamente, não acompanhados e débeis em termos de estado de saúde), que alguns estudos têm indicado como sendo uma faixa da população especialmente afectada pela pobreza e pela consequente degradação das condições sanitárias e de acesso à saúde. Vejam-se as referências aos trabalhos de Matthew Hodes (2000), Mónica Ruiz-Casares *et al*. (2010) e Mina Fazel *et al*. (2012) em Gunter Graf / Gottfried Schweiger, A philosophical examination of social justice and child poverty, Hampshire, 2015, p. 116. No mesmo sentido, Frédérique van Houcke, La violence à l'égard des enfants: synthèse de l'étude des Nations Unies, *Journal du Droit des Jeunes*, volume 5, número 265, 2007, p. 12.

15. Para Josephine Meister, Neglected Tropical Diseases (NTDs) in women and children, *in Maternal-Child health. Interdisciplinary aspects within the perspective of global health*, Göttingen, 2013, p. 425, especialmente relevantes são as designadas Doenças Tropicais Negligenciadas cujo impacto em cenários de conflito é bastante severo, sendo que os refugiados e os deslocados, no geral, podem ser reservatórios de agentes patogénicos que se tornam um risco para si e para o pessoal, *inter alia*, clínico, que com eles possa entrar em contacto. A situação agrava-se com o atraso na prestação de cuidados de saúde pela aumento em rede do potencial quantitativo de contágio e pela proporcionalmente inversa redução da capacidade de vigilância, controlo e contenção das doenças associadas, por vezes com um período de incubação demorado.

16. No seguimento da notícia, Lucy Rodgers *et al*., Syria: the story of the conflict, Londres,

apresentada no Parlamento Europeu a Declaração europeia dos profissionais de saúde contra a discriminação no acesso ao serviço de saúde ([17]) pela organização Médicos do Mundo, pelo Comité Permanente dos Médicos Europeus e pelas euro-deputadas Antonyia Parvanova e Edite Estrela ([18]). Este documento resultou de uma campanha iniciada em 2010 de apelo aos Estados-Membros e às instituições da UE para que permitam ao pessoal clínico administrar tratamento a todos os utentes, especialmente deslocados sem documentos, através dos respectivos sistemas de saúde, à luz dos princípios éticos do foro e em contraponto às criticadas ([19]) leis restritivas ([20]) e barreiras burocráticas que persistem e que poderão representar o principal obstáculo à obtenção de cuidados, mesmo primários, pelos refugiados.

Convém reter que o direito à saúde é um poliedro complexo que abarca diferentes dimensões e que exige o contributo verdadeiramente holístico de factores paralelos como a educação, o emprego, a segurança social e a habitação para que se alcance um estado de bem-estar e conforto de cada indivíduo, visto que saúde não significa a mera ausência de doença ([21]). Antes de se ser refugiado é-se ser humano ([22]), pelo que deverá ser a base da dignidade comum e não uma categoria incidental a orientar as políticas públicas quanto à manutenção do direito à saúde destas pessoas, à luz dos princípios multiníveis da universalidade e da tendencial gratuitidade. Especialmente perante um número de refugiados tão diminuto que não perturba quaisquer estruturas económicas, sociais e demográficas nacionais, de acordo com as avaliações da extensão e diversidade

BBC (9 de Outubro de 2015), em http://www.bbc.com/news/world-middle-east-26116868, consultado a 18 de Outubro de 2015.

17. Texto integral disponível em https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/european-declaration-health-professionals.pdf, consultado a 18 de Outubro de 2015.

18. Segundo informação veiculada pelo sítio electrónico da Ordem dos Médicos https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=b3967a0e938dc2a6340e258630febd5a&id=4c144c47ecba6f8318128703ca9e2601&print=1, consultado a 18 de Outubro de 2015.

19. Işık Kulu-Glasgow, Quality of asylum decisions: uses and limitations of surveys of asylum case files, *in International migration in Europe. New trends and new methods of analysis*, parte IV, Amesterdão, 2008, p. 313.

20. Veja-se o exemplo retirado do periódico *The Guardian* apresentado por Franck Düvell, Report from the United Kingdom, *in Modes of migration regulation and control in Europe*, Amesterdão, 2008, p. 190.

21. Como firmado no ponto I da Declaração de Alma-Ata, adoptada pelos representantes da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde reunidos naquela cidade da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (actual Cazaquistão), entre 6 e 12 de Setembro de 1978, conforme relembram David Bloom / David Canning / Jennifer O'Brien, Health, *in World at risk. A global issues sourcebook*, parte IV, 2.ª ed., Washington, 2010, p. 369. O texto completo está acessível em http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, consultado a 18 de Dezembro de 2015. Veja-se igualmente Neil Arya, Peace through health, *in Handbook of peace and conflict studies*, parte IV, Oxon, 2007, p. 368. Com um entendimento diferente, em que "*a good definition is the ability and the opportunity to utilize one's natural endowments to achieve the potential to live a full and satisfying life*", Isabella Bakker / Solomon Benatar / Stephen Gill, Making progress in global health: the need for new paradigms, *International Affairs*, volume 85, número 2, 2009, p. 358.

22. O princípio da universalidade informa o direito à saúde pela sua qualidade de direito humano, à luz do brocardo "todos os direitos humanos são de todos", conforme recorda Tiago Barra, Breves considerações do direito à protecção da saúde, *O Direito*, ano 144.º, número 2, 2012, p. 430.

da população deslocada, ao contrário do que muitas vezes sucede com grandes agregados de pessoas com raízes tão marcadamente distintas ([23]).

Protecção nacional

Segundo um relatório do SEF ([24]), o ano de 2014 foi marcado, em matéria de protecção internacional, por "uma redução do número de pedidos de asilo face ao ano anterior (-11,8%) [apesar da] tendeˆncia de consolidac¸ão de um volume de pedidos de asilo superior ao verificado na última de´cada" ([25]), resultante da instabilidade político-social na Ucrânia, em certas regiões africanas e na Síria. Foram apresentados "477 pedidos em 2014, reconhecidos 20 estatutos de refugiado e [decididas] 91 concessões de autorização de residência por razo˜es humanita´rias" ([26]).

Segundo a Comissão Europeia, Portugal deverá receber por volta de 4 574 refugiados ([27]) na pendência dos próximos 2 anos ([28]). Isto representa ≃

23. Joan Font / Mónica Méndez, Introduction: the methodological challenges of surveying populations of immigrant origin, *in Surveying ethnic minorities and immigrant populations. Methodological challenges and research strategies*, prefácio, Amesterdão, 2013, pp. 12 ss.

24. Documento acessível em http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2014.pdf, consultado a 28 de Outubro de 2015.

25. Sendo que a movimentação de refugiados, requerentes de asilo e semelhantes para a Europa ocidental sofreu um aumento abrupto no final do século XX, particularmente com a queda da denominada "cortina de ferro". Isso tem levado a uma menor vontade das sociedades ocidentais em aceitar e legalizar estas pessoas nos seus países, no entendimento de Arjen Leerkes, *in Illegal residence and public safety in the Netherlands*, parte II, Amesterdão, 2009, p. 129. Mister analisar igualmente os gráficos em Marie Duflo *et al*., L'asile en chiffres, *Plein Droit*, volume 2, números 65 e 66, 2005, pp. 53 ss. Já colocando o momento de inflexão legislativa somente na altura do atentado terrorista de 11 de Setembro de 2001 à cidade de Nova Iorque, nos Estados Unidos da América, e citando Marie-Sophie Devresse para o relatório em causa, Christine Allison, Le droit et l'administration de la justice face aux instruments managériaux. Présentation du dossier, *Droit et Société*, volume 2, número 84, 2013, p. 287.

26. Embora o número de pedidos de asilo tenha sempre sido relativamente diminuto no século XXI, segundo dados de Maria Baganha, Portugal, *in Statistics and reality. Concepts and measurements of migration in Europe*, parte IV, Amesterdão, 2009, p. 276.

27. Este valor era originalmente de cerca de 3 000 refugiados mas foi elevado pela "aplicação do plano de recolocação de 40 mil pessoas com necessidade de protecção internacional", segundo informação noticiosa da página do Ministério da Administração Interna (MAI), de 22 de Setembro de 2015, acessível em http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-administracao-interna/mantenha-se-atualizado/20150922-mai-refugiados.aspx, consultada a 24 de Outubro de 2015.

28. Dados divulgados por Ana Cordeiro, Primeiro grupo de refugiados chega a Portugal em Outubro, Lisboa, Público (28 de Setembro de 2015), em http://www.publico.pt/sociedade/noticia/primeiros-refugiados-chegam-a-portugal-em-outubro-1709410, consultado a 21 de Outubro de 2015. Não obstante, actualmente o valor de pessoas que, de facto, virão é incerto, nomeadamente quanto a valores parcelares, tanto pela falta de uma fonte oficial como pela incerteza nos meios de comunicação social, como se constata pela disparidade informativa em VV., Refugiados em Lisboa: "Que encontrem em Portugal um porto seguro", Lisboa, Público (7 de Novembro de 2015), em http://www.publico.pt/sociedade/noticia/refugiados-em-lisboa-que-encontrem-em-portugal-um-porto-seguro-1713691, Pedro Nunes, Portugal vai receber 130 refugiados "brevemente", Lisboa, Expresso (12 de Novembro de 2015), em http://

4,4 % dos *circa* 10 374 822 portugueses que residiam no país a 31 de Dezembro de 2014 e demonstra que não se agravará significativamente: (i) o número de médicos ([29]) e de enfermeiros por cada mil habitantes, indicadores que têm vindo a subir ao longo dos anos (estando agora pelos 450 e 638, respectivamente); e, inversamente, (ii) o *quantum* de habitantes por médico e por enfermeiro (que rondam os 223 e 157, respectivamente) ([30]) ([31]). Aliás, um dos argumentos comummente avançados em termos de estatística populacional a favor do acolhimento dos refugiados consiste na sua idade média e, de facto, segundo um relatório de estatísticas de asilo do Eurostat, de 21 de Maio de 2015, quase 4 em 5 (mais precisamente, 79%) das pessoas que fizeram pedidos de asilo a um dos 28 países da UE tinha ⩽ 35 anos, sendo que os menores de 18 anos representavam 26% e pouco mais de 23 000 pedidos referiam-se a menores não acompanhados por um adulto ([32]) ([33]). Ora, considerando que, de acordo com os Censos: (i) em 2001, a população com ⩾ 65 anos de idade ultrapassou o quantitativo de pessoas com idade até aos 14 anos; (ii) que, em 2011, havia 2 010 064 seniores para 1 572 329 crianças; e (iii) que a taxa de crescimento anual médio nesse período foi de apenas 0,197 (portanto, abaixo dos 2% necessários para renovação sustentável das gerações), esta adição à população nacional em idade activa representa uma *quasi* bóia de sustentação a breve e médio termo tanto para os índices demográficos como, se se mantiverem por cá, para o esquema de pensões do sistema da Segurança Social ([34]).

---

expresso.sapo.pt/sociedade/2015-11-12-Portugal-vai-receber-130-refugiados-brevemente, ou Mónica Silvares, Portugal não muda acolhimento de refugiados, Lisboa, Sapo Económico (17 de Novembro de 2015), em http://economico.sapo.pt/noticias/portugal-nao-muda-acolhimento-de-refugiados_234968.html, todos consultados a 5 de Dezembro de 2015.

29. Excluídas as especialidades de médico-dentista e odontologista.

30. Números retirados das várias bases de dados do sítio pordata.pt, consultado a 21 de Outubro de 2015.

31. Seja como for, são de lamentar as incertezas quanto à atribuição de médicos de família aos agregados familiares de refugiados a nível das unidades básicas de saúde (especialmente em face do diminuto número acolhido até agora no país e do vazio legislativo na matéria) por parte da Direcção Geral da Saúde (DGS) e do Grupo de Trabalho para a Agenda Europeia para as Migrações, segundo VV., DGS garante que refugiados vão ter acesso a cuidados de saúde, Lisboa, TVI24 (4 de Novembro de 2015), em http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/saude/refugiados-terao-medico-de-familia-numa-semana, consultado a 5 de Dezembro de 2015.

32. Acessível através do endereço *online* http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_statistics, consultado a 21 de Outubro de 2015.

33. Sendo que, em Portugal, nesse ano, dos 440 pedidos de asilo, 18% eram referentes a menores (valor, porém, muito abaixo da média europeia de 26%), 57% a cidadãos com idades compreendidas entre os 18 e 34 anos (ligeiramente acima da média europeia, que rondava os 54%), 24% a pessoas entre 35 e 64 anos de idade (acima da média da UE de 20%) e apenas 2% pedidos eram endereçados por refugiados com 65 ou mais anos (cuja média europeia se ficava em 1%). Convém ainda referir que 81% dos menores vinham acompanhados (o que fica abaixo dos 85% da União).

34. Veja-se a dualidade correlativa entre condições económicas e estado de saúde em Elena Gross / Stephan Klasen, Linkages between economic and health outcomes: options for interventions for better health, *in Global health. A challenge for interdisciplinary research*, Göttingen, 2012, pp. 39 ss.

i) Base jurídica

A Constituição da República Portuguesa (CRP), como 'chapéu' de protecção global, iguala, no artigo 15.º, os estrangeiros e apátridas aos cidadãos portugueses em termos de direitos e deveres ([35]), sendo que nenhum dos pormenores dos números 2 a 5 interessam *in casu*. E o princípio da igualdade, consagrado no seu artigo 13.º, defende que todos têm igual dignidade social, são equiparados (ou equiparáveis) perante a lei e que não podem ser discriminados (tanto positiva como negativamente) em razão, por exemplo, da sua ascendência, raça, língua, território de origem, situação económica e condição social, que serão, provavelmente, as principais diferenças entre os refugiados e os demais utentes do SNS. Ora, tendo o direito à saúde, *rectius*, à protecção da saúde, conforme plasmado no número 1 do artigo 64.º da CRP ([36]), uma "feição típica de direito social" ([37]), estende-se a ele a referida dignidade social de natureza prestacional ([38]) que a todos cabe. Mais, exige a CRP uma actuação positiva para ser assegurado ([39]) e todo o artigo elenca um conjunto de deveres que recai tanto sobre os particulares como, com especial incidência, sobre o Estado no sentido de se prever a defesa da saúde de todos, nomeadamente através de um "serviço nacional de saúde universal e geral" (alínea a) do número 2). O exercício e respeito deste direito é essencial na cristalização de uma ideia de integridade condigna da pessoa latente no texto constitucional, sem discriminação por força da condição de refugiado mas sim, pelo contrário, com redobrados esforços e cautela em favor da saúde pelo sofrimento dos circunstancialismos pelos quais estas pessoas passam.

Segundo o comunicado "Acesso ao sistema de saúde por cidadãos estrangeiros com estatuto de refugiado ou direito de asilo em Portugal" do Sistema de Apoio à Gestão de Mobilidade de Doentes, de 9 de Abril, "nos termos da legislação em vigor, é reconhecido aos requerentes de asilo ou de protecção subsidiária e respectivos membros da família o acesso ao Serviço Nacional de Saúde" ([40]) ([41]) e confere-se especial enfoque para aqueles com "necessidades

35. De notar que nem sequer se distingue entre refugiado e requerente de asilo no artigo 33.º da CRP, possivelmente pela semelhança material em termos de estatuto, e que, para efeitos de direito à protecção da saúde, ainda menos se obsta à equiparação, segundo Margarida D'Oliveira, O refugiado no direito internacional e no direito português, *in Estudos em homenagem ao professor doutor Martim de Albuquerque*, separata, Lisboa, 2010, p. 274.

36. Mantendo a versão original, lê-se que "Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover".

37. Marcelo Rebelo de Sousa / José de Melo Alexandrino, *Constituição da República Portuguesa comentada*, Lisboa, 2000, pp. 172 ss.

38. João Loureiro, Direito à (protecção da) saúde, *in Estudos em homenagem ao professor doutor Marcello Caetano no centenário do seu nascimento*, volume I, Lisboa, 2006, p. 674.

39. Acórdãos n.º 39/84, de 11 de Abril, n.º 330/89, de 11 de Abril, e n.º 731/95, de 14 de Dezembro, todos do plenário do Tribunal Constitucional.

40. Disponível no sítio electrónico http://mobilidade.dgs.pt/cidadaosestrangeiros/Paginas/Acesso-sistema-saúde-cidadãos-estrangeiros-estatuto-refugiado-ou-direito-de-asilo-em-Portugal.aspx, consultado a 18 de Outubro de 2015.

41. Inicialmente por imposição do artigo 53.º da Lei n.º 15/98, de 26 de Março, com o acrescento para os requerentes de asilo do artigo 15.º da Lei n.º 20/2006, de 23 de Junho, embora ambos os documentos estejam actualmente revogados.

especiais". Ademais, esclarece-se que "os requerentes de asilo têm acesso gratuito ao sistema de saúde para efeitos de cuidados de urgência, incluindo diagnóstico e terapêutica, e de cuidados de saúde primários, bem como assistência medicamentosa, a prestar pelos serviços de saúde da sua área de residência", tendo direito, *inter alia*, a cuidados de tipo ambulatório de clínica geral, materno-infantil, planeamento familiar, escolar ([42]) e geriátrico, atendimento de especialidade (como oftalmologia, estomatologia, otorrinolaringologia e saúde mental), internamento sem cuidados diferenciados e a serviços de enfermagem, incluindo visitação domiciliária.

Os refugiados, definidos anteriormente segundo a Lei n.º 20/2006 ([43]), e hoje com mais pormenor pela Lei n.º 27/2008, de 30 de Junho ([44]), alterada pela Lei n.º 26/2014, de 5 de Maio, que estabelece, de forma pouco restritiva ([45]), as condições e procedimentos de concessão de asilo ou protecção subsidiária e os estatutos de requerente de asilo, de refugiado e de protecção subsidiária através da transposição das Directivas n.º 2011/95/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 13 de Dezembro ([46]), n.º 2013/32/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de Junho ([47]), e n.º 2013/33/UE, do Parlamento Europeu

42. Aliás, o meio escolar é um dos ambientes mais indicados para aplicar intervenções multimodais relativas à saúde, nomeadamente mental, de refugiados menores e para acompanhar a sua evolução inclusiva de forma sistemática, a par com o contexto familiar e social de inserção, mesmo com profissionais não clínicos especificamente treinados, nas conclusões de Mina Fazel / Rebecca Tyrer, School and community-based interventions for refugee and asylum seeking children: a systematic review, *Public Library of Science ONE*, volume 9, número 2, 2014, p. 10. Sem expressão visível em Portugal por ora mas bastante positivo é o recurso a outros refugiados e deslocados para providenciar assistência básica, na extensão dos seus conhecimentos certificados, como arguido por Katherine Center, Training and deployment of lay refugee/internally displaced persons to provide basic health services in camps: a systematic review, *Global Health Action*, número 7, 2014 [sem página para efeitos de citação].

43. Por remissão, segundo a alínea e) do artigo 2.º, o refugiado seria "a pessoa que preenche os requisitos estabelecidos no artigo 1.A da Convenção de Genebra".

44. Sendo refugiado, agora de forma crassamente mais densificada, nos termos da alínea ac) do número 1 do artigo 2.º, "o estrangeiro ou apátrida que, receando com razão ser perseguido em consequência de actividade exercida no Estado da sua nacionalidade ou da sua residência habitual em favor da democracia, da libertação social e nacional, da paz entre os povos, da liberdade e dos direitos da pessoa humana ou em virtude da sua raça, religião, nacionalidade, convicções políticas ou pertença a determinado grupo social, se encontre fora do país de que é nacional e não possa ou, em virtude daquele receio, não queira pedir a protecção desse país ou o apátrida que, estando fora do país em que tinha a sua residência habitual, pelas mesmas razões, não possa ou, em virtude do referido receio, a ele não queira voltar, e aos quais não se aplique o disposto no artigo 9.º" — que elenca as situações (em jeito de critérios negativos ou de exclusão) pelas quais alguém não pode beneficiar do estatuto de refugiado, nomeadamente por ter praticado ou ser suspeito de ter praticado crimes contra a humanidade ou ser uma ameaça à segurança interna ou externa dos Estados. Veja-se também Kenneth Iserson, Tackling the global challenge: humanitarian catastrophes, *Western Journal of Emergency Medicine*, volume 15, número 2, 2014, p. 233.

45. Andreia Oliveira, O novo direito do asilo português, *in Estudos em homenagem ao professor doutor Sérvulo Correia*, volume I, Lisboa, 2010, p. 174.

46. Que estabelece normas relativas às condições a preencher pelos nacionais de países terceiros ou por apátridas para poderem beneficiar de protecção internacional, a um estatuto uniforme para refugiados ou pessoas elegíveis para protecção subsidiária e ao conteúdo da protecção concedida.

47. Relativa a procedimentos comuns de concessão e retirada do estatuto de protecção

e do Conselho, de 26 de Junho ([48]), vêem a sua situação de acesso a cuidados de saúde modificar-se sucessivamente *de iure* a partir do momento em que chegam às fronteiras de Portugal. Esta Lei n.º 27/2008 veio renovar o estatuto de refugiado ([49]) e, no que concerne à saúde, cada etapa do processo vê, de certo modo, assegurada a concretização deste direito fundamental.

Assim que chegam ou são detectados nas fronteiras, independentemente da via de acesso ([50]), devem ser retidos brevemente e os seus dados introduzidos em sistema para dar conhecimento às autoridades competentes e entidades interessadas. Nos termos do número 1 do artigo 61.º daquela Lei, "compete ao ministério responsável pela área da administração interna garantir aos requerentes de asilo ou de protecção subsidiária que se encontrem retidos nos postos de fronteira as condições de (…) acesso a cuidados de saúde (…) até decisão quanto à admissibilidade do pedido, podendo aquelas ser asseguradas por outras entidades públicas ou particulares sem fins lucrativos, nos termos definidos em protocolo". Este conjuga-se com o número 2 do artigo 56.º, quiçá vago, mas que prevê que aos "requerentes de asilo ou de protecção subsidiária e membros da sua família particularmente vulneráveis e aos requerentes de asilo ou de protecção subsidiária que se encontrem nos postos de fronteira são igualmente [assegurados] cuidados de saúde apropriados". Permanece é a dúvida da extensão destes cuidados clínicos, sendo que "apropriados" pode significar uma atenção menos rigorosa que, *v.g.*, "necessários", especialmente em atenção à vulnerabilidade dos sujeitos.

Ora, os princípios gerais em matéria de saúde no acolhimento estão consagrados nos artigos 52.º, epigrafado "assistência médica e medicamentosa", e 56.º, atinente ao "apoio social" ([51]). Segundo o número 1 do artigo 52.º, como mencionado alhures, "é reconhecido aos requerentes de asilo ou de protecção subsidiária e respectivos membros da família o acesso ao Serviço Nacional de Saúde, nos termos a definir por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da administração interna e da saúde", leia-se, actualmente, as Portarias n.º 30/2001, 17 de Janeiro, e n.º 1042/2008, de 15 de Setembro ([52]). Não são feitos,

internacional.

48. Que estabelece normas em matéria de acolhimento dos requerentes de protecção internacional.

49. Complementada, de certo modo, por restante acervo legislativo presente no Decreto-Lei (DL) n.º 176/2003, de 2 de Agosto, alterado pelo DL n.º 133/2012, de 27 de Junho.

50. É mister lembrar que, durante o trânsito marítimo, o mais comum e propenso a problemas na actual crise de refugiados, há forte probabilidade de se terem de proceder a manobras de evacuação dos meios de transporte por "motivos de saúde de tripulantes ou de passageiros", o que obriga "os organismos da Administração Pública e as pessoas responsáveis por embarcações [no] especial dever de informar" da sua existência e condição de saúde (alínea b) do número 3 do artigo 214.º da Lei n.º 23/2007, de 4 de Julho, alterada pela Lei n.º 29/2012, de 9 de Agosto, que define as condições e procedimentos de entrada, permanência, saída e afastamento de cidadãos estrangeiros do território português, bem como o estatuto de residente de longa duração).

51. Inseridos no capítulo VI, sobre o "estatuto do requerente de asilo e de protecção subsidiária".

52. A Portaria n.º 1042/2008 completa a primeira ao estender, nas "diferentes fases do procedimento de concessão do direito de asilo, desde a apresentação do respectivo pedido até à

de forma rotineira ou sistemática (número 4), análises e exames de verificação do comprometimento da saúde mas, nos termos do número 3, "as autoridades sanitárias podem exigir, por razões de saúde pública, que os requerentes sejam submetidos a um exame médico, a fim de que seja atestado que não sofrem de nenhuma das doenças definidas nos instrumentos aplicáveis da Organização Mundial de Saúde ou de outras doenças infecciosas ou parasitárias contagiosas objecto de medidas de protecção em território nacional, cujos resultados são confidenciais e não afectam o procedimento de protecção internacional", salvo no limite de que na pendência do resultado a entrada não está autorizada.

A recusa de estrangeiros em território nacional, consoante a alínea d) do número 1 do artigo 32.º da Lei n.º 23/2007, terá de se basear na consideração fundamentada de que constituem "perigo ou grave ameaça para (…) a saúde pública", nos termos referidos pela OMS na Lei n.º 27/2008 (segundo o número 3) ([53]). Mas atenção a que: (i) a recusa de entrada só pode ser aplicada se houverem mecanismos de contingência e combate internos semelhantes que recaiam sobre os nacionais, sob pena de se tratar de uma discriminação encapotada dos estrangeiros; (ii) a norma não é extensível a situações especiais de vigilância transfronteiriça para os que estejam apenas em trânsito, visto que incide especificamente sobre a entrada; e (iii) perante a confirmação de porte de doença, a verificação da possibilidade de transmissão e o afastamento do país devem, a todo o momento, processar-se sem risco para o afectado e demais interessados e após levadas a cabo as diligências mínimas de tratamento possível ([54]). Desde logo, no número 5 do artigo 52.º da Lei n.º 27/2008, assegura-se que "aos requerentes particularmente vulneráveis é prestada assistência médica ou outra que se revele necessária", mesmo que sob medidas de prevenção e controlo epidémicos ([55]). Já o número 1 do artigo 56.º dispõe que "aos requerentes de asilo

decisão final que recair sobre o mesmo", a protecção médica e medicamentosa aos "requerentes de protecção subsidiária e respectivos membros da família", visto que, originalmente, apenas se tutelavam os "requerentes de asilo".

53. E bem assim a recusa de emissão de visto de residência, de estada temporária e de curta duração, conforme esclarecem os números 4 do artigo 52.º, 2 e 3 do artigo 77.º e 4 do artigo 119.º da Lei n.º 23/2007, cujas referências e requisitos de outra índole constam alhures nesse diploma. Uma excepção fundamental de apontar à necessidade de visto para autorização de residência é a constante da alínea g) do número 1 do artigo 122.º dessa Lei que prevê que não carecem de visto os nacionais de Estados terceiros que "sofram de uma doença que requeira assistência médica prolongada que obste ao retorno ao país, a fim de evitar risco para a saúde do próprio" (que já estava, igualmente nestes termos, na alínea d) do número 1 do artigo 87.º do DL n.º 4/2001, de 10 de Janeiro, que alterava o DL n.º 244/98, de 8 de Agosto, sobre as condições de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional, depois transferido para o mesmo número do DL n.º 34/2003, de 25 de Fevereiro, que alterou este regime, no uso da autorização legislativa concedida pela Lei n.º 22/2002, de 21 de Agosto. Nenhum destes documentos se encontra em vigor no ordenamento jurídico nacional, porém).

54. Júlio Pereira / José Cândido de Pinho, *Direito de estrangeiros: entrada, permanência, saída e afastamento (Lei n.º 23/2007, de 4 de Julho, e legislação complementar). Anotações, comentários e jurisprudência*, Coimbra, 2008, pp. 130 ss.

55. Estando garantidos os canais de comunicação entre entidades para eficaz dispersão de potenciais surtos, de acordo com o esclarecimento Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, O Serviço de Estrangeiros e Fronteiras mantém activos canais de articulação com as entidades competentes, designadamente Direcção Geral de Saúde e companhias aéreas, no sentido de activar os mecanismos considerados necessários em caso de eventuais surtos, Lisboa, [sem edi-

ou de protecção subsidiária e respectivos membros da família, que não disponham de meios suficientes para permitir a sua subsistência, são [assegurados] cuidados de saúde (…), tendo em vista a garantia da satisfação das suas necessidades básicas em condições de dignidade humana" ([56]).

Pelo disposto no número 2 do artigo 35.º-A deste documento, os "requerentes apenas podem ser colocados ou mantidos [de forma coagida] em centro de instalação temporária [CIT], por motivos de (…) saúde pública (…), com base numa apreciação individual e se não for possível aplicar de forma eficaz outras medidas alternativas menos gravosas" ([57]), sendo que tal não pode ser através de estabelecimentos prisionais ou "em regime de detenção", por força do número 1. Ademais, não se pode prolongar de forma desnecessária, tendo 60 dias por limite, salvo prorrogação devidamente justificada (número 1 do artigo 35.º-B). Nestes centros de instalação ou acolhimento temporário ([58]), às "pessoas

tor] (9 de Abril de 2014), em http://www.sef.pt/portal/v10/PT/aspx/noticias/Noticias_Detalhe.aspx?id_linha=6545, consultado a 30 de Outubro de 2015.

56. O critério é de difícil apuramento mas como ficou consagrado pode levar a leituras desfavoráveis na apreciação administrativa dos pedidos pois que, pelo número 3, considera-se de forma bicéfala "não dispor de meios suficientes o requerente que careça de recursos de qualquer natureza ou de valor inferior ao subsídio de apoio social apurado nos termos da legislação aplicável", sendo que, caso demonstre ter esses meios, "pode ser-lhe exigida uma contribuição, total ou parcial, para a cobertura das despesas" (número 4), ou ser-lhe, *a posteriori*, exigido "o respectivo reembolso" (número 5).

57. As quais dificilmente serão preferidas nos casos de saúde pública pois que, segundo o número 4, consistem, de forma taxativa, na apresentação periódica no SEF e na obrigação de permanência na habitação com utilização de meios de vigilância electrónica.

58. Actualmente, Portugal conta com três Organizações Não Governamentais (ONG) a assegurar oficialmente a instalação e mediação de cuidados de saúde dos refugiados: (i) o Conselho Português para os Refugiados (CPR), que coordena a representação nacional junto da Rede Europeia de Reinstalação (RER) e que, através do Protocolo de adesão da Câmara Municipal de Lisboa, assinado a 15 de Dezembro de 2014, almeja à "criação de sinergias entre autarquias e entidades da sociedade civil dedicadas à protecção e à integração de refugiados reinstalados" (de acordo com http://www.cm-lisboa.pt/noticias/detalhe/article/protocolos-promovem-inclusao-social, consultado a 24 de Outubro de 2015) e ao reforço dos apoios às suas instalações, nomeadamente o Centro de Acolhimento para Refugiados, na Bobadela, o Centro de Acolhimento para Crianças Refugiadas, na Belavista, e o Espaço «A Criança», em Lisboa; (ii) o Serviço Jesuíta aos Refugiados (SJR) que, a 22 de Junho de 2015, estabeleceu um Protocolo para o reforço do acolhimento através da cedência de espaços municipais para habitação, do acesso a serviços e equipamentos para actividades consideradas importantes, da concertação de acções e eventos a desenvolver com vista à promoção da integração das populações refugiadas e do desenvolvimento de iniciativas de formação e educação (previsto em cpr.pt e http://www.cm-lisboa.pt/noticias/detalhe/article/protocolo-com-o-servico-jesuita-aos-refugiados, consultados a 24 de Outubro de 2015). O SJR é a única destas instituições com valência supra-nacional, o que lhe permite supervisionar, *inter alia*, os centros de detenção e produzir relatórios atestando da regularidade das suas práticas, conforme Dennis Broeders / Godfried Engbersen, Immigration control and strategies of irregular immigrants: from light to thick fog, *in Foggy social structures. Irregular migration, european labour markets and the welfare State*, parte III, Amesterdão, 2011, p. 183; e (iii) a PAR que, no dia 14 de Setembro deste ano, igualmente nos Paços do Concelho, assinou um Protocolo para a cedência de um espaço não habitacional no Bairro do Rego, na freguesia das Avenidas Novas, em Lisboa, o qual vai servir de sede aos voluntários desta associação (acessível em http://www.cm-lisboa.pt/noticias/detalhe/article/lisboa-apoia-acolhimento-aos-refugiados, consultado a 24 de Outubro de 2015). Acontece, porém, que a capacidade de acolhimento destas entidades é reduzida face às necessidades futuras, salvo no caso da PAR visto que congrega vários agentes individuais e colectivos, na

vulneráveis deve ser assegurado o acompanhamento regular e apoio adequado, tendo em conta a situação concreta, incluindo o seu estado de saúde" (número 8).

Retomando, na chegada, deve ser garantido pelos representantes dos centros protocolados e do SEF ([59]) ([60]) a referenciação de cada refugiado ao SNS para inscrição, marcação de consultas e, se necessário, agendamento de exames ([61]). Os serviços do SNS devem "assegurar o acesso dos requerentes (…) e membros da sua família a cuidados de saúde, nos termos da legislação aplicável" (número 3 do artigo 61.º da Lei n.º 27/2008). E há, de igual modo, a possibilidade de apoio psicológico desde o início do processo de acolhimento ([62]), *v.g*. através do Centro de Apoio a Vítimas de Tortura - Portugal (CAVITOP) ([63]).

Tanto os refugiados como os requerentes de asilo e os seus cônjuges ou equiparados e descendentes directos estão isentos do pagamento de taxas moderadoras, não obstante as frequentes actualizações dos valores e de beneficiários em anos recentes ([64]), nos termos da alínea n) do número 1 do artigo 4.º do DL n.º 113/2011, de 29 de Novembro, conforme as alterações pelo DL n.º 128/2012, de 21 de Junho, pelas Leis n.º 66-B/2012, de 31 de Dezembro, e n.º 51/2013, de 24 de Julho, e pelo DL n.º 117/2014, de 5 de Agosto, que regula o acesso às prestações do SNS por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios. Não

---

sua maioria Instituições Particulares de Solidariedade Social, ONG e representações locais da Igreja Católica Apostólica Romana, que se disponibilizaram, por todo o país, a acolher famílias de refugiados.

59. Cuja estrutura orgânica e atribuições foram definidas pelo DL n.º 252/2000, de 16 de Outubro, alterado pelos DL n.º 290-A/2001, de 17 de Novembro, n.º 121/2008, de 11 de Julho, e n.º 240/2012, de 6 de Novembro.

60. Sendo que são os agentes do SEF quem tem competência para "recorrer aos meios de identificação civil previstos na lei e nos regulamentos comunitários aplicáveis" e para identificar "doenças que constituam perigo ou grave ameaça para a saúde pública" (parágrafo i) da alínea d) do número 2 do artigo 212.º da Lei n.º 23/2007).

61. Constante do documento Conselho Português para os Refugiados, Bem-vindo a Portugal, [sem editor, localização ou data], em http://refugiados.net/1cpr/www/reinstalacao/welcome_to_portugal_19jul_2012final.pdf, consultado a 24 de Outubro de 2015.

62. Os refugiados, requerentes de asilo e mesmo os migrantes económicos estão expostos a uma miríade de formas de violência, nomeadamente tortura e situações de extrema gravidade, com consequências potencialmente permanentes para a sua saúde, bem-estar e vida, sendo que nos cenários pós-migratórios em países de acolhimento de matriz ocidental, ao contrário do que se poderia expectar, também se têm verificado graves violações dos direitos humanos destas populações. No entanto, a parcimónia nos estudos e produção de dados estatísticos desta realidade podem ocultar "*ongoing risks and needs*" e uma latente carência de reavaliação das políticas de saúde, com particular ênfase em situações de detenção e recusa do pedido, como alertam Mazeda Hossain *et al*., Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries, *American Journal of Public Health*, volume 103, número 3, 2013, p. 40.

63. Aliás, para as "pessoas que tenham sido vítimas de actos de tortura, de violação ou de outros actos de violência grave é assegurado [nos termos do artigo 80.º] tratamento especial adequado aos danos causados pelos actos referidos, nomeadamente através da especial atenção e acompanhamento por parte do respectivo centro distrital do Instituto de Segurança Social, I. P., e serviços de saúde ou das entidades que com este tenham celebrado protocolos de apoio".

64. Sofia Crisóstomo, O sistema nacional de saúde em Portugal, *in Políticas públicas para a reforma do Estado*, tema IV, Coimbra, 2013, p. 269.

obstante, a RER refere, quanto aos serviços portugueses de integração e apoio, que depois da saída dos CIT os refugiados reinstalados auferem benefícios da Segurança Social para cobrir algumas despesas, entre as quais médicas, mas que, em consequência das complicações económicas, os serviços sociais têm vindo a reduzir os valores de reembolso e as verbas orçamentais alocadas à integração e apoio, de uma forma mais geral ([65]).

Se conferido o estatuto de refugiado ou de beneficiário de protecção subsidiária, nos termos do número 1 do artigo 73.º da Lei n.º 27/2008, estas pessoas e as suas famílias terão acesso ao SNS, nas mesmas condições que os cidadãos nacionais. E, além disso, são especialmente protegidos aqueles que "se integrem nos grupos de pessoas particularmente vulneráveis", sendo-lhes assegurados "cuidados de saúde adequados, incluindo tratamento de perturbações mentais, quando necessários" (número 2 e com nova referência no número 1 do artigo 77.º), inserindo-se naquele grupo "as grávidas, os deficientes, as vítimas de tortura, violação ou outras formas graves de violência física, psicológica ou sexual, como as vítimas de violência doméstica e as vítimas de mutilação genital feminina, [e] os menores que sofreram qualquer forma de abuso, negligência, exploração, tortura, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes ou os efeitos de um conflito armado" (número 3 do artigo 73.º) ([66]).

A recusa do pedido de protecção internacional e consequente não concessão do estatuto de refugiado cessa o apoio social que pudessem receber, nos termos do número 1 do artigo 60.º da Lei n.º 27/2008, mas "não prejudica o acesso aos cuidados de saúde urgentes, ao tratamento básico de doenças e de perturbações mentais graves e aos cuidados médicos ou outro tipo de assistência necessária aos requerentes com necessidades de acolhimento especiais, incluindo assistência psicológica adequada, se necessário" (número 7). Isto no âmbito mais geral do número 1 do artigo 40.º da Lei n.º 23/2007, que tutela os direitos do estrangeiro não admitido no sentido de que, "durante a permanência na zona internacional do porto ou aeroporto ou em centro de instalação temporária ou espaço equiparado, o cidadão estrangeiro a quem tenha sido recusada a entrada em território português [beneficia] de cuidados de saúde, incluindo a presença de médico, quando necessário, e todo o apoio material necessário à satisfação das suas necessidades básicas" ([67]). Seja como for, importa atentar no facto que, nestes termos, a Lei n.º 27/2008 parece vir, infelizmente, revogar parcialmente, de modo tácito, esta disposição da Lei n.º 23/2007 pois que estreita (pela inclusão de referências aos tratamentos) a atenção clínica dispensável aos refugiados

65. Informação disponível em http://www.resettlement.eu/country/portugal#strengths-and-challenges, consultada a 24 de Outubro de 2015.

66. Um aspecto importante que constava do número 6 do artigo 16.º da Lei n.º 20/2006 dispunha que "a redução ou cessação dos benefícios [das condições de acolhimento] não prejudica o acesso aos cuidados de saúde urgentes", ou seja, garantia-se que a tutela sancionatória do refugiado que tivesse incumprido as condições de recepção e estadia nunca atingiria o âmago do direito à saúde, desde a recusa de entrada à estada efectiva.

67. Por demais garantido no comunicado de esclarecimento Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Na sequência de notícias vindas a público, Lisboa, [sem editor] (16 de Junho de 2011), em http://www.sef.pt/portal/v10/PT/aspx/noticias/Noticias_Detalhe.aspx?id_linha=5939, consultada a 30 de Outubro de 2015.

([68]). Igualmente recusado pode ser o pedido de reagrupamento familiar, o que é incomum visto Portugal ter um histórico de preferência por integração de famílias em detrimento de requerentes individuais e de facilitação do processo de reagrupamento ([69]). Como seria expectável, uma das razões de recusa prende-se com a ameaça à saúde pública pela "presença do membro da família em território nacional" — alínea c) do número 1 do artigo 106.º da Lei n.º 23/2007 — e o interessado na autorização de residência familiar deverá já ser membro do SNS ou ter um seguro de saúde válido, por força da alínea c) do número 4 do artigo 118.º ([70]). Mas atenção que, *ex ante*, se "a presença do nacional de um Estado terceiro em território nacional constituir uma ameaça para a (…) saúde pública", pode-lhe ser, desde logo, recusado o trânsito aeroportuário, segundo a alínea e) do número 2 do artigo 175.º.

Se chegar a suceder, embora se tenha demonstrado raro e difícil na prática ([71]), o afastamento coercivo do território nacional deve processar-se do modo mais humano e familiar possível, sendo que os estrangeiros devem manter-se ou regressar aos centros de acolhimento temporários onde ficarão detidos até à execução da decisão. No entretanto, o número 3 do artigo 146.º-A assegura o "direito à prestação de cuidados de saúde urgentes e ao tratamento básico de doenças, devendo atribuir-se especial atenção à situação das pessoas vulneráveis, em especial menores, menores não acompanhados, pessoas com deficiência, idosos, grávidas, famílias com filhos menores e pessoas que tenham sido vítimas de tortura, violação ou outras formas graves de violência psicológica, física ou sexual" ([72]). E sucede que os relatórios *Becoming vulnerable in detention*, elaborado pelo SJR, e *Detention of third-country nationals in return procedures*, preparado pela Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia, dão conta que, em alguns casos, os "CIT tem também contribuído para melhorias na saúde e na condição física dos detidos" ([73]).

---

68. Embora desconheçamos como tenha sido interpretada esta cláusula na prática à altura e se, quiçá, a nova legislação apenas veio pôr em texto as práticas médicas e de enfermagem em situação de recusa do pedido, independentemente do alcance desta actuação.

69. Por oposição a alguns países até da Europa ocidental, como França, segundo Jean-Luc Rongé, Les observations du Comité des droits de l'enfant sur le respect des droits de l'enfant par la France, *Journal du Droit des Jeunes*, volume 7, número 287, 2009, p. 47.

70. Sendo que para ser residente de longa duração terá necessariamente de possuir um seguro de saúde (alínea c) do número 1 do artigo 126.º), que lhe atribui igualdade de tratamento face aos demais cidadãos (alínea g) do artigo 133.º).

71. Masja van Meeteren, *Irregular migrants in Belgium and the Netherlands*, Amesterdão, 2014, p. 64.

72. O mesmo sucedendo na pendência do prazo para a partida voluntária (número 5 do artigo 160.º da Lei n.º 23/2007).

73. Informação disponibilizada nas páginas 24 e 28 do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Relatório de 2014 - O uso da detenção e as alternativas à detenção no contexto das políticas de imigração, [sem editor, localização ou data], em http://rem.sef.pt/PagesPT/DocsPT/EstudosNacionais/2014%20-%20Detenção%20e%20Alternativas%20à%20Detenção%20nas%20Pol%C3%ADticas%20de%20Imigração.pdf, consultada a 30 de Outubro de 2015, como resposta ao quesito europeu "*Please identify any good practices in relation to the implementation of assessment procedures*". Noutro passo deste documento, respondendo-se à questão "*Have evaluations or studies been conducted in your (Member) State on the impact of detention and alternatives to detention on the fundamental rights of the third-country nationals concerned (...)?*", as autoridades nacionais deram conta dos cuidados com a saúde global e bem-estar

ii) Preparação local

Até Agosto deste ano, o representante regional da OMS para a Europa encetou avaliações conjuntas com os ministros da saúde de vários países do Sul do continente ([74]), Portugal incluído, através da ferramenta *Toolkit for assessing health system capacity to manage large influxes of migrants in the acute phase*, no sentido de compreender a capacidade dos sistemas locais para lidar com o fenómeno complexo, transversal, politicamente sensível e exigente em termos de recursos que é a situação dos refugiados e aqueles em situação similar. Deveria basear-se num estudo de avaliação geral da recepção e integração dos requerentes de asilo e dos refugiados reinstalados do Instituto da Segurança Social, I.P., de 2012 mas este ainda não foi publicado ([75]).

Desde 2011, é incumprido o disposto legal já que os refugiados com especiais necessidades médicas não são uma prioridade na integração nacional ([76]). E apesar de não haver nenhuma inspecção médica na chegada, como

dos detidos, refugiados ou outros, em instalações temporárias e nos espaços equiparados dos aeroportos de Faro, Funchal, Lisboa, Ponta Delgada e Porto, ao aferirem que o relatório de uma avaliação do Provedor de Justiça a estes locais "demonstrou existir, por parte das autoridades portuguesas, uma forte preocupação com a garantia dos direitos fundamentais. De acordo com o mesmo, foram observadas diversas situações positivas, tais como: a existência de quartos próprios para as famílias, garantindo a sua privacidade; (…) alas femininas e alas masculinas, dotadas de instalações sanitárias exclusivas e suficientemente equipadas; prestação de cuidados de saúde básicos e assistência aquando de doença; registo e administração da medicamentação prescrita; apoio psicossocial; alimentação adaptada a crianças, a pessoas doentes ou por questões religiosas; cuidados especiais prestados a grávidas ou outras pessoas com vulnerabilidades; boas condições de higiene; existência de medidas de segurança e de protecção à vida". Não obstante, apontam-se "alguns aspectos que devem ser melhorados, como as condições de acesso às instalações por parte de pessoas com mobilidade reduzida (…) e o acesso a mais refeições (lanche e ceia). Os espaços equiparados dos aeroportos do Funchal e de Ponta Delgada oferecem menos condições, em grande medida devido à quase inexistência de situações de detenção nos mesmos. (…) Por último, no plano internacional, são de considerar os contributos do estudo do Serviço de Jesuítas aos Refugiados [em que] uma vez mais, é salientado o facto de em Portugal não ser permitida a detenção de menores e de os detidos beneficiarem de apoios sociais e cuidados de saúde".

74. Bulgária, Chipre, Espanha, Grécia, Itália, Malta e Sérvia.

75. Se por um lado, particularmente em Estados descentralizados, as autoridades regionais e municipais têm maior conhecimento e capacidade para aplicarem políticas mais 'personalizadas' de integração social e de estruturação de serviços em face da diversidade e dispersão territorial dos refugiados — o que se apresenta como uma solução positiva na esteira do princípio da subsidiariedade —, por outro, haver uma coordenação dos esquemas de segurança social e entidades a nível supra-nacional apresenta vantagens claras quanto à troca de informações, meios e experiências para assegurar a saúde das populações deslocadas. A este propósito, Magdalena Lesińska, Migration policy matters. A comparative analysis of policy recommendations, *in European immigrations. Trends, structures and policy implications*, Amesterdão, 2012, pp. 251 ss. Donde, o atraso nesta publicação torna-se preocupante porque, como mencionado antes, na UE ainda não há uma política de integração de saúde única. Por conseguinte, as decisões clínicas são influenciadas pelas características sistémicas específicas do "*welfare system*" de cada Estado-Membro e só com documentos nacionais é que será possível asseverar do balanço de capacidades e fracassos de cada sistema e agir no sentido da distribuição proporcional dos recursos disponíveis no espaço eurocomunitário.

76. Ao que agora apenas se continuam a inserir em categorias de necessidades especiais aqueles sob o "*Regional Protection Programme*", nomeadamente mulheres em risco ou grávi-

referido, para as situações que se submetam a este critério ou que envolvam a administração imediata de cuidados clínicos à chegada a Portugal (número 5 do artigo 52.º da Lei n.º 27/2008), é primeiramente requerida de forma urgente informação específica pelo SEF ao Ministério da Saúde para se determinar se a condição diagnosticada pode ser tratada de forma eficaz na janela temporal concedida mas, infelizmente, as respostas têm demorado a chegar cerca de um mês ([77]), o que levanta a questão da prestação de cuidados e, quiçá, de respeito pelos direitos humanos na pendência desse período.

De facto, a burocracia no local é dos principais obstáculos ao processamento e atendimento dos estrangeiros, no geral, e dos refugiados, em especial (que deveria ser o mais célere e credível possível), especialmente pela situação do pedido e do procedimento complexo subsequente serem essenciais para a decisão de concessão de asilo, matéria sensível em face dos problemas de origem sentidos, particularmente, pelas populações deslocadas da Síria. Aliás, já a RER apresenta como 'desafios' em Portugal, *inter alia*, os atrasos e complicações na selecção e transferência ou reinstalação de refugiados e a falta de coordenação inclusiva ao nível governamental que crie uma política de oferta, uma orientação operacional e um envolvimento das partes interessadas relevantes, o que apresenta potencial para criar situações insustentáveis a breve trecho na área da saúde. Acontece, felizmente, de outro tanto, que o mediatismo conferido à guerra civil na Síria e à crise dos refugiados irá, provavelmente, acelerar a expedição dos pedidos em matéria probatória que ver com as razões de perseguição e, consequentemente, a tramitação global dos processos individuais.

Também as restrições orçamentais em termos de prestação de cuidados clínicos podem representar um entrave ao benefício do direito à saúde ([78]) como está plasmado nos documentos legais mencionados, à luz do discurso da reserva do possível, sendo as posições políticas de matriz legislativa e administrativa e os condicionalismos financeiros de futuro (visto a situação estar relativamente estável por ora) que ditarão tanto a operacionalidade técnica dos instrumentos de saúde como a prestação de cuidados aos refugiados. Mister apostar em metodologias epistemológicas simples de recolha de dados, nomeadamente demográficos, *in loco* nos pontos de acesso clínico, para contornar as necessidades de contenção nos serviços, desenhar políticas públicas satisfatórias e identificar padrões de (ausência de) saúde com base, por exemplo, na proveniência, faixa etária e género, de modo a se criarem mapas de tratamento especializados e eficazes ([79]).

---

das, portadores de deficiência, sobreviventes de tortura e violência e menores não acompanhados ou desamparados.

77. Em consonância com a análise mais profunda da realidade nacional explanada no *Resettlement Handbook* do ACNUR, constante da ligação http://www.unhcr.org/4e92a0cc9.html, consultada a 25 de Outubro de 2015.

78. Joan Benach *et al.*, Recortes profundos que hay que cortar por lo sano: crisis económica, políticas sociales y daños en la salud, *Papeles*, número 113, 2011, p. 108.

79. Andrew Block *et al.*, A cross-sectional survey of the mental health needs of refugees and asylum seekers attending a refugee health clinic: a study protocol for using research to inform local service delivery, *BMC Psychiatry*, volume 14, número 1, 2014, p. 9.

Notas conclusivas

A saúde e as suas implicações político-sociais ([80]) são matérias sensíveis para a condução, geral e de segurança, de qualquer Estado, especialmente para os países com preocupações de respeito pelos direitos humanos, como é o caso português, e em face do flagelo do terrorismo e da depredação das condições existenciais de tantos seres humanos nas mais diversas áreas do globo.

Portugal está habilitado em termos legais para aceder à recepção de refugiados, independentemente da sua origem, como tem feito no passado e continua diariamente a fazer, em linha com os direitos humanos, as exigências humanitárias *in casu* e os direitos fundamentais constitucionalmente consagrados. Aliás, após a leva de europeização do Direito Português, surgiu um emaranhado legal que, por um lado, consagra um "amplo conjunto de direitos, (…) reforçando [, por exemplo,] o estatuto jurídico dos titulares de autorização de residência" ([81]), mas que, por outro, ainda poderá ser novamente revisto e sintetizado no sentido de se tornar mais claro o estatuto do refugiado, nomeadamente em termos de acesso à saúde, e de se evitarem repetições que obstam, de certa maneira, à clareza jurídica do tratamento deste direito, tanto na leitura dos potenciais destinatários como dos próprios agentes nacionais ([82]).

Ademais, parece que o SNS está informado para processar os refugiados, a nível de diagnóstico e de tratamento de infecções comuns e DNC, entre outras. Mas é necessário colocar de forma pragmática a disseminação de doenças infecto-contagiosas e a defesa da saúde pública entre as necessidades e prioridades do sistema de segurança interna à luz dos riscos geográficos e sociais do acolhimento e, crítica por vezes assacada por parte da população e empolada pela comunicação social, não são claras a flexibilidade e robustez do SNS e de organismos conexos na gestão e administração da saúde ([83]), nomeadamente

---

80. Augusto Correia / Maria Rocha, Os riscos e as ameaças no sector da saúde: as pandemias e o seu impacto na estratégia europeia de segurança, *Segurança e Defesa*, número 10, 2009, p. 45.

81. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Balanço de um ano de vigência da nova Lei de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros de território português, Lisboa, [sem editor] (11 de Julho de 2008), em http://www.sef.pt/portal/v10/PT/aspx/noticias/Noticias_Detalhe.aspx?id_linha=5098, consultado a 30 de Outubro de 2015.

82. Sendo que, por exemplo, o sítio electrónico do SEF permanece desactualizado ao manter a referência aos documentos revogados sem anotação nesse sentido, como se confirma em http://www.sef.pt/portal/v10/PT/aspx/legislacao/index.aspx?id_linha=4212&menu_position=4134#0, consultado a 29 de Outubro de 2015.

83. Considerando que o SNS surgiu na esteira do *National Health System* (NHS) britânico, seria salutar a discussão pública que desse lugar em Portugal a um processo de revisão interna semelhante ao surgido desde 2008 com a criação da *Academy for Large Scale Change* do *NHS' Institute for Innovation and Improvement*. Este tem aliviado a influência política dos centros de decisão administrativos e clínicos, dirimido a "*revolving door between business and politics*" e contrariado os esquemas mecanicistas de reformas radicais em favor de estratégias de gestão com base no paradigma de complexidade em que assenta todo o sistema, tornando-o mais maleável quer ao aumento ordinário da população que recorre à saúde pública quer a flutuações atípicas, no estudo de Robert Geyer / Samir Rihani, *Complexity and public policy. A new approach to twenty-first century politics, policy and society*, Oxon, 2010, pp. 100 ss.

quanto ao número de profissionais ([84]) destacados para a triagem e acolhimentos destes indivíduos e no que concerne aos tempos de espera dos utentes perante injecções rápidas e volumosas de refugiados nas unidades de saúde, seja na realização dos exames de despistagem na chegada, na obtenção de resultados de diagnóstico ([85]) ou aquando de situações posteriores de doença ([86]).

Num documento informal de enfoque das principais dificuldades sentidas no contexto de acolhimento elaborado por refugiados junto do CPR, os cuidados de saúde foram uma das áreas indicadas como deficientes ([87]) pois que são quase totalmente gratuitos e a medicação é parcialmente coberta para os refugiados hospedados nas instalações do CPR, seja por esta entidade seja pela Santa Casa da Misericórdia, mas, por exemplo, foram referenciadas algumas situações de: (i) falta de confidencialidade entre médico e doente pela disseminação de informações e resultados dos exames médicos a terceiros; (ii) atraso na realização de diagnósticos de rotina para despistagem de doenças infecto-contagiosas no Instituto de Higiene e Medicina Tropical — particularmente problemático perante o facto de que a maioria dos refugiados partilha camaratas; e (iii) falta de competências na avaliação e acompanhamento culturais e linguísticos nos hospitais, centros de saúde e serviços ou gabinetes municipais relacionados com condições de acesso à saúde por parte de estrangeiros.

Da perspectiva do ordenamento jurídico, o direito cívico básico ([88]) e humano à (protecção da) saúde dos refugiados deve ser respeitado e assegurado na máxima extensão das capacidades do sistema e dos seus agentes e recursos. Portugal tem demonstrado uma forte resiliência da sociedade civil mas os poderes públicos têm ficado aquém quanto à criação de uma rede de apoio estatal ([89]), o que é particularmente de lamentar para os refugiados que não tenham

84. Que poderiam, quiçá, ser recrutados especificamente para esta função, de forma alternada ou rotativa.

85. A acrescer aos atrasos decorrentes da desactualização tecnológica.

86. Note-se, com curiosidade, a informação lacunarmente sucinta e sem soluções conseguintes da Circular Informativa n.º 34/DSPCS, de 11 de Julho de 2003, emitida pelo Director-Geral e Alto Comissário da Saúde e publicada no sítio http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-34dspcs-de-11072003.aspx, consultado a 30 de Outubro de 2015, que refere, já nesta altura, terem sido "apresentadas a esta [Direcção Geral da Saúde] algumas dificuldades sobre o assunto em epígrafe", leia-se, sobre o acesso ao SNS pelos requerentes de asilo.

87. Diana Tomás, *De objecto humanitário a cidadão: subjectividade e agência dos 'refugiados' em Portugal*, Diss. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa (2012), Anexo 3 "Lista dos principais desafios que os refugiados enfrentam em Portugal (levado pela *Associação* a um encontro do ECRE em Junho de 2011)", disponível em http://run.unl.pt//handle/10362/8656, consultada a 29 de Outubro de 2015.

88. Rainer Bauböck, Citizenship and migration – concepts and controversies, *in Migration and citizenship. Legal status, rights and political participation*, Amesterdão, 2006, p. 23.

89. Com o risco colateral de défice democrático na prestação de serviços públicos identificado por Trudie Knijn / Peter Selten, The rise of contractualisation in public services, *in Policy, people, and the new professional. De-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare*, parte I, Amesterdão, 2006, p. 22. E para Devi Sridhar, Millennium development goals: caring about health, *The World Today*, volume 66, números 8 e 9, 2010, p. 28, o sector público deve assumir a liderança na concessão e coordenação dos serviços, bem como deve ser o país de acolhimento, ao nível local, o responsável pelas políticas, programas e serviços,

uma rede de contactos no local de acolhimento ([90]). E apesar de surgir como um dos primeiros exemplos de criação de mesas redondas para a resolução sustentável dos conflitos e problemas associados à mobilidade de populações vindas do exterior ([91]), é urgente a discussão pública e informada da temática dos refugiados em todas as suas vertentes, nomeadamente quanto ao direito à saúde, para se perceber o que ainda é necessário construir para assegurar, *de iure* e *de facto*, que os refugiados são tratados conforme a dignidade que lhes é inerente e inalienável ([92]).

***

especialmente no sentido de que "*health must be integrated across all sector*".

90. Normalmente baseadas em ligações familiares e étnicas e de vital importância, especialmente quando as entidades privadas de apoio apresentam elas próprias 'sinais de exaustão', na expressão de Joanne van der Leun, *Looking for loopholes. Processes of incorporation of illegal immigrants in the Netherlands*, Amesterdão, 2003, pp. 49 ss.

91. Haleh Chahrokh / Radoslaw Stryjewski / Brigitte Suter, Conference report, *in Innovative concepts for alternative migration policies. Ten innovative approaches to the challenges of migration in the 21st century*, Amesterdão, 2007, pp. 138 ss.

92. Atente-se na proposta sintetizada de Patrick Hayden, The human right to health and the struggle for recognition, *Review of International Studies*, volume 38, número 3, 2012, p. 579, de uma *"recognition approach*" deste direito na esfera interpessoal como atribuição de subjectividade relevante que pretende explicar como erradamente se considera "*less-than-human*" os refugiados através de concepções erradas do 'outro', *vis-à-vis* critérios de preconceito e inferioridade. Não tendo sucedido em Portugal até hoje, igualmente o critério da etnicidade pode ser um factor de vulnerabilidade e influenciar os padrões de repovoamento pelos refugiados, no entendimento de Graeme Hugo / Janet Wall, Climate change and environmental influences on Australia's population distribution, *in Health of people, places and planet. Reflections based on Tony McMichael's four decades of contribution to epidemiological understanding*, parte III, Acton, 2015, p. 190.