

AGRADECIMENTOS

“Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes.” (Ricardo Reis).

Moçambique tornou-se um marco na minha vida. Moçambique mostrou-me o outro lado da viagem. Moçambique mostrou-me que, em qualquer contexto, devemos dar o nosso máximo, como se amanhã já não fosse possível.

Assim, ao chegar ao fim desta viagem, que se perpetuará, eternamente, na minha memória, não posso deixar de agradecer e exaltar aqueles que me acompanharam nesta experiência tão gratificante e enriquecedora.

Ao meu orientador, Professor Doutor Hêrnani Caniço, um agradecimento muito sentido por todo o apoio e disponibilidade. A sua colaboração foi, verdadeiramente, fulcral, para a realização deste relatório.

A todos aqueles que tornaram possível esta viagem, quer física quer espiritualmente, com destaque para a minha família, pilar fundamental em todos os momentos.

Ao meu grupo de trabalho, por todos os momentos que vivemos, e pela partilha desta experiência.

Aos missionários de São João Batista, por toda a hospitalidade, disponibilidade, e principalmente, por toda a ajuda.

E, finalmente, a todos os que contribuíram direta ou indiretamente para esta viagem, que contou com a força e boa vontade de muitos.

Hoje, reflito e acredito: “Uma criança, um professor, um livro e um lápis podem mudar o mundo” (Malala Yousafza, Nobel da Paz).

RESUMO

O projeto, denominado *InMotion*, com três anos de vida, foi desenvolvido pelo Núcleo de Estudantes de Medicina da Associação Académica de Coimbra e ofereceu a cinco estudantes a oportunidade de vivenciar a componente humanitária do voluntariado em Moçambique, durante o mês de Agosto, promovendo o enriquecimento pessoal e profissional. O propósito do grupo foi atuar na área da saúde, nos serviços de Medicina Interna e Pediatria do Hospital Geral de Marrere. O grupo de trabalho organizou no seu país de origem todo um conjunto de iniciativas, de modo a angariar fundos para permanecer um mês em Nampula, levando consigo também os mais variados mantimentos para ajudar a comunidade local – entre os quais medicamentos. O escopo deste relatório foi exaltar esta nobre causa, expondo toda a experiência do grupo. Mais ainda, foram relatadas as suas maiores dificuldades e partilhados os exemplos mais inquietantes desta missão. No que concerne ao critério metodológico, foi criado um diário clínico, que contém uma súpula dos casos mais marcantes, numa visão retrospectiva, crítica e o mais completa possível.

Palavras-chave: Moçambique, Medicina Humanitária, Voluntariado, Solidariedade.

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

BCG – Vacina contra a Tuberculose

CCV – Vacina contra infeções por Coronavírus Canino

C.P.N. – Consulta Pré-Natal

CP – Comprimido

DGS – Direção Geral de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

DTP HB1 – Vacina Trivalente contra a Difteria, o Tétano e a Tosse convulsa/pertussis

DTP HB3 – Vacina Trivalente contra a Difteria, o Tétano e a Tosse convulsa/pertussis

HCN – Hospital Central de Nampula

H.G.M. – Hospital Geral de Marrere

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milénio

OMS/ WHO – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PCV - 101 – Vacina contra infeções por *Streptococcus Pneumoniae*

PCV - 103 – Vacina contra infeções por *Streptococcus Pneumoniae*

POLIO 1/VAP – Vacina Contra a Poliomielite

P.T.V. – Prevenção de Transmissão Vertical

TARV – Tratamento Anti-retrovírico

UNICEF – The United Nations Children’s Fund

UNID. – Unidade

U. S. – Unidade Sanitária

VAS – Vacina Contra o Sarampo

VAT – Vacina contra o Tétano

VIH – Vírus Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
SÍNTESE TEÓRICA.....	9
MISSÃO DE MARRERE – CARATERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA E DEFINIÇÃO	18
PREPARAÇÃO PARA A VIAGEM – FUNDRAISING E OUTRAS ATIVIDADES.....	19
HOSPITAL GERAL DE MARRERE.....	23
<i>Situação Epidemiológica.....</i>	25
<i>Programa Alargado de Vacinação (PAV) e Saúde Escolar</i>	27
<i>Saúde materna, Infantil e Neonatal</i>	29
<i>Tratamento Presuntivo Intermitente na mulher grávida</i>	30
<i>Prevenção da Transmissão Vertical</i>	31
<i>Consulta da criança em risco.....</i>	32
<i>Mebendazol.....</i>	33
<i>Sal Ferroso</i>	33
<i>Vigilância Nutricional.....</i>	34
<i>Programa Nacional de Combate à Lepra e Tuberculose</i>	35
<i>Programa Nacional de Controlo de DST/VIH</i>	36
<i>Serviço TARV.....</i>	38
<i>Performance Laboratorial</i>	38
<i>Estomatologia.....</i>	38
<i>Oftalmologia.....</i>	39
<i>Fisioterapia</i>	40
<i>Cardiologia.....</i>	40
<i>Consultas Externas</i>	41
<i>Farmácia</i>	42
<i>Malária.....</i>	43
<i>Redes Mosquiteiras nas consultas pré-natais</i>	43
<i>Internamento.....</i>	44
<i>Intervenções Cirúrgicas mais realizadas</i>	44
<i>Apoio Social.....</i>	46

<i>Fundos de funcionamento do Hospital no 1.º Semestre de 2015</i>	47
<i>Principais preocupações</i>	48
<i>Perspetivas</i>	48
<i>DESCRIÇÃO CRÍTICA</i>	51
<i>CONCLUSÃO</i>	54
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	58

INTRODUÇÃO

“Sê a mudança que desejas ver no mundo” (Mahatma Gandhi).

Voluntariado é mais do que viajar para um país estrangeiro, adquirir novos conhecimentos ou evoluir enquanto profissionais de saúde. Voluntariado é partir para o desconhecido com as mãos cheias de esperança, com a única certeza de que tudo faremos para ajudar alguém que precisa de nós.

Foi a pensar nesta oportunidade única de auxiliar pessoas em extrema necessidade e inúmeras carências que me propus a este programa de voluntariado internacional.

O projeto, denominado *InMotion*, com três anos de vida, foi desenvolvido pelo Núcleo de Estudantes de Medicina da nossa Associação Académica. Neste preciso momento, conta apenas com quatro destinos: Moçambique, Cambodja, Timor e Cabo Verde, apresentando-se como uma experiência educacional, cultural e solidária. Oferece-nos assim a oportunidade de vivenciar a componente humanitária do voluntariado, durante o mês de Agosto, promovendo o enriquecimento pessoal e profissional.

O nosso projeto, em particular, “*InMotion Mozambique*”, conta com a preciosa parceria dos missionários de São João Batista (com sede portuguesa em Gouveia), que nos guiaram e acolheram na Missão de Marrere, arquidiocese de Nampula, Moçambique. O nosso propósito foi atuar na área da saúde, nos serviços de Medicina Interna e Pediatria do Hospital Geral do Marrere.

Integrei um grupo composto por cinco elementos do sexo feminino, todos estudantes de Medicina, embora de anos curriculares diferentes. Dois dos elementos encontravam-se no término do 3.º ano curricular, outros dois no 4.º ano, e por fim, eu, prestes a iniciar o último ano do curso de Medicina.

O nosso grupo de trabalho teve como escopo comum a organização de um conjunto de iniciativas, de modo a angariar fundos para permanecermos um mês em Nampula, levando connosco também todo um conjunto dos mais variados mantimentos para ajudar a comunidade local, entre os quais medicamentos (nomeadamente analgésicos e antibióticos).

Na esperança de transmitir uma imagem o mais fidedigna possível desta missão e, quem sabe, estimular a população circundante a apoiar esta região, desafiei-me a exaltar esta nobre causa, expondo toda a minha experiência neste relatório.

Mais ainda, procurei relatar as minhas maiores dificuldades, e tentei realizar uma súmula dos casos clínicos mais inquietantes com que me deparei.

Com este breve roteiro da minha primeira vivência como voluntária internacional, espero dar forças para todos os que anseiam fazer voluntariado e que não conhecem as adversidades e alegrias que poderão encontrar. Espero também que seja o começo de um longo percurso pessoal de voluntariado, de tão gratificante e enriquecedora que esta experiência se revelou.

Metodologia

No que concerne ao critério metodológico, no decurso do programa de voluntariado fui anotando as situações à medida que as fui vivenciando, criando como que um “diário de bordo”. Tomei como ponto de partida toda a coletânea de momentos do meu percurso e realizei este relatório com uma visão retrospectiva, crítica e o mais completa possível.

SÍNTESE TEÓRICA

A proteção dos direitos humanos nem sempre foi semelhante à que assistimos nos dias de hoje. Irei fazer uma breve incursão à história dos direitos humanos, ao nível internacional.

Os direitos humanos começaram por ser tutelados apenas enquanto consequência da guerra. Antes do século XIX, já se verificava uma aplicação, ainda que restrita, do designado *Direito Internacional*, que condenava a prática de atos de pirataria, escravatura e alguns casos de conflitos armados¹. No entanto, a evolução decorrida no decurso da 1ª Guerra Mundial, no que concerne aos direitos humanos, foi praticamente *nula*, tendo sido apenas estabelecidas condições de paz entre os Estados em conflito, preterindo-se as populações civis². Evolução propriamente dita decorreu no âmbito da 2ª Guerra Mundial, até porque foi neste contexto que a Humanidade assistiu a violações in comportáveis dos direitos humanos, de dimensões grotescas. Alguns dos responsáveis foram julgados pelo Tribunal de Nuremberga, por crimes *contra a paz*, crimes de guerra e crimes *contra a humanidade*³. Ainda assim, a proteção dos direitos humanos encontrava-se circunscrita ao contexto da guerra⁴.

Quanto à proteção dos direitos humanos em contexto *de conflito armado*, a doutrina estabeleceu o conceito de *Direito Internacional Humanitário*, nascido fundamentalmente do “Direito de Genebra” (Convenções de Genebra e Protocolos Adicionais) e do “Direito de Haia” (Conferências de Haia, de 1899 e 1907)⁵. Neste contexto, os principais objetivos são os de limitar o conflito armado, proteger as pessoas que não participam das hostilidades e

¹ FEIO, Diogo, “Jurisdição Penal Internacional: a sua evolução” in Revista Primavera, 2001, n.º 97, 2.ª série, p. 155. Disponível em: http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1456/1/NeD097_DiogoFeio.pdf.

² *Ibidem*, p. 155 e 157.

³ *Ibidem*, p. 159.

⁴ BORGES, Alci Marcus Ribeiro, “Breve introdução ao direito internacional dos direitos humanos”. Disponível em http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/alci_borges/alci_breve_intro_direito_intern_dh.pdf.

⁵ “O Direito Internacional Humanitário e os Direitos Humanos”, edição portuguesa, Janeiro 2002, p. 5, 7 e 8, disponível em http://www.gddc.pt/direitos-humanos/Ficha_Informativa_13.pdf.

restringir os efeitos da violência⁶. E assim, previa o artigo 3º, comum às quatro Convenções de Genebra de Direito Internacional Humanitário de 1949 que, em caso de conflitos armados, as pessoas protegidas pelas convenções serão “em todas as circunstâncias, tratadas com humanidade, sem nenhuma distinção de caráter desfavorável, baseada na raça, cor, religião ou crença, sexo, nascimento ou fortuna”⁷. Só após este conflito à escala mundial surgiram fatores a impulsionar a proteção dos direitos humanos, quer em tempo de *guerra*, quer em tempo de *paz*⁸. Surge assim o chamado *Direito Internacional dos Direitos Humanos*, que se distingue do Direito Internacional Humanitário por ser vigente a todo o tempo, sem necessitar de um conflito armado como pano de fundo. Cito PIOVESAN: “A internacionalização dos direitos humanos constitui, assim, um movimento extremamente recente na história, que surgiu a partir do pós-guerra, como resposta às atrocidades e aos horrores cometidos durante o período nazi. Nesse contexto, desenha-se o esforço de reconstrução dos direitos humanos como paradigma e referencial ético a orientar a ordem internacional contemporânea”⁹.

Os direitos humanos conquistaram verdadeiro reconhecimento e significativa tutela com o advento da Carta das Nações Unidas, em 1945, cuja expressão máxima culminou na consagração da *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, de 1948¹⁰. Leia-se o artigo 1º da referida Carta: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos...”. Veja-se também o artigo 3º: “Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”. O artigo 25º faz referência à “saúde”, ao “bem-estar”, à “assistência médica”, “na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios

⁶ *Ibidem*, p. 3.

⁷ *Ibidem*, p. 4 e 5.

⁸ *Ibidem*, p. 4, 5 e 11.

⁹ PIOVESAN *apud* BORGES, Alci Marcus Ribeiro, “Breve introdução ao direito internacional dos direitos humanos”. Disponível em http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/alciborges/alcibrev_intro_direito_intern_dh.pdf.

¹⁰ BORGES, Alci Marcus Ribeiro, “Breve introdução ao direito internacional dos direitos humanos”, disponível em http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/alciborges/alcibrev_intro_direito_intern_dh.pdf; LEITE, Leonardo Queiroz, “O Direito Internacional dos Direitos Humanos: reflexões sobre a Declaração Universal dos Direitos Humanos e sua influência no ordenamento jurídico brasileiro”, p. 336 e 338, disponível em <http://legacy.unifacfe.com.br/novo/3fem/Inic%20cientifica/Arquivos/Leonardo.pdf>.

de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade”. É para valores como estes que a atividade dos Estados deve orientar-se, pois, como bem afirma BILDER, “o movimento do Direito Internacional dos Direitos Humanos é baseado na concepção de que toda a nação tem a obrigação de respeitar os direitos humanos dos seus cidadãos e de que todas as nações e a comunidade internacional têm o direito e a responsabilidade de protestar, se um Estado não cumprir as suas obrigações”¹¹. Do exposto, resulta que o Direito Internacional dos Direitos Humanos tem como principal finalidade a proteção do bem fundamental da *dignidade humana*.

Para além deste diploma, surgiram todo um conjunto de codificações a proteger os mesmos valores, como por exemplo a Convenção Europeia dos Direitos do Homem, de 1950, a Convenção Americana de Direitos Humanos, de 1969, a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, a Carta Africana sobre Direitos Humanos e dos Povos, de 1981, a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989, a Declaração de Viena, sobre os Direitos Humanos, de 1993, entre outros¹². A tarefa de zelar pelos direitos humanos cabe, não apenas à ONU, mas também a outras organizações não-governamentais (ONG), como a UNICEF e o Comité Internacional da Cruz Vermelha¹³. A possibilidade de ingerência destas entidades foi arquitetada, de forma inovadora, por Bernard

¹¹ BILDER *apud* BORGES, Alci Marcus Ribeiro, “Breve introdução ao direito internacional dos direitos humanos”. Disponível em http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/alci Borges/alci_breve_intro_direito_intern_dh.pdf. Verifica-se, portanto, uma atenuação do anterior valor supremo da soberania dos Estados, em benefício dos direitos humanos dos seus cidadãos, protegidos *universalmente* (cfr. LEITE, Leonardo Queiroz, “O Direito Internacional dos Direitos Humanos: reflexões sobre a Declaração Universal dos Direitos Humanos e sua influência no ordenamento jurídico brasileiro”, p. 336, disponível em <http://legacy.unicef.com.br/novo/3fem/Inic%20Cientifica/Arquivos/Leonardo.pdf>).

¹² BORGES, Alci Marcus Ribeiro, “Breve introdução ao direito internacional dos direitos humanos”, disponível em http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/alci Borges/alci_breve_intro_direito_intern_dh.pdf; LEITE, Leonardo Queiroz, “O Direito Internacional dos Direitos Humanos: reflexões sobre a Declaração Universal dos Direitos Humanos e sua influência no ordenamento jurídico brasileiro”, p. 338 e 339, disponível em <http://legacy.unicef.com.br/novo/3fem/Inic%20Cientifica/Arquivos/Leonardo.pdf>; “O Direito Internacional Humanitário e os Direitos Humanos”, edição portuguesa, Janeiro 2002, p. 4, disponível em http://www.gddc.pt/direitos-humanos/Ficha_Informativa_13.pdf.

¹³ VIEIRA, Belchior, “A ação humanitária nas operações de apoio à paz” *in* Revista Nação e Defesa, 1997, n.º 83, p. 105 e 106. Disponível em http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1534/1/NeD83_BelchiorVieira.pdf.

Kouchner, o fundador dos “Médecins Sans Frontières”, em 1971, tendo levado a cabo missões que salvaram milhares de vidas¹⁴. Em Portugal, a Associação *Médicos do Mundo* foi criada em 1999, cujo lema se apresenta como “Lutamos contra todas as doenças, até mesmo a injustiça”¹⁵. Há outras organizações de saúde e direitos humanos em Portugal, com idênticas características.

Irei debruçar-me agora sobre o papel do médico na ação concreta de proteção dos direitos humanos. Do ponto de vista do senso comum, o aspeto humanitário da Medicina sempre coincidiu com uma forma tradicional de caridade, praticada nas bases de princípios religiosos, por aqueles que partilhassem as mesmas crenças. Mais tarde, passou a entender-se como uma obrigação da comunidade o suporte dos seus próprios membros, adotando-se uma ideologia mais solidária. O paradigma mudou substancialmente com a constituição da ONU, já que se verificaram modificações fulcrais em torno do conceito de *saúde*. Instituiu-se a criação de uma entidade internacional para a saúde, culminando no nascimento da *Organização Mundial de Saúde* (OMS/WHO), no dia 22 de Julho de 1946, na cidade de Nova Iorque, sob a liderança de Brock Chisholm. O princípio fundamental deste novo organismo é *o Direito do Homem à saúde*¹⁶. Determina o preâmbulo do referido diploma: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição económica ou social (...)”.

¹⁴ VIEIRA, Belchior, “A acção humanitária nas operações de apoio à paz” in *Revista Nação e Defesa*, 1997, n.º 83, p. 113. Disponível em http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1534/1/NeD83_BelchiorVieira.pdf; BRAUMAN, Rony, “Humanitarian Medicine”, Maio de 2012, *Crash/Fundação dos Médicos sem Fronteiras*, p. 10. Disponível em <http://www.msf-crash.org/drive/1433-humanitarian-medicine.pdf>.

¹⁵ Vide <http://www.medicosdomundo.pt/pt/go/menu-principal-quem-somos-historia>.

¹⁶ Por tudo, vide “Humanitarian Medicine”, International Association for Humanitarian Medicine Brock Chisholm. Disponível em http://www.iahm.org/eng/home_medicinaumanitaria.htm.

O desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum”¹⁷. Assim, nas palavras por mim traduzidas da Associação Internacional para a Medicina Humanitária de Brock Chisholm: “Enquanto todas as intervenções médicas destinadas a reduzir a enfermidade e o sofrimento da pessoa são essencialmente humanitárias, a *Medicina Humanitária* vai para além dos atos terapêuticos usuais, e promove, providencia, suporta e fornece a *saúde* das pessoas como um *direito humano*, em conformidade com os ensinamentos de Hipócrates, os princípios da OMS, a Carta das Nações Unidas, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, as Convenções da Cruz Vermelha e outros diplomas e práticas que asseguram o mais humano e melhor nível de cuidado, sem qualquer tipo de discriminação ou tendo em vista um ganho de índole material”¹⁸. Resulta desta visão que todos os seres humanos merecem *respeito e dignidade* e devem ser tratados como tal. Princípios da ação humanitária são a *humanidade*, a *imparcialidade*, a *não-discriminação* e a *neutralidade*¹⁹. É possível concluir que a Medicina Humanitária é especialmente vocacionada para as pessoas que vivem em condições precárias, nomeadamente nos países que se encontram ainda *em desenvolvimento*²⁰.

Colocam-se agora as seguintes questões: quais são estes países *em desenvolvimento*? E quais são os critérios que distinguem estes países dos demais? Inicialmente, a estes países era dada a designação de *países do Terceiro Mundo* (ou *subdesenvolvidos*), em contraste com os

¹⁷ Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>.

¹⁸ “Humanitarian Medicine”, International Association for Humanitarian Medicine Brock Chisholm. Disponível em http://www.iahm.org/eng/home_medicinaumanitaria.htm.

¹⁹ “Humanitarian Medicine: What is Humanitarian Medicine?”, disponível em <http://www.clinicsforhumanity.info/humanitarian-medicine.html>; “Global Humanitarian Assistance”, disponível em <http://www.globalhumanitarianassistance.org/data-guides/defining-humanitarian-aid>.

²⁰ “Humanitarian Medicine”, International Association for Humanitarian Medicine Brock Chisholm. Disponível em http://www.iahm.org/eng/home_medicinaumanitaria.htm.

então denominados *países de Primeiro e Segundo Mundo*. Estas designações foram, entretanto, abandonadas, devido ao seu caráter discriminatório e humilhante²¹.

Hoje, de acordo com o Relatório do Desenvolvimento Humano de 2014, o *Índice de Desenvolvimento Humano* (IDH) distingue países de desenvolvimento humano *muito elevado* (IDH igual ou superior a 0,800), países de desenvolvimento humano *elevado* (IDH entre 0,700 e 0,799), países de desenvolvimento humano *médio* (IDH entre 0,550 e 0,699) e países de desenvolvimento humano *baixo* (IDH inferior a 0,550)²². Quanto aos critérios de determinação do IDH, destaco a *esperança de vida à nascença*, *média de anos de escolaridade* e o *rendimento nacional bruto (RNB) per capita*²³. Atendendo aos dados disponibilizados pelo estudo citado, *Moçambique* apresenta um IDH *baixo*: no ano de 2012, o IDH calculado rondava os 0,389; no ano de 2013 verificou-se uma ligeira subida, representando o valor de 0,393. Sublinhe-se que neste país a esperança de vida à nascença é de 50,3 anos (dados de 2013) e a média de anos de escolaridade é de 3,2 anos (dados de 2012)²⁴. É ainda de ressaltar que ocorreu uma ascensão considerável entre os anos de 2000 e 2005, já que, nos anos que antecederam o segundo milénio, o IDH de *Moçambique* oscilava entre 0,216 e 0,285²⁵. Não obstante esta melhoria, como nota o Relatório Anual de 2013 das Nações Unidas em *Moçambique*, “mais de 50% dos moçambicanos vivem em situação de

²¹ FARHAT, Saïd, “Dicionário Parlamentar e Político: o processo político e legislativo no Brasil”, 1996, p.401. Disponível em https://books.google.pt/books?id=8RZOrdXDxG4C&pg=PR22&lpg=PR22&dq=farhat+said+dicionario+parlamentar&source=bl&ots=UtpS0GnFKO&sig=CQ7YS0pxdzN9m75zCSvp-Rjbu-8&hl=pt-PT&sa=X&ved=0CCoQ6AEwAmoVChMIu_D2i7b8yAIVyg8aCh1hXwGB#v=onepage&q=farhat%20said%20dicionario%20parlamentar&f=false.

²² “Relatório do Desenvolvimento Humano 2014 – Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência”, publicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano, trad. a cargo de Camões – Instituto da Cooperação e da Língua, p. 161. Disponível em http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014_pt_web.pdf.

²³ *Ibidem*, p. 166-169.

²⁴ *Ibidem*, p. 168.

²⁵ *Ibidem*, p. 172.

pobreza crónica”²⁶, sendo que, na África Subsariana, até 1990, cerca de 56% dos indivíduos vivia com menos de 1,25 USD (dólar americano) por dia. Em 2010, a percentagem evoluiu para os 48%, mantendo-se manifestamente elevada²⁷. Moçambique está entre os quatro países do continente africano com maior taxa de incidência de pobreza, sendo apenas melhor que o Níger e a República Democrática do Congo²⁸.

Relativamente aos índices de *subnutrição* das populações da África Subsariana, verificou-se uma redução de 8 pontos percentuais (em 1990-1992, 33% desta população encontrava-se subnutrida; em 2011-2013, rondava os 25%)²⁹. Nestes países, é chocante constatar que, em 1990, por cada 1000 nados-vivos, 177 morreram antes dos 5 anos; em 2012, o número de crianças a falecer antes dos 5 anos passou para os 98³⁰. Cito as palavras contidas no Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio de 2014: “A África Subsariana continua a enfrentar um enorme desafio. Não só a região tem a taxa de mortalidade mais elevada do mundo para as crianças com menos de cinco anos – mais de 16 vezes a média das regiões desenvolvidas – mas é também a única região onde se espera que tanto o número de nados-vivos e a população com menos de cinco anos aumentem de forma substancial nas próximas duas décadas. Em 2012, uma criança em cada dez na África Subsariana não vivia até aos cinco anos. Todavia, a região fez progressos importantes desde 1990, reduzindo as taxas de mortalidade infantil em 45 por cento”³¹. No que concerne à figura materna, os dados também não se revelam animadores. Por cada 100.000 nados-vivos, morreram, no ano de 1990, 990 mães, com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos; em

²⁶ “Relatório Anual 2013”, Nações Unidas em Moçambique. Disponível em <http://www.mz.one.un.org/por/Recursos/Publicacoes/Relatorio-Anual-das-Nacoes-Unidas-em-Mocambique-2013>.

²⁷ “Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: 2014”, We Can End Poverty 2015, Nações Unidas, Nove Iorque, 2014, p. 8. Disponível em <http://www.onu.org.br/img/2014/07/relatorioodm2014.pdf>.

²⁸ “Moçambique em antepenúltimo no Relatório da ONU sobre desenvolvimento humano”. Disponível em <http://www.dw.com/pt/mo%C3%A7ambique-em-antepen%C3%BAltimo-no-relat%C3%B3rio-da-onu-sobre-desenvolvimento-humano/a-16678138>.

²⁹ *Ibidem*, p. 12.

³⁰ *Ibidem*, p. 24 e 25.

³¹ *Ibidem*, p. 25 e 26.

2000, o número de mortes maternas passou para os 830, alcançando uma descida recorde, por volta do ano de 2013, tendo sido detetadas 510 mortes maternas³².

Fala-se também de um conceito de *Ajuda Humanitária*, que me parece mais abrangente, na medida em que engloba, não só os cuidados de saúde, mas igualmente todo um conjunto de outras necessidades: socorro, abrigo, água potável e saneamento, ajuda alimentar e apoio nutricional e psicológico³³. Mais ainda, é almejada uma Ajuda ao Desenvolvimento, consistindo “na assistência cedida por organismos públicos a países em desenvolvimento, procurando a promoção dos indicadores de desenvolvimento e direitos humanos no país de destino. Estes organismos podem tanto ser governos nacionais, organizações não-governamentais ou instituições internacionais e intergovernamentais. Pode ser canalizada de forma bilateral – quando se trata de ajuda direta a um programa ou a um país – ou de forma multilateral – quando se trata de contribuições para orçamentos de organizações internacionais, como é o caso das Nações Unidas”³⁴. Nota ainda Patrícia Magalhães Ferreira que a cooperação para o desenvolvimento tem vindo a transformar-se, “através da proliferação de atores, da diversificação dos meios de financiamento, das alterações na governação global da ajuda e da interseção crescente com outras áreas e setores”. A ajuda ao desenvolvimento passa a ser utilizada em campos que ultrapassam a resposta à escassez de rendimentos ou a luta contra a pobreza, dirigindo-se também para áreas como as alterações climáticas, a desigualdade, a insegurança, as migrações, a formação técnica, participação e cidadania, entre outros³⁵. Veja-se que a Ajuda Pública para o Desenvolvimento (APD) para

³² *Ibidem*, p. 28.

³³ “Cooperação e Ajuda Humanitária”. Disponível em <http://www.cruzvermelha.pt/actividades/internacional/cooperacao-e-ajuda-humanitaria.html>.

³⁴ “Ajuda Pública ao Desenvolvimento”. Disponível em <http://popdesenvolvimento.org/temas/populacao-e-desenvolvimento/ajuda-publica-ao-desenvolvimento.html>.

³⁵ FERREIRA, Patrícia Magalhães, “A Ajuda ao Desenvolvimento: Revisão do conceito e novas abordagens”, Junho de 2014, p. 2, disponível em <http://www.imvf.org/ficheiros/file/brief1junho2014.pdf>; “Cooperação e Desenvolvimento”, disponível em <http://www.plataformaongd.pt/plataforma/areasactuacao/area.aspx?id=1430>.

África alcançou os 54.1 mil milhões de USD em 2013 e estimava-se que esse valor ascenderia aos 55.2 mil milhões de USD, no ano de 2014³⁶.

Em 2015, foi definido um conjunto de prioridades a concretizar até 2030. Visa-se, por exemplo, a cessação da pobreza em todas as suas formas e lugares, acabar com a fome, promover a nutrição e uma agricultura sustentável, alcançar a disponibilidade e gestão sustentável da água, e ainda providenciar saneamento para todos³⁷.

³⁶ FERREIRA, Patrícia Magalhães, “A Ajuda ao Desenvolvimento: Revisão do conceito e novas abordagens”, Junho de 2014, p. 7. Disponível em <http://www.imvf.org/ficheiros/file/brief1junho2014.pdf>.

³⁷ “Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, trad. Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil, p. 15. Disponível em <http://www.pnud.org.br/Docs/TransformandoNossoMundo.pdf>.

MISSÃO DE MARRERE – CARATERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA E DEFINIÇÃO

Moçambique, oficialmente República de Moçambique, encontra-se localizado no sudeste de África, banhado pelo Oceano Índico a leste. Tem Maputo como capital e faz fronteira com a Tanzânia a norte; Malawi e Zâmbia a noroeste; Zimbabwe a oeste; e Suazilândia e África do Sul a sudoeste.

Este país africano, apesar de muito rico em recursos naturais, apresenta condições de vida muito precárias.

A única língua oficial de Moçambique é o português. Apesar disso, a população opta por comunicar através de linguagem nativa (macua em Nampula). Moçambique faz parte da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e da Commonwealth.

Nampula é a cidade capital da província com o mesmo nome e é conhecida como a capital do Norte de Moçambique.

O Hospital Geral de Nampula, sede da nossa missão humanitária, encontra-se no coração da Missão de Marrere, a cerca de 15 quilómetros de Nampula. Aqui manteve-se em funcionamento, durante alguns anos, a maternidade da cidade. Atualmente, mostra-se como um hospital geral com diversas dificuldades e escassez de recursos, que são na maioria das vezes colmatados pelo Hospital Central de Nampula.

PREPARAÇÃO PARA A VIAGEM – FUNDRAISING E OUTRAS ATIVIDADES

A preparação da viagem iniciou-se logo após a criação do grupo. Com o auxílio do Núcleo de Estudantes, foi-nos permitido ter várias reuniões de esclarecimento de dúvidas e assistir a palestras. Dou destaque particular a uma ação de formação dada por estudantes do 6.º ano da nossa Faculdade, que incidia sobre o *Suporte Básico de Vida*.

O grupo de trabalho focou-se primariamente na captação de recursos. Como tal, procedeu-se à realização de diversas atividades de maneira a obter fundos, não só monetários como materiais, para possibilitar a melhor performance possível do projeto.

Inicialmente, foi realizada uma recolha de material médico com o intuito de fazer rastreios na população e, em simultâneo, promover a saúde. O material foi cedido pelo Centro de Saúde de Norton de Matos, Coimbra, e por algumas farmácias da mesma região.

Optou-se também pela recolha de bens materiais (canetas, marcadores, lápis, cadernos, blocos, entre outros) e pela realização de algumas atividades pontuais, como workshops de dança e recolha de fundos em igrejas. Mais ainda, foi possível angariar algum material hospitalar, que se encontra discriminado na seguinte tabela:

Material	Quantidade (unidade)
Material Hospitalar	
Máscaras cirúrgicas (embalagem)	1
Luvas de vinil (embalagem)	6
Desinfetante de mãos	8

Apósitos cirúrgicos	8
Sistema de soro com arejador e conexão LL	3
Regulador de fluxo	1
Máscara de oxigénio pediátrico com tubo de 2mm	1
Ligaduras de tamanhos variados	41
Adesivos de tamanho variado	49
Sondas vesicais revestidas de silicone, de dupla via	19
Sondas gastroduodenais tipo Levin	3
Pensos autoadesivos 10cmx8cm (embalagem, 25 unid. cada)	2
Pensos rápidos em 4 tamanhos (embalagem, 30 unid. cada)	6
Compressas oculares 56mmx70mm (embalagem, 25 unid. cada)	4
Pensos para calos pediosos sem ácidos 6cmx1,8cm (embalagem, 8 unid. cada)	5
Kit de tratamento para queimaduras (2 toalhetes de limpeza, 2 doses de soro fisiológico, 2 compressas estéreis, 3 pensos para queimaduras)	1

Kit de tratamento para escoriações (2 toalhetes de limpeza, 2 doses de soro fisiológico, 2 compressas estéreis, 2 pensos estéreis, 1 pinça)	1
Kit de tratamento para bolhas (2 toalhetes de limpeza, 2 doses de soro fisiológico, 2 compressas estéreis, 3 pensos de tamanho grande, 2 pensos de tamanho pequeno)	3
Medicamentos	
Olanzapina 20mg (embalagem, 28 cp cada)	15
Amoxicilina e ácido clavulânico 875mg+125mg (embalagem, 16 cp cada)	5
Rabeprazol 20mg (embalagem, 56 cp cada)	4
Risperidona 1mg (embalagem, 60 cp cada)	3
Pioglitazona 45mg (embalagem, 28 cp cada)	1
Fluconazol 20mg (embalagem, 14 cápsulas cada)	2
Losartan 100mg (embalagem, 56 cp cada)	17
Meloxicam 15mg (embalagem, 20/60 cp cada)	1/4
Olanzapina 5mg (embalagem, 28 cp cada)	2
Irbesartan e hidroclorotiazida 150mg+12,5mg (embalagem, 28 cp cada)	4

Loperamida 2mg (embalagem, 20 cp cada)	2
Cloridrato de cinchocaína 20g (pomada)	3
Butirato de clobetasona 30g (pomada)	3
Sulfametoxazol e trimetoprim 800mg+160mg (embalagem, 15 cp cada)	3
Ibuprofeno 400mg (embalagem, 60 cp cada)	1

Por uma questão de segurança, procedeu-se à vacinação dos elementos do grupo, em concordância com os protocolos portugueses (Hepatite A, Febre Tifóide e Meningite). Mais ainda, procedemos à profilaxia da Malária, com posologia oral de mefloquina (na forma de cloridrato).

HOSPITAL GERAL DE MARRERE

O Hospital Geral de Marrere é uma unidade sanitária localizada na cidade de Nampula, aproximadamente a 12 Km da zona central da cidade. Tem como unidade de referência o Hospital Central de Nampula.

O raio de ação (em teoria) é de cerca de 15km, com uma população a rondar os 56.025 habitantes.

Tem como limites:

Norte: Bairros de Pedreira, Muepelume e Mulhaco;

Sul: Bairros de Namatherra e Namigonha;

Este: Bairro de Teacane e Expansão Marrere;

Oeste: Bairros de Napueia e Marrere.

O hospital está dividido, no edifício principal, em diversos setores: Serviços de Internamento de Medicina I, Medicina II, Pediatria, Cirurgia e Maternidade; Serviços de Urgência (banco de socorros e farmácia de urgência); bloco operatório; laboratório; Setor de Radiologia; depósito de medicamentos; setor de esterilização e lavanderia; serviços administrativos; serviços de ação social.

Mais ainda, fora deste edifício é possível encontrar um bloco de consultas externas que realiza triagem em todas as faixas etárias e consultas nas seguintes áreas: Nutrição, Cardiologia, Estomatologia, Oftalmologia, Fisioterapia, consultas TARV e de Cirurgia.

O funcionamento da Direção Hospitalar processa-se seguindo alguns pressupostos. Um conjunto restrito de pessoas, aqui designado de “Coletivo Restrito de Direção”, reúne-se *uma vez por mês* e quando necessário. A englobar mais pessoas existe ainda o “Coletivo

Alargado de Direção”, que inclui os responsáveis dos diversos setores e reúne-se *mensalmente*. *Trimestralmente*, realizam-se reuniões gerais com todos os funcionários do Hospital.

A Direção respeita a sua posição hierárquica, apresentando resultados, com regularidade, às seguintes entidades: Posto Administrativo de Natikiri, Direção de Saúde da Cidade e Direção Provincial de Saúde de Nampula.

Relativamente a recursos físicos e equipamentos, este hospital apresenta um total de 140 camas: 25 camas distribuídas por 5 quartos no serviço de Medicina I; 40 camas distribuídas por 8 quartos no serviço de Medicina II; 12 camas distribuídas por 2 quartos na Maternidade; 25 camas distribuídas por 5 quartos no Serviço de Cirurgia; 30 berços distribuídos nos 3 quartos do Serviço de Pediatria; 8 camas no ponto de socorro.

A enfermaria de Medicina II é um serviço destinado aos doentes diagnosticados com tuberculose que necessitem de tratamento em regime de internamento, sendo este hospital considerado a unidade de referência a nível provincial de tratamento desta enfermidade.

O hospital apresenta recursos físicos básicos que se encontram em funcionamento 24 horas por dia, entre os quais água corrente, gerador e energia.

No que diz respeito ao material cirúrgico, apresenta mesas operatórias, candeeiros de iluminação, cilindros de oxigénio e aparelhos de anestesia (todos com deficiência).

Nos campos laboratorial e imagiológico, este hospital apenas possui aparelho de radiologia convencional (não existindo qualquer aparelho ecográfico), e efetua hemograma e bioquímica.

Em termos de serviço de apoio, conta apenas com duas ambulâncias e uma motorizada (que não se encontra a funcionar no presente momento). A disfunção hoteleira é de elevada

ordem, uma vez que este hospital não apresenta máquina de lavar (e portanto a roupa da cama fica à responsabilidade da família do doente, quando presente) e tem apenas 2 fogões a gás e 3 congeladores para todo o complexo.

A casa mortuária apresenta apenas 1 câmara frigorífica, mas também não está funcional.

Em termos de recursos humanos, este hospital conta apenas com dois médicos locais com formação em Medicina Interna e um cardiologista italiano (já reformado no seu país de origem) que se ausenta apenas três meses por ano. Este, para além de exercer funções na sua especialidade, ainda realiza algumas intervenções cirúrgicas, operando por exemplo hérnias inguinais. O Serviço de Pediatria encontra-se ao encargo de uma enfermeira especialista nesta faixa etária, não existindo nenhum médico pediatra.

Situação Epidemiológica

A situação epidemiológica, segundo a Diretora Administrativa, não tem variado muito ao longo dos anos. Entre as enfermidades que afligem esta região, existem algumas que carecem de notificação obrigatória: *cólera, disenteria, sarampo, malária, raiva*. A *diarreia*, não sendo uma doença mas sim um sintoma verificado em diversas patologias, é também aqui incluído, devido à enorme prevalência verificada nesta população. No presente ano foram registados cerca de 4.897 casos de malária na faixa pediátrica e 2.703 casos dos 5 anos para diante, resultando num total de 6 mortes entre os 0 e 4 anos e 1 morte acima desta idade. No que concerne aos casos de diarreia, este ano foram observados 224 casos de diarreia entre os 0 e 4 anos, 60 casos dos 4 aos 14 anos, e 169 casos dos 15 anos para cima, resultando em 4 óbitos na camada etária mais jovem. Não foram registados casos de raiva, sarampo, nem cólera, tendo-se registado 47 casos de disenteria, que foram solucionados com sucesso.

Nota: Todos os dados apresentados nesta seção foram fornecidos pela Direção do H.G.M.

Doença	Casos		Óbitos		Taxa de Letalidade (%)		Evolução
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	Casos (%)
Malária (0-4 anos)	6.862	4.897	4	6	0,1	0,1	-28,6
Malária (\geq 5 anos)	3.533	2.703	2	1	0,1	0,0	-23,5
Total malária	10.395	7.600	6	7	0,1	0,1	-26,9
Diarreia (0-4 anos)	267	224	2	4	0,7	1,8	-16,1
Diarreia (4-14 anos)	70	60	3	0	4,3	0,0	-14,3
Diarreia (\geq 15 anos)	157	169	0	0	0,0	0	0
Total diarreia	227	229	5	4	2,2	4,8	0,9
Cólera	0	0	0	0	0	0	0
Disenteria	45	47	0	0	0	0,0	4,4
Raiva	1	0	0	0	0	0	-100,0
Sarampo	1	0	0	0	0	0	0

A melhoria dos resultados estatísticos relativamente a anos anteriores, que segundo a Diretora Administrativa rondou os 26%, prende-se com o facto de a educação comunitária estar a apresentar notórios avanços, nomeadamente na estimulação da manutenção sanitária

no seio da comunidade e na conservação de um ambiente saudável. Tal se mostra possível pelo atual reforço dos comités de saúde e de gestão nas comunidades, apostando na realização de reuniões trimestrais e palestras mensais na comunidade abordando vários temas educativos.

Programa Alargado de Vacinação (PAV) e Saúde Escolar

O Programa Alargado de Vacinação tem como objetivo primordial a prevenção de enfermidades através da vacinação. Enquadrados neste plano estão alguns grupos prioritários, entre os quais as crianças com idade compreendida entre os 0-23 meses (com especial foco nas crianças que se encontram entre os 0-11 meses) e as mulheres em período fértil. Falhas em registos e a carência de transportes fazem com que, ainda nos dias que correm, a taxa de cobertura na população seja inferior ao esperado. As vacinas que fazem parte do plano de vacinação de 2015 são as seguintes: BCG, VAS, CCV, DTP HB1, DTP HB3, POLIO1, POLIO3, PCV-101, PCV-103 e VAT.

Tipo de Vacina	2014			2015			
	Grupos Alvo	Realidade e	Taxa de Cobertura (%)	Grupos Alvo	Realidade e	Taxa de Cobertura (%)	Evolução (%)
BCG	1.091	973	89	1.121	951	85	-2.3
VAS	1.063	881	83	1.092	684	63	-22.4
CCV	1.063	834	78	1.102	662	61	-20.6

DTP HB1	1.063	886	83	1.092	831	76	-6
DTP HB3	1.063	873	82	1.092	800	73	-8.4
POLIO1	1.063	888	84	1.092	810	74.2	-8.8
POLIO3	1.063	873	82	1.092	800	73.3	-8.4
PCV-101	1.063	886	83	1.092	810	74.2	-8.6
PCV – 103	1.063	873	82	1.092	810	74.2	-7
VAT G 2- 5ª doses	1.362	754	55,4	1.398	551	39.4	-26.9
VAT MIF's 2- 5ª doses	2.712	3.587	132,3	5.574	3.321	60	-7,4
VAT Escolar (alunos)	-	1.839	-	-	986	-	-46,4
VAT Outros	-	105	-	-	112	-	6.7

Não foi possível chegar ao valor teórico de grupos alvo sujeitos a VAT escolar, e consequentemente, não foi possível realizar o cálculo da taxa de cobertura.

Comentário: Note-se a diminuição da taxa de cobertura em todos os parâmetros, de 2014 para 2015.

Saúde materna, Infantil e Neonatal

Este programa tem como alvos a mulher e a criança e inclui gestos terapêuticos tais como: planeamento familiar, consulta pré-natal, atendimento ao parto, seguimento pós-parto e procura de alvos de risco.

Componentes	ANOS						
	2014			2015			Evolução (%)
	Meta	Valor Real	Cobertura (%)	Meta	Valor Real	Cobertura (%)	
COMPONENTE MATERNA							
1ª Consulta Pré-Natal	1.364	1.209	88,6	1.398	1.243	88,9	2,8
Partos Institucionais	1.226	712	58	1.260	803	63,7	12,7
Consulta Pós-parto	1.226	1.209	98,6	1.260	797	63,2	-34,0
Consulta de Planeamento Familiar	5.288	354	7	6.978	595	8,5	68,0
Consultas de 0 - 11 Meses	1.090	904	82,9	1.122	939	83,6	3,8
Consultas de 1 - 4 Anos	3.626	1.747	48	4.848	1.330	27,4	-23,8

Indicadores	Anos		Evolução (%)
	2014	2015	
Partos na Maternidade	712	803	12,8
Nados Vivos	713	794	11,4
Nados vivos com Peso <2.5kg	51	43	-15,7
RN contacto pele a pele	685	786	14,7

Tratamento Presuntivo Intermitente na mulher grávida

ANO	1 dose	2 dose	3 dose	TOTAL
2014	769	554	272	1595
2015	786	535	351	1672
Evolução (%)	2,2	-3,4	29,0	4,8

Este quadro descreve o número de mulheres grávidas a quem se realizou a profilaxia da malária. Ocorreu um acréscimo de 4,8%, apesar da diminuição do fornecimento da segunda dose.

Comentário: Mostra-se relevante apelar a uma maior responsabilidade e consciencialização individual por parte das grávidas no correto cumprimento da profilaxia.

Prevenção da Transmissão Vertical

Diz respeito às atividades realizadas com o objetivo de prevenir a transmissão do vírus VIH da mãe para o bebé.

C.P.N	ANOS	2014	2015	Evolução (%)
	Grávidas que realizaram 1ª C.P.N.	933	1243	33,2
	Grávidas que realizaram 4 C.P.N.	422	467	10,7
PTV	Grávidas aconselhadas	933	1057	13,3
	Grávidas testadas	844	1031	22,2
	Grávidas diagnosticadas VIH+ (1º e 2º teste)	43	48	11,6
	Nº de Processos abertos	32	39	21,9
	CD4 + pedidos	20	6	-70,0
	Retorno dos resultados dos CD4+	8	0	-100,0
	Grávidas que iniciaram TARV	32	39	11,1

Comentário: Apesar de se ter verificado na maternidade do hospital que não são cumpridos os protocolos perante este tipo de gravidez de risco, será de reconhecer que a acessibilidade às condições e terapêutica é baixa para este local do mundo. Considero assim positivo o acréscimo do número de grávidas a iniciar TARV, e que de certo modo corrobora a seguinte alegação: “Tem-se verificado um rápido declínio na mortalidade relacionada com

SIDA entre as crianças, devido a intervenções eficazes para evitar a transmissão de mãe para filho”³⁸.

Consulta da criança em risco

A consulta da criança em risco é acessível a todas as crianças que por qualquer condição tenham o seu estado de saúde comprometido, e engloba variadas situações, tais como subnutrição, contexto epidemiológico de doença (VIH, tuberculose), entre outros.

1ª Consulta	ANOS	2014	2015	Evolução (%)
	1ª consulta	166	194	16,9
	Contacto com TB	19	15	-21,1
	1ª consulta com exposição ao vírus VIH	59	64	8,5
	Crianças testadas aos 18 meses	25	4	-84,0
	Crianças VIH(+)	6	3	-50,0
	Crianças testadas com PCR	14	62	+100
	Crianças (VIH+) com PCR	14	8	-42,9

³⁸ “Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: 2014”, We Can End Poverty 2015, Nações Unidas, Nove Iorque, 2014, p. 35. Disponível em <http://www.onu.org.br/img/2014/07/relatoriiodm2014.pdf>.

Mebendazol

Faixa Etária	2015
	Realizado
12-59 meses	781
Grávida	414

A tabela explicita o número de casos a quem foi fornecido Mebendazol, no presente ano.

Sal Ferroso

Mulheres	2015
	Realizado
Grávida	2.239
Pós – parto	773

A tabela explicita o número de casos que necessitaram de suplementação de sal ferroso, no presente ano.

Vigilância Nutricional

Indicador	2014			2015			Evolução (%)
	Meta	Valor Real	Cobertura (%)	Meta	Valor Real	Cobertura (%)	
0 a 11 meses	1.090	904	82,9	1.122	939	83,6	3,8
1 a 4 anos	3.626	1.747	48,2	4.848	1.330	27,4	-23
Crescimento satisfatório		9.287			12.532		34
Mau Crescimento		129			187		44,9
Total		9.416			12.632		34

Não é possível apurar o que em teoria deveria ser considerado crescimento satisfatório, ou pelo contrário, mau crescimento. Em consequência, não foi possível realizar o cálculo da taxa de cobertura neste dois parâmetros.

Na vigilância nutricional houve um decréscimo relevante, com a perda na ordem dos 23%, na faixa etária compreendida entre os 1-4 anos, motivada pelo déficit de triagem pediátrica, pela fraca educação comunitária e ainda pelo controlo deficiente das datas de nascimento das crianças.

Programa Nacional de Combate à Lepra e Tuberculose

Notificação de casos de Tuberculose Pulmonar e Extrapulmonar durante o primeiro semestre de 2014/2015

ANO		BK +	BK -	Exposições portadoras	Recaídas	Tratamento pós abandono	Recorrências	Total
2014	Realizado	23	43	30	0	0	3	99
2015		42	39	9	1	1	1	95
Evolução (%)		83	-9	-70	0	0	-67	-4

U.S.	% Cura			% Abandono			Óbitos		
	2014	2015	Evolução	2014	2015	Evolução	2014	2015	Evolução (%)
H.G.M.	34	12	-64,7	5	5	0	0	0	0

Resultado do tratamento de Tuberculose

A taxa de cura inclui os doentes BK + avaliados no 1.º Semestre de 2014/2015.

Comentário: Após tratamento de tuberculose, como é possível verificar, a percentagem de óbitos em 2014 e 2015 atingiu a nulidade. Assim, podemos aferir que pelo menos um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio foi atingido. Cito o *Relatório sobre os Objetivos*

de *Desenvolvimento do Milênio de 2014*, que afirma: “os esforços intensivos do combate à tuberculose salvaram cerca de 22 milhões de vidas em todo o mundo desde 1995”³⁹. Apesar da primeira afirmação, o mesmo relatório afirma que a taxa de diminuição da incidência de tuberculose tem sido muito lenta, atribuindo culpa ao fato de não existir uma vacina de administração após a exposição (para impedir a reativação).⁴⁰

Programa Nacional de Controle de DST/VIH

Infeções por transmissão sexual

Faixa Etária	Ano	Corrimento Uretral	Leucorreia	Úlcera Genital		Total
		Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
< 15 anos	2014	0	0	0	0	0
	2015	0	0	0	0	0
15-19 anos	2014	34	20	15	9	78
	2015	69	91	28	37	225
≥20 anos	2014	119	117	31	12	279
	2015	113	120	51	56	340
TOTAL	2014	153	137	46	21	357
	2015	182	211	79	93	565

³⁹ *Ibidem*, p. 4.

⁴⁰ *Ibidem*, p. 38.

Evolução (%)	19,0	54,0	71,7	342,9	58,3
--------------	------	------	------	-------	------

Durante o período em análise, registou-se um acréscimo significativo neste parâmetro (58,3%).

Comentário: Estes valores confirmam o entendimento plasmado no *Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 2014*, o qual nos indica que “na África Subsariana, a região mais afetada pela epidemia do VIH, somente 39 por cento dos jovens do sexo masculino e 28 por cento dos jovens do sexo feminino, com idades entre os 15 e os 24 anos, possuíam um conhecimento abrangente do VIH”.⁴¹

Em comparação com a situação portuguesa, a DGS afirma que “no espaço da Europa Ocidental, Portugal continua a apresentar das mais elevadas incidências de infeção por VIH, apesar de se observar uma tendência favorável de descida no número de casos (1941 diagnosticados em 2007 e 1518 diagnosticados em 2010)”⁴². Resulta desta afirmação que, apesar da elevada incidência desta enfermidade no nosso país, esta está muito aquém dos valores encontrados no continente africano.

⁴¹ *Ibidem*, p.35.

⁴² Direção-Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA*, p. 1. Disponível em <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:EeXGbHxzvUJ:https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-infecao-vihsida-pdf.aspx+%&cd=10&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>.

Serviço TARV

Atividades deste serviço durante o ano de 2015

	Novos inscritos em TARV	Novos inícios em TARV
Pediátrico	59	33
Adulto	304	206

Ocorreu um aumento do número de casos a necessitar este tipo de tratamento.

Performance Laboratorial

Atividades Laboratoriais no período entre 2014/2015

Atividades	2014	2015	Evolução (%)
Número de doentes examinados	8.339	9.987	19,8
Número de análises feitas	17.323	28.466	64,3
Unidades de sangue colhidas	190	346	82,1

Estomatologia

Atividades de Estomatologia durante o período de 2014/2015

Atividades	2014	2015	Evolução (%)
Número de consultas feitas	1.534	2.164	41

Número de dentes extraídos	1.000	1.485	48,5
Nº de obturações	176	237	34,6
Tartarectomia	34	110	+100

Oftalmologia

Atividades de Oftalmologia durante o período de 2014/2015

U.S.	H.G.M.
Doentes observados	774
Doente portador de catarata	38
Pequena cirurgia	7
Erros de refrigeração	224
Portador de glaucoma	18
Tratamento de glaucoma	18
Doente com Tracoma	11
Tratamento de Tracoma	11
Doentes com uveíte	10
Doentes encaminhados	12
Outros tratamentos	436

Fisioterapia

Atividades de Fisioterapia durante o primeiro semestre de 2014/2015

Total de doentes Externos	22	Número Total de Consultas	78
Total de doentes Internados	56		
Total de Acupuncturas	0	Número Total de Tratamentos	887
Total de doentes	78		

Cardiologia

Atividades da Consulta de Cardiologia Durante o primeiro semestre de 2015

Total de Consultas	2.916
Total de Ecografias	1.161
Total de Ecografias Abdominais	98

Durante o período em análise, foram enviados ao Instituto de Coração (ICOR) - Maputo, 6 crianças e 1 jovem para a realização de intervenções cirúrgicas.

Consultas Externas

Consultas Externas durante o Ano de 2014/2015

Tipos de Consultas	2014	2015	Evolução (%)
Consultas de Medicina	15.728	20.803	32,3
Consultas de Pediatria	12.825	20.908	63,0
Banco de socorros	10.609	12.622	19,0
Estomatologia	1.534	2.164	41,1
Radiologia	1.976	410	-79,3
Cardiologia	1.933	4.505	133,1
Total	44.605	61.412	37,7

Nota: Decréscimo exacerbado nas consultas de Radiologia explicado pela avaria do aparelho radiográfico, resultando no insucesso de 79,3%.

Farmácia

Receção de Medicamentos durante o primeiro semestre de 2014/2015

RECEITAS /FARMÁCIA		Ano		
		2014	2015	Evolução (%)
VALOR VALOR/UNIDADE	Comparticipado	65.384	75.428	15,3
	Subsidiado	144.205	119.368	-17,2
	Via clássica	68.486.527	85.614.866	25.0
	Kits Recebidos-US	0	34	0
	Redes mosquiteiras recebidas	0	1.800	0
	Número de Receitas Médicas	41.953	39.868	-4,9
	Consultas Externas	78.779	93.825	19

Segundo informações, ocorreu uma boa disponibilidade de anti-maláricos, pelo facto de a malária ser uma enfermidade que aflige grande parte da população e que motiva muitos internamentos no HGM.

Malária

Gestos terapêuticos integrados no Programa de Malária durante o 1.º semestre de 2015

U.S.	Diagnóstico da Malária			Anti-maláricos atribuídos		
	TDR+	HTZ+	Total	Total recebidos	Total usados	Total restantes
H.G.M.	16.134	1.684	17.818	25.970	18.274	7.696

Redes Mosquiteiras nas consultas pré-natais

U. S.	1ª CPN	Redes Recebidas na US	Redes Distribuídas na 1ª CPN	Redes Distribuídas na CPN
H.G.M.	903	1.800	902	909

Comentário: Esta é apenas uma de muitas intervenções da malária que permite uma diminuição substancial da taxa de mortalidade.

Internamento

Causas de Internamento e Óbitos

Causas	Altas	Óbitos	Taxa de Letalidade (%)
Diarreia	46	0	0
Tuberculose	217	30	14
Malária Confirmada	117	1	1
Pneumonia	102	8	8
Anemia	86	4	5
VIH / Sida	7	0	0
Outras	137	7	5
Total	712	57	8

Intervenções Cirúrgicas mais realizadas

Intervenções	Nº Intervenções	Óbitos	Taxa de Letalidade
Herniorrafia Inguinal Eletiva	213	0	0
Herniorrafia Inguinal de Urgência	14	0	0

Laparotomia	22	0	0
Cesariana Eletiva	3	0	0
Cesariana de Urgência	10	0	0
Histerectomia	8	0	0
Laqueação	0	0	0
Outras	241	0	0
Hidrocelo	116	0	0
Total	627	0	0

Pediatria

Atividades de Pediatria durante o 1.º Semestre de 2014/2015

Sala de operações	Altas	Óbitos	Taxa de Letalidade (%)
Diarreia	47	3	6
Malária Confirmada	339	6	2
Pneumonia	76	3	4
Desnutrição	39	3	8
Anemia	42	0	0
Tuberculose	3	0	0

Outras	37	1	3
Total	583	16	3

Radiologia

Atividades	2014	2015	Evolução (%)
Doentes Atendidos	1.126	410	-64
Exames efectuados	899	460	-49
Películas gastas	1.151	489	-58

Nota: o decréscimo generalizado deste parâmetro deve-se ao facto do aparelho radiográfico ter estado avariado durante um longo período.

Apoio Social

Casos Reportados durante o período de Março - Junho de 2015

Número de Casos	Total de Transferências	Total de Alta	Óbitos	Assistência Médica	Outros
150	11	66	7	8	29
Idosos Assistidos					
29					

Segundo informações facultadas pela Direção, neste período em análise, foram pagos seis bilhetes. Dois doentes necessitavam de consulta de cardiologia e dos outros quatro, um encontrava-se em regime de internamento e os restantes em regime ambulatorio. O valor deste apoio rondou os 3.650 meticais, que convertido na moeda europeia, corresponde a cerca de 76.30 euros.

Fundos de funcionamento do Hospital no 1.º Semestre de 2015

Ordem	Fonte de Funcionamento	Dotação Disponível	Gasto	Saldo	Grau de Execução
1	Fundo Permanente	1.160.881,67	1.160.881,67	0	100%
2	Fundo Provincial	0	0	0	0%
3	Fundos Externos (PBF)	656.895,48	656.895,48	0	100%
4	Fundos Externos(Sub-Acordo)	0	0	0	0
Execução Global de fundos		7.729.841,5	7.729.841,5	0	100%

Nota: 1 metical = 0,02 euros.

Principais preocupações

No momento que se vive neste Hospital, ainda ocorrem alguns erros que se mostram de séria consternação. Entre os vários, dá-se realce aos seguintes problemas: carência de profissionais médicos, fornecimento de água débil, ausência de morgue, déficit de material farmacológico e laboratorial e ainda a referência inadequada dos doentes do HCN para esta unidade sem o devido estudo ou seguimento.

Perspetivas

Perspetivas	Período de execução	Responsável
Reabilitação da câmara frigorífica existente e construção de casa morgue para conservação de corpos	2015	Parceiro - Arquidiocese
Melhoria da qualidade de atendimento (comité de humanização)	2015	Diretora do Hospital Geral de Marrere
Melhoria da ligação com a comunidade (comité de co-gestão)	2015	Diretora do Hospital Geral de Marrere
Melhorar o fluxo de referência e	2015	Direção clínica do Hospital

contra-referência HCN-HGM		Geral de Marrere e Hospital Central de Nampula
---------------------------	--	--

Grau de Cumprimento de Recomendações do Conselho Hospitalar

Recomendações	Cumprimento
Aquisição de loiça suficiente para todos os doentes internados e funcionários.	Cumprido.
Instituir os carimbos individualizados para os clínicos da U.S.	Cumprido.
Fazer a manutenção do Hospital.	Cumprido. Exemplo: pintura da parte externa do Hospital; reparação de redes e gradeamento das janelas; criação e conservação de jardim frontal; reabilitação da cozinha hospitalar.
Criar serviços de segurança e fazer cumprir os horários de visita.	Cumprido.
Os técnicos de Nutrição devem proceder à elaboração das ementas do Hospital e liderar o processo de aquisição e controlo de stock; devem também chefiar a cozinha e verificar a correta distribuição das refeições.	Cumprido. NB: o Hospital possui dois nutricionistas.

Realização de feiras de saúde e colher sangue em eventos.	Cumprido: Foram realizadas duas feiras de saúde.
Instalar um Serviço de Nutrição de excelência no H.G.M.	Não cumprido.

DESCRIÇÃO CRÍTICA

Antes de iniciar o comentário *proprio sensu*, gostaria de tecer algumas considerações prévias. Em primeiro lugar, há que referir que a descrição poderá estar, de alguma forma, incompleta. Não se mostrou possível angariar dados suficientes para descrever, de modo completo e sistemático, os casos clínicos que presenciei. Mais ainda, devo esclarecer que, mesmo relativamente às informações concretamente obtidas, o seu grau de precisão poderá não ser muito elevado, como foi possível perceber ao longo de todo o estágio.

O estágio teve início no dia 30 de Julho de 2015, nos Serviços de Medicina Interna e Pediatria do Hospital Geral de Marrere.

Observando os padrões de morbilidade, foi possível identificar diversos casos de *pneumonia*, *sífilis* e *tuberculose*. O VIH surgiu em números alarmantes, com variados casos de lesões compatíveis com *Sarcoma de Kapozi* e infeções *oportunistas*, atingindo a população em todas as faixas etárias. Tal facto induziu o hospital a atribuir o termo “ATS” ao invés de VIH, de forma a garantir o sigilo médico – caso haja acesso aos processos por parte de pessoal não médico – e assegurar maior proteção do indivíduo e o respeito pela dignidade humana. A comunidade médica moçambicana utiliza com frequência uma mnemónica para fixar mais facilmente o quadro clínico de tuberculose (FESTA: F - febre, E - emagrecimento, S - sudorese, T - tosse, A - anorexia).

Revelou-se forte preocupação o facto de a *assepsia* não ser uma prioridade neste hospital – comprometendo-se o bem-estar de todos – e também a total ausência de tratamentos diferenciados, como por exemplo *quimioterapia* (o que implicaria a transferência para o hospital central da cidade). Outras carências prejudicam gravemente os doentes, mas ainda assim são ignoradas, sendo disso exemplo a realização de paracentese sem uso de anestésico. Mais ainda, a colossal inexistência de exames complementares propicia que

diversos estigmas culturais influenciem os diagnósticos finais, sem qualquer tipo de pesquisa adjacente. Retrato disso é o caso de uma rapariga em idade fértil, que apresentava dor e defesa à palpação em todo o abdómen. Rapidamente foi assumido que se trataria de uma gravidez ectópica, sem realizar uma ecografia ou dosear a β -HCG. No que concerne a outro tipo de procedimentos, realizados *diariamente*, entendeu o grupo de trabalho que estes foram realizados incorretamente pelos profissionais de saúde locais. Por exemplo, verificou-se uma constante solicitação de um raio-X do tórax com incidência ântero-posterior – ao invés da incidência postero-anterior – em doentes com sintomas *pulmonares*.

Outra falha preponderante no sistema interno deste hospital prende-se com o facto de este não possuir banco de dadores de sangue. Quando um doente necessita de transfusão sanguínea, recorre-se a um familiar que se predisponha a doar o seu próprio sangue. Resulta desta solução que, no caso de o familiar dador ser portador de VIH, será de esperar que o familiar recetor venha a padecer da mesma infeção.

Quanto às consultas que presenciei, apraz-me referir que mantive particular dúvida quanto à eficácia das consultas denominadas “gerais”. Isto, porque perante casos de síndrome gripal-like, apenas subsistiam duas vias: se se estivesse diante de um jovem, procedia-se de imediato a um teste rápido de malária; se se tratasse de um indivíduo mais velho, prontamente se executaria um teste rápido de VIH, não sendo praticadas outras pesquisas adicionais.

Um dos setores que mais chocou o grupo de trabalho foi, indubitavelmente, o de *pediatria*. Nesse setor, crianças com patologia cardíaca vêem a possibilidade de tratamento ou de meros diagnósticos constantemente adiados, e por tempo indeterminado, tendo de aguardar a chegada de um médico oriundo de Maputo. A explicação que nos foi dada para esta ocorrência foi a de que o cardiologista do hospital (de nacionalidade italiana, já reformado no seu país) não está presente. Trabalha nove meses por ano no Hospital de Marrere, sendo

conhecida a sua boa coordenação com o Instituto do Coração Moçambicano. Do nosso país, é notável a cooperação constante do Professor Doutor Manuel Antunes com esta entidade moçambicana, estando contabilizados, até à data, cerca de 1300 doentes operados, bem como é de louvar a sua elevada taxa de sucesso nas consultas de seguimento pós-cirúrgicas.

Relativamente à minha breve experiência na maternidade, mostrou-se censurável que os procedimentos em gravidezes de risco – a título de exemplo, mãe VIH positiva – não respeitem o que é propugnado na literatura. Aí se afirma que, no caso de mãe VIH positiva, deveria ser realizada uma cesariana eletiva, assim como profilaxia anti-retrovírica com Zidovudina, diminuindo substancialmente a transmissão vertical; na prática, neste hospital não são seguidas estas normas, realizando-se o parto por via vaginal, e sem quaisquer tipos de cuidados adicionais.

O estágio, num sentido global, mostrou-se uma experiência verdadeiramente enriquecedora, quer no plano médico, quer no plano humano. O grupo deparou-se com vários exemplos marcantes, que não se observam com tal intensidade no nosso país (como por exemplo, as ascites exuberantes). Apesar das inúmeras carências deste hospital, muitos são os intervenientes que encetam múltiplos esforços em prol do bem-estar da comunidade e mantêm a esperança de que a situação desta população se venha a revelar mais próspera.

CONCLUSÃO

Chegamos ao fim do nosso, já longo, relatório. Cumpre-me destacar que, possivelmente, alguns tópicos surgem carecidos de um tratamento aprofundado. Não obstante, sendo escasso o espaço que me foi outorgado, realizei um estudo de forma abrangente, crítica e em retrospectiva, respeitando os desígnios com que, *ab initio*, foi elaborado.

Não é minha pretensão repetir tudo o que já foi dito, mas sim explicitar as principais conclusões, e ainda, acrescentar ao trabalho breves considerações.

Afirmo, em inúmeros momentos, que a comunidade observada apresenta inúmeras carências, e inclusivamente, executei diversos paralelismos, por forma a corroborar o meu testemunho.

Para que a situação em Nampula possa prosperar, é necessário que ocorra uma progressão em diversos setores, e, para que tal seja possível, mostra-se fulcral um esforço concertado e focalizado de todos. Ainda assim, considero que tal enfoque revelar-se-á, na prática, infrutífero, se, por exemplo, na chegada de terapia anti-retroviral aos necessitados, *comportamentos de risco* persistirem.

Note-se que, à semelhança do que é afirmado em diversos relatórios e convenções, considero crucial, tanto a erradicação da pobreza extrema e da fome, como o acesso a água potável, o combate à subnutrição e à morte infantil, e a construção de coesão social. Mais concretamente, parece-me ser essencial uma verdadeira *educação para a saúde*, constituindo esta, por um lado, um dos pontos centrais no meu trabalho e, por outro, o ponto de partida para as minhas alegações finais.

A maioria das mortes *infantis* e *maternas* são, sublinhe-se, *evitáveis*. Existem soluções e atitudes no âmbito da medicina *preventiva*, que reduzem significativamente a ocorrência de

mortes (por exemplo, a realização de *imunização contra o sarampo*). A *saúde preventiva* e a *educação para a saúde reprodutiva* devem ser engrandecidas, tal como é exposto no *Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 2014*, onde se afirma: “Devem existir esforços concertados para assegurar o acesso universal tanto dos cuidados pré-natais especializados, como a intervenções eficazes, melhoradas de forma a incluir o acesso ao planeamento familiar, e a informações e serviços para a saúde reprodutiva, em particular nas populações vulneráveis”⁴³. Para que tal objetivo ganhe vida, é necessária a concessão de maior assistência e formação de profissionais de saúde especializados; mais ainda, revela-se essencial uma expurgação das disparidades no acesso aos serviços de saúde.

Prova da transcendente importância da *prevenção primária* é a taxa de gravidez na adolescência, que atinge valores exorbitantes na África Subsariana e, tal como é observado no Relatório supramencionado, “está associada não só a riscos de saúde tanto para as mulheres jovens como para a criança, mas também com a perda de oportunidades na escola e no trabalho (...). Assim, a redução da gravidez precoce pode ter impacto na concretização de outros ODM sobre a pobreza, a educação, a igualdade de género e a mortalidade infantil”⁴⁴. No mesmo diploma, é ainda valorizado o papel da contraceção, demonstrando-se que a proporção de mulheres a usar este método duplicou entre 1990 e 2012.⁴⁵

Os comportamentos de risco e a escassez de informação relativamente ao *VIH* permanecem em níveis preocupantes. Facto é que a maioria das infeções por *VIH* são transmitidas pela via *sexual*, tornando-se manifesto que tais infeções seriam facilmente evitadas se em tais populações se advogasse a prática de sexo *seguro*, através do uso do *preservativo* e, ainda, ao instruir a população acerca do risco inerente à prática sexual com

⁴³ “Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: 2014”, We Can End Poverty 2015, Nações Unidas, Nove Iorque, 2014, p. 29. Disponível em <http://www.onu.org.br/img/2014/07/relatorioodm2014.pdf>.

⁴⁴ *Ibidem*, p. 31.

⁴⁵ *Ibidem*, p. 32.

múltiplos parceiros. Devem ser intensificados os esforços para assegurar serviços e informações direcionados, em particular, a esta infeção, mas também, e em geral, a todas as doenças sexualmente transmitidas nas camadas mais jovens⁴⁶. A mesma estratégia deve ser aplicada aos casos de *malária e tuberculose*, que requerem, não só uma carga informativa considerável, um diagnóstico tempestivo e um tratamento adequado, como também, e em primeira linha, a implementação de medidas gerais *preventivas* (sendo disso exemplo a distribuição de redes mosquiteiras e inseticidas, para a prevenção da malária).

Em 2013, a ONU designou a saúde sexual e reprodutiva como uma prioridade, dando destaque ao *planeamento familiar* no âmbito do Plano Estratégico do Setor de Saúde de 2014-2019⁴⁷. Mais ainda, foram adotadas novas atitudes, que passaram pela adoção do Plano Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical, pela implementação de novas *guidelines* de tratamento, entre outros.⁴⁸

Em suma, o plano que proponho passa por incentivar o acompanhamento periódico da população, de maneira a reavaliar continuamente os riscos para a saúde decorrentes da marcada história de VIH que os assombra, e ainda das restantes entidades que já foram sendo referidas, educar para a adoção de estilos de vida saudável e a cessação de comportamentos de risco, cumprir o calendário vacinal, iniciar estudos em rastreios preconizados e oferecer à comunidade os cuidados curativos e de reabilitação que se mostrem necessários.

Como nota final deste relatório, gostaria de reforçar que considerei bastante positiva a minha primeira experiência de voluntariado internacional e, ainda, enaltecer todos os intervenientes com quem partilhei esta jornada de aprendizagem.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 35.

⁴⁷ “Relatório Anual 2013”, Nações Unidas em Moçambique. Disponível em <http://www.mz.one.un.org/por/Recursos/Publicacoes/Relatorio-Anual-das-Nacoes-Unidas-em-Mocambique-2013>.

⁴⁸ *Ibidem*.

Esta foi uma experiência bastante marcante, na qual pude perceber num sentido prático a importância vital de uma correta intervenção na promoção da saúde da comunidade, com destaque no âmbito da educação para a saúde e da prevenção da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ FEIO, Diogo, “Jurisdição Penal Internacional: a sua evolução” *in* Revista Primavera, 2001, n.º 97, 2.ª série, p. 155. Disponível em: http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1456/1/NeD097_DiogoFeio.pdf.

² *Ibidem*, p. 155 e 157.

³ *Ibidem*, p. 159.

⁴ BORGES, Alci Marcus Ribeiro, “Breve introdução ao direito internacional dos direitos humanos”. Disponível em http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/alciborges/alcibrev_intro_direito_intern_dh.pdf.

⁵ “O Direito Internacional Humanitário e os Direitos Humanos”, edição portuguesa, Janeiro 2002, p. 5, 7 e 8, disponível em http://www.gddc.pt/direitos-humanos/Ficha_Informativa_13.pdf.

⁶ *Ibidem*, p. 3.

⁷ *Ibidem*, p. 4 e 5.

⁸ *Ibidem*, p. 4, 5 e 11.

⁹ PIOVESAN *apud* BORGES, Alci Marcus Ribeiro, “Breve introdução ao direito internacional dos direitos humanos”. Disponível em http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/alciborges/alcibrev_intro_direito_intern_dh.pdf.

¹⁰ BORGES, Alci Marcus Ribeiro, “Breve introdução ao direito internacional dos direitos humanos”, disponível em http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/alciborges/alci_breve_intro_direito_intern_dh.pdf; LEITE, Leonardo Queiroz, “O Direito Internacional dos Direitos Humanos: reflexões sobre a Declaração Universal dos Direitos Humanos e sua influência no ordenamento jurídico brasileiro”, p. 336 e 338, disponível em <http://legacy.unifacef.com.br/novo/3fem/Inic%20Cientifica/Arquivos/Leonardo.pdf>.

¹¹ BILDER *apud* BORGES, Alci Marcus Ribeiro, “Breve introdução ao direito internacional dos direitos humanos”. Disponível em http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/alciborges/alci_breve_intro_direito_intern_dh.pdf. Verifica-se, portanto, uma atenuação do anterior valor supremo da soberania dos Estados, em benefício dos direitos humanos dos seus cidadãos, protegidos *universalmente* (cfr. LEITE, Leonardo Queiroz, “O Direito Internacional dos Direitos Humanos: reflexões sobre a Declaração Universal dos Direitos Humanos e sua influência no ordenamento jurídico brasileiro”, p. 336, disponível em <http://legacy.unifacef.com.br/novo/3fem/Inic%20Cientifica/Arquivos/Leonardo.pdf>).

¹² BORGES, Alci Marcus Ribeiro, “Breve introdução ao direito internacional dos direitos humanos”, disponível em http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/alciborges/alci_breve_intro_direito_intern_dh.pdf; LEITE, Leonardo Queiroz, “O Direito Internacional dos Direitos Humanos: reflexões sobre a Declaração Universal dos Direitos Humanos e sua influência no ordenamento jurídico

brasileiro”, p. 338 e 339, disponível em <http://legacy.unifacef.com.br/novo/3fem/Inic%20Cientifica/Arquivos/Leonardo.pdf>; “O Direito Internacional Humanitário e os Direitos Humanos”, edição portuguesa, Janeiro 2002, p. 4, disponível em http://www.gddc.pt/direitos-humanos/Ficha_Informativa_13.pdf.

¹³ VIEIRA, Belchior, “A acção humanitária nas operações de apoio à paz” in *Revista Nação e Defesa*, 1997, n.º 83, p. 105 e 106. Disponível em http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1534/1/NeD83_BelchiorVieira.pdf.

¹⁴ VIEIRA, Belchior, “A acção humanitária nas operações de apoio à paz” in *Revista Nação e Defesa*, 1997, n.º 83, p. 113. Disponível em http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1534/1/NeD83_BelchiorVieira.pdf; BRAUMAN, Rony, “Humanitarian Medicine”, Maio de 2012, *Crash/Fundação dos Médicos sem Fronteiras*, p. 10. Disponível em <http://www.msf-crash.org/drive/1433-humanitarian-medicine.pdf>.

¹⁵ *Vide* <http://www.medicosdomundo.pt/pt/go/menu-principal-quem-somos-historia>.

¹⁶ Por tudo, *vide* “Humanitarian Medicine”, International Association for Humanitarian Medicine Brock Chisholm. Disponível em http://www.iahm.org/eng/home_medicinaumanitaria.htm.

¹⁷ Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>.

¹⁸ “Humanitarian Medicine”, International Association for Humanitarian Medicine Brock Chisholm. Disponível em http://www.iahm.org/eng/home_medicinaumanitaria.htm.

¹⁹ “Humanitarian Medicine: What is Humanitarian Medicine?”, disponível em <http://www.clinicsforhumanity.info/humanitarian-medicine.html>; “Global Humanitarian Assistance”, disponível em <http://www.globalhumanitarianassistance.org/data-guides/defining-humanitarian-aid>.

²⁰ “Humanitarian Medicine”, International Association for Humanitarian Medicine Brock Chisholm. Disponível em http://www.iahm.org/eng/home_medicinaumanitaria.htm.

²¹ FARHAT, Saïd, “Dicionário Parlamentar e Político: o processo político e legislativo no Brasil”, 1996, p.401. Disponível em https://books.google.pt/books?id=8RZOrdXDxG4C&pg=PR22&lpg=PR22&dq=farhat+said+dicionario+parlamentar&source=bl&ots=UtpS0GnFKO&sig=CQ7YS0pxdzN9m75zCSvp-Rjbu-8&hl=pt-PT&sa=X&ved=0CCoQ6AEwAmoVChMIu_D2i7b8yAIVyg8aCh1hXwGB#v=onepage&q=farhat%20said%20dicionario%20parlamentar&f=false.

²² “Relatório do Desenvolvimento Humano 2014 – Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resilência”, publicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano, trad. a cargo de Camões – Instituto da Cooperação e da Língua, p. 161. Disponível em http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014_pt_web.pdf.

²³ *Ibidem*, p. 166-169.

²⁴ *Ibidem*, p. 168.

²⁵ *Ibidem*, p. 172.

²⁶ “Relatório Anual 2013”, Nações Unidas em Moçambique. Disponível em <http://www.mz.one.un.org/por/Recursos/Publicacoes/Relatorio-Anual-das-Nacoes-Unidas-em-Mocambique-2013>.

²⁷ “Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: 2014”, We Can End Poverty 2015, Nações Unidas, Nove Iorque, 2014, p. 8. Disponível em <http://www.onu.org.br/img/2014/07/relatorioodm2014.pdf>.

²⁸ “Moçambique em antepenúltimo no Relatório da ONU sobre desenvolvimento humano”. Disponível em <http://www.dw.com/pt/mo%C3%A7ambique-em-antepen%C3%BAltimo-no-relat%C3%B3rio-da-onu-sobre-desenvolvimento-humano/a-16678138>.

²⁹ *Ibidem*, p.12.

³⁰ *Ibidem*, p. 24 e 25.

³¹ *Ibidem*, p. 25 e 26.

³² *Ibidem*, p. 28.

³³ “Cooperação e Ajuda Humanitária”. Disponível em <http://www.cruzvermelha.pt/actividades/internacional/cooperacao-e-ajuda-humanitaria.html>.

³⁴ “Ajuda Pública ao Desenvolvimento”. Disponível em <http://popdesenvolvimento.org/temas/populacao-e-desenvolvimento/ajuda-publica-ao-desenvolvimento.html>.

³⁵ FERREIRA, Patrícia Magalhães, “A Ajuda ao Desenvolvimento: Revisão do conceito e novas abordagens”, Junho de 2014, p. 2, disponível em <http://www.imvf.org/ficheiros/file/brief1junho2014.pdf>; “Cooperação e Desenvolvimento”, disponível em <http://www.plataformaongd.pt/plataforma/areasactuacao/area.aspx?id=1430>.

³⁶ FERREIRA, Patrícia Magalhães, “A Ajuda ao Desenvolvimento: Revisão do conceito e novas abordagens”, Junho de 2014, p. 7. Disponível em <http://www.imvf.org/ficheiros/file/brief1junho2014.pdf>.

³⁷ “Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, trad. Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil, p. 15. Disponível em <http://www.pnud.org.br/Docs/TransformandoNossoMundo.pdf>.

³⁸ “Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: 2014”, We Can End Poverty 2015, Nações Unidas, Nove Iorque, 2014, p. 35. Disponível em <http://www.onu.org.br/img/2014/07/relatoriodm2014.pdf>.

³⁹ *Ibidem*, p. 4.

⁴⁰ *Ibidem*, p. 38.

⁴¹ *Ibidem*, p.35.

⁴² Direção-Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA*, p. 1. Disponível em <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:EeXGbHxzevUJ:https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-infecao-vihsida-pdf.aspx+&cd=10&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>.

⁴³ “Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: 2014”, We Can End Poverty 2015, Nações Unidas, Nove Iorque, 2014, p. 29. Disponível em <http://www.onu.org.br/img/2014/07/relatorioodm2014.pdf>.

⁴⁴ *Ibidem*, p. 31.

⁴⁵ *Ibidem*, p. 32.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 35.

⁴⁷ “Relatório Anual 2013”, Nações Unidas em Moçambique. Disponível em <http://www.mz.one.un.org/por/Recursos/Publicacoes/Relatorio-Anual-das-Nacoes-Unidas-em-Mocambique-2013>.

⁴⁸ *Ibidem.*