

## Relato de um jovem arquiteto em Moçambique

*Pedro Lobão*

Professor DAU | PUC-RIO

Contato: lobao.p@gmail.com

Em 1994 assinei um contrato com Médicos Sem Fronteiras para trabalhar em Moçambique. Meses antes eu nada suspeitava desta viagem. O que me levou a trabalhar com Ajuda Humanitária? Terá sido um traço de caráter que me conduziu? Ou foi a vida que me levou a destinos não imaginados? Neste relato pretendo contar em linhas rápidas minha experiência moçambicana. A título de abertura vale contar a história do...



Fonte: Google

*“Zoom” da posição do posto de saúde de Chicuto*

### CAMINHÃO ROSA

Durante meu trabalho com Médicos Sem Fronteiras em Moçambique todo material de construção mais industrializado vinha da capital em caminhões fretados pelo escritório central da missão. Sempre reclamei por autonomia para contratar esse transporte a partir da minha base em Magude, pois, em se tratando de

ajuda humanitária, eu entendia que o orçamento deveria ser gasto localmente, aumentando assim o impacto positivo do projeto no seu destino final.

Quando enfim consegui minha independência para contratar serviços localmente eu já sabia quem contratar: Vasco, simpaticíssimo proprietário de um caminhão Mercedes-Benz velho, mas bem cuidado e... inteiramente pintado de rosa choque. Quando digo inteiramente, quero dizer que tudo, mas tudo mesmo, até o volante era pintado de rosa. E não era um rosa qualquer, era rosa choque total. Uma visão! Vasco tinha várias frentes de trabalho na Magude recém liberta da Guerra. O caminhão era sua melhor ferramenta. Um sujeito que melhorava o cenário econômico da vila através de uma determinação invejável e de um sólido bom humor.

Fui então encontrá-lo para combinar o serviço: ida a Maputo, carregamento do caminhão, retorno a Magude. De cara, vi que não era bem assim. Vasco, cioso em atender integralmente minhas demandas de estrangeiro estressado, quis detalhar a viagem com muito mais pormenor. Combinamos então, passo a passo, como seria tudo: saída de Magude, possível parada no caminho, chegada ao depósito em Maputo, tempo para carregamento do caminhão, tempo para almoço e soneca, saída para Magude, parada para abastecimento, possível parada na volta, chegada. Tudo calculado com tanta folga que o tempo previsto para a viagem dobrou! Pelo menos, com tanta margem de erro, eu estava seguro que ele chegaria em tempo para minha equipe descarregar o caminhão no horário de trabalho normal, sem incluir “hora extra” por descarregar à noite.

Tudo combinado, ele parte na manhã seguinte cedo. Ao final da tarde, na hora programada, lá estava eu com um grupo de operários a postos esperando por ele. Mas, para meu desespero, ele chegou umas 4 horas depois, noite avançada e eu bufando, estressadíssimo com o seu atraso. Ele desce da cabine e, ao me ver, chegando com cara de poucos amigos manda, na lata:

Seu Pedro, eu estava vindo o tempo todo. Não parei de vir em momento algum.

Não tem jeito. É que...

- Não diz mais nada, já entendi tudo! Vamos descarregar isso logo! - Disse eu.

E realmente eu tinha entendido tudo. Ele de fato “estava vindo o tempo todo”, aplicadíssimo. Mas, como controlar o tempo, se a vida é uma enxurrada de surpresas? Na cultura Xangana de Vasco, baseada na tradição oral, as coisas são sempre mais voláteis e impalpáveis. Minha visão cartesiana de tempo ruiu como num livro do Mia Couto.

Segui contratando o simpático Vasco e seu caminhão rosa, porém, nunca mais o esperei em horário algum. Ele chegava à hora que chegasse e, caso necessário, esperava pelo turno seguinte para descarregar. Ou então, por conta própria, catava os operários pela vila de Magude, casa a casa, para descarregar à noite. Mais simples impossível. Se eu tinha pressa encomendava a viagem com mais antecedência, ou então relaxava...

O tempo em Magude era elástico e conviver com isso foi para mim um grande aprendizado.

### COMO COMEÇOU...

Quando me graduei arquiteto-urbanista, em 1991, estávamos em meio a uma grave crise econômica, resultado de altíssimos índices de inflação do final do Governo Sarney e do caos provocado pelo dinheiro confiscado no Plano Collor.

Qualquer semelhança com os dias atuais NÃO é mera coincidência.

Nesse contexto, partir para um mestrado fora do país foi uma opção razoavelmente fácil. Antes mesmo da formatura, eu já ambicionava compensar algumas fragilidades que via em minha formação acadêmica, principalmente com relação à parte teórica. Pensei então em aproveitar a crise para finalizar minha formação acadêmica.

Barcelona estava naquele exato momento finalizando os preparativos para os Jogos Olímpicos, com uma série de obras que a transformaram em ícone de renovação urbana. Foi uma escolha natural.

Ao final do mestrado, por conta de um bom amigo que se engajou com a ONG Médicos Sem Fronteiras, percebi pela primeira vez a possibilidade de fazer Trabalho Humanitário. Fazia sentido, gostei da ideia de trabalhar com a “mão na massa”.

Moçambique era certamente a melhor oportunidade para realizar essa ideia. País oficialmente lusófono que três anos após a queda do Muro de Berlim<sup>1</sup> encerrara três décadas de guerra civil. Dois anos depois da “paz”, Moçambique era objeto de inúmeros projetos de reconstrução de infraestrutura. Em teoria, eu tinha muitas facilidades para conseguir trabalho lá por conta da língua, da minha formação e da grande demanda de trabalho.

Minha primeira surpresa foi perceber que essa teórica facilidade não se traduzia numa contratação! Me parecia espantoso que organizações atuando em situação precária e em locais remotos exigissem “experiência anterior”. Essa era, contudo, a primeira pergunta nas entrevistas, sempre. Após infinitas visitas, cartas e currículos consegui uma indicação para a seção Suíça de Médicos Sem Fronteiras – MSF-CH. Segui para Genebra imediatamente, no risco.

Da fase de incertezas, passei àquela da pressão total. Entrevista, contrato imediato e programação para chegada em campo em menos de 15 dias. Fui contratado como Oficial Logístico para o projeto de MSF em Magude, distrito localizado no norte da província de Maputo. Na sumária reunião de instrução em Genebra soube das minhas funções: eu agora era res-

ponsável por oferecer todo apoio logístico ao projeto médico e por executar diretamente<sup>2</sup> a reconstrução do sistema de saúde distrital, composto de um centro de saúde em operação precária e uma rede de postos de saúde periféricos, todos destruídos por abandono durante os anos de guerra.

### CHEGANDO LÁ

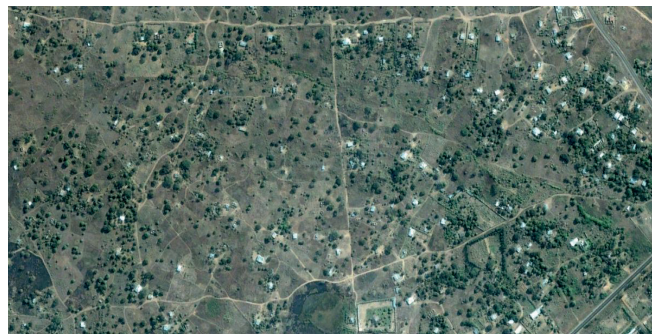
Chegando ao escritório central de MSF-CH, em Maputo, coloquei à prova meu francês ainda bastante titubeante, pois toda a equipe na Capital era francófona. E eu ainda fazia as vezes de tradutor para o médico com quem iria viver em Magude, um cirurgião equatoriano simpático e rústico. Português, Espanhol e Francês se misturavam numa farofa linguística única.

Em duas semanas tive a chance de conhecer melhor a ONG e de conhecer um pouco de Moçambique através da sua capital.

Durante a guerra, a mobilidade entre cidades era um risco. Em Maputo, dois anos depois do acordo de paz a primeira onda de retorno de migrantes já era uma realidade. Muitos moçambicanos que haviam se refugiado da guerra nos países vizinhos – África do Sul, Suazilândia e Zimbábwe - estavam retornando. Nos anos seguintes, a cidade vivenciaria um crescimento populacional mais acelerado que ainda transformaria os ares incrivelmente tranquilos da Maputo do pós-guerra que conheci. Em 1994, a parte mais nova da cidade, fruto de um plano modernista do governo colonial, era composta por uma série de avenidas largas e prédios modernistas construídos em meados do século XX. Era uma cidade esvaziada, ocupada por uma população rural que nada sabia de vida urbana. Em muitos prédios modernistas, os moradores usavam fogareiros a lenha nas áreas comuns e circulações. Era comum ver a fumaceira saindo dos panos contínuos de cobogó... Havia uma aura surreal, de cidade transformada pela substituição da população do tempo colonial, agora ocupada por nativos de origem rural que nada entendiam de vida urbana. Guardadas as devidas diferenças, era como se Brasília fora habitada pelos candangos que a construíram, ao invés dos funcionários públicos e políticos que até hoje a ocupam. Ruas, casas, alinhamento, espaço

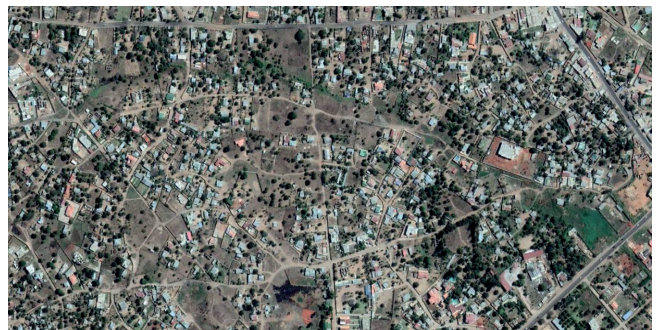
público, etc. eram conceitos que não se aplicavam a essa nova onda de expansão urbana. Outro lado de Maputo que rapidamente conheci foi o boêmio. A economia da cidade era em grande parte movimentada pela presença de membros de ONGs, capacetes azuis de várias nacionalidades, todo um contingente de estrangeiros engajados na recuperação do país. De dia, a transformação de usos e de formas era palpável, à noite a cidade dançava!

Antes de falar mais em detalhe da minha experiência pessoal com MSF, é preciso dizer que os conheci no momento em que começavam a se aventurar em Projetos de Desenvolvimento. Originalmente, MSF só trabalhava com ações de emergência, a maioria das vezes durante conflitos ou crises graves. Com o tempo, ao enfrentar a melhora de condições político/sociais nos países onde trabalhava, começaram a aparecer situações onde a preservação dos ganhos da fase de emergência demandava um trabalho mais sintonizado com a realidade local pós-crise-ações que



*Subúrbio de Maputo em 2002*

Fonte: Google



*Subúrbio de Maputo em 2018*

Fonte: Google



permitted a more structured and lasting legacy. As such, in some situations, Emergency Projects transformed into Development Projects. In a post-war situation, like the one I encountered in Mozambique, the hiring of an architect as an official logistician followed exactly this spirit.

I was then a lost architect in the middle of doctors, nurses, administrators and logisticians. The official logisticians were the most heterogeneous group. There were professionals with specific training<sup>3</sup> up to people with no training at all. Architects, almost none. In truth, the staff more orthodox many times asked me: - What does an architect do in a medical organization? MSF does not hire architects!

In fact, the staff in Maputo had already bought an architectural project for the peripheral health posts that I should build. They had hired a Swiss sympathetic and "bon-vivant" who came from Europe and did a project half-art-decò. I didn't like the project, as it referred to the colonial past<sup>4</sup> and not to the new future that was being designed. More than that, it didn't fit my head: - Why hire me if they already have a project? I decided then not to think about the head, to execute the first post with the project "from the Swiss" and to start from there to develop my project for the other posts still to be built.

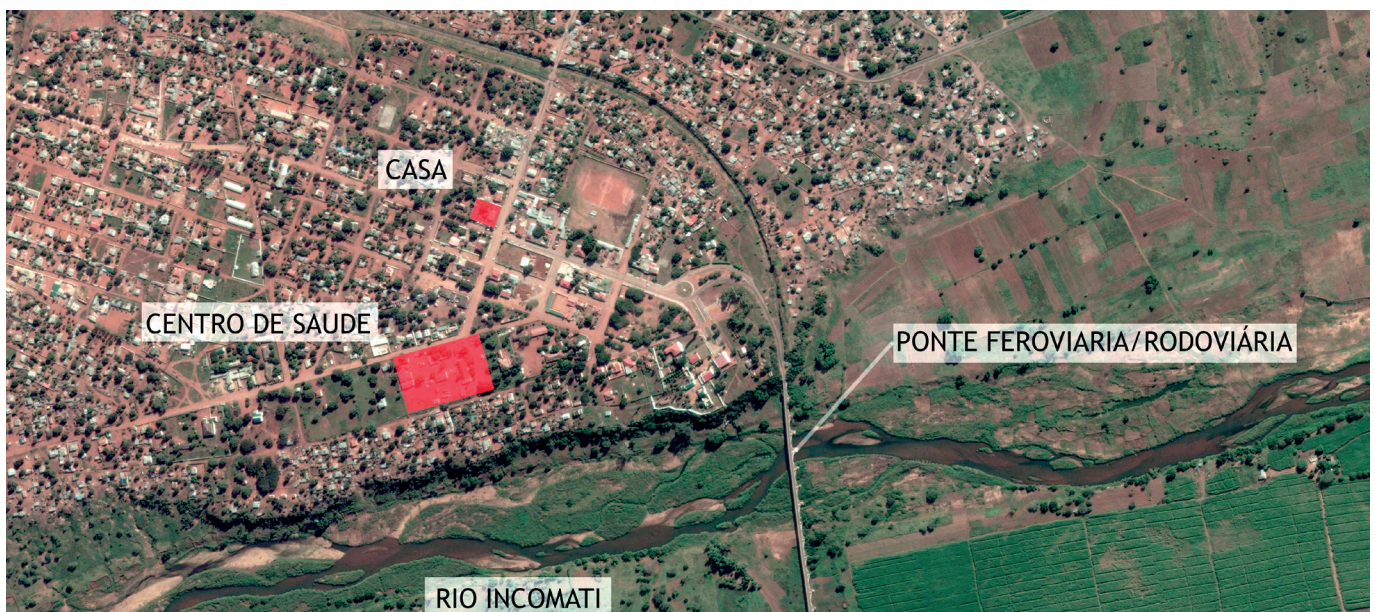
### EM MAGUDE

When I arrived in Magde, my first task was to finish the renovation of the house where in a short time we would live and the doctor. It was the old "Casa do Médico" of the colonial time. It was part of the civic center of the town, together with the square, the post office, the residence of the district administrator, the Health Center, etc... While the renovation was finishing, we slept in Manhica, a town located 60 km away, where there was already a project of MSF-CH in progress.

The absolute poverty of the town and the rural area was absolute. Before a center of livestock activity, in 1994 the population survived on agriculture for subsistence and the receipt of seeds of transgenic corn from the FAO.

During this first month, every morning I went to the markets. With 28 years of age I was like a child. I, the equatorial doctor and a Portuguese from Cascaes who had never left Magde, we were the only "whites" in the town.

The first task was to absorb the offer of labor, filtering capacities and competencies. It was important to organize the embryo of the construction team, which at the peak counted with more than 100 workers, identifying the most experienced or most articulated. I started using local



*Magde*

Fonte: Google Earth

para identificar líderes das várias especialidades de trabalho - carpinteiro, pedreiro, pintor, encanador, ... - e com eles montar meu canteiro de obras: Em quem confiar? Como ganhar a confiança deles?

Explicar que eu não representava uma empresa e sim uma ONG foi um desafio permanente. Fazer com que ao menos os líderes desse grupo percebessem que o nosso trabalho era um legado para a cidade ajudava a conter roubos, trapaças e intrigas que naturalmente aconteciam. A partir de conselhos valiosos de amigos e da observação da cultura que me rodeava, aprendi que na cultura local um líder tinha limitações de comportamento: não correr, não gritar, não se desgastar com detalhes operacionais, ... Para ser respeitado era fundamental que eu me adaptara a essa imagem cultural de liderança.

De tudo que aprendi nos dois anos que morei em Magde, nada se compara à sensibilidade que tive de desenvolver para sinais e comentários com os quais não contava. A todo momento aconteciam coisas que me surpreendiam, o choque cultural era permanente e o melhor a fazer era aprender a conviver com ele.

O caso do caminhão rosa, para além do seu caráter anedótico, foi um dos muitos momentos em que tive que rever minhas posturas, repaginar minha forma de pensar e agir. Aprendi muito no sentido de melhorar minha capacidade de gestão de equipes,

de entendimento de processos construtivos simples e robustos ou então de arcabouços administrativos básicos. Porém, o que este trabalho me proporcionou de mais rico foi meu “diploma informal de diplomacia”, negociar soluções a partir de visões diferentes da minha.

### ARQUITETURA DO POSTO DE SAÚDE PERIFÉRICO

Do ponto de vista arquitetônico, a economia de recursos e a simplificação de processos construtivos definiram o eixo da minha experiência moçambicana. A reforma do Centro de Saúde de Magde foi um desafio de simplificação de uma planta baixa inutilmente complexa e de consolidação de elementos construtivos básicos. Contudo, o trabalho mais estimulante de todos foi a reinvenção do projeto modelo do Posto de Saúde Periférico.

Após construir o Posto “Art-decô” do arquiteto suíço me dei conta que, de fato, poderia fazer algo muito mais adequado à cultura local e aos processos construtivos que minha equipe dominava.

A primeira constatação foi de caráter programático. Os postos de saúde de Moçambique insistiam em ter uma sala de espera<sup>5</sup>, quando na prática as mulheres<sup>6</sup> nunca esperavam pela consulta DENTRO do posto. A cena era sempre a mesma: a mãe chegava com o filho amar-



*Fachada do Posto de Saúde em Chicuto*

Fonte: Pedro Lobão



rado nas costas, escolhia uma sombra em frente ao local de atendimento, dobrava o corpo para frente, soltava e arrumava o pano no chão para, por fim, colocar o filho sobre o pano, sentando-se ao lado dele.

Ou seja, a sala de espera ficava sempre vazia e servia somente para que os funcionários a entulhassem com equipamentos fora de uso ou qualquer outra quinquilharia. No lugar dessa inútil sala de espera, o importante era ter uma boa e ampla sombra na frente do posto de saúde. O recorrente argumento da utilidade da sala de espera em dias de chuva não procedia. Em caso de chuva ninguém ia ao posto de saúde, pois o caminho até lá era feito a pé.

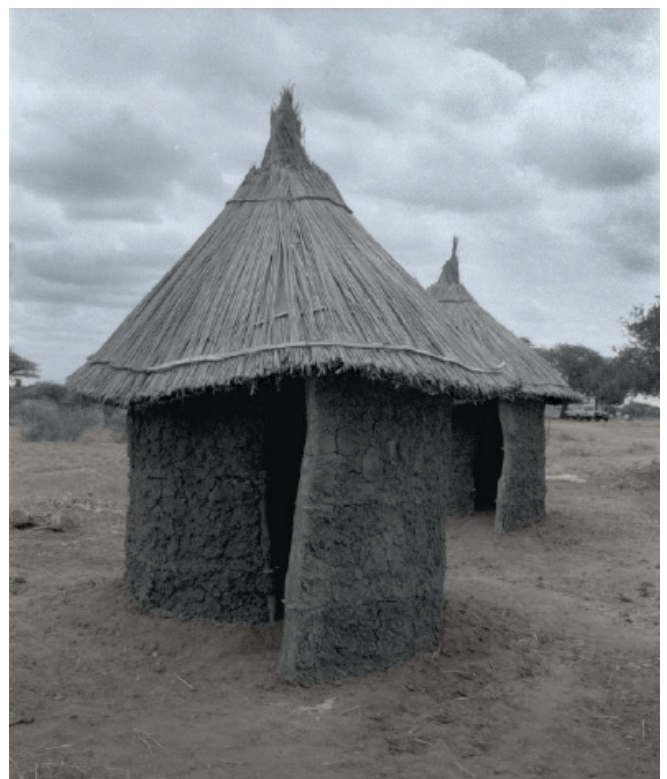
Outra constatação se referia à linguagem da arquitetura. No cotidiano de suas casas e espaços construídos, os usuários não exercitavam a ideia de ornamento arquitetônico. Toda alegoria, simbologia e subjetividade do seu cotidiano encarnava em objetos menores, desde utensílios domésticos a imagens de cunho religioso que povoam o interior dos espaços onde viviam. Então, para que gastar tanto esforço em detalhes de platibandas e outras firulas difíceis de executar, se o olhar dos usuários estava treinado na beleza simples da sua tradição construtiva. Processos de autoconstrução tradicional das choças de palha que era o módulo construtivo básico de toda a sua arquitetura doméstica e produtiva, não incorporavam ornamento algum construtivo básico de toda a sua arquitetura doméstica e produtiva, não incorporavam ornamento algum. Eu precisava entender esta estética simples, oriunda do processo de construção, para fazer um posto de saúde com o qual os usuários pudessem minimamente se identificar.

Por fim, ao observar as casas que visitava, entendi que a ideia de pavilhão único, que reúne toda funcionalidade num mesmo corpo construído era algo totalmente estrangeiro ao povo rural de Magude. Casa significava um conjunto de palhoças dentro de um cercado. A cerca definia mais a casa que as paredes das palhoças. Uma cozinha para cada esposa ou simplesmente palhoças separando funções em volumes distintos. Um posto de saúde que encerrasse todo o programa de necessidades dentro de um único objeto construído e fechado era uma aberração espacial naquela cultura.

O desenho do Posto de Saúde foi então definido por um módulo básico que podia se expandir um pouco e funcionava, com pequenas alterações de interior como ambulatório e como maternidade. Assim todo o programa era atendido com dois módulos articulados ao redor de um canhoeiro, árvore profundamente valorizada na cultura local.

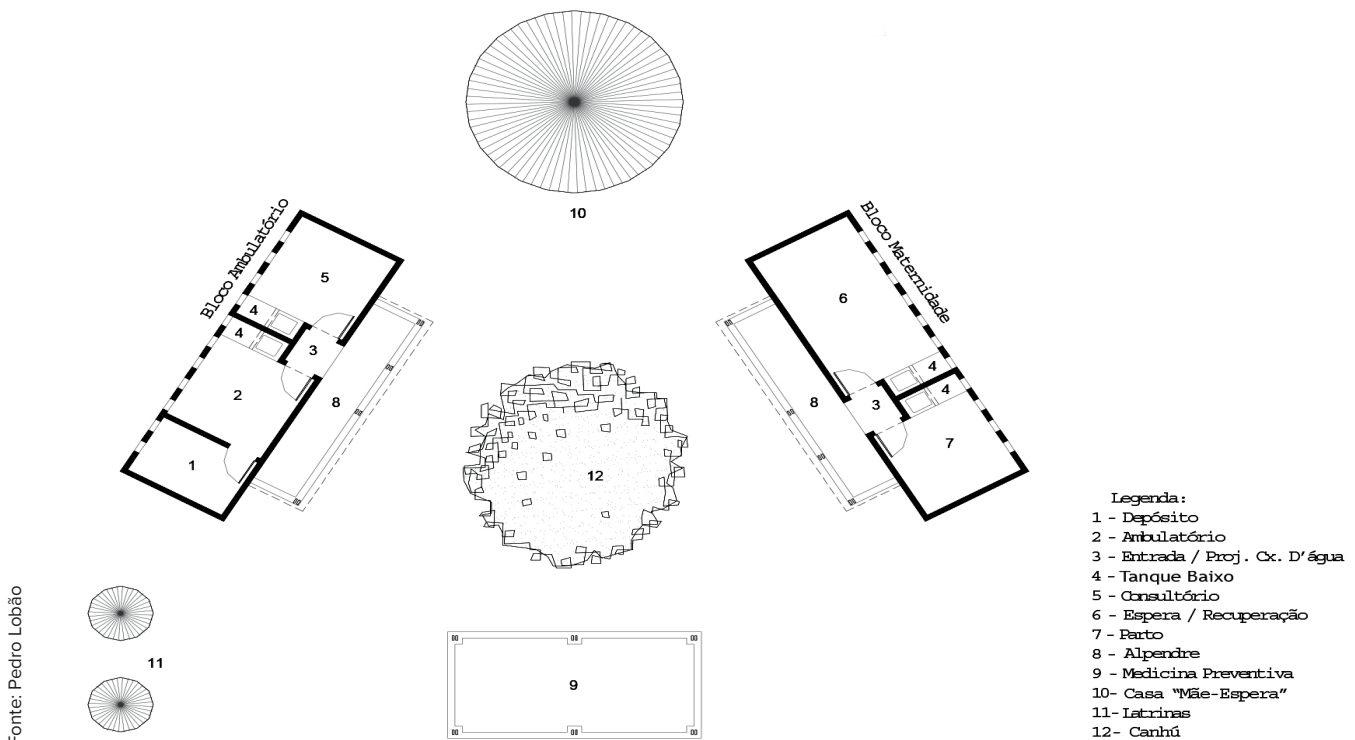
A partir de um alpendre simples, a entrada de cada módulo era também a circulação, resumida a 1m<sup>2</sup>, sobre a qual ficava uma pequena caixa d'água alimentada por um tanque abastecido pela equipe de enfermeiros e pela população local.

Completando o conjunto havia um caramanchão de madeira onde aconteciam os atendimentos de medicina preventiva, palestras, cursos, pesagem de crianças, etc. Assim o Posto reproduzia com formas próprias a estrutura das arquiteturas vernaculares da população atendida. Apesar dos temores da coordenação de MSF-CH este projeto foi muito bem aceito pela burocracia do Ministério da Saúde Moçambicano e rapidamente integrado à vida dos vilarejos beneficiados.



*Sanitários*

Fonte: Pedro Lobão



*Planta baixa do Posto de Saúde*



*Vista Lateral do Posto de Saúde em Chicuto*

### Notas de fim:

1. A guerra civil moçambicana, assim como outras tantas desse período, foi alimentada pelas tensões da Guerra Fria. Com isso, após a queda do muro de Berlim, e a consequente fragilização do poder soviético em nível mundial, o “motor” da guerra parou e o dinheiro que a financiava desapareceu. Sem dinheiro, um acordo de paz se materializou rapidamente.

2. “Diretamente” significa que todo trabalho de construção seria executado por equipe própria, a ser contratada localmente por mim. A opção por terceirizar os serviços de construção, e então somente gerencia-los, era inexistente.

3. Há vários cursos nessa área (instituteBioforce, LLA, etc.) principalmente na França.

4. O período colonial moçambicano terminou somente em 1975, quando após a Revolução dos Cravos, o novo governo português cedeu e o país organizou um governo baseado na organização militar anticolonialista (Frelimo) que até então lutava pela independência.

5. O posto de saúde periférico, de caráter bem isolado e operado por uma pequena equipe de enfermagem, é uma tipologia comum nos distritos rurais de MZ. Porém, tanto os postos antigos (i.e. coloniais) que consegui visitar, quanto os modelos apresentados nos manuais do Ministério da Saúde, apresentavam amplas salas de espera que consumiam boa parte da área construída.

6. Casos pediátricos e ginecológicos consistiam em aproximadamente 80% do total dos atendimentos ambulatoriais realizados.