

TRANSFERÊNCIA SANITÁRIA DE CRIANÇAS DOS PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA

A. PAULA LUCAS, F. ALVES PEREIRA, JOÃO PASCOAL, M^a JOSÉ LEAL

Departamento de Cirurgia Pediátrica. Hospital de Dona Estefânia. Lisboa

RESUMO

Os autores analisaram retrospectivamente os processos das crianças enviadas dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP's) para o Departamento de Cirurgia do Hospital de Dona Estefânia (H.D.E.), ao abrigo dos Acordos de Cooperação na área da Saúde, durante o período de Janeiro de 1989 a Janeiro de 1997. Foram efectuadas 108 transferências: 17 de Angola, 49 de Cabo Verde, 26 da Guiné-Bissau e 16 de S. Tomé e Príncipe, nenhuma da República Popular de Moçambique; a que corresponderam 185 internamentos. A reflexão sobre os resultados e o percurso destes doentes, leva os Autores a propor modificações à cerca do desiderato do processo, nomeadamente na selecção e celeridade nas transferências, assim como no processo assistencial hospitalar, substituindo os internamentos prolongados por tratamento em ambulatório apoiado, sempre que possível, e/ou deslocação paritária de equipas cirúrgicas, em que os custos financeiros e humanos sejam mais rentáveis e os resultados obtidos otimizados.

SUMMARY

Medical Transfers of Children from Portuguese Speaking African Countries

We reviewed the files of children coming from Portuguese speaking African Countries, admitted to the Surgery Department of Dona Estefânia Hospital between January 1991 and January 1997. There were 108 Medical Transfers: 17 from Angola, 47 from Cape Verde, 26 from Guinea-Bissau, 16 from S. Tomé and Príncipe and none from Mozambique. The assessment of the results and the medical course of these children leads the authors to propose changes, especially in the choice of patients and in hospital assistance, in order to achieve the best ratio between costs and results.

INTRODUÇÃO

Portugal estabeleceu com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP's) acordos no domínio da Saúde em que o Estado Português se compromete, na medida das suas possibilidades e quando solicitado pelo Estado dos diferentes Países, a assegurar o tratamento em Portugal dos indivíduos para os quais tenham sido esgotados os recursos de diagnóstico e tratamento nos países de origem¹⁻⁶.

A regulamentação desses Acordos, aprovados pelos Decretos Lei n.º 24/77 de 3 de Março para a República de Cabo Verde¹, 25/77 de 3 de Março para República

Democrática de S. Tomé e Príncipe², 36/78 de 17 de Abril para a República da Guiné-Bissau^{3,7}, 35/84 de 12 de Julho para a República Popular de Moçambique⁵ e 39/84 de 18 de Julho para a República Popular de Angola⁶, têm muitos aspectos em comum mas algumas diferenças que importa realçar.

O número máximo de doentes, que o Estado Português se obriga a assegurar o tratamento, varia: relativamente a Cabo Verde o acordo inicial estipulava até 15 doentes por mês¹ tendo sido esse número alargado para 25⁴; S. Tomé e Príncipe até 10 doentes por mês²; Guiné-Bissau uma presença máxima de 15 doentes^{3,7}; Moçambi-

que até 300 doentes por ano^{5,8} e Angola até 200 doentes por ano^{6,8}. Esse contingente é global não existindo uma quota estipulada para doentes em idade pediátrica.

Aos Estados dos PALOP's cabem os encargos do transporte de ida e de regresso dos doentes, a compra de próteses e o funeral e repatriamento do corpo em caso de morte¹⁻⁶.

Ao Estado Português cabem os encargos do tratamento dos doentes em regime de internamento ou de ambulatorio, incluindo exames complementares de diagnóstico, quando os mesmos se efectuarem em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências^{1-3,5,7}; à excepção do acordo estabelecido com Angola em que metade das despesas lhe cabe⁶.

Quanto aos encargos de alojamento, em caso de tratamento em regime de ambulatorio, são suportados pelo país que envia o doente, excepção feita a Moçambique e a Angola em que metade desses encargos cabem a Portugal^{5,6}.

Relativamente ao acompanhamento dos doentes, assunto sensível em idade pediátrica, só os Acordos com Moçambique e com Angola são explicitos, prevendo a existência de acompanhantes quando a gravidade da doença ou o estado do doente o exigir; os encargos do transporte e todas as despesas do acompanhante a cargo do país que envia o doente^{5,6}.

Todos os Acordos prevêm ainda o Aviso, da data de chegada a Lisboa dos doentes a submeter a tratamento, ao Hospital para onde vai ser enviado o doente e ao Ministério dos Negócios Estrangeiros com antecedência mínima de 24 horas^{1-3,5,6}.

Todos os doentes devem ser acompanhados por uma História Clínica elaborada no País de origem^{1-3,5,6,8}.

Como resultado destes Acordos são tratados no Hospital de Dona Estefânia (H.D.E.) um número considerável de crianças, nomeadamente do foro cirúrgico, algumas dirigidas directamente à Instituição, mas a maioria transferida do Hospital de São Francisco Xavier (H.S.F.X.), instituição de referência para as transferências Sanitárias⁹.

A análise do seu percurso na Instituição e no País, leva-nos a reflectir e a ponderar outras eventuais formas de conduta e de atendimento, no sentido de melhorar e rentabilizar a assistência a estas crianças.

DOENTES E MÉTODOS

Os autores analisaram retrospectivamente os processos das crianças com patologias para as quais tenham sido esgotados os recursos de diagnóstico e tratamento nos países de origem, enviadas dos cinco PALOP's (ao abri-

go dos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde) durante o período de Janeiro de 1989 a Janeiro de 1997 e internadas no Departamento de Cirurgia do H.D.E.

Foram analisados o nº de doentes, o país de proveniência, a tramitação da transferência, o número de internamentos, o sexo, a idade, a raça, o acompanhamento familiar, o diagnóstico de envio e o definitivo, o tempo esperado para a evacuação e a duração do internamento. Para comparação desta duração, e tomando como patologia tipo "fenda lábio alvéolo palatina unilateral", foram escolhidas aleatoriamente três crianças isentas de complicações ou de patologia associada: **A-** residente na área de Lisboa com família biparental. **B-** proveniente de Cabo Verde, com acompanhamento materno e familiares próximos residentes na área da grande Lisboa. **C-** proveniente da Guiné-Bissau, sem acompanhante nem familiares residentes no nosso país.

Foram também despistadas as patologias associadas nomeadamente as de forte incidência no continente africano, e descrito o tipo de terapêuticas instituídas e a mortalidade.

RESULTADOS

No período estudado foram transferidas 108 crianças (Figura 1): 17 de Angola (15,7%), 26 de Guiné-Bissau (24,1%), 49 de Cabo Verde (45,4%) e 16 de S. Tomé e Príncipe (14,8%), nenhuma da República Popular de Moçambique, distribuídas pelos oito anos do estudo (Figura 2). Noventa crianças (83,3%) foram enviadas, através da Embaixada do respectivo País em Portugal, para o H.S.F.X. e posteriormente transferidas para o Departamento de Cirurgia do H.D.E., 11 crianças (10,2%) vieram directamente ao H.D.E. por pedido de Consulta a este Hospital através dos Serviços de Saúde paritários de ambos os países intervenientes, dois doentes (1,9%) recorreram ao H.D.E. por decisão própria da sua família, em cinco processos (4,6%) não foi possível saber qual a forma de envio (Figura 3).

Às 108 crianças enviadas corresponderam 185 internamentos distribuídos pelos oito anos do estudo (Figura 4).

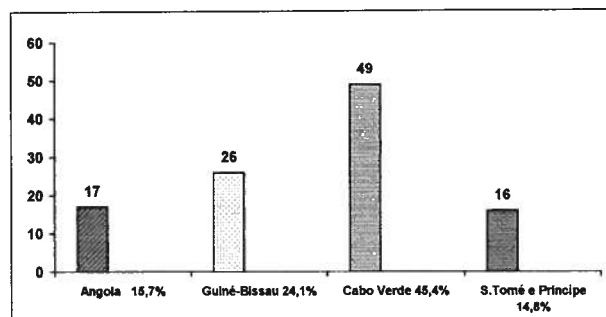


Fig. 1- Nº Total de Doentes/País N=108

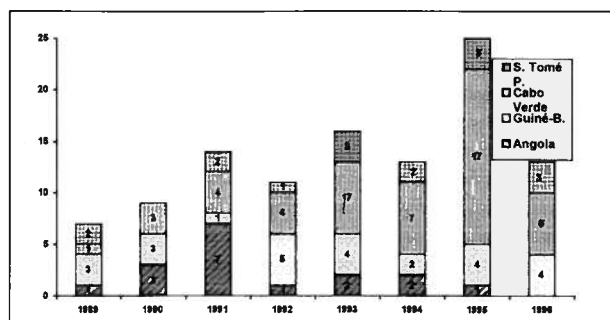


Fig. 2- Nº de Doentes/Ano/País N=108

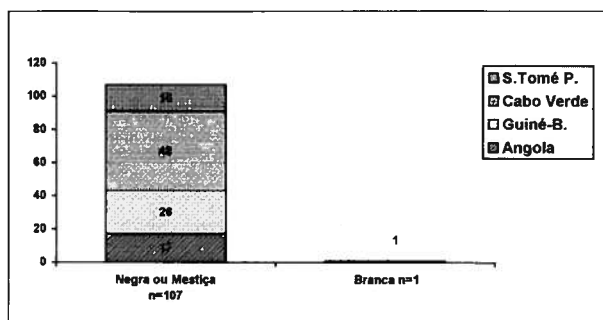


Fig. 6- Raça/País

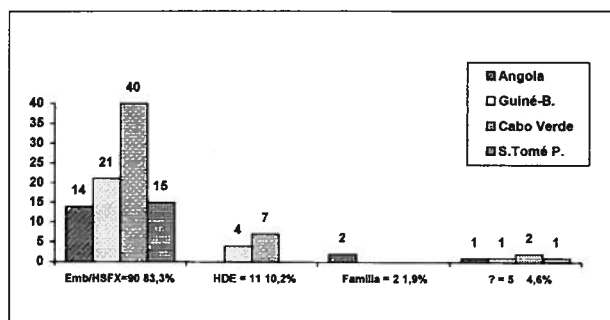


Fig. 3- Forma de envio dos doentes/País N=108

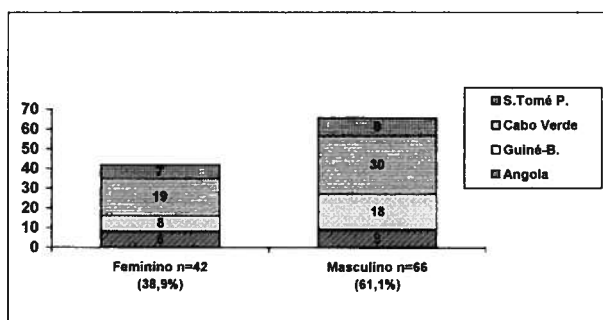


Fig. 7- Sexo dos Doentes/País

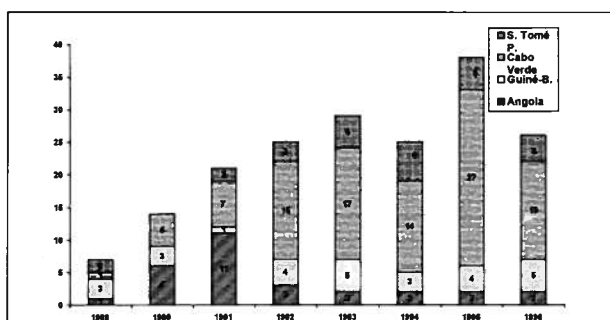


Fig. 4- Nº de internamentos/ano/país N=185

A idade das crianças à data da transferência encontra-se discriminada na Figura 5. Sessenta e seis crianças (61,1%) tinham menos de cinco anos.

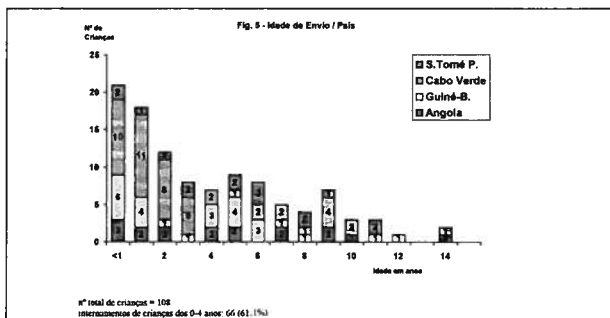


Fig. 5- Idade de Envio/País

Cento e sete crianças (99,1%) eram de raça negra ou mestiça (Figura 6), 66 (61,1%) do sexo masculino e 42 (38,9%) do sexo feminino (Figura 7).

Vinte cinco crianças (23,1%) não foram acompa-

nhadas por nenhum familiar, sendo 20 da Guiné-Bissau (Figura 8), o que corresponde a 18,5% do total e a 76,9% dos envios desse país.

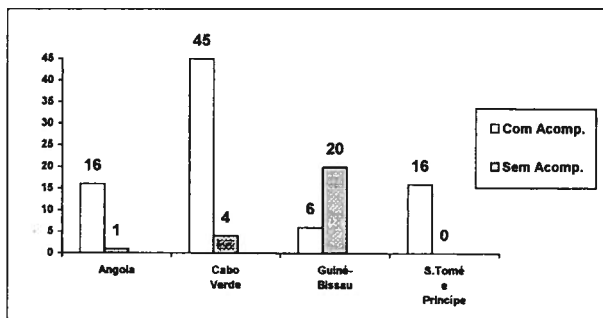


Fig. 8- Crianças com Acompanhante/País

O diagnóstico de envio foi concordante com o definitivo em 85 doentes (78,7%), em dois doentes (1,9%) foi incorrecto: angiomasose do membro inferior como “inflamação do membro inferior” e schistosomiose vesical como “rabdomyosarcoma vesical”; em 15 doentes (13,9%) o diagnóstico foi sintomático ou incompleto; seis doentes (5,5%) não tinham diagnóstico atribuído (Figura 9).

Os Relatórios Clínicos enviados não obedecem a qualquer protocolo estabelecido, sendo variável a utilidade das informações veiculadas; dezassete crianças (15,8%) foram enviadas sem Relatório Clínico: seis de Angola, cinco de Cabo Verde, quatro de S. Tomé e Príncipe e dois da Guiné-Bissau.

O tempo que mediu entre o reconhecimento clínico

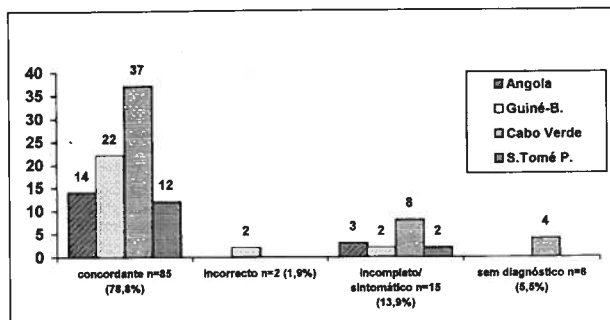


Fig. 9- Diagnóstico de envio/Diagnóstico definitivo N=108

de impossibilidade de tratamento no país de origem e a chegada ao nosso Hospital variou entre: dois dias (“Queimadura de 2º grau infectada”) a 14 meses (“Pé Boto bilateral”) com 32 crianças (29,6%) a esperarem menos de um mês, 19 (17,6%) dois a três meses, 21 (19,4%) quatro a seis meses, 9 (8,3%) sete a nove meses, 10 (9,3%) de 10 a 12 meses e uma (0,9%) mais de ano; em 16 processos não foi possível determinar o tempo de espera (Figura 10 e Quadro I).

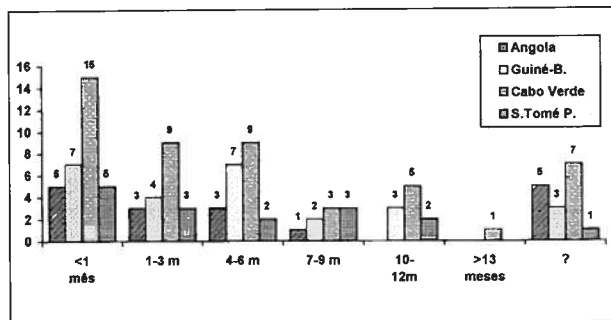


Fig. 10- Tempo de espera para a evacuação/País

Quadro I - Tempo de Espera para a Evacuação

| | | |
|--------------------|-----------|----------------|
| < 1 mês: | 32 | (29,6%) |
| Angola | 5 | (29,4%) |
| Guiné-B. | 7 | (26,9%) |
| Cabo Verde | 15 | (30,6%) |
| S.Tomé e Prínc. | 5 | (31,3%) |
| 0-6 meses: | 72 | (66,6%) |
| Angola | 11 | (64,7%) |
| Guiné-B. | 18 | (69,2%) |
| Cabo Verde | 33 | (67,3%) |
| S.Tomé e Prínc. | 10 | (62,5%) |

Dos 108 doentes evacuados, 61 (56,5%) apresentavam Patologia por Malformação Congénita, 24 (22,2%) Traumática ou suas sequelas, 16 (14,8%) Infecciosa e sete (6,5%) Tumoral/Neoplásica (Figura 11 e Quadro II).

À chegada, 28 crianças (25,9%) tinham Anemia Ferropénica e 16 (14,8%) doenças parasitárias intestinais e/ou cutâneas; quatro tinham Malária, duas Drepanocitose e uma Asma Brônquica.

Effectuou-se a pesquisa de AgHBs e de AchIV1e2 em

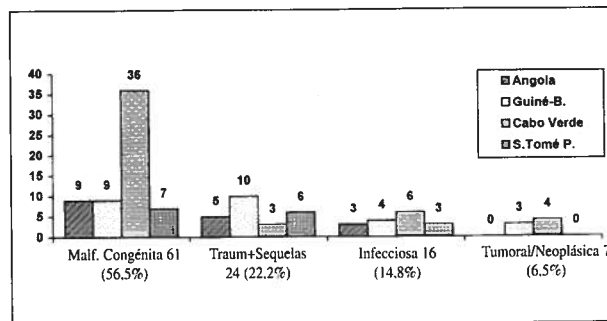


Fig. 11- Tipo de Patologia

Quadro II - principal patologia que motivou a transferência

| | | | |
|------------------------------------|----|------------------------------------|----|
| Linfoma | 1 | Refluxo Vesico-ureteral | 2 |
| Hidrocefalia | 1 | Extrofia da Bexiga | 1 |
| Mielomeningocele | 1 | Bexiga Neurogénica | 1 |
| Fenda labio-alveolar e/ou palatina | 10 | Schistosomíase vesical | 1 |
| Linfangioma da Parótida | 1 | Válvulas da Uretra Posterior | 1 |
| Hemangioma da Face | 1 | Duplicidade Genito-urinária | 1 |
| Carcinoma Espino-celular da Face | 1 | Hipospádia | 1 |
| Noma da Face | 1 | Queimadura e/ou sequelas | 11 |
| Atrésia do Esófago | 1 | Úlceras Cutâneas | 1 |
| Acalasia do Esófago | 1 | Osteogénese Imperfeita | 1 |
| Estenose Cáustica do Esófago | 5 | Esciosiose | 1 |
| Fibrolipoma Mediastínico | 1 | Osteomielite Crónica | 11 |
| Hematoma do Grande Epiplon | 1 | Artrite Séptica | 2 |
| Dça Hirschsprung | 3 | Quisto Ósseo Aneurismático | 1 |
| Malformação ano-rectal | 11 | Pseudartrose | 2 |
| Estenose Rectal | 1 | Paralisia do Plexo Braquial | 1 |
| Fístula Recto-vaginal | 1 | Abcesso do Psoas | 1 |
| Hiperplasia Cong. da Supra-renal | 1 | Rabdomiossarcoma da coxa | 1 |
| Rim Displásico | 1 | Amputação Membro Inf. Infectado | 1 |
| Tumor de Wilms | 4 | Angiomatose do Membro Inf. | 1 |
| Litíase Renal | 3 | Bridas Amnióticas dos Membros Inf. | 1 |
| Anomalia da Junção Pielo-ureteral | 3 | Pé equino-varo | 9 |
| Secção Traum. do Uretero | 1 | | |

75 crianças (69,4%) sendo o primeiro positivo em 12 (16% dos pesquisados): seis da Guiné, quatro de S. Tomé e Príncipe, uma de Angola e uma de Cabo Verde; o AchIV1e2 foi positivo em quatro crianças (5,3% dos pesquisados) uma de Angola e três da Guiné-Bissau.

O tratamento de quatro crianças (3,7%) foi estritamente do foro médico: abscesso do psoas de etiologia tuberculosa, schistosomíase vesical, bexiga neurogénica e carcinoma espino-celular da face. Uma criança com cifoescoliose lombar teve tratamento por meios físicos de reabilitação. Em 101 crianças (93,5%) o tratamento incluiu intervenção cirúrgica dirigida, em um ou vários tempos operatórios. Dois doentes (1,9%) não beneficiaram de nenhuma terapêutica específica: angiomatose dos membros inferiores e tumor de Wilms bilateral com metástases pulmonares em estadio terminal.

Uma criança (0,9%), com Carcinoma espino-celular, morreu no decurso do primeiro ciclo de quimioterapia.

A duração dos Internamentos encontra-se discriminada

na Fig.12, correspondendo cada símbolo a um internamento; a média de dias de internamento por país encontra-se na Figura 13. A comparação do tempo de internamento tomando como patologia tipo “fenda lábio alvéolo palatina unilateral” entre os doentes A, B e C está descrita na Fig.14 onde ainda estão representados dois doentes virtuais X1 e X2 procedentes da Guiné-Bissau.

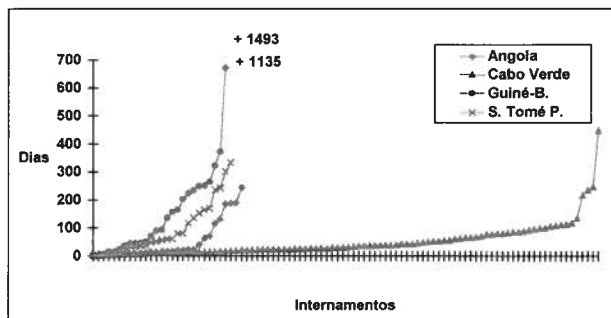


Fig. 12- Dias/Internamento

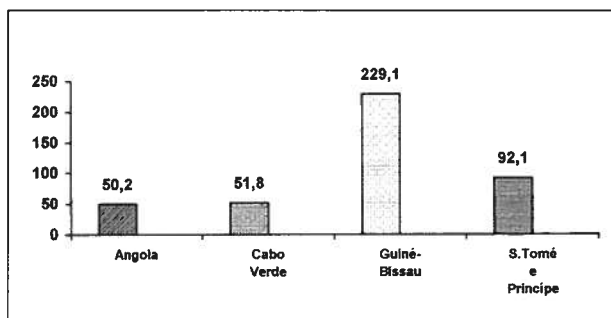


Fig. 13- Média de dias de internamento/País

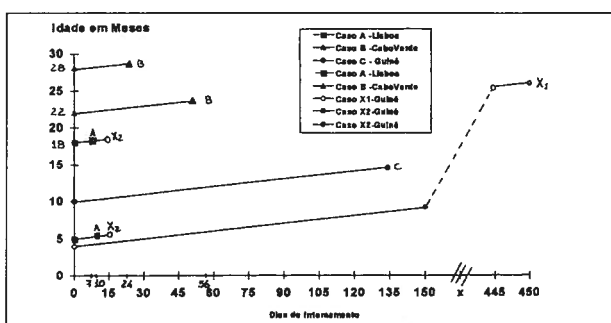


Fig. 14- Internamentos em Fenda Lábio Aveolo Palatina unilateral

Quanto ao seguimento pós alta (Figura 15), 39 cri-

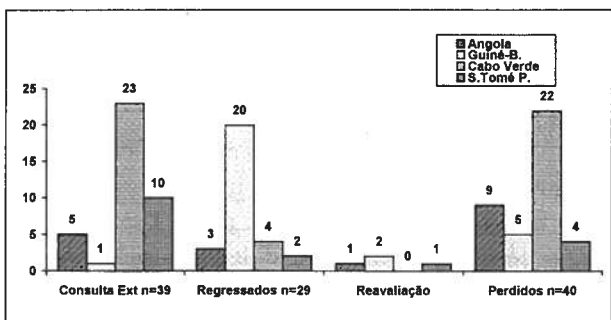


Fig. 15- Seguimento/País

anças (36,1%) estão ainda a ser seguidas em Consulta Externa, 29 (26,85%) regressaram ao país de origem e destes, quatro voltaram para reavaliação após um ou mais anos. Quarenta crianças (37,05%) foram “perdidas” não se sabendo pormenores quanto à sua evolução clínica e/ou o local da sua residência.

DISCUSSÃO

Os acordos com os PALOP's no domínio da Saúde são uma etapa inerente à fase de descolonização, experiência idêntica já vivenciada por outros países europeus relativamente aos seus antigos territórios africanos ou outros¹⁰⁻¹⁷; as disposições deverão ser transitórias e levar a uma autonomização daqueles países no campo de saúde, de modo a que a sua dependência nesta área decresça progressivamente e os seus naturais possam ser tratados efectivamente no seu meio socio-cultural^{10,14,16,18}. Vários são os meios para desenvolver este processo^{10,14,16,18}:

- Transferência de tecnologia
- Transferência de recursos humanos

Na prática, o *modus faciendi* das transferências sanitárias são um índice da evolução do processo e poderão ter um papel pedagógico e desencadeante muito importante no mesmo.

Inicialmente as transferências têm tendência a aumentar devido ao despertar da necessidade de procura médica, à maior acuidade no diagnóstico, etc^{9,10,14,15,19}.

Seguidamente dever-se-á verificar uma descida progressiva, pela selecção criteriosa dos doentes^{10,14-16,19}, evitando nomeadamente no que respeita à cirurgia pediátrica:

- os evacuamentos injustificados: sem indicação cirúrgica ou em estadios inoperáveis
- os evacuamentos discutíveis: com tratamento exequível no país de origem

Os doentes que actualmente não dispõem de condições de tratamento no seu país também deverão decrescer pelo avanço tecnológico e de recursos humanos locais, ficando as transferências limitadas para situações em que a criação de tais condições não se justificam^{11,12,15,16,18}.

A troca de informações exactas entre as equipas que decidem a transferência e as que a recebem, assim como a deslocação paritária das mesmas e os estágios de cirurgiões locais^{9-13,15-17}, facilitarão não só a indicação diagnóstica como a tramitação de muitos actos cirúrgicos para os países de origem, assim como o seguimento de doentes tratados em Portugal.

Das 108 crianças enviadas, 49 (45,4%) são provenientes de Cabo Verde (Figura 1), número expressivo re-

lativamente aos outros PALOP's. A maior proximidade geográfica e de relacionamento humano em termos de emigração dirigida para Portugal deverá ser justificativo deste facto. A Guiné-Bissau e S. Tomé e Príncipe com as suas populações de respectivamente 794 000 e 95 000 habitantes, constituem um contingente apreciável relativamente aos PALOP's restantes. O escasso número de crianças enviadas por Angola poderia ser justificado pelo desenvolvimento sanitário de país, que dispõe de uma Faculdade de Medicina e de numerosos médicos estrangeiros contratados pelos regimes público e/ou privados de Saúde. A situação bélica vivida pelo país poderá também pesar neste facto, visto que largas faixas da população não terão acesso fácil às vias governamentais de evacuação, assim como muitos poderão ser referenciados para outros países, ao abrigo de programas sanitários de apoio. Quanto à omissão de transferências de Moçambique, julgamos que a via geográfica próxima, mais cómoda, tradicional e decerto satisfatória, de recorrer à República da África do Sul, justificará o facto.

A distribuição dos doentes pelos países e por anos não pode ser avaliada de modo significativo, visto não haver para a idade infantil uma quota definida e as novas transferências estarem dependentes da saturação da ocupação estipulada pelos acordos. No entanto, os números relativos a Cabo Verde parecem ser propiciatórios aos evacuações de patologia cirúrgica infantil.

A forma de envio processa-se na maioria dos casos através da Embaixada do país de origem para o H.S.F.X., hospital de referência, de onde são transferidos para o Departamento de Cirurgia do H.D.E., mas progressivamente vêm a ser feitos directamente a este hospital alguns pedidos de consulta; assim como a procura por iniciativa familiar (à margem da lei⁸, recorrendo à posteriori às regalias dos acordos) são significativos do prestígio da Instituição (Figura 3).

O número de internamentos é quase coincidente com o número de crianças para a Guiné-Bissau (28:26) enquanto para Cabo Verde a relação é de 91:49 (Figura 4). Esta discrepância será justificada pelo não acompanhamento familiar¹⁴ das crianças provenientes da Guiné-Bissau (Figura 8), obrigando a um internamento hospitalar prolongado, visto não estarem previstos os Serviços de apoio convenientes^{14,17}. Quanto a Cabo Verde é notório o contraste: de excepção é a criança que não venha acompanhada por familiar e/ou que não disponha de apoio parental residente na área da grande Lisboa.

Quanto à idade (Figura 5), são favorecidos os primeiros anos (61% < 5 anos), facto em que pesará o elevado número de patologia congénita 61/108 (56,5%) (Figura

11 e Quadro II) também citada por outros autores⁹.

A concordância de diagnósticos de envio e definitivo (78,7%) (Figura 9) indicia que apesar dos limitados recursos de tratamento, os responsáveis pela evacuação estão alertados para a patologia cirúrgica infantil, não arriscando, no entanto, em caso de dúvida diagnósticos definitivos, optando pelas descrições sintomáticas, que a falta de meios de diagnóstico ou outros, não permitiram ultrapassar. Apenas dois casos foram enviados com diagnósticos incorrectos.

Já quanto aos relatórios clínicos, verifica-se pouco empenhamento na sua elaboração, 15,8% dos doentes são enviados sem qualquer relato e na grande maioria estes são omissos quanto a dados fundamentais de História Familiar e/ou Progressiva, não obedecendo aos itens clássicos de uma história clínica¹⁴. Esta postura indicia um desempenho burocrático com descuro da vertente clínica por parte das entidades médicas locais, decerto assoberbadas por pressões de evacuação administrativo e também por limitações de inquirição a que populações do interior não são permeáveis.

O tempo de espera para evacuação (Figura 10) depende de múltiplos factores, desde a reconhecida urgência, à existência de lugar no contingente de vagas atribuídas ao respectivo país, passando pelas influências a que alguns destes serviços serão ou não sensíveis, à confirmação de transporte, etc.

Analisando o Quadro I, verifica-se que a **eficácia** quanto ao tempo de evacuação, é idêntica para os quatro países, tendo cerca de 30% dos doentes um tempo de espera inferior a um mês e 66% inferior a seis meses.

Numa análise mais detalhada ocorre questionar não apenas da oportunidade de envio de doentes^{10,11,14,16} com situações irreversíveis (dois casos), como das idades em que é aconselhável o envio de determinadas patologias, nomeadamente as congénitas, assim como a celeridade e/ou prioridades na patologia traumática, infecciosa e/ou neoplásica. São notórios os estados avançados quanto aos dois últimos grupos, em que não apenas as delongas de evacuação estarão em jogo, mas o avançado estado de doença em que os pacientes procuram a assistência médica local, impossível de contabilizar com rigor devido à escassez de informações constantes ou ausentes nos Relatórios enviados.

Para o numeroso contingente de patologia congénita já referido, a idade aconselhável da transferência não é na maioria das vezes tida em conta; para tal ser corrigido será necessário um intercâmbio de informação estreito, entre as equipas paritárias de evacuação/recebimento, ou pela já referida efectuação de estágios e/ou campanhas.

O mesmo se aplica para os outros tipos de patologia, nomeadamente a infecciosa e neoplásica, em que se destacam os estados avançados de osteomielite de enorme gravidade ou situações de metastização tumoral em que o recurso à evacuação em nada resulta. Aqui será de ponderar nas dificuldades de acesso da população local aos meios médicos responsáveis pela transferência e à "coragem" destes na selecção criteriosa dos casos que dela não aproveitam *versus* a celeridade para os que o prognóstico desta dependa^{10,11,14,15}.

No despiste de patologia associada nomeadamente as de forte incidência no continente Africano, os resultados são idênticos aos encontrados por outros autores⁹.

A pesquisa de AgHBs e AchIV1e2, só foi sistemática a partir de 1992. A positividade encontrada: 16% e 5,3% respectivamente é sobreponível à verificada por outros autores numa população semelhante⁹ mas mais baixa do que as taxas de infecção calculadas para as crianças do continente africano^{20,21}.

A duração dos internamentos é notoriamente diferente entre os países (Figura 13), sendo evidente a discrepância já referida aquando da discussão do número de internamentos por doente.

O prototipo da *fenda lábio alveolo palatina unilateral* (Figura 14) é exemplar para ilustrar a multiplicidade de factores em jogo na proficiência e na rentabilidade da cooperação com os PALOP's. O protocolo estabelecido no Serviço, programa o encerramento da fenda lábio alveolar (queiloplastia, reconstrução da base narinária e encerramento do palato primário - Millard II) e o encerramento do palato mole (estafilofaringoplastia Cardoso da Rocha) cerca dos 5-6 meses de idade. O encerramento do palato secundário (duro) é efectuado por volta dos 18 meses, nunca antes dos 14 meses de idade.

Tomemos por exemplo o Doente A - residente, sem complicações de patologia, sociais ou outras. Os internamentos somaram 17 dias, distribuídos pelas duas etapas cirúrgicas aos 5 e aos 18 meses respectivamente.

O Doente B foi enviado de Cabo Verde, numa fase considerada tardia (22M) sobretudo para a primeira intervenção; o primeiro internamento sofreu as delongas pré-operatórias de avaliação, disponibilidade de calendário cirúrgico, etc. O pós operatório foi alongado na procura de colocação familiar o que foi conseguido, tendo decorrido 56 dias. O segundo internamento não sofreu de tantas delongas pré-operatórias visto ter sido preparado em ambulatório, com o pós operatório decorreram 24 dias, altura em que estavam accionados os processos de regresso a Cabo Verde. Passado cerca de um ano este doente compareceu numa consulta, não

havia saído de Portugal, os pais tinham encontrado trabalho e obtido o estatuto de residentes. Comentários a este desiderato não cabem no âmbito deste trabalho, mas ocorre salientar que o motivo de doença é veículo para o processo de emigração paralelo às vias programadas para o efeito.

Quanto ao Doente C, o seu envio da Guiné-Bissau, é um pouco tardio em função da primeira intervenção (10M) mas quase providencial em função da idade da indicação cirúrgica para a segunda etapa cirúrgica. A hospitalização totalizou 135 dias. Por não estarem criados os meios para a colocação de crianças entre a primeira e a segunda cirurgia, em termos de tempo útil, celeridade de processos, dificuldades de reenvio, é discutível a oportunidade de regresso à Guiné-Bissau durante este período, seria quase uma aposta no não reenvio em tempo adequado. Para diminuir a estadia foi encurtado ao limite, o tempo aconselhável entre as duas intervenções e indicada uma idade para a segunda que a literatura²² contempla mas que não é a de rotina do Serviço.

Admitindo um quarto caso virtual X1 procedente de Guiné-Bissau com 4 meses de idade e mantendo-se as condições de não colocação extra-hospitalar, cumprindo o calendário do protocolo do Serviço, teríamos para esta criança X1 um tempo total de internamento de 450 dias!

Continuando no virtual, admitindo que sejam consideradas quotas para a idade pediátrica, os Serviços de evacuamento céleres e programados, as equipas colaborantes, uma criança X2 seria enviada aos 5 meses com acompanhamento familiar (de preferência) ou não, teria um primeiro internamento de cerca de 15 dias com estadia de duas semanas em ambulatório ou em instituição de retaguarda; regressaria à Guiné-Bissau, sendo programado o seu reenvio aos 18 meses, em que o processo se repetiria. Situação sobreponível a qualquer doente do sul, do interior do país, das regiões autónomas ou ainda de doentes colocados em instituições de recurso e/ou com problemas socio-familiares decorrentes. O internamento para as duas etapas cirúrgicas somaria cerca de 30 dias, acrescido de mais 30 dias em ambulatório com colocação em instituição de retaguarda.

Julgamos pragmático este exemplo que ilustra bem as propostas que fazemos no sentido de modificar e regular os actuais acordos, nomeadamente quanto ao seguimento, processo intrínseco e indispensável para este tipo de patologia e que será *mutatis mutandis* aplicável à grande maioria da patologia cirúrgica pediátrica.

CONCLUSÕES

Tomar contacto com o percurso destas crianças desde o reconhecimento da impossibilidade de tratamento no seu país de origem, passando pela sua vivência, muitas vezes solitária, num meio quase hostil onde são ministrados tratamentos que *não entendem* e finalmente o seu reenvio quando se estavam a *ambientar* à outra realidade socio-cultural, leva-nos a reflectir e inevitavelmente a ponderar outras soluções que minimizem o sofrimento não só físico mas também afectivo e cultural destas crianças e optimizem os custos e os resultados.

Assim propomos:

- Quotas específicas para a idade pediátrica
- Selecção criteriosa das patologias, em tempo adequado e útil
- Celeridade no processo de transferência
- Apoio familiar e/ou instituições de acolhimento para sediação extra-hospitalar ou tratamento ambulatório
- Deslocação paritária de Equipas Cirúrgicas

BIBLIOGRAFIA

1. DR 1ª Série, nº 52 Dec. Lei nº 24/77 de 3 de Março: 363-4 in INCM
2. DR 1ª Série, nº 52 Dec. Lei nº 25/77 de 3 de Março: 365-6 in INCM
3. DR 1ª Série, nº 89 Dec. Lei nº 36/78 de 17 de Abril: 734-5 in INCM
4. DR 1ª Série, nº 243 Dec. Lei nº 129/80 de 18 de Novembro: 3902 in INCM
5. DR 1ª Série, nº 160 Dec. Lei nº 35/84 de 12 de Julho: 2105-9 in INCM
6. DR 1ª Série, nº 165 Dec. Lei nº 39/84 de 18 de Julho: 2201-4 in INCM
7. DR 1ª Série, nº 267 Dec. Lei nº 44/92 de 21 de Outubro: 4898-900 in INCM
8. Despacho da Direcção Geral de Saúde de 31 de Agosto de 1988
9. FLORES P, NETO A, PALMINHA JMM et al.: Doentes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Casuística do Serviço de Pediatria do Hospital de S. Francisco Xavier. Acta Pediatr Port 1997; 28 (4): 349-53
10. BERNADET A, DUTREIL C: L'hospitalisation des enfants en provenance des pays en voie de développement: le point de vue d'un directeur d'hôpital. Pédiatrie 1988; 43: 655-6
11. BORSALI T, AGUERCIF M, MEZIANE F et al.: Transferts sanitaires en oncologie pédiatrique. Arch Fr Pediatr 1986; 43: 141-6
12. DEGRÉMONT A.: Réflexions sur la coopération en santé. Santé Publique 1994; 6 (4): 393-403
13. FLOURY B.: Le discours de la Coopération française en matière de santé depuis les indépendances. Santé Publique 1994; 6 (4): 367-80
14. GUIGNARD J, TURSZA A, PECHEVIS M: Les transferts sanitaires d'enfants des pays du Maghreb. Arch Fr Pediatr 1985; 42: 867-72
15. MAYER M, MEZIANE F, PHILIP M et al.: Evaluation des transferts d'enfants algériens en oncologie pédiatrique au centre Léon-Bérard. Pédiatrie 1988; 43:683-90
16. MOUBRI M: Transferts sanitaires des enfants ayant une cardiopathie congénitale. Revue de Pédiatrie 1988; 24 (4): 183-8
17. NZINGOULA SMOYEN G, NKOUA JL et al. : Transferts sanitaires d'enfants congolais. Médecine d'Afrique Noire 1993; 40 (3): 171-4
18. TIDJANI AM: Les projets de développement sanitaire face à l'administration publique au Niger. Santé Publique 1994; 6 (4): 381-92
19. PHILIP T: Transfert d'enfants algériens au centre Léon-Bérard. Le point de vue d'un médecin. Pédiatrie 1988; 43: 657-8
20. EVANS HE: Human immunodeficiency virus infection. In: Nelson Textbook of Pediatrics, 14th Ed. WB Saunders, 1994 : 835-42
21. ISSELBACHE KJ: Hepatitis aguda. In: Harrison Principios de Medicina Interna. 13ª Ed. McGraw-Hill, 1994: 1976-98
22. CHANCHOLLE A: Les Fendas Labio-Palatines. In: Chirurgie Plastique de L'enfant. Diffusion Maloine S.S. Editeur 1987, 31-132