

EMERGÊNCIA E DESENVOLVIMENTO
– DUAS REALIDADES DISTINTAS.
CONSEQUÊNCIAS NO TERRENO:
“QUERER E FAZER” EM CABO DELGADO

Ana Glória Fonseca

Centro de Investigação em Saúde Comunitária (CISCOS)

Emergência e Desenvolvimento – duas realidades distintas. Consequências no terreno: “Querer e Fazer” em Cabo Delgado

Este pequeno texto baseia-se na minha experiência pessoal enquanto participante do projecto Querer e fazer, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, o qual acompanhei desde o seu início, enquanto aluna desta Faculdade. Vou abordar, muito especificamente, uma acção que o projecto desenvolveu em Cabo Delgado, a província mais setentrional de Moçambique, fazendo fronteira com a Tanzânia, e cuja capital é Pemba. A província de Cabo Delgado era, e continua a ser, uma das províncias mais pobres de Moçambique, onde a acessibilidade aos cuidados de saúde básicos é de muito difícil acesso, a rede sanitária muito diminuta, e onde problemas de todo o tipo se multiplicam e acumulam, com um efeito de dominó na saúde pública. Complementarmente, possui particularidades culturais muito próprias, sendo que a maior parte da sua população recorre habitualmente a curandeiros e à medicina tradicional para resolver os seus problemas de saúde.

Apesar de não existirem muitos dados concretos nem estudos aprofundados sobre quais os mais graves problemas de saúde pública em Moçambique, sabe-se que, em países com estas condições específicas, a filariase linfática é costumeiramente um dos mais importantes. Na altura em que o projecto se iniciou, não se sabia muito sobre esta situação naquele país: os estudos realizados sobre filariase linfática datavam das décadas de 1960-70, com alguma informação pouco consistente sobre a década de 1980, mas eram estudos muito circunscritos, não incidindo especificamente sobre a província de Cabo Delgado. Ainda assim, várias províncias de Moçambique, e entre elas Cabo Delgado, haviam sido, de forma algo empírica, identificadas pela Organização Mundial de Saúde como sendo uma área endémica.

A filarase linfática não é uma situação aguda mas sim uma infecção crónica, e é por esta razão que daí resultam complicações, com impactos mais claros do ponto de vista socio-cultural do que propriamente em termos de risco imediato para a vida da pessoa infectada: as consequências desta doença podem conduzir a estigmatização social, a incapacidade temporária ou permanente para o trabalho, e também pelas alterações morfológicas que provoca no corpo do indivíduo, já que causa desfiguração física crónica. Para que possamos ter uma ideia básica do problema, noto que esta doença produz imagens exuberantes, em consequência da obstrução linfática (a chamada elefantíase), o crescimento desmesurado de membros do corpo humano, com uma textura que lembra a pele dos elefantes – razão pela qual também se chama aos portadores desta doença “homens-elefante” e “mulheres-elefante”.

A infecção é causada por um parasita: o nematóide. Há nela a interferência de um vector, um mosquito específico que transfere o parasita para o homem; assim, no ciclo de vida da filaria há uma fase humana e uma fase do mosquito: o mosquito infecta o homem na picada, na sua habitual refeição, depois, já no homem, a filaria cresce e desenvolve-se, e cria um problema inflamatório crónico na rede linfática, problema esse que interfere com os processos de drenagem do corpo humano. Depois, num segundo momento, os mosquitos que picam indivíduos infectados absorvem as filarias e assim por diante, num ciclo vicioso.

Tendo isto em consideração, propusemo-nos conhecer era os números de filaria em Cabo Delgado, nunca esquecendo que o nosso procedimento teria de ser muito simples, dado que os recursos disponíveis não eram muito elevados. Propusemo-nos então começar por analisar os livros que continham os registos hospitalares: escolhemos os principais hospitais da província, a saber, o hospital provincial de Pemba e três hospitais distritais. Analisando os registos hospitalares existentes nestes hospitais, abrangendo um espaço de seis anos, verificámos quantos casos de hidrocele tinham sido identificados, tendo como critério que, numa região considerada endémica, todo o testículo com um tamanho igual ou superior a uma bola de ténis deve, até prova em contrário, ser considerado um hidrocele.

Todo este processo parece, em teoria, muito simples: ir a um arquivo, procurar os números e compilá-los. Não é, de facto, nada muito complexo. Contudo, deparámo-nos com muitas dificuldades no terreno: os arquivos eram pouco convencionais, diferentes daquilo a que nós, em Portugal, entendemos por arquivo; um deles, por exemplo, situava-se junto a um tanque de água, o que levava a que fossemos regularmente envolvidos por verdadeiras nuvens de mosquitos enquanto procurávamos e analisávamos os registos; por vezes, os arquivos encontravam-se em salas de blocos operatórios, abandonados e degradados. Estes contratemplos complicaram muito o processo de recolha de informação, dado que neste tipo de condições não é possível encontrar todos os registos referentes a cada ano, e a todos os locais. Ainda assim conseguimos apurar um total de 1437 casos de hidrocele ao longo dos seis anos em estudo, para os quatro hospitais, o que se verificou ser um número extremamente elevado.

A partir da recolha, análise e interpretação destes números, tornou então possível delinear um plano de acção. Todo o processo de procura e recolha de dados foi realizado por estudantes, com um mínimo de recursos. Foi, em si, um projecto muito simples: os dados existentes sobre a filariase linfática em Cabo Delgado eram, à altura, muito poucos, e este projecto foi apenas um contributo modesto para o melhor conhecimento dos problemas de natureza epidemiológica em Moçambique. Não é obviamente um trabalho suficiente e encerrado, nem

deve ser encarado como uma acção isolada: o trabalho foi desenvolvido na perspectiva de regressar no ano seguinte para avançar mais um pouco, de forma a, ao longo de vários anos, procurar manter os números sob controlo, e trabalhar a partir desses números para modificar o panorama epidemiológico da região.

O ponto essencial a reter desta experiência, creio, é o da importância de continuar o trabalho no tempo, de modo a termos uma noção do real impacto da doença, para efectuar uma vigilância epidemiológica e proceder, posteriormente, ao seu controlo de forma eficaz (convém não esquecer que o combate a esta doença em África é, para a OMS, uma prioridade global).

Por último, referiria dois aspectos que têm natural impacto sobre o sucesso deste tipo de projectos de apoio ao desenvolvimento: um, muito frequente, é a dificuldade de conseguir assegurar formas de financiamento que nos permitam dar continuidade ao projecto de monitorização da doença, ao longo dos anos; ou seja, essa prioridade talvez não seja tão global como a OMS gostaria, nomeadamente nas percepções e sensibilização, em Portugal. Outro aspecto é o facto de, até hoje, nunca se ter conseguido levar a Moçambique uma equipa de cirurgia para, pelo menos para atenuar os casos que estão mais estigmatizados socialmente, casos que são conhecidos, estão identificados, e que continuam a causar grande sofrimento às pessoas atingidas pela doença.