

**A EXPERIÊNCIA DOS MÉDICOS DO
MUNDO: AJUDA HUMANITÁRIA,
EMERGÊNCIA, REABILITAÇÃO E
DESENVOLVIMENTO**

João Blasques de Oliveira

Médicos do Mundo

A experiência dos Médicos do Mundo: Ajuda humanitária, emergência, reabilitação e desenvolvimento

Esta apresentação centrar-se-á na referência a um conjunto de exemplos práticos de alguns projectos que a organização Médicos do Mundo tem vindo a desenvolver. Abordarei aqui algumas ideias e considerações que provêm da nossa própria experiência na área da política de apoio humanitário e ajuda ao desenvolvimento. Devo dizer, desde já que tendo a não utilizar a expressão “medicina humanitária” porque, como aqui foi dito pelo presidente do INEM, toda a medicina é humanitária. Neste contexto, irei falar da medicina não humanitária, no sentido em que me vou referir não ao apoio de emergência mas à ajuda na reabilitação e desenvolvimento de comunidades afectadas por problemas graves de saúde pública.

Discutamos então, rapidamente, algumas questões que decorrem do tema deste Encontro – o espírito de missão. Muitas equipas dos Médicos do Mundo participam em missões de apoio humanitário na perspectiva de salvamento de vidas. Mas devemos perguntar-nos se somos salvadores do mundo ou se somos salvadores que estão no mundo; ou seja, devemos estar conscientes que é necessário ter em conta as realidades, as dimensões, as referências culturais diferentes que encontramos no terreno; e essas diferenças são de ordem económica epidemiológica, mas reportam-se também aos quadros éticos e morais que prevalecem nesses países, em relação estreita com especificidades culturais por vezes muito longínquas das nossas, ocidentais. E, fundamentalmente, devemos ter sempre presente uma exigência de respeito por essas diferenças.

Existe, sem dúvida, um “espírito de missão” em Portugal, no sentido em que há actualmente no nosso país uma exigência de profissionalismo no campo da ajuda humanitária. Ele releva de um aprofundamento dos conhecimentos nesta área, que se pautam por um princípio fundamental para o corpo médico: nunca fazer mal, não piorar a situação de um paciente. Este é um dos princípios que nos orientam quando nos deslocamos para realidades populacionais distantes, na medida em que os desafios que nos são colocados quando iniciamos qualquer processo de ajuda centram-se tanto na atenção à saúde como na atenção para a saúde. Devemos estar preparados para agir em ambos processos, em momentos diferentes: em situações de emergência que se transformam em situações de reabilitação e de ajuda ao desenvolvimento. As diferenças de abordagem nos dois tipos de situação reportam-se aos diferentes momentos de evolução de uma missão; o momento da intervenção em emergência são as quarenta e oito horas subsequentes a um evento traumático. Naturalmente que as grandes intervenções de emergência são, na prática, quase vedadas às pequenas organizações, na medida em que estas não

podem ter um impacto relevante na situação por falta de capacidade logística e de recursos humanos. Mesmo grandes organizações como são os Médicos do Mundo ou até mesmo os Médicos Sem Fronteiras, por vezes não conseguem responder adequadamente em situações de grande tragédia humanitária. Isto significa que uma resposta eficaz às necessidades de uma grande emergência depende da existência de condições estruturais capazes nos próprios países de envio.

Numa acção humanitária, há por vezes a tentação de considerar o serviço de saúde do país receptor de ajuda, assim como o seu governo, como um obstáculo à nossa acção. Esta é uma visão algo arrogante e improdutivo. Os maiores obstáculos, os inimigos que as equipas médicas encontram são, na verdade, a doença, as fragilidades do sistema de saúde local, as condições ambientais adversas, a falta de conhecimentos técnicos, a falta de água potável, de electricidade, de infra-estruturas rodoviárias adequadas. Em situação de catástrofe natural, são estes os verdadeiros inimigos que enfrentamos. Porém, não deixa de ser possível desenvolver acções eficazes de salvamento, apesar de todas as dificuldades que resultam destes obstáculos, como no Sri Lanka, onde os Médicos do Mundo estiveram em missão após o *tsunami* de vinte e seis de Dezembro de 2004, em plena zona de guerra, com várias regiões minadas, ou em Angola, durante a guerra civil.

Proponho então falar aqui de algumas experiências dos Médicos do Mundo em Portugal em missões humanitárias. Fundada em 1999, a nossa organização começou por ser uma discreta representação da organização-mãe mas rapidamente se tornou uma estrutura autónoma com a capacidade de intervir em vários países, com o apoio de voluntários de diversas áreas. Um dos exemplos é a nossa intervenção já referida no Sri Lanka após o *tsunami*, na que foi - talvez tenha sido - a maior operação de resposta humanitária de emergência que alguma vez desenvolvemos. Uma nossa intervenção anterior, em Timor-Leste, em 2000, decorreu em moldes ligeiramente diferentes; no Sri Lanka, tratou-se realmente de uma situação de resposta humanitária de emergência, para a qual conseguimos, com o apoio do Governo e da população portuguesa, mobilizar recursos e de ter uma equipa presente naquele país num prazo de cerca de setenta e duas horas, em colaboração com os colegas da Associação Saúde em Português, outra associação que participou na missão. O objectivo primordial daquela missão foi a prestação de apoio médico essencial, de emergência, às populações cingalesas. Iniciámos a nossa intervenção ainda em Dezembro e cobrimos inicialmente as zonas de Jaffna, na ponta nordeste da ilha. A missão tinha na verdade sido planeada para intervir em Batticaloa, a capital da província oriental, mas, ao desembarcarmos no aeroporto de Colombo, fomos informados que era em Jaffna que havia maior necessidade de ajuda, mas que, tratando-se de uma zona dominada pelos separatistas tamil, não era recomendável que fôssemos para aquela província.

Decidimos, no momento, que seria mesmo para Jaffna que nos iríamos dirigir, e essa comprovou ser uma decisão acertada, dado que pudemos aí realizar um trabalho eficaz. De início, tratou-se de gerir uma pequena equipa de emergência mas, à medida em que a situação evoluiu da emergência para a reabilitação, foi possível, congregando esforços, conseguir ao longo de um período de intervenção que durou um ano e meio, garantir a presença de cinco médicos e de oito enfermeiros durante essa fase do processo de intervenção.

A nossa actividade não se circunscreveu apenas à assistência médica; preocupámo-nos em criar simultaneamente condições ao nível dos factores condicionantes, em criar suportes de sustentabilidade no campo da saúde pública: desenvolvemos sessões de formação, sessões de formação na área de cuidados primários, de suporte básico de vida, bem como de formação de alunos em escolas de enfermagem – nesta, inicialmente, desenvolvemos actividades relacionadas com cuidados primários, e depois fizemos formação contínua aos médicos do hospital de Point Pedro.

Paralelamente, foram realizadas, com o apoio do governo português, diversas intervenções na área de apoio à reabilitação da infra-estrutura do edifício do hospital que, apesar de não ter sido directamente atingido pelo maremoto, se encontrava muito degradado pelo facto de se situar numa zona de guerra e, digamos, abandonado por parte do Governo local, sem condições mínimas de funcionamento. tratava-se de um hospital de média dimensão sem uma única cama utilizável: no pátio, encontrámos uma pilha de cerca de duzentas e cinquenta camas, que viemos a recuperar e a reutilizar. Estas intervenções, realizadas com o apoio do pessoal local do hospital, parecendo pouco importantes, tiveram um efeito muito positivo no reactivamento do sistema de cuidados de saúde local. O mesmo aconteceu com o envio, a partir de Portugal, de cento e quarenta redes mosquiteiras de grandes dimensões.

Reactivámos também, em conjunto com a Associação Saúde em Português, o internamento da sala das urgências, as instalações para os médicos no interior do hospital, para os médicos do serviço de urgências; acções que, mesmo no contexto da emergência, podem ser realizadas, e que constituem reforços relevantes da nossa actividade principal, que passou muito pela distribuição de medicamentos e de equipamento de socorro e tratamento, pela oferta de assistência médica a mais de 8.000 pessoas que se abrigavam nos campos de acolhimento de pessoas deslocadas, e que não dispunham de outra forma de assistência que não o auxílio de equipas externas como a nossa, dado que a maior parte dos médicos e enfermeiros locais tinham abandonado Point Pedro.

Em Batticaloa, outra região cingalesa em que intervimos, a intervenção foi ligeiramente diferente, e refiro-a apenas para sublinhar que, numa mesma operação

de emergência, é possível fazer intervenções distintas, desde que não ponham em causa a capacidade das equipas para responder às necessidades prementes da missão. Nesta cidade, a nossa intervenção centrou-se na área do apoio psicossocial (dado que a equipa enviada para Batticaloa era maioritariamente composta de psicólogos), se bem que trabalhando também nas enfermarias do hospital local. Fizemos ainda intervenções nas escolas, e criámos, com o apoio da GNR, planos de emergência para edifícios públicos.

É evidente que, três meses depois do início da situação de emergência não podemos falar propriamente de apoio de emergência. Mas, tendo tomado a decisão de continuar no terreno, focámos a nossa missão numa perspectiva de reabilitação e de apoio à reconstrução. No final da missão, realizámos mesmo uma operação de reabilitação e reequipamento de um banco de sangue, até então inexistente no hospital de Point Pedro (o que significava que as colheitas eram realizadas no momento, com todos os riscos inerentes). Fomos obrigados a interromper o estabelecimento de um centro de saúde na periferia de Point Pedro, devido ao agravamento da situação de guerra civil.

Este aspecto – a violência da guerra – é um obstáculo grave à ajuda humanitária, dado que nos obriga a interromper a nossa acção e a sair dos países onde desenvolvemos as nossas missões, dado que a insegurança gerada afasta o pessoal local e impede que haja condições mínimas de segurança para as equipas externas. No caso de Point Pedro, conseguimos, após um longo processo burocrático, estabelecer acordos com as autoridades locais – os chamados Tigres de Tamil Nadu – com o objectivo de garantir condições de trabalho junto da comunidade local, mas o reatamento dos combates com o governo de Colombo, a seis de Abril de 2006 obrigou-nos a retirar da região.

Posso afirmar que as condições sanitárias que conseguimos criar no hospital de Point Pedro são excepcionais e que seria difícil encontrar na grande maioria dos países africanos, por exemplo, condições semelhantes. E isto apesar da pobreza das infra-estruturas: o serviço de estomatologia funcionava numa pequena sala, com uma cadeira incompleta, praticamente sem instrumentos, onde o tratamento possível é o arrancar de dentes e pouco mais.

Os Médicos do Mundo têm também intervindo na Guiné-Bissau, em situação de emergência com características distintas. Se no Sri Lanka a intervenção resultou de uma emergência causada por uma catástrofe natural, na Guiné-Bissau ela resultou de uma situação de epidemiologia, nomeadamente de uma epidemia de cólera muito grave. Começámos a trabalhar na região de Bissau a pedido da ECHO, no Biombo, onde se tinha declarado a epidemia de cólera e onde a sua incidência era mais importante. A cólera é uma doença de transmissão fecal-oral, directamente relacionada com más condições de higiene, ou seja, com pobreza geral, e com a

própria fragilidade do sistema de saúde. A mortalidade por cólera tende a subir não só com a fragilidade da situação, mas com a fragilidade do serviço de saúde. Daí termos optado por colaborar com os serviços locais no sentido de reduzir a possibilidade de transmissão como condição para diminuir a morbidade e mortalidade: as actividades eram sobretudo o acompanhamento e assistência contínua nos centros de saúde do Biombo. Ou seja, neste caso interviemos directamente, tivemos uma equipa a intervir directamente, mas organizámo-nos desde início com as equipas de enfermagem e com os médicos chefe da região do Biombo, pois não fazia sentido algum deslocarmos dois enfermeiros e um médico para, por si, procurar resolver a situação.

Este é um caso que evidenciou bem a absoluta necessidade de trabalhar e coordenar a nossa acção com as dos funcionários de saúde locais. Fizemos formação do pessoal local na área da saúde, criámos mecanismos e metodologias para melhorar o transporte imediato de casos graves para as unidades de tratamento de cólera, desenvolvemos um esforço grande no tratamento dos contactos, com um processo de reforço da vigilância epidemiológica, com um reforço também muito forte da actividade das equipas móveis que faziam a visitação das residências, demos apoio à construção de latrinas e melhorámos a protecção de alguns poços, particularmente na comunidade onde verificámos, através de vigilância epidemiológica, que provinham o maior número de casos, e criámos os meios para tratamento da informação, e sua divulgação regional e nacional.

Os gráficos da mortalidade por cólera que pudemos estabelecer permitiram-nos verificar que, numa situação de epidemia como aquela com que nos confrontámos, a intervenção levou a uma diminuição visível e relativamente rápida do número de mortos. Uma das razões principais da redução do número de casos graves resulta do facto de as pessoas, ao serem devidamente informadas das medidas preventivas a tomar, interpretam mais cedo os seus sintomas e determinam melhor a gravidade da doença. Isto significa que mesmo numa situação de emergência deve haver lugar para a actividade de educação e de comunicação para conduzir a mudanças de comportamento sanitário. É, por isso, importante frisar que a ajuda humanitária tende a ser também, cada vez mais, não emergência: sendo o nosso objectivo final a mudança e a melhoria das condições sanitárias, a ajuda humanitária deve incorporar, sempre que possível, a não emergência.

Também a nossa intervenção em Timor-Leste, em Lautem, Los Palos, que começou em Março de 2004, tinha este objectivo geral. A intervenção designou-se *Casa das mães*, e procurou reduzir a mortalidade materno-infantil, levando conhecimento às populações sobre os cuidados básicos a ter durante a gravidez, dirigindo-nos principalmente às mulheres grávidas, mas também junto da comunidade em geral, de forma a melhorar o acesso à gravidez assistida por pessoal

treinado e a reduzir os elevados índices de mortalidade materna. Construimos a referida *Casa das mães*, no âmbito de um trabalho comunitário, para auxiliar cerca trezentas e cinquenta mulheres, e realizámos mais mil consultas a nível de intervenção comunitária, e desenvolvemos um conjunto de programas de rádio com emissão semanal.

Os Médicos do Mundo em Portugal têm também realizado intervenções na área do HIV/SIDA, com a intenção clara de procurar alterar os paradigmas vigentes no seu tratamento. Na nossa perspectiva, a chamada “sensibilização” não pode ser reduzida à transmissão de mensagens, dado que a intervenção deve ser desenhada como um processo de comunicação, educação e informação para a mudança de comportamentos, o que exige técnicas e abordagens específicas, que transcendem em muito a simples sensibilização. Esta não conduz necessariamente a que os infectados procurem assistência humanitária, dado que para tal é necessário um trabalho mais continuado, mais específico, mais orientado, que requer profissionais de comunicação, e não médicos e enfermeiros.

Neste sentido, procurámos, ao longo do ano de 2005, desenvolver processos de comunicação, sempre com o envolvimento dos grupos sociais, adaptando a mensagem ao contexto local com base em estudos realizados sobre os conhecimentos, atitudes e práticas dos infectados, e baseados em técnicas de avaliação rápida, de carácter quantitativo, associadas a outras, de natureza qualitativa como, por exemplo: a utilização do uso da linguagem e a atenção às sensibilidades locais e aos requisitos culturais; instrumentos e técnicas de comunicação variados como o teatro e o recurso a eventos culturais; contactos pessoais e domiciliários; actividades desportivas e participação com parceiros em iniciativas locais como os Dias Mundiais do SIDA. Do mesmo modo, o uso dos meios de difusão de massas não deve ser esquecido, mas devemos ter em consideração as suas limitações, em países onde estes meios não se encontram suficientemente desenvolvidos.

Em particular, há que chamar a atenção para as virtualidades da transmissão de informação por via radiofónica dado que, mesmo nas zonas mais remotas, há sempre um aparelho de rádio de uso colectivo. Desenvolvemos também actividades de aconselhamento apoiando o reforço da capacidade de actuação de organizações comunitárias de base e daquelas que envolvem pessoas infectadas pelo HIV/SIDA. Em Moçambique, por exemplo, promovemos uma experiência interessante que foi a criação de um gabinete de apoio psicossocial a pessoas infectadas pelo HIV/SIDA, ligado à unidade sanitária onde intervimos, na Namaacha. Promovemos também actividades de educação de grandes grupos, consubstanciada numa semana de reflexão sobre o SIDA, também na região da Namaacha, e uma campanha de educação para a saúde, com distribuição de panfletos, promoção de vários espectáculos de dança e música, e passagem de filmes seguidos de conferências,

não só na capital da Namaacha, como nas outras vilas em redor. Também em São Tomé e Príncipe temos desenvolvido actividades na área da educação e da comunicação relacionadas com o HIV/SIDA, igualmente com exibição de filmes, de exposição de pintura, acompanhadas por distribuição de preservativos, e realização de um programa de rádio.

Os efeitos destes programas são mensuráveis. Em Moçambique, o VRHS de 2002 (o relatório demográfico e de saúde) evidencia bem o elevado grau de conhecimento colectivo da doença. Mais de 80% da população conhece o SIDA, e conhece os meios de evitar o contágio, embora este conhecimento não tenha grande impacto na redução de comportamentos de risco como aliás se comprova com o visível aumento da prevalência da doença. Na preparação de uma das campanhas, os jovens locais solicitaram-nos que solicitássemos a futebolistas moçambicanos jogando em clubes portugueses que cedessem a sua imagem para a elaboração de cartazes de alerta. O jogador Mantorras aceitou o desafio e participou activamente na campanha que realizámos de educação para a utilização de um Gabinete de Aconselhamento e Teste Voluntário, que foi um instrumento básico na nossa estratégia de intervenção.

Finalmente, procuramos também fazer intervenção humanitária, menos emergência e mais de apoio ao desenvolvimento no nosso próprio país, mesmo que tal implique alguma redução da nossa capacidade de intervenção no exterior.

Trata-se sobretudo de acções junto de comunidades migrantes, em zonas da periferia da cidade de Lisboa, nomeadamente na Quinta da Serra, em Loures, onde realizamos uma actividade de prevenção e alerta contra a infecção pelo HIV/SIDA, em colaboração com o Ministério da Saúde. Aqui, estabelecemos uma unidade de aconselhamento e diagnóstico, que aproveitamos também para efectuar actividades culturais com jovens da comunidade local.

Em suma, as respostas humanitárias de emergência destinam-se a situações que, quer sejam naturais, quer sejam originadas pelo homem, requerem acção rápida e grande capacidade de mobilização recursos, e são vocacionadas para o curto prazo. Mas uma preparação adequada merece que seja considerado outro leque de respostas, nomeadamente em função de uma perspectiva de reabilitação e desenvolvimento, que nos desafia a planear a médio e longo prazo, e a procurar evitar a criação de hábitos de excessiva dependência face às ajudas exteriores, e que as intervenções humanitárias tenham efeitos negativos na economia local, com a criação de redes de abastecimento de bens e serviços que podem gerar corrupção. Na medida do possível, as intervenções devem promover o desenvolvimento da capacidade e flexibilidade local de resposta às necessidades das populações.