

**ACÇÃO HUMANITÁRIA: NOTAS TEÓRICAS
E RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA
PESSOAL**

João Luís Baptista

Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa

Acção Humanitária: Notas Teóricas e Relato de uma Experiência Pessoal

Nota Histórica

Permitam-me começar por proceder a uma breve introdução à história da acção humanitária e da sua evolução ao longo dos tempos, acção esta fundada em raízes judaico-cristãs. Trata-se de uma forma de intervenção que deriva de uma noção de caridade claramente paternalista, e se radica na Alta Idade Média, altura em que se começaram a formar os primeiros esboços do humanitarismo. É nesta altura que surgem os primeiros sinais de uma certa prática da medicina epidemiológica, que veio a inspirar os conceitos actuais de direitos humanos e de protecção das minorias. Data dessa altura a criação, de forma relativamente organizada, dos hospícios, das leprosas, de sistemas de apoio às peregrinações e, na guerra, às cruzadas, sobretudo fomentadas pelas ordens monásticas – para disponibilizar socorro às vítimas da guerra e intervir em prol dos mais pobres e dos necessitados.

É no contexto desta evolução histórica que se desenvolve posteriormente o conceito de filantropia, uma ideia muito mais racional e que começa precisamente com o terramoto de 1755 em Lisboa. É a propósito desta catástrofe de grandes dimensões que Voltaire, um dos mais destacados e controversos filósofos humanistas franceses, fala pela primeira vez, no livro *Candide, Poème sur le désastre de Lisbonne*, de 1756, na ideia de recusa da fatalidade da catástrofe, e da necessidade de reagirmos a ela de forma racional. Outra referência importante são as concepções de Dominic Larrey, cirurgião-chefe dos exércitos de Napoleão, que fala naquilo que ele denomina de “ambulâncias volantes”. Face à necessidade de cuidar dos feridos do campo de batalha, a opção era até aí a de cuidar dos feridos próprios, abandonando os inimigos à sua sorte. Dominic Larrey é o primeiro a sistematizar um sistema de apoio médico igualitário a todos os combatentes feridos, sem distinção do campo de onde provêm. Mais tarde surge, com a fundação dos Estados Unidos da América e com a noção de progressão social e igualdade que lhe está associada, o primeiro socorro organizado em situações de catástrofe. O terramoto de 1812 na Venezuela leva o governo norte-americano a intervir, pela primeira vez, de uma forma organizada, na oferta de socorro às vítimas. Mais tarde, intervém na Grécia, durante as guerras de libertação face ao Império Otomano, com um sistema de ajuda humanitária nitidamente organizada, em moldes muito semelhantes aos que conhecemos hoje.

A acção humanitária foi durante o período colonial, senão parceira, pelo

menos conivente com as ideologias colonialistas. Ficou célebre a frase do médico francês Jean Jameau que, ao descrever a sua missão contra a doença do sono na chamada África Ocidental Francesa (AOF), afirmou: “Eu vou acordar a África”. Um implícito desta postura era o de que a ajuda humanitária comportava a intenção de levar o progresso aos povos autóctones submetidos, e que o socorro da alma deveria seguir o socorro do corpo. De certa forma, na acção humanitária actual remanescem ainda restos desta formatação ideológica. A ajuda médica e a educação eram ferramentas importantes ao serviço das administrações.

Outro passo importante na história da acção humanitária dá-se com o aparecimento da Cruz Vermelha Internacional. O seu fundador, Henry Dunant, que em 1859 assiste ao horror da batalha de Solferino, no Norte de Itália, promove a criação, de uma organização¹ humanitária independente, neutra e não confessional, vocacionada para socorrer as vítimas da guerra, sejam militares ou civis, sem consideração pela sua nacionalidade. O Comité da Cruz Vermelha Internacional nasce durante a Iª Convenção de Genebra, e expande-se seguidamente, criando em vários países organizações nacionais.

As guerras mundiais trazem uma novidade: o aproveitamento estatal da acção humanitária. Quando, em 1917, os Estados Unidos se mobilizam para apoiar os aliados europeus, desenvolvem um sistema de ajuda alimentar e médico que acabou por contribuir para o fortalecimento da sua indústria alimentar e farmacêutica. Em 1921, na nascente União Soviética, o partido bolchevique estabelece meios de manipulação directa da ajuda humanitária, condicionando a distribuição de cereais à inscrição das populações no partido. Também a Cruz Vermelha se vê confrontada, nos anos que se seguem à II Guerra Mundial, com uma polémica que pôs em causa a percepção pública da sua neutralidade: o facto de não ter denunciado publicamente os horrores dos campos de concentração nazis devido ao seu estatuto de neutralidade levantou muitas suspeitas e reacções negativas.

Estes são alguns exemplos do potencial de manipulação a que a acção humanitária pode estar sujeita. De manipulação, mas também de corrupção. Atente-se ao caso relativamente recente das declarações da comissária europeia Ema Bonino, ao procurar justificar porque razão, de cada cem euros enviados para ajuda humanitária na Bósnia, somente vinte ou trinta chegavam às mãos de quem realmente deles necessitava: “Mesmo sabendo que são apenas vinte euros, você teria a coragem de não os enviar?”

Outro acontecimento que alterou o panorama da acção humanitária foi a guerra do Biafra, na qual Portugal se viu envolvido, já que era de São Tomé que se estabelecia uma das principais pontes aéreas para a região independentista

¹ Inicialmente uma Sociedade, e posteriormente, em 1875, um Comité Internacional.

do Biafra, no sudeste da Nigéria. Nessa altura, Bernard Kouchner e Xavier Emmanuelli, dois médicos que trabalhavam para a Cruz Vermelha nos campos de refugiados do Biafra, decidiram romper o seu contrato que precisava que tudo o que eles testemunhassem nos campos não poderia transparecer cá para a comunicação social. Foi precisamente isso que eles não fizeram, tendo decidido divulgar as imagens fotográficas que tinham captado, reportando o horror e o sofrimento das crianças nos campos de refugiados biafrenses. A divulgação das imagens, não autorizada pela Cruz Vermelha, originou um processo-crime e Bernard Kouchner, que veio a fundar os Médicos Sem Fronteiras (MSF), e posteriormente os Médicos do Mundo, tendo ainda sido Ministro da Saúde de França, chegou a estar preso na altura. Os MSF, nascidos em 1970, são uma organização que tem hoje delegações em praticamente todo o mundo e cujo princípio é, desde o início, intervir onde mais ninguém ouse chegar, mesmo que para tal se revele necessário transgredir o direito internacional e o princípio de ingerência nos assuntos públicos internos de um país. Também esta organização se viu por vezes implicada em jogos de manipulação política no continente africano que levantaram suspeitas sobre uma associação demasiado estreita entre as suas acções humanitárias (no Chade, em particular) e os interesses do governo francês – o que suscitou aliás uma saudável autocrítica por parte dos seus responsáveis.

É neste contexto, nos anos setenta, mas sobretudo nos anos oitenta do século XX, que começa a surgir uma multiplicidade de organizações humanitárias não-governamentais e sem fins lucrativos, independentes da acção dos estados, que começam a enviar pessoal em missão exterior, seja de emergência, seja de apoio ao desenvolvimento. Estas organizações contrastam com as que frutificaram no período da guerra fria, com características marcadamente ideológicas: seja as que se definiam como terceiro-mundistas ou anti-imperialistas, e, em particular nos Estados Unidos, as anti-comunistas. Uma das mais importantes é o *Peace Corps* que, sendo uma organização não-governamental (ONG) dedicada à acção humanitária e de ajuda, é financiada pelo estado federal e vocacionada para concretizar políticas governamentais americanas. O seu objecto foi durante muito tempo combater a pobreza, na suposição de que esta era um campo fértil para o avanço do comunismo em países do Terceiro Mundo.

Actualmente, confrontamo-nos com dois tipos principais de organização humanitária: a instituída e financiada pelos estados ou por grandes organizações supra-estatais (como a União Europeia), ou as grandes ONGs como a OXFAM ou a *Save the Children*. No caso português, as ONGs que se dedicam à ajuda humanitária são, quase sem excepção, financiadas e apoiadas em regime de continuidade pelo estado português. Há uma certa ambiguidade no estatuto

destas entidades, já que se afirmam não-governamentais e independentes, mas só conseguem existir graças à dependência financeira do estado. Esta situação conduz a teias e relações complexas que seria interessante analisar do ponto de vista sociológico, mas que não deixam de suscitar algumas reservas. Em paralelo, multiplicaram-se também as missões de paz das Nações Unidas, que têm grande relevância na acção humanitária internacional: nos primeiros quarenta e um anos de existência da ONU, esta organizou catorze missões de paz; depois, em apenas seis anos, de 1989 a 1994, foram realizadas dezasseis missões; actualmente, as missões tendem a multiplicar-se a um ritmo crescente.

Na década de oitenta do século XX, multiplicaram-se portanto as ONGs. Mas também se diversificaram: hoje, há ONGs de medicina, de farmácia, de veterinária, de bombeiros voluntários, de engenharia, de educação, etc.. Esta diversificação trouxe uma progressiva especialização nas próprias carreiras, que resultaram nomeadamente numa progressiva distinção entre aqueles que se dedicam à emergência e os que se consagram ao apoio ao desenvolvimento. Evidentemente, que esta especialização resulta da constatação da insuficiência do trabalho da emergência: o pessoal que se deslocava para prestar assistência de emergência durante as cheias em Moçambique, por hipótese, constatava que a emergência não podia resolver vários problemas locais e essa constatação levou ao aumento da assistência ao desenvolvimento, o que levou à criação de estruturas pós-emergência capazes de assegurar a consolidação do trabalho sanitário realizado, mesmo para além do apoio à reabilitação, com a instauração de projectos de desenvolvimento mais sistemáticos. A função de um projecto de emergência é essencialmente salvar vidas, através da chamada medicina curativa de emergência ou da instalação de logística como os campos de refugiados, seja para tratar surtos epidémicos ou situações de grande penúria alimentar. Já a função de um projecto de reabilitação e desenvolvimento tem como objectivo a melhoria progressiva das condições de vida das pessoas e das comunidades, a diversos níveis.

Quando se calcula a logística implicada na organização de um campo de refugiados como o que foi instalado em Timor-Leste durante os conflitos internos pós-independência, contabiliza-se um mínimo de 120.000 pessoas por um período de 4 meses. Há que considerar alguns pontos fundamentais para fazer funcionar uma tal instalação: garantia de disponibilização de água, de alimentação, de dormitórios e lavabos, e prestação de cuidados médicos. Estes são dados essenciais para calcular custos e recursos para a emergência. Conta-se dez litros de água diários por pessoa, 2.100 calorias de ingredientes alimentares diários por pessoa; idealmente, trinta metros quadrados de espaço de abrigo por pessoa; e verbas e equipamento para construção de latrinas, duches, lavandaria

e o apoio médico. Este tipo de cálculos, com as necessárias variações e evoluções, encontra-se já estabelecido há muitos anos.

Já a forma de conceber e planear projectos de desenvolvimento sofreu grande modificação nos últimos trinta anos. Até ao final da década de setenta, os projectos eram realizados sem qualquer preocupação de controlo orçamental ou de avaliação dos resultados: eram, diríamos hoje, verdadeiros cheques em branco. Na Guiné-Bissau, por exemplo, duas ONGs construíram imediatamente após a independência do país uma fábrica de descasca de amendoim cuja produção, caso a fábrica tivesse realmente chegado a iniciar a produção, consumiria todo o amendoim de que o país dispunha numa única semana. Esta fábrica foi, como muitos projectos da altura, um elefante branco, assente num modelo de desenvolvimento totalmente desadequado em relação às capacidades da Guiné-Bissau.

A constatação de que este paradigma de apoio ao desenvolvimento não resultava, porque não trazia verdadeira melhoria das condições de vida das populações, levou muitas ONGs a apostar num modelo inverso, durante os anos oitenta: começaram a vingar os projectos microcósmicos, em que o objectivo era de trabalhar ao nível da aldeia y , ou do centro de saúde x , ou do posto de saúde z . Investia-se numa comunidade de agricultores, em exclusivo, sem preocupações mais alargadas.

Nos anos noventa, o paradigma de construção de projectos de desenvolvimento voltou a alterar-se. A estratégia começou a passar, cada vez mais, pela adopção de programas envolvendo parceiros locais, nos chamados projectos integrados. Começaram então a surgir projectos integrados em várias áreas: na política de saúde, na política local mais genérica, e na sustentabilidade e auto-suficiência. É nesta fase que nos encontramos actualmente: os projectos de desenvolvimento devem, necessariamente, incorporar o objectivo, pelo menos teórico, de criação de sustentabilidade (ou, como se notabilizaram na gíria internacional, de *capacity building*).

Em Portugal, o aumento exponencial do número de ONG dá-se, claramente, nos anos posteriores à revolução de 25 de Abril de 1974. Anteriormente, não havia tradição de recorrer às ONGs para desenvolver trabalho humanitário, sendo que este era sobretudo confiado a organizações confessionais. Hoje em dia, as cinco áreas principais de actuação das principais ONGs incorporadas na Plataforma Portuguesa de ONGs são: a defesa da democracia e dos direitos do homem, as relações internacionais, a saúde e educação, a economia e combate à pobreza, e a ajuda de emergência. A área geográfica de actuação da ajuda humanitária no exterior reparte-se do seguinte modo: 50% desenvolvem projectos em África, 25% na América Latina; e o restante na Ásia – essencialmente em Timor-Leste,

embora o *tsunami* do Sudeste Asiático tenha levado à expansão da sua actuação noutros países da região. Certos números são algo paradoxais e revelam alguma falta de capacidade organizativa das ONGs portuguesas: em 2005, apenas 32% dos seus membros trabalhavam em missões no exterior e 68% trabalhavam em Portugal. Esta proporção contrasta com o que acontece na generalidade das ONG francesas, belgas, dinamarquesas e suecas, onde normalmente 30% a 40 % das pessoas a trabalham no próprio país e 60% trabalham em projectos no exterior. Uma explicação possível é que as ONGs portuguesas se encontram ainda numa fase de maturação e adaptação.

As actividades de cooperação estão naturalmente relacionadas com os locais onde o trabalho é realizado, mas também, e sobretudo, com as actividades em que as organizações se investem: saúde e educação, voluntariado, apoio à infância e às famílias, direitos do homem e mulher, desenvolvimento rural, desenvolvimento urbano, pequenas empresas, a ajuda de emergência, e cada vez mais, como evidenciam os dados de 2004, os chamados projectos de micro-crédito. Os projectos relacionados com o meio ambiente é uma área mais recente, que tem também crescido exponencialmente.

Algumas Experiências Pessoais

Tal como não podemos dissociar a acção médica dos próprios objectivos e ambições dos médicos, não devemos deixar de considerar os factores sócio-económicos envolventes, o meio onde as populações se inserem (o qual tem muitas vezes uma influência decisiva sobre os aspectos sanitários), as formas de abastecimento de água, os problemas de nutrição etc.. É a conjugação destes factores externos que determinam o tipo e o nível de saúde de uma população. Um programa de cooperação centrado no tratamento simples de doentes é redutor, na medida em que limita a cooperação a um grupo populacional específico (os doentes) e não tem qualquer impacto sobre a qualidade da saúde da comunidade, que continua afectada por condições propícias ao alastramento de doenças.

A associação excessiva, e quase exclusiva, entre acção humanitária e envio de médicos, enfermeiros e grandes quantidades de medicamentos para indivíduos afectados, sem avaliação e intervenção dos factores envolventes, não é realmente ajuda humanitária. No entanto, este tipo de acção está enraizado na tradição da intervenção portuguesa. Numa época em que não havia medicamentos eficazes contra a malária, o governo colonial conseguiu controlar a malária na ilha de São Tomé. Hoje ela tem, como é sabido, uma grande prevalência: Portugal investe em cerca de 20.000 profissionais de saúde a trabalhar directa e indirectamente na tentativa de erradicação da malária em São Tomé, com resultados ridiculamente

limitados. Os clínicos portugueses, habituados a certo tipo de patologias (como as doenças degenerativas, as alterações cardiovasculares, as doenças de sobrecarga) e a modos específicos de as tratar no nosso país, têm frequentemente grande dificuldade de adaptação às patologias que encontram em países menos desenvolvidos, e têm pouca familiaridade com os modos de as tratar.

Há evidentemente melhor organização dos sistemas locais de saúde que há alguns anos atrás, e melhor disseminação do conhecimento. Mas as situações que os médicos em missão nestes países encontram continuam a ser muito diversas daquelas a que estão habituados em Portugal. Nesses países, prevalecem sobretudo três tipos de patologia: as doenças transmissíveis e parasitárias, as alterações relacionadas com o meio, e as alterações médicas. Estes tipos de patologias são muito distantes daquelas a que os médicos ocidentais estão habituados e para as quais são formados. Daí que haja uma tendência recorrente para transportar para o terreno as formas de tratamento a que recorrem nos seus países de origem. Ao transplantar esses modelos de acção, cometem o erro de sobrevalorizar, na acção humanitária, a componente médica, sem atender aos factores envolventes. Ao transportar os nossos modelos curativos, e as nossas experiências médicas para mundos onde, amiúde, os aspectos mais importantes da saúde pública são higiénicos. Aí, não tanto pela prescrição de medicamentos como através da melhoria dos níveis de higiene, ensinando a lavar as mãos e fazendo educação para a saúde, que esta melhora. Esta era a opção da velha escola de medicina tropical, com muito sucesso.

É nesta perspectiva que pretendo insistir, ao falar em acção humanitária. É no contexto de saúde e não da doença que vejo o trabalho humanitário como particularmente relevante. Para tratar doenças onde sabemos que 100% da população tem malária, não há necessidade de médicos e de enfermeiros; há, sim, necessidade de ensinar alguém a dar um comprimido ao doente, e recomendar descanso. Do mesmo modo, tal como há cem anos atrás, a resposta do sistema de saúde português à tuberculose foi a criação de sanatórios e a tentativa de melhoria da higiene básica das populações, na Guiné-Bissau, onde a doença se expandiu há alguns anos atrás, a minha proposta – na altura tomada como polémica – foi no sentido da criação de sanatórios e de melhoria da educação para a saúde.

Durante as cheias em Moçambique, em 2000, fui chamado a colaborar na central de tratamento de dados epidemiológicos, no Ministério da Saúde moçambicano. Quando cheguei a este país muito vulnerável a desastres ambientais – normalmente, ligado à falta ou ao excesso de pluviosidade –, não havia forma de prever e prevenir. Hoje em dia, graças ao trabalho da central de epidemiologia, já conseguimos calcular, com alguma precisão, quando é irá suceder a próxima seca ou a próxima cheia, pelo que já é possível fazer uma preparação em devido tempo

para operar em Moçambique, dado que conseguimos determinar que as grandes secas acontecem de sete em sete anos, e no intervalo, dois anos depois, ocorrem períodos de grande seca. Os aspectos económicos têm aqui, evidentemente, um papel preponderante: o problema da intervenção em Moçambique não é apenas assistir as populações durante as cheias, mas de, por um lado, prepará-las para o evento e, por outro, restabelecer as infra-estruturas destruídas. Neste período crítico, não é possível contar com as ONGs no terreno, porque entretanto as equipas já regressaram. Foi isso que aconteceu com as grandes cheias de 2000 e 2007: num primeiro momento, deslocaram-se para lá milhares de voluntários, para prestar um auxílio que nem sequer era necessário e eficaz, e depois, na altura em que foi preciso reabilitar e reconstruir, já não restava quase ninguém para prestar auxílio. Se somarmos às lacunas da resposta na reconstrução, as alterações do ambiente, os efeitos da desflorestação, os problemas da deslocação de populações que não podem regressar às suas aldeias, verificamos estarmos frente a terríveis problemas humanitários, em períodos em que o apoio exterior não aparece. A percepção que tive, na altura, era de que para os moçambicanos essa era a altura de receber auxílio, e de que já não havia quase ninguém disponível para os ouvir. Era manifesta a diferença de perspectivas entre as organizações de voluntários que se disponibilizavam para assistir no tratamento no momento das cheias e as populações que pediam sobretudo ajuda para a reabilitação e recuperação posterior das suas vidas quotidianas destruídas.

Há portanto duas formas distintas de intervir numa situação de catástrofe, num país em desenvolvimento: ou numa perspectiva redutora, limitada ao tratamento de doenças e recorrendo a metodologias desenvolvidas no Ocidente, ou procurando ter uma visão mais global e intervindo sobre os factores envolventes. A eficácia no tratamento de doenças está, por exemplo, dependente da qualidade da nutrição e da administração de doses suficientes de vitaminas e proteínas. No caso das cheias de 2004 em Moçambique, a dispersão do núcleo familiar, uma situação que tende sempre a ocorrer em todas as catástrofes, foi, nalguns locais, terrível. Morrendo uma mãe, a situação dos filhos torna-se dramática já que nas zonas rurais moçambicanas os homens não têm o hábito de tomar conta das crianças. Aconteceram ali diversos casos de famílias que os rios que corriam em cheia separaram durante meses, com consequências traumáticas evidentes e necessitando, mas não obtendo, apoio psicológico. Nestas circunstâncias, também os psicólogos que deveriam acompanhar a missão, necessitariam de preparação para intervir em contextos culturais específicos.

Em consequência das cheias, toda a zona central do país deixou de receber energia eléctrica, o que trouxe problemas graves às equipas, sobretudo em termos de transmissão de informações. Os problemas derivados do corte de energia são

muitas vezes prioritários para a própria administração de cuidados de saúde (por exemplo, para o funcionamento de hospitais). Uma missão bem organizada deve incorporar pelo menos um ou dois elementos com capacidades e conhecimentos para prestar auxílio técnico não médico, sem o que a missão corre o risco de ser totalmente ineficaz.

Outro aspecto que deve ser salientado reporta-se à nutrição e produção agrícola. No caso moçambicano, os campos ficaram destruídos e a produção cedo se revelou insuficiente, o que levou a grande vulnerabilidade das populações face à escassez de alimentos. É natural que cooperar na reactivação dos campos de cultivo não é acção de emergência mas de apoio ao desenvolvimento, e que em situação de catástrofe o objectivo prioritário é salvar vidas. Mas é imprescindível trabalhar por antecipação e preparar formas de resposta no período subsequente à catástrofe.

Um dos grandes problemas com que Moçambique se defrontou na altura foi o da destruição de infra-estruturas de saúde que, sendo já por norma paupérrimas, foram totalmente obliteradas em certas regiões: na zona central do país, nove centros de saúde e duas direcções distritais ficaram destruídas; na direcção distrital, onde estava guardada toda a documentação estatística e administrativa, a destruição foi total, o que veio a desestabilizar imediatamente todo o funcionamento do sistema. Foi por isso notável a ausência de ONGs, nomeadamente portuguesas, que pudessem prestar apoio nesta área. É verdade que posteriormente surgiram alguns projectos de reabilitação que foram muito bem recebidos pelos moçambicanos porque, mais que assistência médica exterior, é neste tipo de áreas que o apoio é imprescindível. Há, por isso, lugar a perguntar que tipo de ajuda ou que tipo de acção humanitária queremos oferecer.

Aos problemas da desestruturação do sistema de saúde e das infra-estruturas de transporte, energia e comunicação, há que somar os problemas ambientais. O êxito de uma equipa que intervém numa situação de catástrofe e que não se encontra dotada de outras componentes para além de médicos e enfermeiros, está desde logo comprometido. A equipa encontra-se amputada, por falta de profissionais de outras áreas. Tome-se o exemplo do *tsunami* que varreu o Sudeste Asiático: uma das opções foi deslocar equipas com especialistas de cirurgia. Mas o cálculo que quem está habituado a colaborar em missões de auxílio em catástrofe deve ser: no mundo islâmico, os hábitos higiénicos (as abluções) são arreigados; os que tiveram que morrer já morreram, pelo que o urgente é proceder ao enterro dos cadáveres, tratar o síndrome de stress pós-traumático e, uma vez que a região está completamente devastada, reconstruir infra-estruturas. Foi este o cálculo que eu próprio fiz ao conceber a equipa que se deslocou para o Sri Lanka, na altura. Infelizmente, a minha proposta foi apenas parcialmente aceite porque as autoridades sanitárias

portuguesas insistiam na incorporação de cirurgiões. O que aconteceu é que os cirurgiões foram enviados e ficaram um mês no local sem pacientes para operar.

Há, por isso, que analisar cuidadosamente os dados disponíveis sobre a situação onde vamos operar. A minha proposta era de incluir na equipa um engenheiro ambiental, que eu via como um dos elementos mais úteis da missão, já que se suspeitava de contaminação da camada freática que alimentava os poços de água de que a população se servia. Felizmente, a sugestão foi aceite, e pudemos fazer análises de águas e assim prevenir o surgimento de epidemias – de cólera, nomeadamente. Se não tomarmos em consideração factores como as culturas locais, os hábitos e os costumes das comunidades, estamos a condenar a missão ao fracasso.

Um dos principais problemas com que a acção humanitária de emergência se confronta é o da prestação de cuidados de saúde. Quando ocorre destruição dos centros de saúde locais, quando os enfermeiros e demais funcionários morreram ou fugiram para assegurar a sua própria sobrevivência, há que colmatar essa falha. São, no entanto, poucas as ONGs portuguesas com capacidade para conseguir agir nesta área e substituir, se necessário o sistema de saúde local. Não colmatar este tipo de falhas leva, de imediato, ao agravamento do quadro epidemiológico anterior à tragédia e rapidamente surgem epidemias cuja ocorrência e cuja natureza era previsível naquele local.

Durante a intervenção em Moçambique, procurou-se criar protocolos de coordenação de emergência com os intervenientes disponíveis no terreno, conseguir realizar reuniões semanais entre todos, mas a medida não teve o êxito necessário – a acção acabou por se resumir a elaborar o quadro da situação e estabelecer um mínimo de medidas necessárias de prevenção, corrigindo os manuais de procedimento, para uso dos técnicos de saúde externos e para a cadeia de saúde local, que foi a principal beneficiária.

Um hábito frequente dos voluntários que se motivam para as missões pela perspectiva da cura como trabalho prioritário, é querer ficar na capital do país, ou procurar garantir uma situação de conforto próprio. No caso do *tsunami*, por exemplo, confrontámo-nos com o chamado turismo humanitário: em Banda Aceh, tivemos de recusar ofertas de ajuda de funcionários de empresas que não tinham nem capacidades nem especializações úteis para o trabalho que tínhamos de realizar. É preocupante, neste contexto, nomeadamente para a credibilidade genérica da intervenção humanitária que tão poucas organizações tenham tido uma postura transparente, informando que os donativos enviados excediam as necessidades ou as capacidades das equipas. Foi manifesto o desbaratar de recursos, e foi daí que derivou a expressão de “turismo humanitário”, que as Nações Unidas empregaram na altura.

A preparação, a organização, a definição de objectivos, a criação de planos de actividade, a enunciação dos recursos disponíveis são dados fundamentais para o trabalho de uma ONG no terreno, se pretendemos não apenas curar, mas tratar também dos não doentes. Há que impedir eventuais e previsíveis surtos epidémicos, através de campanhas de vacinação – que, não podendo ser realizadas imediatamente após a ocorrência da cheia ou o *tsunami*, podem e devem ser executadas. Antes mesmo do início da intervenção, devemos saber que vamos, por exemplo, ter de tratar casos de febre tifóide, de diarreia e de doenças respiratórias. O conhecimento do historial epidemiológico da região é fundamental para prever as patologias com que nos vamos confrontar, já que a norma é, mais que o surgimento de novas doenças, o aumento de casos das já existentes. Se, por hipótese, havia já 50% de casos de malária em Moçambique, é certo que depois das cheias esses valores iriam subir para 70% ou 80%. Por princípio, numa região afectada por uma catástrofe, o risco de epidemia está geralmente limitado às doenças endémicas que a afectavam a população anteriormente.

Um dos principais factores que denunciam o surgimento de uma epidemias é, habitualmente, a deslocação das populações. Se uma comunidade que vive num determinado local, habituada, e por isso relativamente imune, à presença de um número e de um tipo específicos de mosquito transmissor de malária, é obrigada a deslocar-se para um novo local, com outro número e outro tipo de mosquitos, e com outro tipo de parasitas, o sistema imunitário dos indivíduos deslocados pode entrar em colapso. Desde que haja deslocamento de populações habituadas a um certo sedentarismo, e ocorre contacto com novos elementos patogénicos, eleva-se o risco de surto epidémico nesse local e nessa população. Também as mudanças na densidade populacional são um factor de risco importante no surgimento de epidemias, dado que em situação de emergência a população tende a concentrar-se excessivamente. Outro factor de risco epidémico grave é aquele que ocorreu em Moçambique, sobretudo nas áreas citadinas, onde há saneamento básico: o transbordar dos rios levou à contaminação das águas pelos esgotos urbanos, em particular na cidade de Maputo, com todos os riscos associados de surgimento de doenças provocadas por contacto fecal-oral.

Sobre o caso moçambicano, importa ainda referir algumas das dificuldades com que nos confrontámos no controle do efeito das cheias e da avaliação do trabalho realizado. Uma delas foi a falta de informação sobre o que cada organização estava a fazer, e onde estava a operar. Só no final do ano conseguimos estabelecer uma listagem e um mapa correcto das áreas cobertas e das actividades realizadas pelas várias ONGs, pelas organizações religiosas e pela cooperação oficial do Estado português.

Poucas entidades respeitaram as regras de trabalho exigíveis, poucas cumpriram o estabelecido no plano de trabalho – ou seja, o que se tinham disposto a fazer e nos locais a sua presença era de facto requerida. A maioria das organizações preferiu ficar na capital, em Maputo, e não onde a sua presença poderia ter relevância. Esta falta de rigor acaba por suscitar dúvidas sobre a credibilidade das organizações: são elaborados múltiplos relatórios de trabalho mas é frequente confrontarmo-nos com situações em que, inspecionando os locais onde uma dada organização alega estar a trabalhar, não vamos encontrar qualquer actividade. O problema da avaliação de resultados durante uma situação de emergência é complexo e muito sensível. Se a ONG afirma ter dispendido um milhão de euros numa intervenção de emergência é difícil fazer qualquer verificação, e pode até ser contraproducente. Pelo contrário, é actualmente relativamente fácil proceder à avaliação de resultados nas acções de reabilitação e desenvolvimento, porque há disponibilidade para tal. Na emergência, a verificação possível é a análise dos relatórios produzidos e o seu confronto posterior com os testemunhos dos locais. No caso das cheias de 2000 em Moçambique, deparei-me eu próprio com várias declarações de moçambicanos rejeitando as afirmações de alguns relatórios. Exige-se, assim, uma postura de transparência, e disponibilidade para encontrar mecanismos de verificação, de forma a credibilizar as intervenções e garantir melhor trabalho futuro.

Alguns Mitos e Falácias da Acção Humanitária

Para melhor contextualizar o trabalho humanitário, numa perspectiva crítica, abordo aqui alguns mitos que tendem a persistir sobre as situações de emergência, em particular em catástrofes – isto é, pressuposições e expectativas que são contraditas pela realidade prática no terreno. Em primeiro lugar, há que referir o mito da utilidade da intervenção maciça. Tanto os governos com as opiniões públicas ocidentais reagem a catástrofes com alguma histeria, considerando que, face a uma emergência, é necessária ajuda intervencional indiscriminada e imediata. Pelo contrário, a minha experiência diz-me que a resposta precipitada é muitas vezes contraproducente e contribui por vezes para aumentar o caos da situação. É importante aguardar por informações fiáveis para depois avaliar onde e como é possível actuar.

O segundo mito é o de que importa fazer deslocar material sem proceder a uma selecção prévia daquilo que é de facto relevante. Muitas vezes, deparamo-nos com espectáculos caricatos ao descarregar contentores de donativos: roupas totalmente desadequadas ou dispensáveis, brinquedos para crianças frequentemente inúteis, alimentos e fármacos desnecessários, etc. Após quase

duas décadas de intervenções humanitárias em contextos de crise como a Somália, o Sudão, a Etiópia, Angola e Moçambique, devo sublinhar que, por norma, as populações afectadas têm quase sempre a solução para os problemas que as afligem e encontram meios para resolver muitas vertentes da situação. Não é necessário transportar muito material, já que os locais têm capacidades inusitadas de auto-organização e, portanto, o que é importante é sabermos quais são as epidemias expectáveis para podermos enviar o material estritamente necessário para as combater.

Um terceiro mito, que se encontra espalhado em muitas instituições internacionais, como a própria Organização Mundial de Saúde (OMS), é o de que as epidemias são inevitáveis. Só recentemente, nestas instâncias internacionais, se começou a questionar esta visão, e a aceitar que a preparação prévia para o combate às epidemias surgidas de catástrofes é exequível, segundo o princípio que já referi: as epidemias não são mais que um aumento drástico da prevalência de doenças pré-existentes – a não ser, naturalmente, que, como também notei, haja um deslocamento maciço de populações para outro ecossistema, ou que sobrevenham grandes aglomerações repentinas. A chave é procurar ter o melhor conhecimento possível das condições epidemiológicas do local.

Um quarto mito muito comum é de que os desastres desenvolvem comportamentos humanos anti-sociais. Há, evidentemente, casos isolados, mas, sobretudo em catástrofes de índole natural – ao contrário do que acontece em situações de guerra –, a generosidade e o altruísmo tornam-se evidentes: mesmo os inimigos se tornam amigos, e eu vi isto no terreno. A grande maioria das pessoas responde de uma maneira extremamente generosa, espontânea e o importante é dirigir a acção humanitária para providenciar aquilo de que as populações realmente necessitam.

Um quinto mito que pouco se comprova na prática é o de que a população afectada e por uma situação de grande emergência se encontra demasiado chocada e desamparada para assumir a responsabilidade pela sua própria sobrevivência. A comunicação social é, de algum modo, responsável por esta visão, que contribui para o aumento dos índices de audiência. Contudo, a realidade de quem intervém em emergência mostra-nos que as pessoas são capazes de produzir, colectiva e individualmente, grandes doses de energia vital, se voluntariam para ajudar os familiares, vizinhos e amigos, e colaborar com as equipas de ajuda.

Um sexto mito, ou falácia, é a ideia, também muito propugnada pela comunicação social, de que os desastres matam de forma aleatória, o que está muito longe de ser verdadeiro; os desastres atingem principalmente três grupos de risco, por ordem decrescente: os mais pobres, as mulheres grávidas e os grupos etários mais vulneráveis (crianças com menos de cinco anos e os muito

idosos). Estes são, inequivocamente, os grandes sofredores de uma situação catastrófica. Tendemos a transplantar os nossos modelos ocidentais, em que a estrutura de apoio está muito direccionada para os adultos e para as classes médias, para contextos radicalmente diferentes, nomeadamente com para um território onde vamos encontrar essencialmente grandes disparidades sócio-económicas e demográficas. Se, numa equipa de intervenção de emergência que se desloca para um país do Terceiro Mundo, está ausente um pediatra, ou um ginecologista obstetra, ou alguém ligado à saúde infantil, sejam enfermeiros obstretas ou pedopsicólogos, isso indica imediatamente que a equipa está mal formada, porque está concebida para tratar adultos e esses são os que melhor conseguem reagir em tais situações, porque têm mais energia, porque podem procurar comida, porque têm mais capacidade cultural, emocional e cognitiva para sobreviver. Os que mais sofrem, os que sofrem sempre nestas situações, são estes grupos de risco referidos, dado que estão mais limitados na sua busca pela sobrevivência. É, sobretudo, para auxiliar estes grupos que a intervenção deve estar preparada, se a intenção é de facto prestar auxílio eficaz.

Um sexto mito, que pode eventualmente ser considerado o grande mito da acção humanitária, diz-nos que alojar as vítimas dos desastres em acampamentos temporários é a melhor alternativa. Esta concepção será talvez aquela que melhor justifica a acção perante as autoridades do país (ou da organização internacional) de origem, e que portanto tem um importante efeito de auto-legitimação do trabalho humanitário. Mas os exemplos de situações reais que apontam em sentido contrário são variados: quando, na Guiné-Bissau se iniciou a guerra civil, em 2000, a perspectiva das ONG portuguesas que enviaram equipas de assistência era a de que iriam encontrar campos de refugiados e de deslocados. A população das áreas urbanas – e em particular de Bissau – teve, no entanto, o bom senso de se recolher nas casas dos familiares que se encontravam mais longe das zonas de batalha e de regressar às suas casas apenas quando a situação começou a normalizar. Por norma, é de evitar, sempre que possível, a construção de campos de desalojados, e motivar as populações a ajustar-se à situação. A maioria das ONG parte, infelizmente, com a ideia contrária, na expectativa de criar campos isolados, construir infra-estruturas temporárias, com latrinas, hospitais de campanha, centros de saúde provisórios, etc.. Este tipo de acção deve ser uma opção de última instância, se a opção for inevitável, para evitar que situações temporárias se tornem permanentes ou semi-permanentes: recordemos a existência dos campos de refugiados palestinianos disfuncionais, que têm neste momento quase sessenta anos.

Um sétimo mito é o de que a normalidade da vida quotidiana é reposta com alguma celeridade. Também esta concepção está longe de ser verificável na

prática: dos nove centros de saúde que, como referi, foram destruídos nas regiões de Sofala e de Manica, durante as cheias de 2000, em Moçambique, ainda só foram reconstruídos três, para uma população de quase 500.000 pessoas. Desde 2000, portanto, que este meio milhão de pessoas não tem acesso a qualquer serviço de saúde, seja ele mau ou bom. Tendo esta situação sido ainda agravada pelas cheias de 2007, o que acontece actualmente é uma distância preocupante entre o discurso da urgência de prestar ajuda a Moçambique e a reconstrução efectiva de infra-estruturas de cuidados de saúde.

Muitos destes mitos são partilhados por várias organizações internacionais. No que diz respeito a Portugal, a sua persistência está relacionada com a pouca familiaridade, pouca preparação profissional e demasiado voluntariosa para executar missões em áreas de catástrofe. O melhor antídoto contra este estado de coisas e contra estas visões falsas da realidade da catástrofe, que perduram tanto nas ONGs, como nos organismos estatais e nas instituições paramilitares que têm vindo a intervir em emergência no exterior, é pugnar por mais profissionalização, melhor organização e preparação, e cooperação mais intensa. A formação profissional é essencial para um bom planeamento da resposta – e da reconstrução, que não pode deixar de ser considerada com parte integrante do trabalho de assistência. Simultaneamente, há que desenvolver políticas consistentes de cooperação, que, senão existiam antes de 1974 e das independências dos territórios colonizados, também não surgiram desde então. Em contraste com esta falta de rumo, podemos tomar o exemplo da cooperação espanhola em Moçambique: tendo estabelecido um programa de cooperação no centro de investigação de Manica, onde permaneceu 10 anos, esta equipa nunca excedeu os orçamentos, mantendo sempre um rumo no trabalho desenvolvido, norteado por uma definição clara dos objectivos e dos níveis de exigência, em cumprimento de um planeamento muito profissionalizado. Actualmente, podemos dizer que aquele é talvez o melhor centro de investigação epidemiológica na África Oriental.

É imprescindível diagnosticar a situação geral da ajuda humanitária, procurar desenvolver sistemas de vigilância já existentes (mais do que criar novas estruturas sem aproveitar o trabalho já desenvolvido), de forma a que, em caso de necessidade de intervenção em catástrofe, seja possível dar uma resposta eficaz e com efeitos duradouros. Neste sentido, gostaria de evocar aqui um exemplo da utilidade de recuperar a memória de trabalho já desenvolvido anteriormente, desta vez por relação tanto com a medicina de emergência como com a medicina tropical. O arquipélago de São Tomé e Príncipe tem um clima muito propício à expansão da chamada doença do sono, cujo transportador é mosca tsé-tsé ou mosca do gado, endógena em Angola. A colonização do arquipélago, e a introdução de gado nas ilhas, está na origem da presença do parasita.

O parasita infecta essencialmente os animais. Dado que a mosca tsé-tsé se alimenta do sangue dos animais selvagens e do gado, seja ele bovino, equino ou suíno, mas também atinge o ser humano, transporta o parasita do animal para o homem – a doença é portanto uma zoonose. Até 1820, não havia qualquer indicação da presença da mosca do sono nas ilhas, mas a importação maciça de gado proveniente de Angola trouxe a mosca e o parasita. Em vinte e dois anos, de 1885 a 1907, a população da Ilha do Príncipe elevou-se para cerca de 3.000 pessoas; 17 anos depois, o número da população baixou drasticamente até ao mínimo de 300 pessoas, altura em que um decreto real ordena o encerramento da ilha, para procurar suspender a importação da mosca tsé-tsé. É então que sucede algo com que as ONGs actuais teriam muito a aprender: um fazendeiro, aparentemente analfabeto, de nome Maldonado, descobre o modo de conter a epidemia e erradicar a doença. As hipóteses que se colocavam na altura sobre a doença indicavam que ora resultava de feitiços, ora era provocada por algum alimento, ora era causada por um qualquer animal desconhecido (só posteriormente se veio a identificar o parasita da tripanosomiase). O fazendeiro Maldonado não só identificou a mosca transportadora da doença mas notou que esta mosca só mordida quem se movimentava, o que o levou a inventar um método rudimentar mas muito eficaz de matar as moscas: os sobreviventes que restavam na ilha impregnavam a roupa de resina, vestiam essa roupa e punham-se a correr, o que fazia com que as moscas se colassem à roupa, que era posteriormente queimada. Com este método simples, o fazendeiro conseguiu controlar a epidemia. Parece paradoxal que hoje, tendo à nossa disposição os medicamentos necessários para tratar a doença, e a tecnologia para combater a mosca, a doença do sono esteja tão espalhada nas zonas tropicais e subtropicais do planeta. Devemo-nos perguntar se não merece a pena ter em consideração exemplos como o do fazendeiro Maldonado, que, em vez de agir medicamente, preferiu agir sanitariamente para controlar uma epidemia mortal.

Um outro exemplo interessante da medicina tropical no período colonial, também em São Tomé, é o da instituição do chamado “agente da febre”, uma figura que foi muito relevante na luta contra a malária, entre finais do séc. XVIII e o início do séc. XIX. Neste período, o único tratamento conhecido era o quinino importado do Brasil. O “agente da febre” tinha como função ir às roças administrar, à força se necessário, o pó de quinino a quem manifestasse sintomas de malária. Graças ao “agente da febre”, São Tomé chegou a ter, em certas ocasiões, apenas cinco casos anuais de malária no conjunto das roças. Entre 1991 e 1992, como cooperante num distrito próximo da capital da ilha, recuperei esta tradição, com recurso quinze funcionários provenientes das oito roças da região reduzindo assim o número de camas ocupadas por doentes

com malária no hospital da cooperação portuguesa. Esta resolução suscitou, de resto, alguma polémica porque diminuiu assim a necessidade de cooperantes portugueses no hospital. Mas, na verdade, para tratar as doenças mais comuns, malária, diarreia e doenças de pele, não é necessária uma grande infra-estrutura hospital com uma vasta equipa de médicos e enfermeiros vindos de Portugal: bastava ensinar o agente de saúde a administrar no local, na roça, a medicação certa para a sarna, para a febre e para a diarreia, em vez de transportar os doentes para o hospital. Naturalmente, uma solução destas põe em causa a legitimidade da acção humanitária.

Esta nota não subentende uma crítica às intenções daqueles que se oferecem para cooperar, dado que é manifesto que quem se voluntaria para trabalhar em condições difíceis como as que há em São Tomé têm excelente motivação, boa vontade e sincero filantropismo. Mas é frustrante observar que tantos recursos humanos e financeiros são dispendidos para obter tão poucos resultados – já que os índices de saúde na ilha não melhoram, antes pioram. Trata-se, simplesmente, de um apelo para reflectir sobre que cooperação se pretende, que objectivos nos propomos atingir, e procurar agir no sentido de os cumprirmos.

Tomemos um último exemplo: a situação do HIV/SIDA em Moçambique. Há lugar a questionarmo-nos sobre se, na ânsia de resolver esta pandemia em África, não estamos a transplantar a cultura do preservativo para contextos que não acreditam nele. Nos últimos anos o Uganda foi o único país onde baixou a prevalência do HIV, de acordo com os dados estatísticos da OMS, os únicos fiáveis, aliás. No Uganda, não se vêem cartazes aconselhando o uso do preservativo; a mensagem que se transmite é essencialmente (concorde-se ou não com ela) *“sê fiel ao teu parceiro”*. É interessante notar que esta mensagem funciona, é eficaz. Ao confrontar este exemplo, devemos perguntar-nos se não estaremos a transplantar para África um determinado modelo civilizacional, convictos de que funcionará da mesma forma em contextos culturais diferentes, surdos face a evidência de que as mensagens que valorizamos não estão a funcionar. Há que questionar se não é errado utilizar estratégias de comunicação padronizadas para comunidades muito diversas, já que os números de infectados continuam a aumentar, com consequências desastrosas. É, para todos, óbvio que algo está a falhar de forma crassa em termos de prevenção do HIV/SIDA. Mas a mais dramática consequência deste falhanço, pelas implicações que tem sobre as comunidades africanas é a morte dos poucos técnicos e quadros com formação.

De 2004 a 2006, organizei cursos de formação em Moçambique para 3.000 professores de vários níveis de ensino. Um dos módulos é justamente sobre doenças sexualmente transmissíveis. O comentário habitual dos formandos no início dessas aulas, sobretudo nas regiões a norte do Zambeze, costuma ser algo

como: *eu não utilizo preservativo, porque isso é inventado pelo branco e o preservativo é que traz o vírus*. Outro argumento comum é: *foi o branco que inventou isto para nos matar a todos*. Ao explicarmos os processos de transmissão do vírus, as formandas (elas próprias professoras, como disse) costumam afirmar que as jovens das suas famílias que não tiveram ainda qualquer contacto sexual, têm de preservar a sua virgindade para terem relações com os familiares infectados com o HIV/SIDA porque esse contacto cura a doença. Importa procurar compreender de onde nascem estes sentimentos e qual a sua relação com os comportamentos de risco.

Mas por outro lado, tal como começou por acontecer no Uganda, observamos que em Moçambique, ainda que em casos pontuais e limitados a pequenas comunidades onde, por hábito cultural, fidelidade ao parceiro é valorizada, os índices de prevalência da doença são muito baixos. O discurso promotor da fidelidade como preventivo de contágio é eficaz nessas populações; noutras, onde a fidelidade não é um valor importante, funciona menos, mas pode ser trabalhado para se tornar um elemento preventivo relevante. Em Moçambique, as verbas dispendidas e os recursos humanos utilizados na prevenção do HIV/SIDA, apesar de elevadíssimos, têm-se revelado inúteis, como o demonstra o aumento contínuo do número de infectados: em Sofala, passámos de 25% de seropositivos há dez anos para 40%, actualmente; no corredor da Beira, o número já subiu dos mesmos 35% para cerca de 55%. Quando metade da população está infectada, ela é já uma comunidade de doentes. Fazer mais do mesmo é manifestamente inútil, e daí a necessidade de reflectir sobre o peso relativo que atribuímos na acção humanitária às perspectivas terapêuticas e preventivas, e à necessidade de compreender os factores culturais que condicionam a saúde das populações.

Nota Final: As ONGs em Portugal

Regresso, para terminar, à avaliação do trabalho das organizações que se dedicam à ajuda humanitária. Não existem, em Portugal, mecanismos eficazes e fiáveis de avaliação deste tipo de acção e do funcionamento das ONGs, nem no sentido estrito de verificação de resultados e avaliação das benfeitorias que a acção permitiu no terreno, nem no sentido mais geral em que tal avaliação possa ser sentida como um instrumento útil de aconselhamento para a melhoria dos vários aspectos da actividade destas organizações. Nos primeiros vinte anos de actividade das ONGs de ajuda humanitária, que correspondem ao momento da sua instalação, da sua aprendizagem e do seu reconhecimento social e institucional, a boa vontade e o espírito de missão puderam, legitimamente, sobrepor-se à institucionalização e à profissionalização dos seus quadros.

Actualmente, já podemos exigir que essa profissionalização se torne um objectivo prioritário, assim como a criação de sistemas de planeamento de acções e de avaliação de resultados. Como o exemplo espanhol evidencia, e note-se que os processos de expansão da cooperação internacional são simultâneos nos dois países, o voluntarismo pode e deve dar lugar à profissionalização – não significando isto que o referido espírito de missão, a boa vontade e a dedicação à causa do humanitarismo tenham de esmorecer devido à profissionalização.

Aproveito então para fazer aqui uma breve leitura crítica dos aspectos positivos e negativos da actuação das ONGs portuguesas. É justo apontar que elas são hoje são um elemento importante nas políticas de cooperação para o desenvolvimento em países do Terceiro Mundo, na medida em que criam e cimentam laços com esses países. São actores que estão, na generalidade, próximos das populações mais carenciadas, e por isso mesmo com um acesso privilegiado a informações valiosas difíceis de recolher por outro tipo de organização. Este factor é muito relevante, seja na preparação de acções de emergência, seja de desenvolvimento (e estou a pensar sobretudo ao nível da saúde pública e epidemiologia). A partir do momento em que possam garantir o seu auto-financiamento, conseguem ter uma facilidade de mobilização maior do que os organismos estatais ou que as grandes organizações humanitárias: conseguem, por vezes, chegar mais cedo de Lisboa a determinados locais que as grandes organizações já com filiais no país de destino, devido à menor burocracia e menor peso administrativo. O problema é que rapidez de acção e de obtenção de resultados não significa necessariamente eficácia a longo termo. Por isso mesmo, a avaliação é um instrumento imprescindível. Na minha perspectiva, uma acção só é válida se puder ser avaliada de forma independente, e mesmo que a avaliação possa ser negativa, o simples facto de esta existir já valida a acção de alguma forma. Não havendo avaliação, nunca poderemos determinar a eficácia da acção.

Alguns dos aspectos mais criticáveis do trabalho das ONGs ligadas à área da saúde no terreno tem que ver com a sofreguidão na busca de financiamento. Várias ONGs tendem a desenvolver projectos, não necessariamente onde há mais necessidade de ajuda mas onde é possível e onde é mais fácil obter financiamento, seja estatal, seja proveniente de donativos. Havendo financiamento para deslocar equipas para Timor-Leste, imediatamente surgem projectos de emergência ou desenvolvimento para ir para lá, embora o seu trabalho possa ser mais relevante noutra parte do globo para o qual o Estado português está menos disposto a despender verbas. Em particular, quando o projecto é de desenvolvimento, este tipo de actuação é muito criticável: este tipo de projectos, para serem sustentáveis, necessitam de estabilidade e dedicação a longo termo, exigências incompatíveis com a mudança contínua de locais e de projectos em função da busca de

financiamento. Por isso, volto a insistir que a profissionalização e a avaliação do trabalho realizado são factores essenciais para a sustentabilidade dos projectos. Isto não significa que Portugal não tem ONGs de grande qualidade nem pessoal dedicado mas, com raras excepções, elas não se pautam pelo estabelecimento de prioridades, o que resulta em grande inconstância do seu trabalho.

Outro aspecto a relevar é a tendência para a simplificação, no que respeita aos problemas de variabilidade cultural: muitas ONGs, e não só, tomam por questões de simples resolução, ou de pouca relevância, os aspectos culturais que intervêm na saúde de uma população. Há, como já disse, uma infeliz tendência para transpor modelos e métodos sem consideração pela sua eficácia local nem pelas diferenças de percepção das intenções. Há que questionarmos constantemente a validade dos nossos próprios modelos de acção, bem como procurarmos perceber de que modo eles são interpretados localmente. Precisamente, as populações que recebem a ajuda têm uma importante palavra a dizer nos processos de avaliação. Mas, para sabermos se a nossa acção está a ser eficaz, há que estabelecer metas e prioridades de acção. As respostas são complexas e difíceis de interpretar – muito longe da simplificação habitual do discurso quase triunfalista e, no fundo, auto-legitimatório de muitas ONGs (do género: o investimento foi grande, a acção foi muito positiva, os resultados foram excelentes...).

Em relação à evidente falta de qualificação na formação, importa notar que as instituições universitárias têm um papel importante a desempenhar e que, com raríssimas excepções, não o fazem. Os Médicos do Mundo em Portugal têm promovido alguma formação pós-graduada em acção humanitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto, embora excessivamente teórica e pouco desenvolvida, em termos de cooperação inter-universitária, interdisciplinar e de diálogo com quem tem experiência de terreno.

Finalmente, também a incapacidade de interligação, ou de cooperação, entre as várias ONG revela-se frequentemente um importante obstáculo à sua eficácia. A Plataforma de ONGs, criada há mais de vinte e cinco anos, deveria cumprir a sua vocação de coordenação de acções, mas é comum vermos, financiadas pelo mesmo organismo, várias ONGs a desenvolver o mesmo trabalho, com simples variações de estilo. Em 2005, assisti à estupefacção mútua das equipas de três ONGs que, tendo sido financiadas por um único organismo, para desenvolverem, sem o saberem, o mesmo projecto no mesmo local, só o descobriram quando se encontraram algures no interior de Moçambique.

Uma nota final para voltar a insistir na impossibilidade de dissociar saúde e desenvolvimento humano, o que é ainda pouco compreendido por quem se dedica, em Portugal, à cooperação e ajuda humanitária, tanto por via estatal, confessional ou recorrendo à estrutura funcional das ONGs. Esta correlação,

para cuja relevância os peritos da Organização Mundial de Saúde têm vindo a chamar atenção (aos governos e às organizações), significa no fundo que oferecer garantias de saúde para uma comunidade é um passo essencial para promover o seu desenvolvimento, tomado, na definição das Nações Unidas, como a disponibilização de leques idealmente alargados de escolhas individuais e colectivas. Se a preocupação essencial dos indivíduos de uma determinada comunidade se reduz a garantir a sua sobrevivência alimentar ou sanitária, a disponibilidade para proceder a escolhas – políticas, educativas, profissionais, etc. – é nula. Daí que a acção humanitária para a saúde não possa desligar-se de projectos de desenvolvimento. Em resumo, só numa visão redutora da nossa acção é possível distinguir entre a saúde e o direito do ser humano ao seu desenvolvimento.