



Ana Rita Sequeira

A Malária em Moçambique: Políticas, Provedores de Cuidados, Saberes e Práticas de Gestão da Doença

Centro de Estudos Internacionais

Capítulo V - O fim da guerra e as Organizações Não Governamentais – o novo ator biomédico

Editora: Centro de Estudos Internacionais
Lugar de edição: Lisboa
Ano de edição: 2017
Online desde: 11 dezembro 2019
coleção: ebook'IS
ISBN eletrónico: 9789898876928



<http://books.openedition.org>

Reférenceia eletrónica

SEQUEIRA, Ana Rita. *Capítulo V - O fim da guerra e as Organizações Não Governamentais – o novo ator biomédico* In : *A Malária em Moçambique: Políticas, Provedores de Cuidados, Saberes e Práticas de Gestão da Doença* [en ligne]. Lisboa : Centro de Estudos Internacionais, 2017 (généré le 10 septembre 2020). Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/cei/493>>. ISBN : 9789898876928.

CAPÍTULO V

O FIM DA GUERRA E AS ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS – O NOVO ATOR BIOMÉDICO

Este capítulo tem como objetivos a apresentação e o confronto de alguns conceitos relacionados com as intervenções da cooperação para o desenvolvimento (parceria, espaços de poder e *ownership*), com especial enfoque nas ONG ligadas ao setor da saúde, a que se seguirá uma breve incursão histórica e caracterização da sociedade civil moçambicana.

Por fim, e com base no trabalho de campo realizado em Moçambique, serão apresentados os testemunhos dos entrevistados sobre as atividades e *modus operandi* das ONG existentes em Chókwè, assim como quatro estudos de caso que evidenciarão a problemática apresentada no início do capítulo, sobre o conceito de parceria, espaços de poder e *ownership*.

5.1 A Sociedade civil: breves considerações conceptuais

O conceito de sociedade civil não é unânime entre os autores. Uns conferem maior destaque "(...) ao espaço entre as forças coercivas do Estado e a esfera económica de produção (...)" (Gramsci *apud* Bebbington, Collison e Gray, 2006: 322), outros preferem definir pela negativa, no sentido de serem incluídas todas as organizações fora da esfera do Estado, mercado e família (Topsøe-Jensen *et al.*, 2012: 16; Anheier e Themudo, *apud* Bebbington, Collison e Gray, 2006: 322). O maior desafio em definir essa realidade deriva da diversidade das suas expressões, ideologias e *modus operandi*, sempre tratados com alguma superficialidade. Neste estudo, o conceito de sociedade civil será abordado, em parte, à luz da definição de David Sogge, como "(...) um espaço na vida pública, situado para além do Estado, do Mercado e da Família, onde se usa, desenvolve e luta pelos poderes, inclusive o poder das palavras e de outros símbolos (...)" (Sogge, 1997 *apud* Eys, 2002: 148), com uma adesão voluntária e sem fins, obrigatoriamente, lucrativos, tendo, como propósito principal, a defesa dos interesses (não necessariamente altruístas¹) de um determinado grupo.

Na presente investigação, consideramos que as associações comerciais, os sindicatos, as Organizações Comunitárias de Base, as Organizações Não Governamentais (internacionais e locais), as confissões religiosas, os grupos ambientais, as organizações de mulheres e camponeses, os fóruns, os partidos políticos, as alianças e as redes são manifestações da sociedade civil.

Os tipos de organizações da sociedade civil referidos congregam, em si, diferentes formas de funcionamento, grau de formalização, dimensão, âmbitos geográficos e de intervenção, modalidade e estratégias de financiamento, duração e missão. Por esse motivo, consideramos que reduzir a sociedade civil às

¹Ver Francisco, 2010: 55-56.

Organizações Não Governamentais, como frequentemente acontece, é redutor e não reflete a diversidade de movimentos, iniciativas e atores que integram a arena social.

5.2 Relações interinstitucionais: as “parcerias” verticais, espaços de poder e *ownership*

Quando se examinam as relações interinstitucionais, em contexto de ajuda ao desenvolvimento, é fundamental a análise das noções de parceria e poder, dada a multiplicidade de atores envolvidos, as forças existentes (centrípetas e centrífugas) e as relações sociais e política mantidas entre si.

O conceito de parceria faz parte da metalinguagem utilizada em contextos da ajuda ao desenvolvimento e é um requisito essencial para a receção de financiamentos e a implementação de qualquer iniciativa, por ser considerado uma garantia de melhores resultados, por diversificar o risco de obtenção de financiamento (Fowler, 2001: 2) e, ainda, por ser percebido como sinónimo de participação bilateral. Há autores, como Fowler, que definem princípios mínimos para o seu estabelecimento (Fowler, 2000: 1-2). Contudo, neste estudo, iremos considerar o conceito adotado por Postma, em que foram identificados vários elementos que devem estruturar as relações de parceria, nomeadamente: confiança mútua, complementaridade de esforços, prestação recíproca de contas, tomada de decisão conjunta, troca bilateral de informação (Postma, 1994: 451), distribuição equitativa dos custos e benefícios, articulação clara dos objetivos, existência de mecanismos de monitoria e medição da *performance* (USAID, 1997 *apud* Lister, 2000: 3) e, por fim, transparência em assuntos financeiros, compromisso de trabalho-conjunto a longo-termo e o reconhecimento da parceria (Campbell, 1988 *apud* Lister, 2000: 3). De um modo mais ilustrativo, a parceria remete-nos para relações horizontais de pares que se comprometem no crescimento e autonomia recíproca, autonomia enquanto liberdade institucional de determinar a sua própria estratégia e direção de crescimento, sem a pressão de atores externos (Brehm, 2004: 1).

Consta do relatório sobre a avaliação da Declaração de Paris em Moçambique que:

“Enquanto a DP (Declaração de Paris) se refere aos Parceiros de Desenvolvimento e beneficiários como “parceiros”, e isto tornou-se numa linguagem comum, o Governo e as OSC (Organizações da Sociedade Civil) expressaram o seu ceticismo sobre isto uma vez que há uma crença generalizada de que enquanto a relação é

muito desigual, aquela linguagem é apenas cosmética. A apropriação é algo que pode ser manufaturada pelos Parceiros de Desenvolvimento – eles precisam de conceder ao Governo o espaço e os instrumentos, mas o Governo também precisa de assumir a liderança e apropriar-se do processo” (Ministério da Planificação e Desenvolvimento, 2010: 77).

Neste sentido, as relações entre as ONG e as instituições públicas locais pautam-se por “parcerias verticais”, em que os princípios supracitados não são cumpridos pelas partes ou só o são quando o interesse é unilateral e por um período de tempo determinado.

Desta forma, torna-se, totalmente, pertinente a introdução da dimensão de espaços de poder, como meio de analisar o modo como ocorre a tomada de decisão e qual o grau de participação dos diferentes atores envolvidos. Na sua análise são identificados 3 variantes: fechados, por convite e reclamados. Os espaços fechados surgem associados a determinadas elites, nomeadamente aos governos, aos burocratas, aos gestores e líderes ou a determinadas áreas, como a militar, a financeira, a comercial e a macroeconómica, em que a tomada de decisões se dá com uma participação muito reduzida de outros agentes (Gaventa, 2006: 26). Os espaços por convite podem ser criados pelos grupos atrás referidos ou por outros, com o intuito de fomentar uma maior participação de outros intervenientes e organizações de uma sociedade. Em Moçambique, o Observatório da Pobreza caracteriza o espaço de poder por convite, em que o fórum foi constituído por elementos do governo, doadores e sociedade civil, com o objetivo de monitorar a implementação do Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) (Negrão, 2003: 10). A nível local, observou-se a criação destes espaços, quando a Direção Provincial de Saúde (DPS), nas suas reuniões de coordenação semestrais, convidava todas as ONG do setor da saúde a participarem e a apresentarem os seus resultados e planificação para o semestre seguinte, à semelhança do que, também, acontecia, com menor regularidade, com os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social (SDSMAS) do distrito de Chókwè.

Por último, os espaços de poder reclamados remetem-nos para iniciativas provenientes das bases, resultantes da mobilização popular, com o objetivo de criar espaços de discussão e debate, mas também para dar voz a grupos ou causas sociais “invisíveis” (Gaventa, 2006: 29). A Campanha da Terra ilustra este espaço de poder reclamado num contexto de pós-acordos de Roma, em que o modelo de titularização da terra era apresentado como a solução mais adequada, dentro dos Programas de Ajustamento Estrutural (PAE) em vigor, para ter acesso à terra. Nesta conjuntura, várias ONG, Organizações Comunitárias de Base, confissões

religiosas, académicos e pessoas singulares uniram-se no sentido de assegurarem que a Lei em revisão assegurava que o acesso e posse da terra pelos mais pobres não ficassem dependentes da emissão de um título (Negrão, 2003: 7).

As relações de poder, nas quais se incluem as parcerias, devem ser compreendidas na perspectiva de quem toma e participa na tomada de decisão, mas também em relação aos que não participam nessas esferas e não são consultados. Por outro lado, os diferentes espaços de poder identificados podem ser criados com diferentes finalidades: para legitimar decisões, para criar a ilusão da participação e para criar grupos ou símbolos.

Será, com base nestes dois conceitos de parceria e espaços de poder, que iremos analisar as relações interinstitucionais entre as ONGI que operam na área da saúde, em atividades do controlo da malária e as instituições públicas do mesmo setor, a nível distrital e provincial.

No distrito de Chókwè, houve e continuam a existir várias ONGI que apoiam o Ministério da Saúde de múltiplas formas: assessoria técnica a nível programático (malária, VIH/SIDA, saúde materno-infantil, tuberculose, entre outros), aprovisionamento de equipamentos hospitalares, laboratoriais e outros, construção de infraestruturas, contratação de técnicos críticos para, posteriormente, serem integrados no quadro e contemplados no orçamento provincial e/ou distrital, formação presencial, formação em serviço e supervisão, capacitação institucional ao nível do planeamento, gestão e monitoria dos serviços de saúde e, ainda, realização de atividades de mobilização e educação para a saúde.

A implementação destas ações, por parte das ONGI, só é possível se se tiver estabelecido um convénio com a instituição que tutela a atividade. Este acordo e manifestação de interesse são, normalmente, estabelecidos no momento em que o projeto está a ser desenhado para ser submetido a financiamento, uma vez que a existência de “parceiros” locais interessados e que concordam com a intervenção delineada são elementos determinantes na avaliação da proposta apresentada por parte da entidade financiadora/doadora.

Durante a fase de conceção dos projetos, os parceiros podem ter diferentes graus de participação e acesso à informação, ao nível das áreas temáticas e atividades a desenvolver, até à elaboração detalhada de todo o orçamento. Esta última etapa, quando realizada, é, frequentemente, limitada à orçamentação das atividades acordadas, não incluindo os custos de estrutura², despesas administrativas, gastos associados à elaboração do projeto, à monitoria e avaliação, que a organização incluirá nesse pedido de financiamento. Por outro lado, a copar-

² Custos com recursos humanos, locais e expatriados e custos operacionais com um escritório (rendas, manutenção, equipamento, serviços de segurança, consumíveis, telecomunicações, viaturas / motorizadas e sua manutenção).

ticipação orçamental do “parceiro” local, caso exista, limita-se, regularmente, à imputação de um custo associado à participação de recursos humanos-chave ou à cedência de alguma infraestrutura, existindo escassos exemplos em que o “parceiro local” aplica os seus fundos em atividades realizadas no âmbito do projeto da ONG.

Segundo os dados recolhidos no terreno, as relações pessoais e de confiança existentes entre elementos responsáveis pela tomada de decisão de ambas as organizações³ facilitam não somente a fase de desenho de projeto mas também a sua implementação e permitem o acesso a outros espaços de intervenção.

Por último, se bem que seja de difícil operacionalização, torna-se pertinente a análise do conceito de *ownership*, que surge num contexto de forte debate quanto às políticas impostas pelos países ocidentais, principalmente no pós-PAE, com o objetivo de criar estratégias e respostas locais. Contudo, como Castel-Branco aponta, em sentido estrito *ownership* significaria que “(...) o recetor da ajuda define a sua própria agenda e programa político, independentemente das suas fontes de financiamento (ajuda externa)”, sem pressões externas de grupos de interesse, sem que as agências doadoras tenham preferências políticas e sem que o ambiente político do seu país de origem afete a dinâmica da ajuda, sendo esta, sempre, previsível e incontestada (Castel-Branco, 2011: 8). Dada a impossibilidade de verem reunidas todas estas condições, alguns autores preferem recorrer ao conceito de apropriação/adoção, uma vez que as reformas e políticas podem não ter sido concebidas⁴, na íntegra, pelo Estado recetor (Castel-Branco, 2011: nota rodapé 13). Uma maior capacidade de decisão e participação nas políticas e estratégias a adotar, incluindo os programas verticais e respetivos financiamentos, poderia conduzir a uma maior apropriação.

5.3 As Organizações Não Governamentais

No período de fim da Guerra Fria e com as políticas neoliberais introduzidas pelos PAE, o Estado vê reduzido o seu papel como prestador de serviços públicos. Nos últimos anos da década de 80, observou-se um aumento significativo dos fluxos da ajuda a Moçambique quer à população camponesa afetada pela guerra e pela seca, quer à população urbana (Nilsson e Abrahamsson, 1994: 123).

Nesta conjuntura, surgiu o debate de como deveria ser canalizada a ajuda alimentar a Moçambique: através dos ministérios existentes, principalmente do

³ Ver Sarah Lister sobre o impacto das relações interpessoais nas relações institucionais entre uma ONGI e uma ONGL, na América Central (Lister, 2000: 6-14).

⁴ Ver Williams (2006) sobre *ownership*, soberania e *global governance*.

Ministério do Comércio Interno, por intermédio da empresa estatal para a comercialização de produtos agrícolas (Agricom) e pela rede comercial existente nas áreas rurais ou através do órgão estatal de combate às situações de emergência – o Departamento de Prevenção e Combate às Calamidades Naturais (DPCCN). O governo moçambicano, fragilizado pela guerra civil e com recursos humanos pouco qualificados para assumir a coordenação dos programas, num contexto em que os Estados dos países em desenvolvimento e pós-conflito eram percebidos como burocráticos e promotores do clientelismo, viu o seu papel cingido a formalidades de aceitação e aprovação de programas de intervenção, sendo ultrapassado pelas organizações já a operar no terreno.

Sobre a relação entre o Estado e as ONG nos anos 90, Pavignani e Colombo referem: “NGOs had budgets higher than the local government and controlled much of the transport and communication assets. This abundance of resources placed the NGOs in a privileged position: in some cases, NGOs actively tried to take over government functions, it can be concluded that if NGOs have played an important role in relief, some have also contributed, together with donors, to the weakening of indigenous capacity” (Pavignani e Colombo, 2001: 42).

Ratilal, na sua obra intitulada “*Mozambique: Using Aid to end Emergency*”, tece, igualmente, várias críticas à morosidade da tomada de decisões por parte das ONG internacionais⁵, numa fase em que o conflito civil ainda estava a desenrolar-se, e havia populações deslocadas a requerer uma intervenção imediata (Ratilal, 1990: 147).

Segundo Eys, o surgir das ONG nacionais deve-se à coexistência de pressões e condições estruturais que forçaram o Estado a integrar outros atores na provisão de serviços básicos, assim como à preferência dos doadores, agências multi e bilaterais e ONGI em canalizar a ajuda através da sociedade civil e, ainda, ao facto de existir um grupo de cidadãos moçambicanos com vontade e disponibilidade para se aventurarem na criação de uma ONG nacional (Eys, 2002: 147). As sete ONGI registadas em 1980 deram lugar a 180, em 1990, (Hanlon, 1991: 64) enquanto as ONG nacionais passaram de 4, em 1984, para mais de 200, em 1996 (van Diesen, 1999 *apud* Pavignani e Colombo, 2001: 38).

As ONG, com as suas agendas próprias e canalizando a ajuda prestada pelos seus países de origem, implementavam programas de ajuda humanitária consoante a sua conveniência em termos logísticos, criando desigualdades regionais

⁵ “Some institutions which have international responsibility for dealing with problems of this sort move at a snail’s pace” (Ratilal, 1990: 147).

nos serviços e infraestruturas disponibilizadas⁶, o que implicou que as províncias de Cabo Delgado, Niassa e Inhambane tivessem sido negligenciadas (Pavignani e Colombo, 1991: 62).

Questionar o carácter “não-governamental” das ONG torna-se pertinente, se analisarmos o seu papel “implementador” da agenda e as prioridades definidas pela agência bilateral do seu país de origem ou por outros financiadores, colocando em segundo plano as reais necessidades locais, por vezes identificadas por parceiros desses lugares, em detrimento da linha temática ou área geográfica determinada pelo financiador. Assiste-se, igualmente, à dependência das ONG (internacionais e nacionais) do financiamento governamental dos países em desenvolvimento, através de contratos de prestação de serviços, em que as organizações substituem o Estado e servem os seus “clientes/beneficiários”. Eys questiona se, neste contexto de *outsourcing* na luta contra a pobreza, as ONG estarão em posição de pôr em causa as políticas do Estado e apresentar alternativas (Eys, 2002: 157).

Nas estratégias de diversificação do risco e de captação de diferentes financiamentos, observa-se uma grande diversidade de setores de intervenção tais como a saúde, a educação, a água, o género, a educação cívica e a agricultura (Eys, 2002: 150). No caso de serem ONG ligadas à saúde, é frequente a coexistência de diferentes projetos como VIH/SIDA, tuberculose, malária⁷, saúde reprodutiva e saúde materno-infantil. Em ambas as circunstâncias, poderá questionar-se o sentido de independência e autonomia com que as ONG desenvolvem as suas atividades.

Esta dependência financeira retira autonomia e sentido crítico quanto às posições e políticas definidas quer pelos doadores, que possibilitam o acesso ao fluxo da ajuda, quer pelos “parceiros” e contexto em que a intervenção se desenvolve, sob pena de se colocar em causa o fluxo dessa ajuda⁸. Um provérbio tradicional africano expressa claramente esta ideia: “*if you have your hand in another man’s pocket you must move when he moves*” (Edwards e Hulme, 1996: 14).

A prestação de contas (*accountability*), temática amplamente citada⁹, refere-se ao exercício de legitimação do trabalho e credibilidade das ONG e dos Estados,

⁶ Bebbington (2004) questiona as geografias da ajuda que, frequentemente, conduzem a assimetrias regionais e locais, deixando de fora das suas intervenções os mais pobres entre os pobres (grupo alvo reclamado), em detrimento das facilidades de transporte ou proximidade dos centros urbanos (Price, 1999 e Chambers, 1983 in Bebbington, 2004: 726-729), os designados *development hotspots*.

⁷ A iniciativa Fundo Global para Combater o SIDA, Tuberculose e Malária priorizou estas três doenças, tendo sido disponibilizado financiamento para as ONG e para o Ministério da Saúde desenvolverem atividades nestas áreas temáticas.

⁸ Ver também Howell, 2002.

⁹ Ver Edwards e Hulme (1996) e Ebrahim (2010).

em função dos resultados obtidos nas suas intervenções, da sua *performance*, das suas boas práticas e do tipo de financiamento facultado pelos seus doadores. Segundo Edwards e Hulme, a prestação de contas descendente destina-se aos “parceiros”, beneficiários, equipas e apoiantes, enquanto a ascendente se destina aos financiadores e ao governo do país que acolhe a ONG (Edwards e Hulme, 1996: 15). Em ambas, existem, por vezes, discrepâncias entre algumas ONG nacionais e as ONGI, na medida em que estas não são constituídas por elementos que apoiam e suportam, financeiramente, as suas realizações no país onde decorre a sua atividade humanitária ou de cooperação para o desenvolvimento. A inexistência de um grupo de pessoas que cria, suporta e acompanha a intervenção da ONGI retira-lhe a representatividade e base social no país de destino, o que legitimaria socialmente a sua ação.

A título exemplificativo, no distrito de Chókwè, a Cruz Vermelha de Moçambique (CVM) está presente desde o período colonial, tendo sido “refundada” em 1981. A CVM, apesar de ter algumas ações financiadas por doadores multilaterais, possui uma extensa rede de “escritórios” espalhados pelo país, uma base social considerável derivada de uma presença ininterrupta durante o conflito civil e as cheias de 2000, reforçada pelo pagamento de quotas anuais por parte dos seus membros e pelo recrutamento de voluntários, a nível local. A forte extensão e base social são, igualmente, observadas nas declarações dos entrevistados que, normalmente, se referem às ações das ONGI como “projetos”, sem conseguirem identificar o seu nome e o âmbito das suas intervenções, sabendo, contudo, nomear a Cruz Vermelha e relatar parte do histórico das atividades desta ONG no distrito de Chókwè. O mesmo é reconhecido por parte de alguns provedores de cuidados de saúde que nomearam a CVM e o seu trabalho.

No discurso das agências de desenvolvimento são frequentes os conceitos de participação, apropriação e sustentabilidade, mas o modelo de intervenção por projeto a que as ONG e algumas instituições públicas nacionais podem recorrer limitam a sua duração – de um a quatro anos –, o que se revela um verdadeiro paradoxo, face ao discurso formal.

Todas as intervenções têm, claramente, identificados os seus “beneficiários”. Contudo, o que tem sido debatido e questionado é quem são os reais beneficiários deste sistema de ajuda. Milando refere que a remuneração dos coooperantes absorve cerca de 78% do total dos recursos afetados à cooperação técnica (Milando, 2005: 58), havendo uma considerável discrepância entre os custos de apoio à intervenção, tais como as remunerações dos funcionários estrangeiros (salário, benefícios, alojamento, seguro de saúde, viagens), as remunerações dos funcionários locais (apenas o salário e alguns benefícios sociais, demarcando-

-se nitidamente do pacote de benefícios de um recurso humano expatriado), as viaturas, o sistema de comunicação, as deslocações, as despesas associadas à manutenção de um escritório e os custos diretos com a população beneficiária. A discrepância destes valores despendidos e o seu eco na opinião pública originou que muitas das ONGI passassem a publicar, nos seus relatórios de atividades anuais, a percentagem dos gastos com o apoio à intervenção (incluindo as sedes) e os custos diretos com os destinatários finais da sua ação.

Para além dos “filtros” existentes dentro das ONGI, através dos quais se escapam os fluxos da ajuda, Schiefer aponta um sistema maior que integra as grandes organizações doadoras internacionais, as organizações doadoras nacionais, as ONGI, as representações locais das ONG internacionais, as ONG nacionais do norte, os governos nacionais com os seus ministérios, os governos provinciais com as suas delegações ministeriais e as diferentes autoridades locais (Schiefer 2002 *apud* Milando, 2005: 59). Poderemos, assim, questionar: quem são os reais beneficiários?

5.4 A sociedade civil em Moçambique

A conjuntura política que marcou os últimos 40 anos da história de Moçambique teve um impacto significativo, ao nível da sociedade civil. Sogge considera, mesmo, que as ONG de Moçambique têm um percurso modesto e uma agenda pouco emancipadora, em relação às suas congéneres de outros países africanos, em particular dos países de língua oficial inglesa, devido aos acontecimentos históricos pelos quais Moçambique passou, “ (...) à ausência de poder público e à dimensão das normas e redes informais” (Sogge, 1997 *apud* Negrão, 2003: 1).

Como apresenta Francisco, recorrendo aos dados do Instituto Nacional de Estatística, durante o período de ocupação colonial, existia um número significativo de associações religiosas e associações políticas, uma parte ligada à presença colonial (Francisco, 2009: 63), tais como as associações comerciais e associações de classes de trabalhadores (Rocha, 1991: 115-137) e outras relacionadas com o alvor dos primeiros ideais independentistas¹⁰.

Com o pós-independência e a introdução de profundas reformas, as igrejas são nacionalizadas e a religião é banida. As associações ou coletividades que

¹⁰ Grémio Africano de Lourenço Marques, fundado em 1908 (Rocha, 1991: 155), Núcleo de Estudantes Secundários Africanos de Moçambique, fundado em 1949, Frente de Libertação de Moçambique (Frelimo), fundado em 1962 (Serra, 2000; Newii, 1997; Rocha, 2001; Sopa *et al.*, 2006 *apud* Francisco, 2009: 61), Associação dos Negros de Moçambique, Associação dos Naturais de Moçambique, Conselho Cristão de Moçambique em Lourenço Marques (Negrão, 2003: 2).

existissem fora da missão e controlo do Estado-Frelimo deveriam ser extintas. Este promove a criação das Organizações Democráticas de Massa, nomeadamente a Organização da Juventude Moçambicana (OJM), a Organização da Mulher Moçambicana (OMM), a Organização Nacional dos Professores (ONP) e a Organização Nacional dos Jornalistas (ONJ), entre outras. Estas organizações são parte integrante do partido Frelimo (consideradas na sua estrutura como Organizações Sociais) e estão, hoje em dia, “(...) profundamente alienadas da diversidade de interesses dos grupos que diziam representar” (Francisco, 2009: 67).

Apesar da existência de um estado centralizado, entre 1975 e 1988 surgiram algumas iniciativas organizadas e fora das estruturas do Estado: a União Nacional dos Camponeses (UNAC), a Cáritas, o Conselho Cristão de Moçambique (Negrão, 2003: 2) e a Cruz Vermelha de Moçambique (#4/21.02.2012). Em 1991, a lei da associação (18/91 de 10 de Agosto) é aprovada pelo parlamento moçambicano e dá-se um incremento do número de novas associações.

Topsøe-Jensen *et al.* classificam a sociedade civil moçambicana em quatro categorias: 1) Organizações provenientes de uma pequena elite intelectual/académica de base urbana (Maputo), com capacidade de diálogo com as instituições governamentais, com um bom nível de financiamento, devido à sua elevada *performance* que cativa os doadores. Apesar de serem organizações não emanadas de um grupo social específico, representam e defendem certas causas sociais, nomeadamente os direitos das mulheres e crianças, e despertam a opinião pública para temas como a indústria extrativa ou a monitoria do orçamento; 2) Organizações de nível médio com limitada capacidade de influenciar o diálogo das políticas (*policy dialogue*). São estruturas que acompanham as oportunidades de financiamento, de acordo com as prioridades concedidas pelos doadores e se dedicam, maioritariamente, à prestação de apoio às comunidades (*service delivery*); 3) Organizações de base comunitária, em geral, com fraca capacidade de intervenção, recursos limitados e fraca visibilidade. Tendem a ter uma base social local com associados e a serem reconhecidas dentro do seu limite geográfico de atuação; 4) o movimento informal e espontâneo da população moçambicana, que se manifestou, de forma violenta, em Fevereiro de 2008 e Setembro de 2010, e que não encontra mediadores para representar os seus cidadãos e intermediar com o governo a sua posição de descontentamento (Topsøe-Jensen *et al.*, 2012: 27-28; Follér e Johansson, 2012: 124-129). Como veremos adiante, algumas destas categorias de ONG podem ser encontradas no distrito de Chókwè.

5.5 Discursos locais sobre as Organizações Não Governamentais

Quando os guiões de entrevista foram elaborados e traduzidos, para que os entrevistados nos pudessem compreender com clareza, partimos do princípio que, ao questionarmos os meus interlocutores sobre a sua opinião em relação ao trabalho das Organizações Não Governamentais (ONG), o conceito de ONG, enquanto ator, seria algo facilmente compreensível. Assim não aconteceu e, de novo, se evidenciou a minha visão de *outsiders*, ao pensar que o contacto, a visibilidade e a experiência pessoal com as ONG, no distrito, pudessem coincidir com a mesma experiência vivenciada pela população do distrito de Chókwè. A resolução deste impasse foi bastante esclarecedora. De um modo geral, o trabalho desenvolvido pelas ONG resume-se ao vocábulo “projetos”. A esmagadora maioria da população entrevistada não sabe distinguir as diferentes ONG que ali têm operado, referindo-se-lhes como um coletivo, com uma identidade difusa e com uma ação temporária. Cerca de um quarto dos entrevistados não conhece e nunca ouviu falar dos “projetos”. Contudo, os restantes reconhecem mérito no trabalho desenvolvido, principalmente ao nível dos cuidados básicos de saúde, educação para a saúde e agricultura.

“Os projetos ajudam em muita coisa. Eu, como não estou muito ligado a eles, não sei descrever o que eles fazem. O único projeto que vi é aquele de saneamento do meio – fazerem limpezas nas casas – as pessoas mudarem a maneira de viver.”
(#65, mulher, Zuza)

O contato que a população tem com os projetos é intermediado por elementos da comunidade formados pelas ONG, que realizam visitas porta-a-porta e que são designados de ativistas ou voluntários. Por vezes, são criadas associações locais, para que o seu coletivo possa ser apoiado, em termos agrícolas, sendo esta estrutura a mediadora entre os planos e condições de atuação da ONG e a população local.

A utilização da expressão “projetos” contém em si a temporalidade definida e promovida por uma entidade exterior à comunidade, “(...) coisa de estrangeiro (...)” como escreveria Negrão (2003: 3). As principais críticas apontadas pelos “projetos” sublinham a insustentabilidade, a transferência das estruturas criadas pelas ONG para as entidades locais e a não remuneração do trabalho voluntário.

“Ativistas existem, só que o trabalho de ativista não está a funcionar bem. Os projetos formam e chega uma altura e vão-se embora. Deixam os ativistas sem nenhum dirigente para estar em frente do trabalho e continuar. E nem tem um

pequeno subsídio. Fomos formadas pelo projeto Vuronga. Eles formaram-nos e cada ativista tinha o seu número de casa, que faz as suas visitas, ensinando as pessoas sobre o saneamento do meio, varrer os quintais, cuidar bem das suas casas. Só que, quando eles se foram embora, nós, também, deixámos de fazer o trabalho. Mas quando andamos nas ruas, encontramos muita sujidade nos quintais, assim como nas ruas.” (#55, grupo focal, Chalocuane)

A crítica apontada por alguns dos entrevistados com maior conhecimento de causa referente à ausência de uma remuneração para a realização do trabalho voluntário tem sido, amplamente, discutida quer no Ministério da Saúde, no âmbito da Política de Envolvimento Comunitário, quer no seio das ONGI. Numa mesma região, podem coexistir voluntários a receberem, de forma periódica, alguns bens de consumo (localmente designado por “incentivo”) e bicicletas, enquanto outros voluntários de aldeias vizinhas, que fazem um trabalho semelhante, não recebem nenhum tipo de “incentivo”.

A explicação que nos foi dada, inclusive por alguns destes voluntários, tem uma lógica de sobrevivência que nenhum planificador deve desconsiderar: “Quando vou para o meu terreno agrícola, planto e colho. Se ocupar o meu tempo a fazer visitas de porta-em-porta, o que é que colho?” A transposição da lógica de voluntariado, em contexto social e económico dos países desenvolvidos para os países em desenvolvimento, falha ao considerar que as necessidades básicas e de sobrevivência destes últimos países não estão asseguradas. Daí que a decisão de aderir e fazer cumprir o trabalho de cariz voluntário pode criar distorções nas lógicas de subsistência, ao mesmo tempo que pode levar ao fracasso dos programas.

“Os projetos são muito bons, apoiam-nos e tem ajudado muita gente. Só que eles, também, não dão nenhum salário, só quando tínhamos alguns seminários é que nos ofereciam bicicleta. Mas, atualmente, não existe nenhum projeto. (...) As voluntárias que foram formadas pelo Auxílio Mundial, umas continuam e outras não continuam o trabalho. Tudo porque não têm salário.” (#169, mulher, Matuba)

Algumas organizações que foram contactadas, ao longo dos quatro anos da minha estadia em Moçambique, referiam que o pagamento de pequenos subsídios aos voluntários representaria custos extraordinariamente elevados nos seus orçamentos, nem sempre aceites pelos financiadores e que criaria um lógica de dependência e insustentabilidade após o término do projeto. Por outro lado, reforçavam uma posição, atrás referida, de que é importante que a população de

uma determinada aldeia possa ter elementos que, de forma voluntária e pelo bem-comum, assegurem o bem-estar dos restantes membros.

Estas contradições sobre *quem* e *o quê* pode ser insustentável, leva-nos a apresentar os argumentos de dois académicos que problematizaram esta questão. Negrão refere que a existência de duas medidas diferentes de intervenção, entre a que beneficia a ONGI ou a ONG e a que beneficia a população ou a ONG local, é clarificadora dos níveis de hierarquização assumidos. “(...) Os salários pagos nos países de origem, as viagens e férias intercontinentais, as visitas de familiares, a habitação, o transporte e o combustível bem como a alimentação eram debitados às respetivas organizações, enquanto que às contrapartes nacionais tal não era permitido, por não ser sustentável. (...)” (Negrão, 2003: 3). No mesmo âmbito de reflexão, Hanlon defende que as instituições de *Bretton Woods* sempre procuraram expandir e impor um modelo de proteção social que “(...) seria demasiado caro e o sul não poderia arcar com a proteção social e que os pobres eram responsáveis pela sua pobreza, pois desperdiçariam o dinheiro e tinham de ser forçados a agir no seu próprio interesse. (...)” (Hanlon, 2009: 181). Esta posição etnocêntrica é, totalmente, antagónica com a política seguida por países como o Brasil, o México, a África do Sul, o Lesoto, o Botswana, entre outros, em que a disponibilização de subsídios a determinados grupos da população reduziu a pobreza, aumentou o consumo e o investimento, restringiu a malnutrição e permitiu que alguns deles saíssem do ciclo de pobreza (Hanlon, 2009: 180-187). Não deixa de ser curioso notar como os pressupostos *mainstream* condicionam quer as reformas económicas do Estado, a nível macro, quer a ação das ONG, a nível micro.

Alguns dos entrevistados confundiram iniciativas de projetos (ONG) com iniciativas de cariz privado e de negócio, na área agrícola, o que releva o escasso esclarecimento que existe no que diz respeito às ações que se desenvolvem nas suas aldeias, assim como relativamente a alguma semelhança entre a intervenção de dois setores tão distintos, ambos promovidos por entidades estrangeiras e com reduzido retorno direto e participação das populações locais.

De acordo com os testemunhos recolhidos e com a pesquisa bibliográfica, a primeira presença de Organizações Não Governamentais, no distrito de Chókwè, remete-nos para o período da guerra civil, quando os voluntários da Cruz Vermelha de Moçambique, em 1983, socorriam os feridos da guerra. No rescaldo do conflito, muitas foram as ONGI e agências de cooperação que intervieram, ao abrigo das ações de desmobilização e manutenção da paz, como o programa “Brincando Curando”, na busca ativa e reunificação das famílias, no

retorno às aldeias de origem e, ainda, (#04/21.02.2012) na reabilitação de algumas infraestruturas.

Em 1992, a ONGI Auxílio Mundial (*World Relief*) estabeleceu-se em Chókwè, tendo como espaço de intervenção os distritos do norte da Província de Gaza, com um programa comunitário de acesso à água e sobrevivência infantil, designado *Vuronga*. A intervenção desta organização foi, frequentemente, referida, uma vez que a sua estratégia de intervenção tinha uma forte base comunitária de mobilização de voluntários que realizavam ações de educação para a saúde, em grupos de pares. Cada voluntária (normalmente eram as mulheres que participavam nestas ações) era responsável por 10 famílias e pela educação e saúde das mesmas, daí que só no distrito de Chókwè tenham sido formadas 2080 voluntárias¹¹ (#17/28.03.2012). Uma vez que esta estrutura comunitária foi criada antes das cheias de 2000, elas tiveram um papel muito relevante na distribuição da ajuda e na educação para a saúde das populações deslocadas.

“Os projetos são bons, como este do Auxilio Mundial. Salvaram muitas vidas e evitaram várias doenças que afetavam a população. Ajudou muita gente. Era normal uma mãe não levar o seu filho para o hospital e dizer que ia passar. Mas quando chegou este projeto, com estes ensinamentos, as pessoas mudaram.” (#188, mulher, Manjangué)

A identificação desta organização e o reconhecimento da validade da sua ação foram, amiúde, sublinhados pelos entrevistados e, quando questionados sobre a principal fonte de informação sobre as causas e os sintomas da malária, as ONG e o projeto *Vuronga* foram amplamente referidos, em detrimento do centro de saúde. Esta preponderância da ação das ONG, em atividades de educação comunitária e encaminhamento de doentes para o centro de saúde, ressalta algumas das insuficiências do sistema sanitário moçambicano: exiguidade do número de profissionais¹², carência de múltiplas competências na formação técnica¹³– se considerarmos que uma Unidade Sanitária Periférica (USP) pode ter apenas um técnico para prestar todos os cuidados de saúde a uma determinada comunidade (cuidados de enfermagem, consulta pré-natal, pesagem e vacinação de crianças,

¹¹ Em termos de esquema organizacional, um coordenador era responsável por 5/6 animadoras (26 animadoras no total) e estas, por sua vez, formavam e acompanhavam o trabalho de 8 grupos de 10 voluntárias.

¹² Na província de Gaza, em 2010, havia um rácio de 1 médico para 33 871 habitantes, o que contrasta com a província da Zambézia com 1 médico para 77 676 habitantes e com a Cidade de Maputo com 1 médico para 9 501 habitantes. Ainda assim, a evolução, desde 2008 a 2010, demonstra a diminuição progressiva deste rácio (Ministério da Saúde-Direção de Recursos Humanos, 2011a).

¹³ Com frequência, os enfermeiros, técnicos de medicina geral, técnicos de medicina curativa, parteiras e enfermeiras de saúde materno-infantil afirmam não ter preparação técnica para a realização de atividades, junto da comunidade.

consultas de medicina geral, partição de medicamentos) –, os baixos salários¹⁴ e uma política nacional que prioriza as funções curativas em detrimento das ações de educação comunitária, em parte justificada pelo que acima foi exposto.

Existe, assim, um complemento funcional entre a intervenção das ONG e a ação do Serviço Nacional de Saúde, ainda que haja um grande número de organizações que apoia os Centros de Saúde e presta apoio técnico aos seus profissionais.

5.6 Estudos de caso

As ONG surgiram como ator biomédico no meio de uma crise humanitária provocada pela guerra civil e calamidades naturais cíclicas. A conjuntura político-económica reduziu o peso do Estado, através do corte na despesa pública de carácter social e da supremacia atribuída à eficácia de organismos bilaterais e multilaterais.

Tendo em consideração esta conjuntura, os quatro estudos de caso que serão apresentados contribuem para a discussão sobre o modelo de intervenção por projeto e sobre a descoordenação existente entre as instituições públicas que tutelam o setor da saúde e as ONG e seus impactos quer na população “beneficiária” quer na apropriação das intervenções por parte dos serviços biomédicos locais.

5.6.1 As relações entre as Organizações Não Governamentais Internacionais e as instituições públicas do setor da saúde: o pagamento dos *per diems*

Entre o final dos anos 80 e o início dos anos 90, a diferenciação e hierarquização social entre os técnicos de saúde locais e os técnicos expatriados manifestavam-se a vários níveis: as discrepâncias salariais foram agudizadas com a introdução dos PAE, muitos dos postos de trabalho foram parcialmente destruídos pelo conflito civil e os provedores biomédicos não possuíam condições para atender a população e responder às suas necessidades, as condições de habitação e os meios de transporte disponíveis eram precários, criando contextos de grande desigualdade (Pfeiffer, 2003: 726). Neste âmbito, os funcionários públicos do setor da saúde diversificaram as suas estratégias de rendimento e assistiu-se não só à cobrança de elevadas somas monetárias pelos cuidados de saúde prestados à população (CIP, 2006) como também ao desvio de medicamentos do Sistema

¹⁴ Ver, adiante, a exposição sobre a greve dos médicos.

Nacional de Saúde (SNS) para o mercado informal¹⁵, à venda de combustível e peças das viaturas utilizadas na prestação de cuidados de saúde nas áreas remotas e, ainda, à procura de outras ocupações profissionais, a tempo parcial, que limitavam a sua disponibilidade para a prestação de cuidados de saúde à população (Pfeiffer, 2003: 731).

Esta alteração das condições de remuneração dos funcionários públicos do setor da saúde teve um impacto significativo na redução dos serviços prestados e na sua qualidade. De modo a compensar esta perda de poder de compra e a amenizar as desigualdades entre pessoal local e pessoal expatriado, as agências doadoras e “parceiros” locais chegaram a um consenso, criando incentivos financeiros que amenizassem este fosso, tais como:

“(…) (1) per diems, (2) seminar training with per diems attached, (3) extra contracts for work tasks such as surveys conducted during off-hours, and (4) temporary topping off of salaries and travel opportunities for higher-level staff to neighboring African countries and even to Europe” (Pfeiffer, 2003: 733).

Segundo Pfeiffer, entre 1992 e 1998, o *per diem* para um técnico de nível médio que implicasse pernoitar fora do seu local de residência aumentou de US\$3 para US\$15 (2003: 733). Em 2011, o mesmo técnico receberia cerca de US\$46, o que correspondia a metade do salário mínimo nacional para o setor dos serviços.

De acordo com os testemunhos de Pfeiffer, no final dos anos 90, o pagamento de *per diem* continua a ser um assunto polémico entre ONGI e instituições públicas locais. As ONGI defendem que a participação em seminários, formações e outras atividades é um dever e possibilita o crescimento profissional dos funcionários do setor da saúde. Os “parceiros” locais contra-argumentam referindo que o *per diem* está regulamentado no Estatuto do Funcionário Público e é um direito, pelo que discordam da sua eliminação ou redução. Entre as ONGI, o assunto também é controverso, na medida em que algumas ONGI possuem capacidade financeira para custear os *per diem* e outras despesas/benefícios dos participantes e outras não. Daí, ser frequente que a convocatória e disponibilidade para se participar em ações de formação, seminários e supervisões, por parte dos funcionários locais, tenha grande interesse e adesão, em função da ONGI promotora. Esporadicamente, e considerando alguma desorganização no registo da frequência de formações, havia profissionais de saúde que participavam na

¹⁵ Algumas das situações descritas têm atualidade, como se pode ver nas notícias publicadas pelo Jornal A Verdade: “Polícia detém três pessoas e apreende medicamentos em Quelimane” (22 de Maio de 2012); “Desmantelada clínica clandestina na cidade de Nampula (4 de Maio de 2012). Ver também “A corrupção no sector da saúde em Moçambique (Mosse e Cortez, 2006: 12-13).

mesma formação mais do que uma vez, não se opondo, nem alertando para o facto, para assim receberem o *per diem*.

Este paradoxo de baixos salários com incentivos financeiros esporádicos, por vezes desproporcionados em relação à tabela salarial nacional e privilegiando uma minoria destes funcionários públicos levam-nos a questionar o que já fora apontado por Pavignani e Durão, em 1997:

“The variety of topping-up, subsidies, incentives, part-time private practice, grants, per diems has reached enormous proportions, and one may wonder if the global cost of these transactions is not approaching, even surpassing, the bill that would be paid by the treasury if the salary levels were adjusted to acceptable levels” (Pavignani e Durão, 1997: 21).

O contributo de Pavignani e Durão continua muito atual, se considerarmos que há inúmeras ONG, ONGI, doadores, iniciativas e movimentos que financiam individualmente determinadas categorias profissionais do setor da saúde e que recorrem a “incentivos”, com base em resultados mensuráveis, quando todo o setor ganharia, largamente, com a melhoria das suas condições salariais.

5.6.2 A volatilidade das Organizações Não Governamentais Internacionais no distrito de Chókwè

A permanência das ONG, no distrito de Chókwè, assim como a sua capacidade de ter uma intervenção constante, estão limitadas a escassos exemplos. O quadro 5.1 tem como objetivo ilustrar a volatilidade das ONG – nacionais e internacionais – no distrito de Chókwè, entre 2005 e 2012. No ano 2000, marcado pelas cheias, existiram várias intervenções de ajuda de emergência e reabilitação e não se conseguiu ter acesso aos nomes das ONG envolvidas. No decurso da nossa permanência em Moçambique e, particularmente, durante o trabalho de campo, foi possível estabelecer um contacto muito próximo e regular com as ONG – nacionais e internacionais – que operam na área da saúde. O inventário das ONG nacionais que atuam noutros setores foi elaborada, em parte, recorrendo à lista do Fórum das ONG de Gaza. Procurou-se que o levantamento fosse o mais exaustivo possível, havendo, sempre, a possibilidade de alguma organização não ter sido incluída.

À exceção da Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade e da Associação de Ajuda Mútua, as restantes ONG locais podem ser integradas na categoria de organizações de base comunitária, com uma fraca capacidade de

intervenção, recursos limitados e fraca visibilidade, mas com uma significativa base social local e reconhecimento dentro do limite geográfico de atuação (Topsøe-Jensen *et al.*, 2012: 27-28).

Quadro 5.1 – As ONG no distrito de Chókwè, Província de Gaza, entre 2005 e 2012

	2000	2005	2008	2012
ONGI no setor da saúde	<i>Doleur Sans Frontiers (DSF)</i>	<i>Doleur Sans Frontiers (DSF)</i>	<i>Doleur Sans Frontiers (DSF)</i>	<i>Doleur Sans Frontiers (DSF)</i>
	Auxílio Mundial (<i>World Relief</i>) (1992)	Auxílio Mundial (<i>World Relief</i>)	Auxílio Mundial (<i>World Relief</i>)	Auxílio Mundial (<i>World Relief</i>)
		Medicus Mundi Catalunya (MMC)	Medicus Mundi Catalunya (MMC)	
		<i>Save the Children</i>	<i>Save the Children</i>	
		Projeto Hope		
			<i>Lutheran World Federation (LWF)</i>	<i>Lutheran World Federation (LWF)</i>
			Instituto de Higiene e Medicina Tropical / Médicos do Mundo	Instituto de Higiene e Medicina Tropical / Médicos do Mundo (saiu em 2012)
			<i>Population Service International (PSI)</i>	<i>Population Service International (PSI)</i>
		<i>Lubombo Spatial Development Initiative - LSDI</i> (2006)	<i>Lubombo Spatial Development Initiative - LSDI</i>	<i>Lubombo Spatial Development Initiative - LSDI</i> (saiu em 2011)
			Vila do Milénio (2009)	Vila do Milénio
			<i>PathFinder</i>	<i>PathFinder</i>
			ICAP - Universidade Columbia	ICAP - Universidade Columbia (saiu em 2012)
			<i>World Hope</i>	<i>World Hope</i>
				<i>Elizabeth Glazer Pediatric AIDS Foundation (EGPAF)</i>
				Iniciativa Controlo Total de Epidemias

ONG local no setor da saúde		Vukoxa – Associação de apoio ao idoso	Vukoxa – Associação de apoio ao idoso	Vukoxa – Associação de apoio ao idoso
	Cáritas	Cáritas	Cáritas	Cáritas
	Cruz Vermelha de Moçambique (1975)	Cruz Vermelha de Moçambique	Cruz Vermelha de Moçambique	Cruz Vermelha de Moçambique
		Associação Comunitária Pedalar	Associação Comunitária Pedalar	Associação Comunitária Pedalar
ONGI a operar noutros sectores	*	*	JAM (<i>Joint Aid Management</i>)	JAM (<i>Joint Aid Management</i>)
			<i>Lutheran World Federation</i> (LWF)	<i>Lutheran World Federation</i> (LWF)
			Associação para o Desenvolvimento Pessoa para Pessoa (ADPP)	Associação para o Desenvolvimento Pessoa para Pessoa (ADPP)
			Terra dos Homens	
ONG locais a operar noutros setores	*	*	Associação de Ajuda Mútua (AJUM)	Associação de Ajuda Mútua (AJUM)
			Associação para o Desenvolvimento e Pesquisa Social (ADPS)	Associação para o Desenvolvimento e Pesquisa Social (ADPS)
			Associação de Desenvolvimento Moçambique – Alemanha (ADECOMA)	Associação de Desenvolvimento Moçambique – Alemanha (ADECOMA)
			Associação da Mulher Rural (AMRU)	Associação da Mulher Rural (AMRU)
			União de Camponeses de Chókwè (UNAC)	União de Camponeses de Chókwè (UNAC)
			Kulima - Associação de Desenvolvimento Comunitário	Kulima - Associação de Desenvolvimento Comunitário
			APROS FBM	APROS FBM
			Utomi Chókwè	Utomi Chókwè
			Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC)	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC)

* Não foi possível recolher informação sobre este período.

Em 2008, o distrito de Chókwè era um dos que possuía maior número de ONGI (doze) a operar no setor da saúde. Este quadro elucida-nos quanto à mobilidade das ONGI presentes no distrito e baseia-se nos modelos de financiamento por projeto de 4/5 anos que, no máximo, uma ONG consegue obter. As duas exceções, no grupo das ONGI, justificam-se pela existência de várias modalidades de subsídio, doadores e áreas de intervenção, o que tem vindo a permitir a sua presença, desde 2000.

Este modelo de intervenção, em que se procura implementar um grande número de atividades, refletindo uma boa execução financeira, tem sido amplamente criticado, face à dificuldade em se medir os seus impactos (Schiefer, 2008) e as evidências que a mudança de comportamento e a educação para a saúde obtêm, de forma mais consistente¹⁶, através de uma intervenção continuada no tempo. A sustentabilidade dos projetos das ONGI e das estruturas que são criadas configuram um ponto crítico para o qual, ainda, não há “soluções milagrosas”, apesar de muitos financiadores enfatizarem as estratégias de sustentabilidade e requererem o plano de saída e garantia de continuação (*phase-out*) do projeto: formam-se voluntários, mas não há capacidade de monitorar o seu trabalho nem de manter os incentivos outrora oferecidos, criam-se associações e projetos agrícolas mas nem sempre eles se mantêm com a saída da ONGI, as atividades de supervisão e *on-job training* realizadas com os SDSMAS deixam de se efetuar, porque não há fundos para os *per diems* e combustível para as viaturas e, finalmente, algumas formações de técnicos de saúde são adiadas ou assumidas por outra ONGI.

Relativamente a esta rotatividade das ONGI, uma ONG nacional referiu:

“A nossa organização não trabalha para a comunidade, está a trabalhar com a comunidade e envolvemos a comunidade para identificar os seus problemas locais e a solução. (...) Se você constrói uma casa ou uma escola, num sítio que a comunidade não quer, a comunidade não vai participar. Se trabalhar com a comunidade e envolvê-la, a comunidade vai saber ultrapassar os seus problemas e garantir a sustentabilidade. (...) As organizações (ONGI) fazem trabalho excelente, mas muito curto – um projeto de um ano. As pessoas estavam animadas, acataram a mensagem e, depois, o projeto termina. (...) Na minha opinião, deve haver sustentabilidade do projeto. Depois, não se deve espalhar a intervenção, porque, depois, não é possível monitorar. De Chiducine para Machua¹⁷...deve trabalhar por Posto Administrativo. Depois, têm muitos voluntários, 300, 6000... para mim vale a pena ter qualidade que quantidade. Quando o projeto termina,

¹⁶ Contudo há exceções e, segundo os estudos realizados pela ONGI Auxílio Mundial, no distrito de Chókwè houve indicadores de conhecimentos e práticas que melhoraram significativamente (Edward *et al.*, 2007)

¹⁷ Duas aldeias que se encontram em extremos opostos, no distrito de Chókwè.

chamar o governo e os seus representantes na comunidade e o líder vai ficar a assumir essa responsabilidade e escolhem as organizações que possam fazer o acompanhamento.” (#04/21.02.2012)

O impacto da saída de uma ONG – nacional ou internacional – poderá medir-se pelos profissionais de saúde que elas envolveram nas suas atividades e pelo grau de simbiose com as estruturas sanitárias locais – a saída da *Lubombo Spatial Development Initiative* (LSDI) ilustra bem esta última situação.

5.6.3 Fim da intervenção da *Lubombo Spatial Development Initiative* – LSDI na Província de Gaza

Este estudo de caso procura destacar os efeitos, as distintas metodologias, as coberturas e o financiamento disponível para a realização da Pulverização Intradomiciliária (PIDOM). Esta atividade pode ser executada por instituições de saúde e integrada na rotina das atividades dos SDSMAS, com os recursos humanos disponíveis, ou pode ser efetuada por uma “iniciativa” que, apesar de utilizar algumas estruturas e profissionais de saúde do setor público, tem uma lógica de intervenção de “projeto” e ONGI.

A Iniciativa de Desenvolvimento Espacial dos Libombos¹⁸ foi promovida, em 1999, pelos governos da África do Sul, Suazilândia e Moçambique, através da assinatura de um acordo entre os três países que permitisse a mobilização de financiamentos para o controlo da malária¹⁹. Entre o ano 2000 e 2004, esta iniciativa implementou atividades de controlo vetorial, na província de Maputo e, em 2003/2004, recebeu do Fundo Global US\$32 milhões (Cliff *et al.*, 2009: 374) para atividades de controlo da malária, expandindo, de forma faseada²⁰, a sua atividade para a província de Gaza. Em 2006, o LSDI inicia, ali, os primeiros contatos institucionais e estabelece o seu escritório provincial dentro das instalações da Direção Provincial de Saúde, na cidade de Xai-Xai.

Apesar da LSDI, a nível local, ter tido uma maior visibilidade durante as campanhas de pulverização intradomiciliária (PIDOM), eram realizadas, paralelamente, diversas atividades que procuravam caracterizar a situação da malária na província de Gaza e dar suporte técnico à pulverização, nomeadamente através de: estudos de prevalência da malária, estudos de anemia nas mulheres grávidas,

¹⁸ *Lubombo Spatial Development Initiative*.

¹⁹ “(...) Many respondents spoke of the strong influence of politicians. In South Africa, politicians saw benefits to tourism and the economy from malaria control. In particular, the Lubombo Spatial Development Initiative had strong support at the highest levels of government in Mozambique and South Africa.” (Cliff *et al.*, 2010: 377)

²⁰ 1.ª Fase – Distritos de Chókwè, Guijá e Massingir; 2.ª Fase – Distritos de Bilene e Xai-Xai; 3.ª Fase – Distritos de Chibuto e Manjacaze; 4.ª Fase – Distritos de Mabalane, Chigubo, Chicualacuala e Massangena.

inquérito sobre os conhecimentos e práticas da população sobre a malária, estudos sobre a contaminação dos solos com pesticidas, mapeamento de criadouros, captura e identificação morfológica dos mosquitos nos postos-sentinelas, atividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC) e mobilização comunitária para a adesão à PIDOM e para a mudança de comportamentos.

No período que antecedeu a entrada da LSDI na província de Gaza, a PIDOM era realizada com os recursos materiais existentes nos SDSMAS, com os profissionais de saúde que integravam o quadro e que recrutavam rociadores para esta atividade. A presença da LSDI, na província de Gaza, entre 2006 a 2011²¹, fez-se com uma nova metodologia e meios no terreno, o que permitiu que ela tivesse das melhores coberturas (número total de casas rociadas) e níveis de produtividade (número de casas rociadas/rociador,) a nível nacional. O *modus operandi* da LSDI, durante as campanhas da PIDOM, diferenciava-se, em vários aspetos, das campanhas promovidas pelos SDSMAS, noutras províncias (ver quadro 5.2) e, com a saída da LSDI, em 2011, os profissionais de saúde responsáveis tiveram que voltar a assumir esta atividade, sob a pressão dos resultados favoráveis, alcançados no passado.

Entre 2006 e meados de 2011 (não se efetivou a campanha de 2011), os SDSMAS dos distritos selecionados para se realizar a PIDOM obtiveram elevadas coberturas das casas rociadas, como consequência do esforço e recursos financeiros envolvidos pela LSDI. Em 2011, o cenário reconfigurou-se e os SDSMAS foram chamados a implementar a campanha de PIDOM, outrora sob a responsabilidade da LSDI. As declarações obtidas no terreno são esclarecedoras.

“Agora o oficial de medicina preventiva, na ausência do LSDI, deve assumir o papel de oficial de campo e não há interesse, nem motivação – não há controlo dos rociadores, nem mobilização comunitária. (...) Isto é nosso! O projeto só estava a financiar e apoiar. Não há comprometimento da DDS com esta atividade” (#16/26.03.2013).

“Acredito que a pulverização continue, mas acredito que não nesta modalidade. Os técnicos da medicina preventiva estão a ter um subsídio de 300 meticais²², por dia, mas, pelos comentários que estou a ouvir, eles não estão satisfeitos e talvez não façam a cobertura do distrito. É muito cansativo (...). Por dia um rociador gasta 8 cargas (de inseticida). Temos de fazer os cálculos e alocar nas diferentes zonas. Trocar o equipamento. Não sei se estes técnicos vão conseguir. Não tenho a certeza

²¹ Cumprida a expansão da PIDOM até à 3ª fase.

²² Aproximadamente 8 euros (2012).

que eles façam a cobertura do distrito. Eles não estão interessados, não vão para o campo, mandam os chefes das equipas” (#02/12.01.2012)

Para além do técnico de medicina preventiva ser o responsável pela implementação da PIDOM, há um conjunto de aprendizagens e processos que não foram adquiridos no passado, uma vez que o oficial de campo concentrava diversas tarefas, nomeadamente o correto preenchimento de fichas de controlo e o acompanhamento dos chefes de equipas, do fiel de armazém, dos chefes de brigada e rociadores.

A campanha de 2011, no distrito de Chókwè, foi financiada por uma ONGI que se dedicava exclusivamente a intervenções na área da malária e que decidiu utilizar a estrutura e o modo de implementação utilizada pela LSDI, para otimizar os recursos e conseguir obter boas coberturas. Os restantes distritos que não tiveram financiamento, por esta via, receberam fundos do Ministério da Saúde e recorreram aos seus profissionais de saúde e recursos materiais para implementar a campanha da PIDOM²³.

²³ Uli Beisel, na sua tese de doutoramento, apresenta-nos o caso da AngloGold Ashanti, uma empresa de mineração a operar no Gana, que lidera o maior projecto de saúde pública (malária) nesse país, sendo o PNCM um mero colaborador (Beisel, 2010: 185).

Quadro 5.2 – A pulverização intradomiciliária: Iniciativa de Desenvolvimento Espacial dos Libombos versus os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social

	Iniciativa de Desenvolvimento Espacial dos Libombos (LSDI)	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social (SDSMAS)
Número de rociadores	O modelo de implementação da PIDOM pela LSDI distingue-se pela grande mobilização de rociadores locais (residentes nas aldeias que irão pulverizar) e rociadores que serão deslocados para as aldeias. No distrito de Chókhwè, foram recrutados 80 rociadores, para os 90 dias de campanha.	Número mais reduzido de elementos envolvidos.
Responsável distrital pela PIDOM	Contratação dos oficiais de campo distritais, que eram os responsáveis máximos pela PIDOM, nos distritos. Realizavam o recrutamento dos rociadores, o contacto com as lideranças locais, o plano de deslocações, a alocação de equipamento e inseticida, a monitoria das atividades, a mobilização comunitária, entre outros. O oficial de campo fazia de intermediário entre o trabalho desenvolvido no distrito e o PNCM provincial, onde prestava contas sobre as atividades desenvolvidas. Em termos comparativos, auferia um salário bem mais elevado do que o técnico de medicina preventiva, tendo cobertas despesas de comunicação e deslocação.	O Técnico de Medicina Preventiva é o responsável máximo pela implementação da PIDOM, que acumula responsabilidades noutros programas de saúde, como o Programa Alargado de Vacinação, envolvimento comunitário e o Sistema de Informação para a Saúde (SIS). A sobrecarga de responsabilidades e de trabalho, associada aos poucos incentivos e baixos salários são razões do seu fraco desempenho.
Meios envolvidos	Foram adquiridos viaturas 4X4 e um camião que permitissem a deslocação de todos os elementos afetos – meios exclusivos da PIDOM.	Utilizam as viaturas adquiridas pela LSDI. Noutras províncias, são usados os meios existentes nos SDSMAS e que são partilhados por todos os técnicos e programas.
Mobilização comunitária	Normalmente atempada e procurando envolver várias estruturas locais.	Devido à falta de organização e motivação, a mobilização comunitária realiza-se com algumas dificuldades, comprometendo a recetividade da população em relação às atividades da PIDOM.
Resultados obtidos	Boas coberturas.	Resultados inferiores aos alcançados pela LSDI.

5.6.4 A distribuição das redes mosquiteiras no distrito de Chókwè, Província de Gaza: um estudo de caso

A distribuição de redes mosquiteiras é uma das atividades preventivas da transmissão da malária, promovida pelo Programa Nacional de Controlo da Malária, tendo como foco a proteção de grupos de risco, tais como as mulheres grávidas e as crianças menores de cinco anos. Entre 2009 e 2011, segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde, ocorreu um incremento na distribuição ou venda de REMILD: de 1 292 159 unidades, em 2009, 1 525 979 unidades, em 2010, e 3 244 164 unidades em 2011 (OMS, 2012: Anexo 4).

A estratégia nacional contempla a distribuição gratuita de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração (REMILD) a mulheres grávidas, durante a consulta pré-natal, mas tem existido um crescente interesse em estender este apoio a outros grupos mais vulneráveis, como as pessoas infetadas pelo VIH/SIDA e idosos, normalmente canalizado através de uma ONG. A OMS tem promovido a adoção do acesso universal a REMILD, por parte dos seus Estados membros mais afetados pela malária, e, em alguns distritos de Moçambique já foi realizada esta cobertura universal.

Em quatro distritos da província de Gaza (incluindo Chókwè) foi realizado um inquérito que incluía questões sobre a posse e uso de rede mosquiteira, tendo sido obtidos os seguintes resultados: em 64,8% das casas foram encontradas redes mosquiteiras, tendo elas sido utilizadas por 29,2% das mulheres grávidas e 38,3% das crianças menores de cinco anos, na noite anterior ao inquérito (Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2009: 20). Referindo-se a dois grupos de risco, os dados recolhidos demonstram baixas coberturas de utilização.

O estudo de caso apresentado pretende evidenciar a fragmentação, descoordenação e condicionalismos impostos na implementação da distribuição de REMILD, para que uma mulher grávida, quando se dirige ao centro de saúde, possa receber uma rede mosquiteira, na consulta pré-natal.

Constatou-se o seguinte:

A Organização X²⁴ adquire as REMILD fora de Moçambique e entrega-as ao Ministério da Saúde, que as armazena na cidade de Maputo. A Organização Y custeia todas as despesas de transporte entre a Cidade de Maputo e a Cidade de Xai-Xai, sede da província de Gaza, onde se localizam os escritórios e armazém da Direção Provincial de Saúde. A Organização X custeia, igualmente, o transporte desde o armazém da Direção Provincial de Saúde (DPS) até às sedes de distrito, recorrendo a planos semestrais e fazendo uso dos meios disponíveis na DPS. No entanto, a Organização Y também quer apoiar a distribuição das re-

²⁴ Os nomes das organizações envolvidas surgem codificados.

des mosquiteiras, apenas quando as suas viaturas estiverem livres, seguindo um plano mensal e só para algumas das Unidades Sanitárias Periféricas, com quem trabalha diretamente, não se cumprindo, assim, com o procedimento de entregar as redes na sede dos SDSMAS, para registo de *stock*. A Organização Z distribui redes mosquiteira, diretamente, à população das aldeias, não informando a DPS da quantidade, local e grupos a quem foram entregues as REMILD. Não há organizações que apoiem o transporte regular de redes mosquiteiras desde a sede distrital para os Centros de Saúde/Unidades Sanitárias Periféricas.

Figura 5.1 – Kit de redes mosquiteiras



A participação de várias ONGI/agências na aquisição e transporte de REMILD não é suficientemente coordenada para garantir que o centro de saúde mais distante da sede distrital possa distribuir redes mosquiteiras. As difíceis deslocções até esses Centros e a noção do peso de um *kit* de redes mosquiteiras (20kg) tornam evidentes as dificuldades com que os profissionais de saúde se confrontam para garantirem o acesso às REMILD. Os SDSMAS não possuem viaturas nem combustível suficiente para assegurarem a distribuição de redes e medicamentos por toda a rede de Centros de Saúde, o que significa que os responsáveis desses centros têm de encontrar estratégias para o seu transporte. O centro de saúde mais afastado da cidade de Chókwè dista 104km (Zuzá) e nem todas as aldeias têm veículos semioletivos com atrelado a fazerem as ligações para a cidade de

Chókwè, obrigando os funcionários sanitários a terem de percorrer parte do trajeto a pé. Na época das chuvas, cerca de metade dos Centros de Saúde ficam com a sua acessibilidade por estrada condicionada.

Alguns dos profissionais de saúde expressaram a sua impotência relativamente ao transporte dos *kits* de redes mosquiteiras e dos *kits* com medicamentos.

“Outro aspeto é o sistema de nós conseguirmos trazer os kits. Os kits são enormes, não são caixas pequenas. Aquelas caixas ali são muito complicadas. O próprio chapeiro²⁵, às vezes, não aceita e uma pessoa vai para lá, para a farmácia e dão-nos 3 kits, a que temos acesso mensalente. Como transportá-los de lá para cá? Fica muito complicado. Não há carro. Temos de meter no chapa. Às vezes, eles (os motoristas) pedem muito dinheiro (...) e nós acabamos cedendo. (...) Às vezes, fico até às 18 horas, 19 horas, enquanto estamos a procurar um carro. É uma dor de cabeça. Todo o final do mês, temos essa dor de cabeça e é complicado” (#193, provedor biomédico).

Em suma, podemos evidenciar a fragmentação da ajuda na dicotomia do auxílio de que o “parceiro” realmente precisa, em detrimento daquela que a ONGI está disposta a conceder (disponibilidade de viatura, periodicidade do planeamento e tipo de justificação financeira do apoio), sem procurar que seja garantido que a população tenha acesso às redes mosquiteiras, nas Unidades Sanitárias Periféricas (consulta pré-natal).

“A nível central, era a Organização Y que alocava do nível central para cá. Só que, este ano, a Organização Y aproximou a dizer que quer fazer alocações das redes nos distritos, essa que era a componente que a Organização X financiava. (...) A Organização X ajuda-nos... porquê?! Porque eles alocam os fundos... Nós fazemos o plano e enviamos para aprovação. O dinheiro vem, nós trabalhamos e enviamos a justificação. A Organização Y não, eles vêm buscar-nos, vão deixar-nos às Unidades Sanitárias e dependemos deles. Às vezes marcamos e eles, depois, não podem. Prejudicam-nos muito esse tipo de questões. Ainda não chegámos ao ponto em que o trabalho corre bem, estamos com muitas dificuldades. (...) Não são flexíveis e é muito complicado, quando o parceiro quer comandar” (#16/26.03.2012).

Sobre a dicotomia atrás referida e a discordância de que os “parceiros” locais comandem, uma das ONG reconheceu algum unilateralismo nas decisões sobre as atividades e aplicação dos fundos:

²⁵ Motorista de transporte semi-coletivos, designados de chapa.

“A relação com os parceiros é boa, é diplomática, há colaboração, mas é como se o projeto (a ONG) fizesse sempre aquilo que decide fazer e, simplesmente comunica aos parceiros. Às vezes agrada, outras vezes não agrada” (#14/22.03.2012).

A distribuição de redes mosquiteiras é apenas uma das atividades do PNCM de prevenção da malária, havendo muitas outras áreas de intervenção sob responsabilidade do gestor provincial do PNCM. Dos testemunhos e vivências, na província de Gaza, a coordenação de atividades, a superação das falhas de comunicação e a diferença de agendas e prioridades torna situações como a atrás descrita, bastante frequentes noutros programas.

Síntese

Dos estudos de caso apresentados importa aqui, destacar, em primeiro lugar, que os espaços de poder interinstitucionais são predominantemente fechados, não permitindo uma profícua coordenação entre as organizações comprometidas com a distribuição de REMILD e o Programa Nacional de Controlo da Malária a nível provincial, criando entropia no sistema de ajuda. No entanto, assistimos à instituição de espaços por convite das partes envolvidas que, ao contrário de permitir a criação de canais de comunicação e coordenação das intervenções de modo a que haja uma maior concertação e complementaridade, cria a ilusão da participação (Gaventa, 2006) mantendo-se o *modus operandi* e as prioridades internas das organizações.

No que concerne às atividades de pulverização intradomiciliária, destaca-se uma quebra na sua apropriação local (distrital), consequência de uma estrutura de intervenção que cessou e que não preparou as estruturas distritais para os processos inerentes à atividade e à mudança, nem reuniu as condições remuneratórias e organizativas consideradas adequadas. Apesar de esta atividade sempre ter integrado o programa de controlo da malária na província de Gaza, no momento em que a recolha de dados foi realizada, havia um mal-estar e conflito latentes entre os elementos que fazem a coordenação provincial e que prestam contas ao Ministério da Saúde e os seus colegas, que estão no distrito e que devem implementar a atividade. A inexistente apropriação local das aprendizagens e processos de implementação, associados à redução dos recursos financeiros alocados criaram um grande fosso entre os resultados e as aprendizagens alcançadas.

Em suma, estas intervenções (PIDOM e REMILD) múltiplas descoordenadas e em formato de projeto, perante a incapacidade de coordenação nacional, provincial e distrital, provocam a ineficiência e o caos nos cuidados primários de saúde, num programa que é, unanimemente, considerado prioritário.