

Relato de Caso Angola, ares de transformação

Case Report

Angola, transformations are in the air

Camila Giugliani*

Resumo

Relato a experiência de trabalhar um ano na zona rural de Angola num projeto de saúde materno-infantil com a Organização Não-Governamental Médecins Du Monde. Descrevo, de forma pessoal, algumas intervenções do projeto, assim como alguns resultados alcançados. Por fim, exponho alguns questionamentos e contradições em relação a este projeto e, mais amplamente, em relação ao trabalho de assistência ao desenvolvimento de países da África subsaariana.

Abstract

In this article I tell about my experience of working one year in a rural area in Angola, in a mother-child health project with the Non-Governmental Organization Médecins du Monde. I describe, in a personal manner, some of the project's interventions as well as some of the results that were achieved. Finally, I address some questions and contradictions in relation to this project, in more general terms, the work in development assistance in Sub-Saharan Africa.

Palavras-chave: Angola; Altruísmo; Assistência; Cooperação Internacional; Formação de Recursos Humanos; Capacitação.

Key Words: *Angola; Altruism; Assistance; International Cooperation; Human Resources Formation; Training.*

*Médica de Família e Comunidade, aluna de doutorado do programa de pós-graduação em Epidemiologia, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

1. Introdução

Há tempos, eu andava pensando seriamente nessa história de missão humanitária. Mas, chegada a hora de partir de verdade, foi aquele “frio na barriga”, uma sensação forte de grande desafio. Sensação que permaneceu presente a cada dia deste ano em Angola, na província de Huambo, centro-sul do país. Conheci a Médecins Du Monde (MDM)¹ durante a minha estada de um ano em Paris, França, onde estava fazendo uma especialização em Saúde Pública. Originária de alguns dissidentes da Médecins Sans Frontières², a Organização Não-Governamental (ONG) de solidariedade internacional MDM foi fundada em 1980 e trabalha com missões de ajuda humanitária na França e em todo o mundo, desenvolvendo projetos sustentáveis junto a populações vulneráveis. Além disso, o dever de testemunhar e denunciar situações de violação de direitos humanos é um dos pilares da filosofia de trabalho da organização. O projeto que me foi proposto, em Angola, não foi uma exceção a essa filosofia central de trabalho. O objetivo era apoiar o desenvolvimento e a melhoria da assistência em saúde materno-infantil na zona norte da província de Huambo, no interior de Angola. Isso não significava fazer assistência (o que era a minha idéia quando eu, longinquamente, imaginava este “tipo de trabalho humanitário”), mas, sim, apoiar o desenvolvimento de algo que fosse viável no contexto real de Angola, junto às pessoas de lá, aos profissionais angolanos, capacitando-os continuamente para desenvolverem determinadas ações de forma sustentada. Grande desafio. Maior ainda porque eu nunca tivera experiência desse tipo no passado e sabia que eu seria a única médica da equipe e a coordenadora médica do projeto. Além disso, eu sabia que este cargo estava vazio na equipe havia um ano e meio, o que tornava a situação ainda mais difícil para mim, que teria que praticamente reinventar todo o trabalho, que eu não tinha nem idéia de como era. Depois, eu aprendi, na “vida real”, que experiência é muito importante, mas que o essencial mesmo é a motivação - e isso eu tinha! O contrato inicial de seis meses se prolongou para um ano. Seis meses era muito pouco para compreender aquela realidade tão distante e

diferente e para conseguir, junto com meus colegas, trabalhar de forma adaptada e conjunta, em sintonia com os angolanos.

2. Desenvolvimento

Angola tem aproximadamente 15 milhões de habitantes³. Após uma longa guerra civil, de quase 30 anos, que só terminou em 2002, esse país passa por um período de paz e reconstrução. Reconstrução lenta e difícil, com dificuldades políticas persistentes. As últimas, primeiras e únicas eleições aconteceram em 1992 e acabaram por intensificar os conflitos de luta armada. Atualmente, no ano de 2008, o país está concluindo o registro eleitoral da população, para que as próximas eleições possam se realizar, talvez, em 2009.

A guerra destruiu a infra-estrutura de Angola, suas estradas, ferrovias, escolas, os postos de saúde, hospitais, a eletricidade, os sistemas de água e esgoto (Figura 1). Milhões de pessoas morreram ou se refugiaram, famílias se separaram, crianças ficaram órfãs, milhões de minas terrestres foram colocadas no solo angolano, matando e incapacitando milhares de pessoas. A guerra ficou marcada na história, na cultura, na vida e no olhar de cada angolano. Ela acabou com o sonho de muitos, mas a paz trouxe novamente a esperança. E é este o momento de Angola: o momento do sonho, da paz, da efervescência. Será que o país que produz um milhão e meio de barris de petróleo por dia, fato que é desconhecido pela maioria dos angolanos, conseguirá vencer desafios como o de combater a segunda maior mortalidade de crianças menores de cinco anos do mundo⁴? O momento é de euforia, de crescimento, de reconstrução, mas as dificuldades são muitas; as marcas da dominação, do colonialismo, da guerra, da destruição, do autoritarismo e da submissão são muito fortes e difíceis de serem apagadas. As pessoas ainda vivem na lógica da sobrevivência; é difícil, com um passado tão recente de guerra e mortes, construir um projeto de vida, dar vazão aos sonhos. As marcas do passado são mesmo difíceis de apagar. Mas não se trata de apagar, trata-se de **transformar**, de construir uma identidade com cidadania, sem dominação nem guerra. A Angola de

hoje tem ares de transformação.

A transformação precisa acontecer. É inaceitável que, em um país tão rico, um quarto das crianças morra antes de completar cinco anos^{3,4}. A mortalidade materna também é uma das mais altas do mundo: 1.700 : 100.000. As principais causas de morte são doenças infecciosas que podem ser prevenidas, como malária, diarreia e pneumonia. A expectativa de vida ao nascer é de apenas 41 anos. A desnutrição também é um problema sério; estima-se que aproximadamente 30% das crianças estejam abaixo do peso esperado. A assistência à saúde é extremamente deficiente, principalmente na zona rural. As unidades de saúde estão em condições muito precárias (Figura 2), faltam medicamentos e profissionais de saúde. Toda a assistência nos postos de saúde e até em alguns hospitais da zona rural é feita por técnicos de enfermagem, pois há uma grande escassez de médicos, e a grande maioria destes se concentra na capital, Luanda, onde existem mais atrativos, melhores possibilidades financeiras e um atraente sistema de saúde privado. A alta taxa de natalidade (aproximadamente sete filhos por mulher)^{3,4} e o grande número de partos sem assistência de um profissional qualificado, somados ao acesso ainda restrito à assistência pré-natal, são alguns dos fatores que contribuem para a excessiva mortalidade materna. Em muitos lugares da zona rural, a maioria dos partos ainda é feita no domicílio, pelas parteiras tradicionais, pois a unidade de saúde fica muito distante e não há transporte disponível. Nestes lugares, se há necessidade de um parto cesáreo, as muitas horas de espera por transporte e o próprio trajeto até um hospital na capital da província resultam em muitas mortes de mães e bebês.

Neste contexto tão difícil, trabalhar com um projeto de desenvolvimento foi um desafio constante, com muitas frustrações e pequenos ganhos a cada dia. Trabalhávamos com várias limitações de estrutura e de segurança. Os deslocamentos de carro eram restritos às estradas que já haviam sido desminadas, a comunicação era por rádio, eletricidade, às vezes, havia, e banho era de balde. No planalto de Bié, onde está localizada a província de Huambo, as estradas cortam uma linda savana, com mui-

tos rios, pedras e colinas, paisagem que lembra o cerrado brasileiro. A 1.700 metros de altitude, o clima é muito agradável; uma estação seca, de maio a setembro, e uma estação chuvosa, de outubro a abril. Fala-se português oficialmente, mas há 20 línguas nacionais em Angola, e nas zonas mais isoladas, o português ainda é muito pouco falado. Na região de Huambo, fala-se umbundo.

A equipe estrangeira de MDM era constituída por mim, duas enfermeiras, uma parteira, um administrador, um logístico e um coordenador geral. A maior parte da equipe era formada por angolanos, contratados no local, técnicos de enfermagem, pessoal administrativo e de apoio. Todos falavam umbundo, o que facilitava o trabalho com as populações das zonas mais isoladas. Trabalhar com os angolanos foi um grande prazer, pela sua simpatia e alegria, mas também uma grande dificuldade, pela sua passividade, desmotivação e comportamento submisso. A sociedade funciona de maneira altamente hierarquizada e centralizada, tudo depende do chefe, e quem não é chefe não ousa falar o que pensa. Logo percebi que paciência e persistência seriam essenciais para conseguir desenvolver um trabalho neste contexto. Trabalhar e conviver com os angolanos, sempre com o objetivo de estimular a sua autonomia e o seu senso de responsabilidade, foi um grande aprendizado. Aprender a ter paciência para observar e aprender como as coisas são feitas no seu ritmo, respeitando as diferenças e mantendo a motivação viva, apesar das dificuldades, que, às vezes, pareciam insuperáveis, foi uma grande lição para a vida.

Todas as atividades idealizadas e realizadas pela nossa equipe eram construídas em conjunto com o pessoal local, em geral, o pessoal ligado ao Ministério da Saúde (MINSa), nos níveis provincial e municipal. O objetivo era trabalhar com eles, para que se apropriassem do trabalho, aumentando a probabilidade de uma ação sustentável. Construir as atividades junto com o pessoal local, estimulando a sua participação ao máximo, nem sempre foi fácil. Ajudar a combater a corrupção e o clientelismo e melhorar a qualidade da administração eram sempre objetivos desafiadores. Neste aspecto, foi muito importante o traba-

lho de advocacia de MDM, para o qual dediquei uma parte significativa do meu tempo. Testemunhar, por meio de depoimentos e documentos oficiais (fosse por relatórios mensais da organização, de documentos específicos, artigos em jornais locais, depoimentos na rádio local ou reuniões com as autoridades responsáveis), certas situações, como falta de condições básicas para assistência, falta de medicamentos essenciais e falta de qualificação e de pessoal, e buscar das autoridades angolanas mais responsabilidade e comprometimento representaram um trabalho constante e árduo durante todo o ano que fiquei em Angola, já que o costume era sempre o de esperar que as organizações internacionais fizessem, mais do que as autoridades de saúde, este “trabalho com as populações carentes”.

O trabalho de campo acontecia nas localidades de Bailundo e Mungo (população aproximada de 360 mil habitantes), no norte da província de Huambo. Em toda esta região, havia apenas um médico trabalhando, no hospital municipal de Bailundo, mas que passava a maior parte do tempo na capital provincial, Huambo, fazendo trabalhos administrativos. As ações propostas pelo nosso projeto eram principalmente voltadas para a supervisão e a formação dos profissionais de saúde locais que trabalhavam nos postos de saúde da região ou no hospital municipal de Bailundo, principalmente técnicos de enfermagem (básicos – com dois anos de curso técnico –, e médios – com quatro anos de curso técnico). As supervisões eram feitas pela equipe de MDM juntamente com supervisores locais angolanos ligados ao MINSA. As atividades de formação eram organizadas também em conjunto com o pessoal do MINSA e, sempre que possível, facilitadas por eles. Além do trabalho de supervisão contínua das atividades dos técnicos de enfermagem, organizávamos seminários e cursos pontuais abordando assuntos identificados como prioritários por MDM, pelos profissionais ligados ao MINSA e pela população. Foram trabalhados temas como a sensibilização ao problema da desnutrição, cuidados pré-natais, assistência ao parto e pós-parto, DST/Aids e planejamento familiar. Procurávamos sempre incluir a participação de líderes comunitários nas ações propostas, como líderes religiosos, chefes de aldeias

(sobas), parteiras tradicionais, mas isso nem sempre era possível, em virtude da quase inexistente organização da comunidade para ações participativas e do desconhecimento generalizado das pessoas quanto aos seus direitos de cidadãos.

Outra frente de trabalho importante de MDM era com as parteiras tradicionais. Elas eram aproximadamente 450 em Mungo e Bailundo e faziam a maioria dos partos, pois as aldeias ficavam muito distantes dos postos de saúde, às vezes mais de 30 km. Porém, trabalhavam sem nenhum apoio material, nem gratificação oficial, apesar de serem reconhecidas oficialmente pelo MINSA. Assim, quando possível, recebiam comida ou outra gratificação que estivesse disponível, das famílias das parturientes, comida ou outra gratificação que estivesse disponível. Frente a essa situação, MDM organizou um trabalho de apoio às parteiras tradicionais, realizando, em conjunto com trabalhadores do MINSA, supervisoras locais das parteiras e líderes comunitários, encontros mensais de reforço de conhecimentos e de reposição de material para realização de parto limpo (luvas, sabão, solução anti-séptica, lâminas, descartáveis etc) com as parteiras de cada localidade. Eram reforçados conhecimentos como: práticas de higiene, alimentação da gestante, detecção de situações de risco na gestação e encaminhamento para unidade de saúde, importância do pré-natal no posto de saúde para recebimento das práticas preventivas, amamentação exclusiva, importância do registro dos partos, dentre outros. Foi um trabalho muito gratificante, pois as parteiras tradicionais sempre se mostraram muito interessadas, participativas e comprometidas com as suas comunidades. Depois de um ano de trabalho, viu-se um aumento no registro de consultas pré-natais nos postos de saúde, o que pode ser devido à maior sensibilização das parteiras tradicionais, assim como ao aumento do registro das consultas. Resultados positivos puderam ser alcançados, e, o que é mais importante, com a implicação permanente dos trabalhadores do MINSA. Porém, resta a dúvida do quão sustentável será este trabalho após a saída de MDM.

Em relação às ações direcionadas ao combate à desnutrição, MDM mantinha um trabalho de assistência às

crianças e gestantes com desnutrição moderada (sem necessidade de internação). Os centros nutricionais suplementares funcionavam identificando crianças e gestantes com desnutrição, distribuindo alimento especial, provendo assistência básica (antiparasitários, antimaláricos, antibióticos e tratamento para escabiose, por exemplo) e promovendo educação para a prevenção da desnutrição. Uma equipe de oito agentes de nutrição, contratados por MDM, cada um com uma bicicleta, fazia um trabalho de identificação de crianças desnutridas em aldeias distantes e isoladas, referindo-as para o centro nutricional. As crianças ou gestantes que ingressassem no centro ficariam em tratamento durante três meses (ou menos, em caso de aumento persistente de peso e melhora clínica), com retornos a cada duas semanas para recebimento de alimento e assistência. O problema deste tipo de trabalho em um contexto de reconstrução e desenvolvimento é justamente o seu caráter assistencial. Os centros nutricionais de MDM funcionaram durante três anos. Casos agudos foram efetivamente tratados, mas pouco se conseguiu evoluir na prevenção do problema, pois as causas básicas não foram diretamente abordadas. Sabendo-se que a desnutrição é um problema de causa multifatorial, é absolutamente necessário que a sua abordagem seja abrangente, atingindo as suas diferentes vertentes causais: alimentação insuficiente e inadequada (pouco variada), agricultura precária, condições de moradia insalubres, falta de saneamento básico, consumo de água não tratada, mães com muitos filhos, práticas de cuidado inadequadas das mães com as crianças, doenças infecciosas de fácil transmissão (parasitoses, diarreias, malária etc.) e recorrentes, introdução precoce de líquidos e alimentos aos bebês e pouco aleitamento materno exclusivo, assistência à saúde precária em estrutura e em qualificação de profissionais, baixa escolarização. Enfim, um universo de fatores que requer intervenções de caráter intersetorial, com comprometimento da população, da sociedade civil organizada, das organizações e, principalmente, do governo.

Além do trabalho com centros nutricionais suplementares, MDM trabalhava com a equipe de técnicos de enfermagem do centro nutricional terapêutico de Bailundo,

onde eram internadas as crianças com quadros graves de desnutrição (marasmo e kwashiorkor). Este trabalho foi feito por meio da supervisão contínua dos técnicos em seu local de trabalho, revisão de casos clínicos e formação de um grupo de estudos para revisar o protocolo da Organização Mundial da Saúde, adotado pelo MINSA, para o tratamento da desnutrição grave⁵. Assim, ao longo de um ano, viu-se um progresso importante nas práticas de rotina do pessoal do centro, nas suas condutas, no seu relacionamento com as crianças e seus familiares (afeto e dedicação) e, principalmente, na sua motivação e comprometimento com o trabalho. Para isso, foi fundamental a ênfase que foi dada no trabalho de resgate da auto-estima e de valorização dos profissionais. Conforme os registros do centro nutricional terapêutico, observou-se uma diminuição da mortalidade de crianças internadas ao longo deste ano de trabalho. Mais uma vez, resultados positivos foram alcançados. Mais uma gota no oceano! De novo, resta saber o quanto isso contribui para uma mudança real e sustentável.

Além do trabalho previsto pela nossa equipe, mais uma força-tarefa surgiu devido a uma violenta epidemia de cólera que atingiu quase todo o país no período de fevereiro a julho de 2006 (Figura 3). Neste período, foram registrados mais de 20 mil casos em toda Angola e mais de duas mil mortes. A província de Huambo não foi atingida pela epidemia, apenas alguns casos isolados vindos de outras províncias foram registrados. Uma das províncias mais atingidas foi a de Benguela, na costa sul do país, onde MDM também estava presente com outro projeto (trabalho sócioeducativo com crianças de rua), na cidade de Lobito. Frente à situação caótica de Lobito (calor, sujeira, falta de saneamento básico, população sem acesso a água tratada etc.), diante do surgimento de numerosos casos de cólera e da falta de preparo em estrutura e pessoal para controlar a epidemia, MDM apoiou as autoridades de saúde locais com a vinda de uma equipe (uma médica, uma enfermeira e um logístico) específica, que trabalhou durante três meses na gestão da epidemia. Algumas das ações deste projeto de urgência para controle da cólera foram: instalação de um centro de tratamento de cólera, supervisão técnica do

pessoal de saúde (técnicos de enfermagem) no centro de tratamento, apoio logístico para melhorar a situação de higiene e acesso a água tratada nos centros de tratamento e nas comunidades, seminários de capacitação sobre manejo e prevenção da cólera para os profissionais de saúde, atividades educativas nas comunidades (teatro de rua) e supervisão nos postos de saúde dos bairros periféricos. Todas essas atividades eram realizadas em parceria com a Secretaria de Saúde local. Após três meses, a epidemia estava controlada. Foram registrados mais de oito mil casos e 500 mortes na província de Benguela. Porém, a base do problema continua presente. A situação de pobreza, falta de saneamento básico, lixo, tudo isso permanece e precisa ser abordado para que uma nova epidemia não surja muito em breve. Fora do período de epidemia, alguns casos isolados continuam aparecendo. Assim, diante da precariedade de condições sócio-sanitárias, poder-se-ia esperar que um novo surto aparecesse a qualquer momento, especialmente quando comesçassem as chuvas. Novamente, como foi colocado em relação à desnutrição, voltamos às causas básicas dos problemas de saúde e aos seus determinantes sociais, aos direitos mais fundamentais que as pessoas devem ter satisfeitos, que devem ser abordados e solucionados de maneira sustentável, para que o problema (a doença) possa ser devidamente tratado e, principalmente, prevenido.

3. Conclusão

Assim, ficam algumas perguntas: será que o projeto de MDM conseguiu fazer uma contribuição positiva para a melhoria da saúde dos angolanos? E qual a melhor maneira de intervir e de contribuir para o desenvolvimento de países pobres, recentemente saídos de destrutivos períodos de guerra após terem vivido longos anos de dominação, como é o caso de Angola e da maioria dos países da África subsaariana? Eles precisam realmente de ajuda externa, alguns deles, como Angola, tendo tantas riquezas? Parece que sim, mas que esta contribuição deve ter o objetivo de estimular e promover a autonomia destes países, tanto de seus governantes, como de sua população.

Para isso, os programas devem integrar a participação local nos seus processos de planejamento e execução. É preciso ter muito cuidado com a perversidade do efeito de causar uma relação de dependência entre aqueles que provêm a ajuda externa e aqueles que a recebem, e este aspecto deve sempre ser considerado na idealização dos programas. A contribuição externa, vinda de países desenvolvidos ou de outros países em desenvolvimento, também pode ser positiva no combate à corrupção e na denúncia de situações de violação de direitos humanos que ocorrem nestes países, cujos governos freqüentemente limitam a participação popular. Qual a melhor forma de intervir para que haja mudança, transformação? É difícil que exista uma resposta, devem existir várias, depende do contexto. O que parece claro é que, desde o início, as pessoas têm de possuir autonomia para se apropriar do problema e poder participar ativamente. É o ponto de partida para que cada pessoa seja agente da transformação.

Em Angola, a transformação está vindo lentamente. Os ventos da mudança ainda não sopram tão fortemente, mas se pode sentir uma brisa amenizando o calor sufocante de Luanda. Sente-se que há movimento rumo a um caminho melhor. Recentemente, a província de Luanda, juntamente com UNICEF, lançou o projeto de implantação do programa de agentes comunitários de saúde, inicialmente apenas nesta província, mas com uma perspectiva de expansão para todo país. Há esperança de que a população tenha acesso a melhores cuidados de saúde e que as pessoas sejam ativas nas práticas preventivas em suas comunidades. Há indícios de que Angola esteja no caminho de fortalecer e priorizar a atenção primária à saúde. Isto é uma ótima notícia. Há motivos, sim, para ter esperança em uma Angola melhor, em um mundo melhor! Pelo menos, foi assim que eu “li”, e guardo comigo, o sorriso de cada criança que cruzou o meu caminho ao longo deste ano transformador.

4. Referências

1. www.medicinsdumonde.org. Acesso em 17/01/2008.
2. www.msf.org. Acesso em 17/01/2008.

3. <http://www.who.int/countries/ago/en/>. Acesso em 17/01/2008.
4. UNICEF. http://www.unicef.org/infobycountry/angola_statistics.html. Acesso em 17/01/2008.
5. Organização Mundial da Saúde. Manejo da desnutrição grave: um manual para profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros) e suas equipes auxiliares. Genebra, 2000.

Endereço para correspondência:

Camila Giugliani
Rua Amélia Telles, 629/401
Porto Alegre – RS
CEP.: 90460-070

Endereço eletrônico:

giugli@hotmail.com



Foto: Camila Giugliani, agosto de 2006
Prédio administrativo com marcas de tiros na cidade de Huambo.



Foto: Camila Giugliani, novembro de 2006
Posto de saúde na Comuna de Bimbe, Município de Bailundo, zona rural da província de Huambo.



Foto: Camila Giugliani, abril de 2006
Criança com cólera e desidratação grave sendo tratada durante a epidemia de cólera no Hospital de Benguela, província de Benguela.