

INFORMATIVO

Médicos Sem Fronteiras - Ano 12 - Nº 24 - 2009



Doença de Chagas: cem anos de negligência.
É hora de romper o silêncio

A difícil tarefa de encerrar um projeto

Médico brasileiro conta sua
experiência no Congo



APRESENTAÇÃO



Quer mais informação? Veja o novo site www.msf.org.br

EXPEDIENTE

Este **Informativo** é uma publicação semestral da organização Médicos Sem Fronteiras no Brasil.

Tiragem: 50.000 exemplares. Distribuição gratuita.

Jornalista responsável: Ana Rosa Reis (MTB. 26073/RJ)

Edição: Simone Rocha

Redação: Ana Rosa Reis, Heloisa Granja, Juliana Braga, Manuela Andreoni e Simone Rocha

Colaboradores: Ana Paula Gouvea, Gabriela Chaves, Leticia Nolasco, Rosangela Batista, Sonya Burke e Valéria Fiorio

Fotografias: Andre François, Anna Surinyach, Frederico Borba, Jean-Pierre Amigo, Juan Carlos Tomasi, Kenneth Tong, Shayne Robinson, Siavash Maghsoudi e Wagner Andrade

Médicos Sem Fronteiras no Brasil

Diretora-Executiva: Simone Rocha

Endereço: Rua Santa Luzia, 651 / 11º andar – Centro – Rio de Janeiro – RJ

CEP 22030-041- Tel: 55 21 3527-3636

e-mail: info@msf.org.br - www.msf.org.br

ÍNDICE

ESTRATÉGIAS DE AÇÃO	4
MSF NO BRASIL	5
CHAGAS: UMA DOENÇA SILENCIOSA	6
OPINIÃO	8
MSF NO MUNDO	9
NOTAS	10
OPINIÃO DO DOADOR	11
ENTREVISTA	12

EDITORIAL

Querido(a) colaborador(a),

Primeiramente quero dizer que é um prazer estar de volta, após minha licença-maternidade. Como eu já esperava, durante minha ausência a equipe de Médicos Sem Fronteiras no Brasil permaneceu incansável, realizando muitos projetos, alguns dos quais compartilhamos com você nesta edição do Informativo.

Nossa matéria especial é dedicada à doença de Chagas, enfermidade descoberta há cem anos pelo brasileiro Carlos Chagas. Trata-se, portanto, do centenário da doença, mas, infelizmente, não há muito o que celebrar. A falta de estratégias e ferramentas apropriadas para diagnosticar e tratar a doença de Chagas faz com que ela continue matando, ano após ano, milhares de pessoas em vários países da América Latina, inclusive no Brasil. Com base em sua experiência em diagnóstico e tratamento do mal de Chagas na Bolívia, Guatemala, Honduras e Nicarágua, Médicos Sem Fronteiras lançou neste ano uma campanha internacional chamada “Chagas: é hora de romper o silêncio”, para chamar a atenção dos governos e organizações intergovernamentais, indústria farmacêutica e acadêmicos para a gravidade do problema. Ao longo do ano, MSF participa em inúmeros eventos de cunho científico ou de definição de políticas para Chagas em países como o Brasil, Estados Unidos, Espanha, etc. Leia para saber mais.

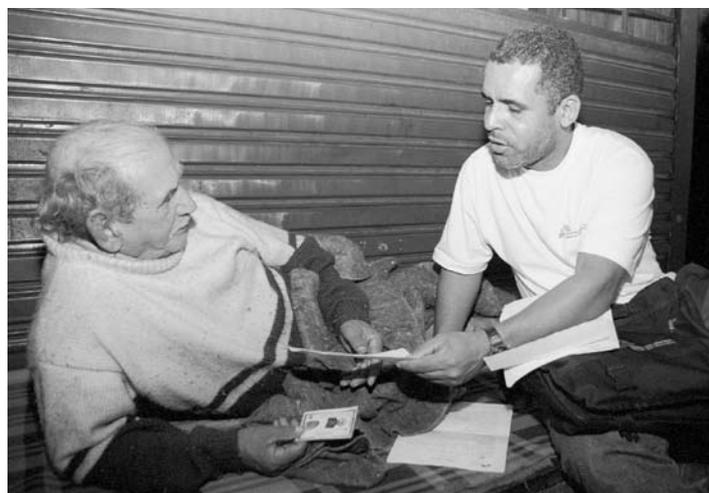
Trazemos também para você informações sobre outras atividades realizadas em vários países no mundo e no Brasil. Você poderá ler, por exemplo, como potencializamos os resultados de nossos projetos, muitas vezes anos após sua conclusão. Por exemplo, saiba nesta edição como MSF está contribuindo para a definição de políticas públicas para a população que vive nas ruas, no Brasil, um trabalho que tem por base o nosso projeto Meio-fio, encerrado em 2005.

O encerramento de projetos é outro tema de que tratamos neste número, na coluna Estratégias de Ação. Pensamos que é importante que você saiba que nossos projetos têm tempo de duração estipulada e que o seu fechamento é realizado com base em estratégia e planejamento.

Por fim, não deixe de ler a entrevista do Dr. Robson Tardin, médico brasileiro que acaba de chegar da República Democrática do Congo, onde trabalhou como membro da célula de resposta às emergências que mantemos naquele país.

Não tomarei mais o seu tempo. Aproveite bem a leitura e lembre-se de consultar nosso site (www.msf.org.br) caso queira mais informações sobre os assuntos que trazemos até você.

Simone Rocha
Diretora Executiva
Médicos Sem Fronteiras - Brasil



ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

O longo caminho para deixar um país

Quando uma emergência chega ao fim, MSF tem a delicada tarefa de encerrar uma missão, o que pode durar meses.

O principal mandato de Médicos Sem Fronteiras (MSF) é levar cuidados de saúde às populações que mais precisam, seja porque estão em países em conflito ou assolados por epidemias ou catástrofes naturais. Como a organização não tem a intenção de substituir o Estado, quando a emergência médica ou catástrofe natural já não existe ou quando são criados mecanismos de inserção para populações marginalizadas, como prisioneiros e crianças de rua, chega a hora de deixar o campo.

Foi o que aconteceu este ano com os projetos de MSF no Camboja, onde a organização mantém programas voltados para o tratamento de HIV/Aids, tuberculose, hipertensão e diabetes. Após 30 anos presente no país do Sudeste Asiático, onde entrou em 1979, logo após a derrocada do Khmer Vermelho, o governo cambojano foi agraciado com US\$ 20 milhões do Fundo Global Mundial e informou que já está apto a assumir os projetos de tratamento de HIV/Aids, não existindo mais a necessidade de MSF permanecer no país.

Ao contrário da abertura de um projeto, quando tudo é feito da maneira mais rápida e ágil possível, o encerramento de uma missão pode levar bastante tempo. “Fechar um projeto é um processo demorado, que exige flexibilidade e muito tato. Os projetos possuem uma avaliação semestral e nessas avaliações a hipótese de fechamento foi discutida por várias vezes. Muitas reuniões da equipe MSF com as autoridades locais foram realizadas antes do início da ação de fechamento, e tudo isso também faz parte do processo. No total, deve ter levado uns 18 meses”, lembra a enfermeira paulista Kelly Cavalete, que trabalhou por um ano na cidade de Takeo e participou do fechamento da missão no país.

Para encerrar as atividades no Camboja foi elaborado um plano que previa a redução gradual das atividades e de recursos humanos ao longo de um ano. “À medida que deixávamos de ser responsáveis por uma atividade, outra instituição passava a ser responsável por ela. Assim os pacientes não sofreram nenhum impacto”, conta a enfermeira.

Após a elaboração do plano de transferência, MSF informou do fechamento a equipe nacional e começou a buscar parceiros capazes de assumir os programas. “Para fechar um projeto é necessário se certificar de que a população será assistida após a saída de MSF. As reuniões iniciais com as autoridades são de extrema importância para garantir que os pacientes continuarão sendo assistidos”, diz Kelly. No caso do Camboja, o governo já havia se comprometido a assumir o projeto de HIV e tuberculose, mas encontrar parceiros para assumir o tratamento para diabetes não foi nada fácil.

Apesar de não fazer parte do portfólio clássico de doenças com as quais MSF trabalha, a diabetes no Camboja era uma emergência. Um em cada 10 cambojanos sofre do mal e não tem dinheiro para comprar insulina, uma vez que o salário mínimo no país não ultrapassa o valor de US\$ 40,00. Em uma tentativa de solucionar o problema, MSF decidiu, então,



Enfermeira Kelly Cavalete atende paciente no Camboja

comprar uma quantidade de insulina capaz de suprir os pacientes por um ano e passou à ONG Patient's Information Center a tarefa de atender e orientar os pacientes.

Para garantir que a qualidade do tratamento oferecido pelos novos responsáveis não diminua, MSF frequentemente promove treinamentos para seus parceiros. “O objetivo é dividir o conhecimento adquirido e facilitar as atividades que MSF não mais executará. Em Takeo, realizamos cursos sobre transmissão vertical, diabetes, aconselhamento pediátrico, entre outros”, conta Kelly.

Simultaneamente, as equipes também dão início à delicada tarefa de explicar a seus pacientes por que o projeto será fechado. “Temos sempre a preocupação de que eles tenham conhecimento da situação e também a preocupação de tentar dar mais de uma opção de escolha, para que possam decidir como e com quem querem continuar seu tratamento”, explica a enfermeira. É necessário também doar para as instituições parceiras os medicamentos e material médico que sobram.

Fechar uma missão nunca é uma tarefa fácil. “Foi um momento muito difícil, tanto para os pacientes, que lamentaram ter de mudar de equipe médica, quanto para os funcionários, que passaram anos de suas vidas se dedicando ao melhoramento da qualidade do serviço”, lembra Kelly. No entanto, vale lembrar que a decisão de sair não garante que MSF não precise voltar no futuro.

MSF NO BRASIL

MSF participa de comitê da Política Nacional para População de Rua

Médicos Sem Fronteiras (MSF) foi convidada a participar de um comitê responsável pelo monitoramento da Política Nacional para População de Rua, a ser criada pelo Governo Federal. O convite foi feito devido à experiência da organização com população de rua, através do Projeto Meio-fio, que levou ajuda médica e psicossocial durante quatro anos às pessoas que viviam nas ruas do centro do Rio de Janeiro.

Segundo a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, a portaria referente deve ser assinada em breve pelo ministro da Saúde, José Gomes Temporão. "Essa política é muito importante porque, atualmente, a estruturação do sistema de saúde nacional exclui pessoas que não têm residência fixa, como os moradores de rua e ciganos", afirma David Souza, coordenador da Unidade Médica de MSF Brasil.

O comitê foi criado a partir do 2º Encontro Nacional da População em Situação de Rua, realizado nos dias 19 e 20 de maio deste ano, em Brasília, do qual representantes de MSF participaram. No encontro, foi definido o texto da Política Nacional da População em Situação de Rua. Se oficializada,

será a primeira política pública voltada a essa população no Brasil e uma das poucas no mundo. "É importante lembrar que a previsão para as próximas décadas é que 80% da população mundial irá viver em centros urbanos de países subdesenvolvidos", explica David. De acordo com o levantamento do Ministério do Desenvolvimento Social feito em 2007, há no Brasil 31.992 pessoas com 18 anos ou mais em situação de rua.

Participaram da reunião Patrus Ananias, ministro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; o chefe do gabinete da Presidência Gilberto Carvalho; a Pastoral do Povo da Rua; o Movimento Nacional de Moradores de Rua; universidades; representantes da área de saúde e assistência social de alguns municípios; além de MSF.

O texto da política pública aborda temas como habitação, esporte, trabalho e saúde. A promoção e garantia dos direitos e do exercício da cidadania dos moradores de rua e o direito à permanência nas cidades estão entre as propostas que serão levadas à Presidência da República para a formulação de uma Política Nacional da População em Situação de Rua.

Unidade no Complexo do Alemão completa dois anos de funcionamento

No próximo mês de outubro, a unidade de pronto-atendimento de Médicos Sem Fronteiras no Complexo do Alemão, conjunto de 11 comunidades situado na Zona Oeste do Rio de Janeiro, completa dois anos de funcionamento. Somente em 2008, foram realizadas 11.315 consultas médicas. Desse total, cerca de um terço dos pacientes tinha menos de cinco anos de idade.

Localizada na comunidade da Fazendinha, a unidade oferece ainda atendimento psicossocial. No ano passado, mais de 900 consultas foram realizadas. A maior parte dos pacientes procurou atendimento por ter presenciado atos de violência ou por ter ficado sob fogo cruzado durante tiroteios. Um em cada 10 deles já teve um membro da família vítima de morte violenta.



Chagas: Cem A

Falta de medicamentos e métodos de diagnóstico da descoberta da doença que assola cerca de

Cem anos após sua descoberta pelo cientista brasileiro Carlos Chagas, há pouco a se comemorar com relação ao combate à doença de Chagas. Apesar de o governo do Brasil ter recebido a certificação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 2006, pela eliminação do principal inseto transmissor (*Triatoma infestans*) – o barbeiro –, aqueles que já estão infectados continuam a sofrer com problemas como falta de acesso a diagnóstico e a tratamento em nível nacional e regional. Além disso, os medicamentos utilizados no combate ao mal são os mesmos há quase 50 anos e podem provocar efeitos adversos.

Para chamar a atenção da opinião pública e autoridades competentes sobre o problema, Médicos Sem Fronteiras (MSF) e a Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas (DNDi), organização internacional de pesquisa e desenvolvimento (P&D) sem fins lucrativos, uniram-se para lançar uma campanha mundial. Intitulada “Chagas: é hora de romper o silêncio”, a iniciativa teve como pontapé inicial um ato público realizado na Praia de Copacabana, no Rio de Janeiro, no dia 9 de julho, que reuniu cerca de 300 pessoas. Simultaneamente, foram realizados eventos na Espanha, Suíça, Bélgica e Estados Unidos para lembrar que são necessários mais esforços para o desenvolvimento de novas ferramentas para diagnóstico e melhores tratamentos para as diferentes fases da doença, que já atinge cerca de 13 milhões de pessoas em todo o mundo, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS).

No Brasil, estima-se que 3 milhões de pessoas estejam infectadas pelo *Trypanosoma cruzi*, parasita causador da doença. A principal via de transmissão foi a vetorial, pelo barbeiro (*Triatoma infestans*), ainda que também possa ser transmitida de mãe para filho durante a gestação, por transfusão de sangue, transplante de órgãos e alimentos contaminados. Quando detectada na sua fase aguda em crianças, o tratamento pode levar à cura. No entanto, a não disponibilidade de testes diagnósticos no âmbito da atenção primária, somada à sintomatologia inespecífica, torna



Visita domiciliar em projeto na Guatemala

ainda mais difícil a detecção da infecção na sua fase aguda. Embora a maioria das pessoas infectadas possa viver sem desenvolver a doença, cerca de 30% desenvolverão a forma clínica, como manifestações cardíacas e no trato gastrointestinal.

Considerada endêmica em países da América Latina e Central, a doença vem se disseminando também em outras partes do mundo como resultado da imigração. São cada vez mais frequentes os registros do mal nos Estados Unidos, em países da Europa, na Austrália e no Japão. “A doença de Chagas é um problema atual, global e negligenciado. Ela não interessa à indústria farmacêutica pelo perfil econômico dos pacientes, geralmente pessoas economicamente desfavorecidas. A doença também não tem sido assistida de maneira apropriada pelos governos e ainda é pouco conhecida até pelos médicos, cuja formação conta com pouquíssimas horas sobre o assunto em algumas instituições”, diz o médico David de Souza, coordenador da Unidade Médica de MSF Brasil.



Ato público em Copacabana, organizado por MSF e DNDi.

Anos de Solidão

Diagnóstico inovadores marcam o centenário de 13 milhões de pessoas em todo o mundo.

Medicamentos são os mesmos há quase 40 anos

Apesar de todos os sinais de globalização da doença, os avanços para o desenvolvimento de melhores ferramentas tecnológicas não vêm sendo suficientes. Os dois únicos medicamentos existentes atualmente – benznidazol e nifurtimox – foram desenvolvidos há quase 40 anos e em pesquisas não especificamente destinadas à Chagas. Ainda que sejam muito eficazes em recém-nascidos e crianças, em adolescentes e adultos as taxas de cura giram em torno de 60 a 70%.

Além disso, os pacientes de idade mais avançada têm mais possibilidades de sofrer com efeitos adversos. “Os médicos não tratam as crianças e muito menos os adultos por temerem os efeitos adversos. Mas não é ético deixar os pacientes sem tratamento. É necessário encontrar formas de gerenciar esses problemas”, aponta Tom Ellman, coordenador-geral do projeto de Chagas de MSF na Bolívia.

Nas últimas décadas, a ênfase da resposta governamental tem sido centrada no controle do inseto transmissor. No entanto, é necessário reconhecer que ela não é mais suficiente. É preciso elaborar estratégias de diagnóstico e tratamento voltadas para as pessoas que já estão infectadas e precisam de tratamento contínuo.

A negligência da doença de Chagas foi refletida no encontro anual dos ministros de Saúde dos países-membros da Organização Mundial da Saúde – chamada Assembleia Mundial da Saúde (AMS) –, quando, no ano

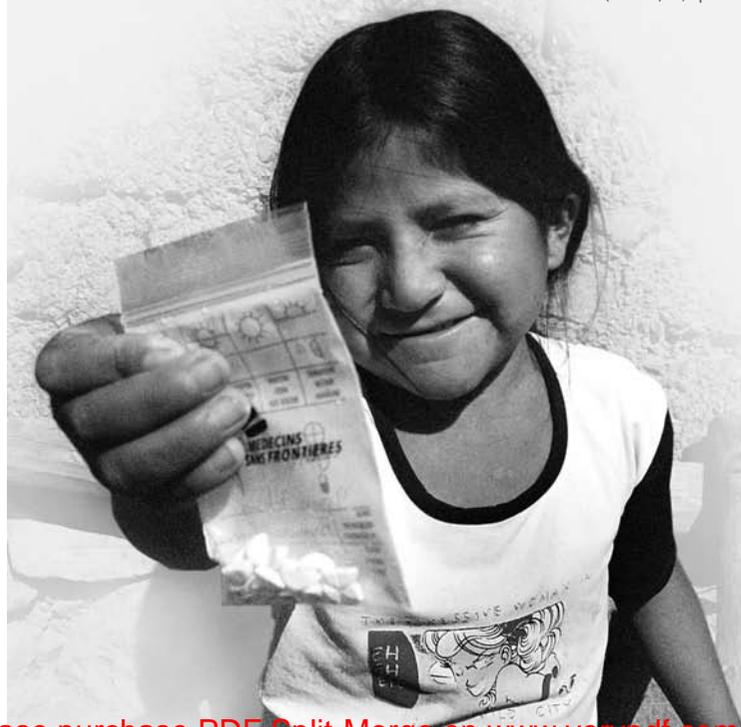


Controle vetorial em projeto na Bolívia

do centenário de sua descoberta, as discussões sobre os problemas a ela relacionados foram adiadas para 2010. A duração da AMS foi reduzida por causa dos preparativos para uma pandemia de gripe A e temas de saúde relevantes foram adiados. “No centenário da descoberta da doença de Chagas, esperávamos que na AMS todos os países afetados fossem adotar uma resolução que determinasse a integração do cuidado aos pacientes com Chagas, nas fases aguda e crônica, no âmbito da atenção primária e mais investimentos em pesquisa. As pessoas afetadas por essa doença foram mais uma vez negligenciadas”, contou Roger Teck, diretor de operações de MSF na Espanha.

Por todos esses motivos, a doença de Chagas continua a fazer parte da agenda de Médicos Sem Fronteiras. Em 2007, a organização, em parceria com a Fiocruz, capacitou microscopistas para a identificação do parasita *Trypanosoma cruzi* em todos os estados amazônicos brasileiros. “O resultado foi a detecção de surtos de doença de Chagas na região, onde se ignorava sua presença”, conta David Souza.

Desde 1999, MSF já implementou projetos de Chagas em Honduras, Nicarágua, Guatemala e Bolívia. Atualmente, a organização está atuando em três distritos urbanos em Cochabamba, na Bolívia, país com o maior registro de prevalência de Chagas. Nesses locais, o trabalho é desenvolvido junto com o Ministério da Saúde boliviano em cinco centros de atenção primária, onde crianças e adultos de até 50 anos de idade são diagnosticados e tratados. Ainda este ano, um novo projeto de Chagas será aberto em uma área rural de Cochabamba.



OPINIÃO

Pesquisa e Desenvolvimento orientados pelas necessidades dos pacientes

Gabriela Chaves, representante da Campanha de Acesso a Medicamentos Essenciais no Brasil

Os países-membros da Organização Mundial da Saúde aprovaram uma resolução em 2008, intitulada Estratégia Global e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (WHA 61.21). Trata-se de uma oportunidade histórica para que as lacunas tecnológicas em Chagas, assim como em outras doenças negligenciadas, sejam preenchidas.

O mundo atualmente testemunha a chamada crise da inovação do setor farmacêutico. Se, por um lado, deparamos com tecnologias que possibilitaram que muitas vidas fossem salvas e muitas doenças fossem enfrentadas, por outro, muitas doenças ficaram sem atenção. Uma das razões que explicam o cenário atual é que a pesquisa e o desenvolvimento (P&D) no campo da saúde têm sido pautados pela existência de um mercado consumidor promissor.

Outra consequência perversa do atual modelo de P&D é que muitos dos produtos hoje lançados no mercado não representam reais inovações do ponto de vista da saúde ou quando comparados com as tecnologias já existentes. Um inquérito publicado em abril de 2005 pela *La Revue Prescrire** concluiu que 68% dos 3.096 novos produtos aprovados na França entre 1981 e 2004 não trouxeram “nada de novo” em relação às preparações previamente disponíveis. Além disso, uma análise detalhada de uma centena de novos medicamentos aprovados pela Agência dos Estados Unidos para Regulação de Medicamentos e Alimentos (FDA), entre 1989 e 2000, revelou que 75% não apresentavam benefício terapêutico em relação aos produtos já existentes.

Nos últimos 10 anos, MSF tem desenvolvido projetos em doenças de Chagas, buscando mostrar que diagnosticar e tratar é possível com as ferramentas atuais. O ano do centenário de sua descoberta traz uma oportunidade única para reforçarmos a urgência de se rever a forma como a P&D vem ignorando as necessidades das pessoas. A espiral da negligência em Chagas é emblemática: só há dois medicamentos para

controlar a infecção – benznidazol e nifurtimox –, efetivos em apenas alguns estágios da evolução da doença. Como a formação médica também dá pouca ênfase às doenças negligenciadas, muitos médicos fazem a opção pelo não tratamento de seus pacientes, com medo dos efeitos adversos que possam surgir.

Além disso, muitas pessoas podem conviver com a infecção de forma assintomática e não serem captadas pelos sistemas de saúde, especialmente porque não há ferramentas para o diagnóstico precoce. Se diagnóstico e tratamento não estão implementados, fragiliza-se

também a cadeia produtiva e de desenvolvimento das tecnologias existentes e daquelas que possam ser promissoras, na medida em que não há demanda. E assim o ciclo se fecha, com a ênfase da resposta sendo dada às práticas de prevenção, cujas evidências e ferramentas tecnológicas já estão disponíveis.

Quebrar o ciclo de negligência implica não só mostrar que diagnosticar e tratar com as ferramentas tecnológicas existentes é possível, mas também evidenciar suas limitações e lacunas para que possamos atender melhor nossos pacientes: (1) precisamos de melhores tratamentos com menos efeitos adversos, esquemas com menor duração para aumentar a adesão, efetividade nas fases aguda e crônica, aplicação em crianças e adultos, uso seguro em gestantes e mulheres em amamentação; (2) precisamos de testes de cura ou tecnologias que possibilitem avaliar a efetividade de um tratamento; (3) precisamos de melhores testes de diagnóstico; (4) precisamos de vacinas; (5) precisamos de melhores inseticidas.

Há de se explorar mecanismos alternativos de incentivo à inovação que desvinculem o custo da P&D do preço final dos produtos, para que eles possam ser acessíveis. Não se pode mais pensar em inovação sem garantia de acesso. Esperar mais cem anos não será possível.



* Revista médica francesa, financiada exclusivamente por assinaturas.

MSF NO MUNDO

Sri Lanka: MSF atende deslocados após fim do conflito

Após confrontos intensos nos últimos meses entre as forças armadas do Sri Lanka e os rebeldes, em maio deste ano, o governo anunciou o fim do conflito, iniciado em 1983. MSF levou ajuda médica de emergência às milhares de pessoas que deixaram a zona de conflito e se refugiaram em campos.

Além de oferecer cuidados médicos e cirúrgicos às pessoas do distrito de Vavuniya, onde vivem cerca de 200 mil deslocados, a organização montou um hospital inflável com duas salas de operação e outra de tratamento intensivo próximo do acampamento de Manik Farm, onde há 220 mil deslocados. Um hospital de campo com 100 leitos também foi montado por MSF, com capacidade

cirúrgica, perto de Manik Farm, para oferecer tratamento de emergência para pacientes dos acampamentos vizinhos, que abrigam cerca de 160 mil pessoas.

Além da ajuda médica, MSF distribuiu mais de 110 mil porções de suplementos alimentares para crianças com menos de cinco anos, mães em fase de aleitamento, mulheres grávidas e grupos vulneráveis, como idosos e deficientes físicos.

Estima-se que durante o período de guerra civil no país, entre 80 e 100 mil pessoas tenham morrido e outras milhares tenham buscado refúgio em países ocidentais. MSF trabalha no Sri Lanka há 21 anos.

Falta de segurança força MSF a deixar projeto na Somália

Após a ocorrência de sequestros e outros graves episódios, MSF decidiu encerrar suas atividades em Bakool, região central do país. Em função da insegurança constante, desde janeiro de 2008 os projetos da organização nas regiões sul e centro da Somália são conduzidos pela equipe somali, com suporte da equipe internacional baseada em Nairóbi, que visita essas áreas sempre que a situação de segurança permite.

MSF continua a levar ajuda médico-humanitária a outros locais da Somália. No ano passado, as equipes da organização realizaram mais de 727 mil consultas, ofereceram alimento e assistência médica a cerca de 35 mil pessoas sofrendo de desnutrição e vacinaram outras 82 mil. A organização trabalha no país desde 1991.

Paquistão: MSF leva ajuda à população deslocada

O conflito entre as forças do governo e os militantes da Província da Fronteira Noroeste se intensificou em maio, provocando a fuga de mais de 2 milhões de pessoas. Apesar de a falta de segurança ter restringido muito as operações de ajuda, MSF conseguiu levar assistência médica de emergência aos deslocados. Em alguns distritos, equipes de MSF chegaram a realizar até 3 mil consultas por semana.

Nesse período, havia um crescente risco de epidemias na região devido à superlotação, aumento de temperatura e falta de acesso à saúde básica, particularmente nas áreas rurais. No Swat, um dos locais para onde afluiu a maior parte dos deslocados, cerca de 80% das unidades de saúde pararam de funcionar devido à falta de recursos humanos e materiais, ou porque foram destruídas. Em outras regiões, estima-se que as admissões de pacientes tenham dobrado.

Além de oferecer cuidados médicos, MSF distribuiu itens de emergência, incluindo tendas, colchões, cobertores, kits de higiene e de cozinha. No Baixo Dir e em Mardan, a organização cobriu a maioria das necessidades básicas de 11 mil pessoas.

MSF leva ajuda médico-humanitária para a população do Paquistão desde 1988.



NOTAS

MSF defende a produção de genéricos para combater a gripe A

MSF defende que a produção da versão genérica do medicamento contra a gripe A (H1N1) será crucial para garantir o acesso da população ao medicamento, especialmente a um preço acessível.

Os países em desenvolvimento têm de ser contemplados na estratégia de combate à nova gripe pois, além de estarem menos preparados para enfrentá-la, a prevalência de doenças como tuberculose, HIV e desnutrição nestes locais deixa os pacientes mais vulneráveis a complicações.

A produção de genéricos contra a gripe A pode ser aumentada em países onde a patente para o medicamento foi rejeitada e, nos países onde o tratamento é patenteado, governo e detentores de patentes devem garantir que ela não seja uma barreira para os produtores de genéricos, tanto no caso da gripe A como no de qualquer outra doença que possa ser fatal.

MSF viaja pelo país com a Exposição Interativa

Em fevereiro deste ano, a *Exposição Interativa Médicos Sem Fronteiras no Mundo* iniciou sua itinerância pelo país. Em apenas sete meses, a mostra já passou por grandes capitais como São Paulo, Porto Alegre, Belo Horizonte e Brasília, foi vista por cerca de 100 mil pessoas e teve a participação de 175 voluntários, tendo sido oferecidas 30 palestras para mais de 1.600 pessoas. Através de uma exposição de fotos e de uma cabine com recursos multissensoriais, os visitantes entram em contato com a realidade dos profissionais médico-humanitários em contextos como conflitos, epidemias, fome e catástrofes naturais. Até o final do ano, a mostra passará ainda por Recife, Salvador e Rio de Janeiro.

MSF busca parcerias com empresas no Brasil

Em vários países, empresas apoiam Médicos Sem Fronteiras através de parcerias e doações. No Brasil, a organização busca aumentar o número de empresas que a apoiam. MSF aceita doações e realiza parcerias com empresas éticas que tenham afinidade com seus princípios, sejam social e ambientalmente responsáveis e engajem seus funcionários e clientes em projetos sociais.

Essas parcerias ajudam MSF a continuar a desenvolver seu trabalho junto das pessoas que precisam e trazem benefícios de imagem para as empresas doadoras e parceiras. Para conhecer as diferentes formas de sua empresa colaborar com MSF, entre em contato pelo e-mail empresa@rio.msf.org ou pelo telefone (21) 3527-3632.

MSF realiza treinamento em tuberculose no Brasil

A Unidade Médica de MSF Brasil organizou um treinamento em tuberculose (TB) para profissionais médicos da organização, entre brasileiros e estrangeiros, com o objetivo de desenvolver suas competências no gerenciamento de programas da doença e no cuidado com o paciente. O programa foi dividido em duas fases: em Porto Alegre, foram realizadas visitas ao Hospital Sanatório Partenon, referência no tratamento de TB para todo o estado do Rio Grande do Sul, e na capital fluminense, os participantes conheceram o Instituto Hélio Fraga, referência em pneumologia do Ministério da Saúde, e o Posto de Assistência Médica de Madureira.

MSF denuncia sofrimento de refugiados zimbabuanos na África do Sul



Médicos Sem Fronteiras lançou, no dia 2 de junho, o relatório “Sem refúgio, acesso negado: as necessidades médicas e humanitárias dos zimbabuanos na África do Sul”. Os zimbabuanos, que atravessam a fronteira sul-africana fugindo da grave crise humanitária em seu país, sofrem com violência, abuso sexual, ameaças, condições de vida precárias e carência absoluta de cuidados de saúde. Apesar de a Constituição da África do Sul garantir acesso a cuidados de saúde a todos os que residem no país – incluindo refugiados, exilados e imigrantes –, esse direito lhes é constantemente negado. MSF pede ao governo sul-africano e às agências responsáveis da ONU que respondam às urgentes necessidades médicas e humanitárias dessa população. A cada mês, equipes de MSF realizam entre 4 e 5 mil consultas para refugiados zimbabuanos no país.

OPINIÃO DO COLABORADOR

Luiz Carlos Braga Superintendente do Mercado Central – Belo Horizonte/MG



MERCADO CENTRAL

Ser parceiro de Médicos Sem Fronteiras através da cessão do espaço cultural do Mercado Central de Belo Horizonte para a exibição da Exposição Interativa foi um motivo de orgulho para nós. Esperamos que o impacto da exposição tenha trazido um ótimo retorno para a organização, já que o Mercado recebe em média 30 mil pessoas por dia. Normalmente, todas as ações realizadas no Mercado Central são pagas e trazem um retorno financeiro para nós. No caso de MSF, jamais poderíamos cobrar qualquer valor, pelo fato de o trabalho da organização ser tão valioso e humanitário.



OPINIÃO DO DOADOR



Ariel Weintraub

Consultor financeiro - São Paulo/SP



Jane Laub

Estudante - São Paulo/SP

POR QUE VOCÊ DECIDIU SE TORNAR DOADOR DE MSF?

Em minha família sempre apoiamos a ajuda humanitária. Quando conheci o trabalho de MSF, nas regiões mais necessitadas do planeta, sem discriminação racial ou religiosa, resolvi contribuir e de alguma maneira fazer parte desse projeto. Acho que mesmo pequenos gestos de ajuda ao próximo podem mudar o mundo, e é isso que me motiva a contribuir regularmente com a MSF.

HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ É DOADOR DE MSF?

Desde janeiro de 2007.

O QUE VOCÊ MAIS APRECIA EM MSF?

O caráter independente da organização, a atenção aos problemas negligenciados pela sociedade em geral e a maneira transparente de atuação. Aprecio o fato de MSF divulgar a contabilidade anual para os doadores.

QUE SUGESTÃO VOCÊ DARIA À ORGANIZAÇÃO?

Minha sugestão é que MSF continue o bom trabalho que já realiza como resposta ao cenário pessimista que todos esperam nos próximos anos. Acho que no Brasil ainda existe um espaço muito grande para divulgação e captação de recursos. Portanto, sugiro que MSF venha mais a São Paulo para eventos como esse realizado no Metro da Sé.

POR QUE VOCÊ DECIDIU SE TORNAR DOADORA DE MSF?

Há anos acompanho o trabalho dos Médicos Sem Fronteiras. Vocês estão sempre no lugar certo, na hora certa. Confio na seriedade e profissionalismo e me identifico com o trabalho realizado. Acredito que minha doação é investida da melhor maneira possível, sem desperdícios.

HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ É DOADORA DE MSF?

Desde setembro de 2007.

O QUE VOCÊ MAIS APRECIA EM MSF?

Como doadora, a transparência é um fator muito importante. A comunicação dos projetos e resultados é simples e clara. Os resultados podem ser medidos!

QUE SUGESTÃO VOCÊ DARIA À ORGANIZAÇÃO?

Continuar divulgando os trabalhos realizados para que mais pessoas possam participar, não só através de doações, mas de trabalhos pontuais. Divulgar as vagas e/ou necessidades temporárias de recursos humanos, em diferentes localidades, possibilitaria uma maior participação dos doadores.

ENTREVISTA

Médico brasileiro na equipe de emergência na RDC



A guerra civil que a República Democrática do Congo (RDC) enfrenta tem consequências trágicas para sua população, em especial no leste de seu território, palco de conflitos constantes. Além disso, problemas como dificuldade de acesso a cuidados de saúde, desnutrição e epidemias fazem parte da vida dos congolese. Presente no país desde 1987, Médicos Sem Fronteiras tem na RDC seu maior projeto. Entre as atividades de MSF está o Pool de Urgência do Congo (PUC), criado para identificar e atender as possíveis emergências locais. O médico capixaba Robson Tardin, de 28 anos, em sua primeira missão com MSF, integrou essa equipe, viajando pelo país para responder aos alertas de emergências.

■ COMO O PUC AVALIA SE HÁ NECESSIDADE DE UMA INTERVENÇÃO DE EMERGÊNCIA?

Sempre que MSF recebe o alerta de uma emergência, uma equipe do PUC vai até o local avaliar se o alerta corresponde à realidade. Como o Congo é muito carente de conhecimento teórico, temos que verificar se a doença identificada foi corretamente diagnosticada. A equipe também avalia se o número de pessoas afetadas realmente justifica uma intervenção. A emergência tem que justificar o orçamento, porque é muito caro e complexo montar a estrutura logística necessária.

■ COMO A EQUIPE TRABALHA PARA MONTAR UMA INTERVENÇÃO DE EMERGÊNCIA?

A equipe é composta por estrangeiros e congolese, já muito experientes. Geralmente há um médico, dois enfermeiros e logísticos. Neste tipo de missão, precisamos de suporte logístico para comunicação, saneamento, tratamento de água, eletricidade, montagem de acampamento... Montar essa estrutura no meio do nada é muito complexo, principalmente no padrão MSF. Normalmente, em menos de 48 horas conseguimos montar toda a estrutura.

■ EM QUE TIPOS DE INTERVENÇÃO VOCÊ TRABALHOU?

Trabalhei em um projeto de desnutrição, uma campanha de vacinação contra sarampo na floresta e outra para 310 mil crianças em Kisanghani, que misturava distrito urbano e floresta.

■ QUAL MISSÃO MAIS MARCOU VOCÊ?

A de desnutrição. Marca pela tristeza, mas ao mesmo tempo é gratificante, porque a resposta é muito rápida.

■ QUANTO TEMPO DURA UMA INTERVENÇÃO DE EMERGÊNCIA?

Entre quatro a oito semanas, no máximo. É uma missão de urgência, se o problema não for resolvido em oito semanas, a intervenção passa a caracterizar um projeto de longo prazo, o que não é o objetivo do PUC. Em todas as intervenções de que eu participei, conseguimos cumprir nosso objetivo em até oito semanas, o que é impressionante. Você imagina, vacinar mais de 300 mil crianças com uma equipe de



Robson Tardin, primeiro à esquerda, em campanha de vacinação

cerca de 30 pessoas em sete semanas na floresta?! Quando iniciamos a intervenção, definimos nossa estratégia de ação. Resolvemos onde vamos instalar a infraestrutura do projeto, avaliamos os acessos, fazemos busca ativa de casos e sensibilização, que é muito importante para divulgar para a população que estamos oferecendo cuidado médico e que é gratuito, porque na RDC o tratamento de saúde é pago.

■ COMO É FEITA A CAMPANHA DE SENSIBILIZAÇÃO?

Esse trabalho é feito pela promotora de saúde, que estuda a ação de acordo com o tipo de intervenção, as diferentes religiões e crenças, e verifica se existe resistência cultural ao tratamento, buscando adesão. Além disso, trabalhamos sempre com a identificação de MSF, usamos megafones, folhetos – em francês, língua oficial, e na língua local –, batemos porta a porta, divulgamos o tratamento em igrejas, pelo rádio e através de agentes locais. Durante a promoção da vacinação de sarampo, por exemplo, usamos palhaços para sensibilizar as crianças.

■ COMO É A ROTINA EM CAMPO?

A rotina muda conforme a missão, mas é sempre de muito trabalho. Em alguns locais, você tem uma estrutura melhor, com casa. Em outros, temos que viver em acampamentos, dormir em barraca, tomar banho de balde. Mas até isso é muito bem organizado, MSF tem um “kit vida de equipe”, com saco de dormir, tudo pronto!

CONTAMOS COM VOCÊ PARA MANTER NOSSOS PROJETOS.
PARA SABER COMO CONTRIBUIR, LIGUE PARA (21) 2215-8688
OU VISITE O NOSSO SITE: www.msf.org.br OBRIGADO.