

Entrevista



Por trás das emergências

Rosa Crestani, coordenadora da unidade de emergência de Médicos Sem Fronteiras em Bruxelas, conta como a organização traça estratégias para os contextos mais urgentes e fala sobre a atuação no Brasil.

Emergência é a especialidade de todos os profissionais que trabalham com Médicos Sem Fronteiras, mas para alguns é sinônimo de rotina. Esse é o caso da enfermeira Rosa Crestani, cujo cotidiano retrata bem a diversidade de temas e países com os quais MSF trabalha: no final de maio deste ano, ela estava trabalhando com surto de sarampo no Sudão do Sul, malária no Congo e atendendo refugiados malineses na Mauritânia. Ela também supervisionou os últimos três projetos no Brasil: as enchentes em Alagoas, em 2010, os desabamentos provocados pelas chuvas na Região Serrana do Rio de Janeiro e a chegada dos imigrantes haitianos em Tabatinga (AM), ambos em 2011.

© Borrie Lagrange

COMO FUNCIONA A UNIDADE DE EMERGÊNCIA?

Podemos ser acionados por meio dos nossos profissionais em campo, dos noticiários ou de outras formas. Então, checamos se é realmente uma emergência. Algumas são muito claras, como o terremoto do Haiti. Em outras, uma equipe vai ao local ver se realmente é emergência. Se for, um dos coordenadores que trabalham espalhados pelo mundo é acionado para definir estratégias e montar a equipe que vai a campo. Junto com os profissionais enviamos medicamentos, equipamentos de logística, de saneamento etc. Temos kits prontos para responder a diferentes emergências em diferentes cenários.

QUAL A EMERGÊNCIA MAIS COMPLICADA ATUALMENTE?

Atender os refugiados do conflito no Mali tem sido um grande desafio. As pessoas estão buscando abrigo no meio do deserto, na Mauritânia. O acampamento já tem cerca de 60 mil pessoas, mas poucas organizações estão lá levando ajuda humanitária. Uma das razões é o difícil acesso; é muito complicado chegar com todos os materiais que precisamos para oferecer ajuda. A falta de água é problema grave – cada pessoa recebe apenas 11 litros por dia. Você consegue imaginar o que são 11 litros para beber, cozinhar, cuidar da higiene e ainda dar aos animais? Além disso, a região é extremamente insegura – hoje, existem 50 estrangeiros sequestrados. Outra emergência que pode crescer é o atendimento às vítimas dos conflitos entre Sudão e Sudão do Sul.

QUAIS OS CRITÉRIOS PARA SE IDENTIFICAR UMA EMERGÊNCIA?

MSF tem ferramentas que nos ajudam a identificar se a situação é um problema crônico com um pico ou uma emergência. Pode haver muitos casos de sarampo em um país, sem que isso signifique uma emergência ou um surto, porque todos os anos naquela época há aumento do número de casos.

E SOBRE O BRASIL? QUAL A AVALIAÇÃO QUE VOCÊ FAZ DAS ÚLTIMAS ATIVIDADES DE EMERGÊNCIA NO PAÍS?

O Brasil é um país com uma boa estrutura para responder a emergências. Podemos ajudar oferecendo capacitação para os profissionais brasileiros em questões nas quais temos expertise, em vez de atuar na linha de frente. Fizemos isso nas emergências da Região Serrana e em Alagoas, com saúde mental. O governo tem muitos psicólogos, mas eles não estão treinados para ajudar pessoas com traumas causados por uma catástrofe natural. Então, oferecemos treinamento, acompanhamos um pouco para ver se está tudo funcionando bem e os deixamos trabalhar. Em Tabatinga, foi importante ter uma equipe de brasileiros. Eles conheciam bem os trâmites do governo, o que potencializou e acelerou a resposta positiva das autoridades locais em relação à inclusão dos haitianos no sistema de saúde brasileiro. MSF-Brasil precisa organizar a experiência adquirida para que não tenha que começar do zero a cada nova intervenção. Mas o grande desafio, no caso do Brasil, é entender quando, onde e como MSF pode agregar valor em uma emergência.

INFORMAÇÃO

Médicos Sem Fronteiras - Ano 15 - Nº 30 - 2012



© Dominic Nahr

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO

População desloca-se em busca de paz, mas epidemias são uma constante

Respostas rápidas

As estratégias de uma unidade de emergência



MSF no Mundo

Veja onde estão os 51* brasileiros que trabalham com MSF ao redor do mundo.



No primeiro semestre de 2012, MSF-Brasil enviou **51 BRASILEIROS PARA 25 PAÍSES***. São pediatras, cirurgiões, enfermeiros, farmacêuticos, ginecologistas, fisioterapeutas, psicólogos, anestesistas, profissionais logísticos e administradores.

*Os números estão sujeitos a alterações. A última atualização foi feita em junho de 2012.

Índice

EDITORIAL	03	DIRETO DA ÍNDIA	09
ARTIGO	04	DESTAQUES	10
GALERIA DE FOTOS	05	OPINIÃO DO DOADOR	11
POPULAÇÃO DA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO INSISTE NA SOBREVIVÊNCIA	06	ENTREVISTA	12

InformAÇÃO é uma publicação semestral da organização Médicos Sem Fronteiras no Brasil. **Tiragem:** 96 mil exemplares. Distribuição gratuita
Jornalista responsável: Lia Gomes (MTB. 57040/SP) **Redação:** Lia Gomes, Thereza Jatobá e Vânia Alves.
Colaboradores: Alessandra Vilas Boas, Alyne Rangel, Ana Paula Gouvea, Andrea Oliveira, Eric Stobbaerts, João Pedro Alves e Michelle Braga
Médicos Sem Fronteiras Brasil - Diretor Executivo: Tyler Fainstat **Endereço:** Rua Santa Luzia, 651/ 11º andar - Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20030-041
Tel.: 55 21 3527-3636 **e-mail:** info@msf.org.br **site:** www.msf.org.br

Editorial

Esta edição do InformAção apresenta um panorama, passado e presente, das operações de MSF na República Democrática do Congo (RDC). Desde que começamos a trabalhar nesse país, em 1981, ele esteve entre os que concentraram a maior quantidade de atividades de MSF. Esse cenário, inevitavelmente, se repetiu em 2011.

Detentor de uma vasta riqueza de recursos naturais e vizinho de nove outras nações, cujos conflitos internos normalmente ultrapassam as fronteiras e avançam para a RDC, o país responde pelo maior número de mortes em confrontos desde a Segunda Guerra Mundial - estimativas giram em torno de cinco milhões de pessoas. No entanto, para MSF, o que é especialmente preocupante na RDC são os ciclos recorrentes de mortes e doenças que assolam o país.

Devido à grande quantidade de conflitos, a oferta de assistência médica humanitária independente de MSF ocasionou muitos debates e reflexões dentro da organização. Isso ficou mais evidente com a crise de refugiados nos Grandes Lagos, em 1995. Após o massacre de quase 1 milhão de tútsis e hutus moderados em Ruanda, entre abril e julho de 1994, um grande número de hutus fugiu para países vizinhos temendo represálias do exército tútsi. Na região de Goma, na RDC, cerca de 850 mil refugiados chegaram em apenas cinco dias. Entre eles, estavam milicianos hutus, que assumiram o controle dos acampamentos e usaram recursos provenientes da ajuda humanitária internacional para se reestruturar e dar continuidade ao conflito.

Foi este o dilema de MSF em 1995: a assistência oferecida estava sendo controlada pelos responsáveis pelo genocídio e utilizada para fins contrários aos princípios da organização. Após amplos debates e discussões internas, MSF decidiu retirar-se dos acampamentos e denunciar os abusos cometidos contra os princípios humanitários de independência, neutralidade e imparcialidade.

Tivemos de enfrentar situações como essa, que testam os limites da ajuda humanitária, diversas vezes. A identidade de MSF tem sido claramente influenciada pelas experiências vivenciadas por nossas equipes na RDC, e é provável que isso continue acontecendo nos próximos anos.

Nesta edição, Rosa Crestani, que atualmente trabalha na Unidade de Emergência de Bruxelas, fala sobre as situações enfrentadas por MSF em diversas outras regiões, além da RDC. A galeria de fotos traz imagens do Sahel, região da África que concentra diversos países em situações de emergência humanitária. E Eric Stobbaerts, diretor da DNDi América Latina e membro do Conselho de MSF-Brasil, fala sobre a posição das duas organizações em prol de avanços rumo a uma convenção que estabeleça demandas de saúde de países em desenvolvimento como prioridade para investimentos em pesquisa e desenvolvimento.

Boa leitura!
Tyler Fainstat (diretor executivo - MSF-Brasil)



© Ben Milbas



© Aurelie Baumel



© Robin Meldrum

Artigo

Doenças negligenciadas: um marco global para pesquisa e desenvolvimento é necessário

Eric Stobbaerts*

O sistema de inovação no setor farmacêutico, impulsionado pelo mercado, não responde às necessidades de saúde das populações mais pobres do mundo. Doenças que afetam apenas países em desenvolvimento, como a doença de Chagas, a leishmaniose e outras, ficam à margem desse sistema. Ilustrando em números, entre 1975 e 2004, dos 1.556 novos medicamentos aprovados, apenas 1,3% foram voltados para as chamadas doenças negligenciadas.



© Mads Nissen

Ao longo da última década, iniciativas emergiram para combater esse desequilíbrio¹ respondendo à pressão internacional e envolvendo novos atores públicos e privados, grupos compostos de pacientes e doadores de países desenvolvidos e em desenvolvimento, bem como de iniciativas como as Parcerias para o Desenvolvimento de Produtos (PDPs) e a iniciativa de Medicamentos para Doenças Negligenciadas (DNDi).

No entanto, muitas necessidades de saúde da maioria da população mundial seguem desatendidas. Os esforços de pesquisa e desenvolvimento (P&D) ainda são fragmentados, e não há mecanismos sustentáveis de financiamento para os projetos à margem do mercado.

Em abril de 2012, um grupo de trabalho consultivo da Organização Mundial da Saúde (OMS), composto por especialistas em P&D de diferentes países, lançou um importante relatório², fruto de dez anos de análise e debates, sobre como melhor responder às demandas dos países em desenvolvimento. No âmago das recomendações está a criação de um marco global para a coordenação da P&D. Nesse âmbito, alguns princípios emergem como fundamentais: a definição de prioridades em P&D precisa ser orientada pelas necessidades dos pacientes, e países endêmicos devem participar ativamente desse processo. O modelo aberto de parcerias para inovação maximizará o compartilhamento de informações, otimizando custos de pesquisas, que devem ser desvinculados dos preços finais, tornando-os mais acessíveis. Dessa forma, novos tratamentos e diagnósticos seriam lançados como “bens públicos mundiais” e distribuídos de maneira sustentável e eficiente.

Para os especialistas do grupo consultivo da OMS e outros atores – entre eles, a DNDi e Médicos Sem Fronteiras –, tais princípios deveriam ser traduzidos em uma convenção de P&D a ser negociada pelos Estados-membros da OMS. A proposta esteve sobre a mesa na 65ª Assembleia Mundial de Saúde (Genebra, 21 a 26 de maio de 2012), que resultou em uma nova resolução dos Estados-membros, com forte apoio do Brasil, da Argentina e da Bolívia.

Tem início, agora, um longo processo de consultas em níveis nacional e regional, rumo a novas propostas e ações concretas. A América Latina e o Brasil, em particular, terão um papel-chave no seguimento desse importante passo que foi dado.

*Eric Stobbaerts é diretor da DNDi América Latina (Rio de Janeiro) e membro do Conselho de MSF-Brasil. A DNDi é uma organização de P&D sem fins lucrativos que trabalha para oferecer novos tratamentos para doenças negligenciadas. Desde sua criação, em 2003, entregou seis novos tratamentos – dois dos quais em parceria com laboratórios brasileiros: Farmanguinhos/Fiocruz e Lafepe. Além de parceiro fundador, Médicos Sem Fronteiras permanece entre os principais doadores da DNDi.

Mais informações em www.dndi.org.br

¹ Campanha de MSF pelo Acesso a Medicamentos Essenciais e Grupo de Trabalho de Medicamentos para Doenças Negligenciadas. Desequilíbrio fatal: a crise em pesquisa e desenvolvimento de medicamentos para doenças negligenciadas. Genebra, 2001.

² Disponível em: http://www.who.int/phi/CEWG_Report_5_April_2012.pdf

Galeria de Fotos

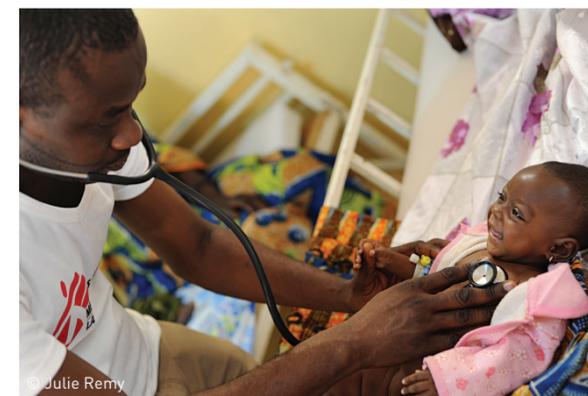
Região do Sahel contra a desnutrição



© Ton Koene

1. Nigéria

A falta de acesso ao atendimento de saúde no norte da Nigéria tem um forte impacto em mulheres e crianças. Na foto, uma mãe segura o filho que está sendo tratado em um centro de alimentação terapêutica de MSF no Hospital Biu, no Estado de Borno. MSF atua no país desde 1996, oferecendo atendimento a emergências obstétrica e neonatal, além de projetos de nutrição.



© Julie Remy

2. Níger

Todos os anos o Níger é afetado por crises nutricionais. Mais de 3% das crianças menores de cinco anos apresentam desnutrição aguda grave. Na foto, Sani Fridoussi, 5 meses, é examinada por um pediatra de MSF. Sani está pronta para ser transferida para a primeira fase do programa de desnutrição, após recuperar-se de uma infecção respiratória aguda grave.



© Aurelie Baumel

3. Burkina Faso

A desnutrição é um problema crônico em Burkina Faso, agravado pela recente chegada de 46 mil malineses que buscaram refúgio no país desde o início de 2012. Nos campos de Ferrerrie e Gandafabou, na província de Oudalan, MSF apoia o centro de saúde e oferece cuidados básicos aos refugiados, principalmente mulheres e crianças, e também à população local.



© Catherine Robinson

4. Chade

Um grupo de mães espera enquanto seus filhos são atendidos no ambulatório do centro de tratamento alimentar de MSF em Dougine, uma pequena aldeia no leste do Chade. Em 2012, MSF reagiu a uma emergência para tratar crianças menores de cinco anos que são as principais vítimas da crise alimentar.



© Ben Milpas

População da República Democrática do Congo insiste na sobrevivência

Segundo maior país da África e detentor do menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do mundo, de acordo com o ranking de 2011 divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU), a República Democrática do Congo (RDC) é rica em recursos naturais e abriga cerca de 70 milhões de habitantes. O país há tempos não vive períodos de paz e crises humanitárias resultantes tanto de conflitos armados quanto de epidemias são frequentes. Médicos Sem Fronteiras (MSF) atua na RDC desde 1981 e, de lá para cá, trata, basicamente, as mesmas mazelas: doenças como malária, cólera, Aids, sarampo e a doença do sono, e feridas, físicas e psicológicas, de pessoas que têm seus corpos e almas abusados por uma guerra de violência extrema, que parece não ter fim. Atualmente, esse é o país que mais

concentra projetos de MSF; em maio de 2012, 31 ações mobilizavam cerca de 1.850 profissionais.

As epidemias vão e vêm. Em 2008, pensava-se já ser possível comemorar a vitória sobre o sarampo e, eis que em 2009, ele ressurge em mais de 30 países, inclusive na RDC. MSF arregaçou as mangas e combateu a epidemia: somente no país africano, mais de três milhões de crianças foram vacinadas naquele ano. As ocorrências de malária não dão descanso; em 2012, observou-se uma elevação de 250% dos casos em relação a 2009. De janeiro a abril, mais de 85 mil pessoas foram tratadas – em 2011, o número total de pacientes tinha sido 158 mil. As causas para tantas novas ocorrências ainda não foram identificadas, mas as equipes de MSF alertam para a necessidade de medicamentos adequados, suprimentos

médicos e equipes treinadas para prevenir a doença. A malária é a principal causa de morte no país; cerca de 180 mil crianças com menos de cinco anos morrem a cada ano.

As doenças que assolam a RDC têm alguns aspectos em comum: são tratáveis, quando diagnosticadas e medicadas corretamente, passíveis de prevenção e, na República Democrática do Congo, assim como em muitos outros países da região subsaariana da África, podem causar a morte. O sistema de saúde local é falho, não dispõe de profissionais qualificados, infraestrutura ou medicamentos adequados para tratar as doenças. Outro ponto comum é o comportamento tradicional dos congolezes: o primeiro “especialista” a avaliar o enfermo é o curandeiro da aldeia. Esse hábito é reforçado pelas circunstâncias, uma vez que o acesso

aos postos de saúde é complexo. “Passamos a noite toda descendo o rio Congo, de Bokuma a Mbandaka – cerca de 59 quilômetros. Não tive escolha. Meu filho mais novo estava se apagando, como uma vela”, conta o pai de Eliezer Wetchi, de sete anos, que estava com cólera e foi tratado em um Centro de Tratamento de Cólera de MSF. Médicos da organização enfrentam as mesmas dificuldades em termos de acesso: “A maioria das aldeias nas quais trabalhamos são inacessíveis por estradas. Nossas equipes e suprimentos médicos são enviados por motocicletas, canoas ou mesmo a pé”, explicou Carole Coeur, coordenadora de projeto de MSF na RDC. A organização apoia centros de saúde do Ministério da Saúde oferecendo consultas e tratamentos gratuitos, além de providenciar centros de tratamento móveis, que vão até os doentes. Tal estratégia é assertiva, em especial, no tratamento da doença do sono, uma vez que ela é transmitida pela picada da mosca tsé tsé, principalmente nas áreas rurais, muito distantes dos postos de saúde das cidades. Os sintomas da doença, que afeta o sistema nervoso, são frequen-

temente identificados como loucura, por conta dos picos de agressividade e alterações de humor. Por isso, os infectados não buscam tratamento. E sem tratamento, a doença tem um índice de quase 100% de fatalidade. Atualmente, um terço das ocorrências da doença do sono são registradas na RDC. Até maio de 2012, MSF já havia avaliado 31.391 pessoas na província de Kikongo; 43 casos da doença foram diagnosticados e encaminhados para tratamento.

Historicamente, a Aids é uma preocupação no país. Desde 1996, MSF desenvolve programas de prevenção da doença voltados para as comunidades. Segundo estimativas da organização, cerca de 1 milhão de pessoas estão infectadas com o vírus HIV na RDC. Desse total, 350 mil poderiam se beneficiar do tratamento antirretroviral (ARV), mas apenas 44 mil têm acesso a ele. O Fundo Global de Combate à Aids, Malária e Tuberculose, principal financiador de ARV no país, reduziu o financiamento ao país

por conta de uma retração das doações recebidas internacionalmente, o que agravou ainda mais o cenário. Em 2003, MSF tornou-se a primeira organização a oferecer tratamento antirretroviral gratuito aos pacientes da RDC. Dedicar-se à prevenção é investir, também, no futuro da saúde do país: apenas 1% das grávidas soropositivas tem acesso a Programas de Prevenção da Transmissão de HIV de Mãe para Filho (PMTCT, na sigla em inglês), um dos piores índices da África Ocidental e Central.

Sobreviventes deslocam-se pelo país à procura de segurança. O medo é companhia constante

A possibilidade de ataques violentos assombra a população, principalmente nas províncias do leste do país. Por vezes, os matagais surgem como uma possibilidade de abrigo para escapar de emboscadas comumente realizadas nas aldeias no período noturno. Desde a independência da República



© Emily Lynch

Democrática do Congo da Bélgica, em 1960, civis têm sofrido com o fogo cruzado vindo de partes interessadas em assumir o poder, valer-se da riqueza natural do país ou simplesmente impor-se às demais etnias. Para agravar a situação, a RDC faz fronteira com alguns países que acabaram por depositar milícias radicais em território congolês. Por onde passam os grupos, há denúncias de atrocidades, e MSF vai ao encontro daqueles que sobreviveram a ataques e precisam de atendimento. Famílias inteiras se veem obrigadas a se movimentar incessantemente para fugir dos ataques e roubos de grupos armados, deixando tudo para trás. O deslocamento, que há tempos é comportamento tradicional de tribos nômades, passou a ser reflexo do instinto de sobrevivência.

Na província de Kivu do Norte, torturas, estupros, trabalho forçado e assassinatos são parte da rotina da população local. MSF atua na região desde 2007, mas chegou a interromper as atividades em 2010 para garantir a segurança de sua equipe, retornando em 2011. As províncias de Kitchanga, Mweso, Pinga, Rutshuru, Baraka, Lulimba, Kalonge e Shabunda são atendidas pela organização, que oferece serviços de saúde primária e secundária, saúde reprodutiva, saúde mental, tratamento das consequências da violência sexual e atendimento a emergências, incluindo epidemias, como sarampo e cólera. Conflitos armados se intensificaram em abril deste ano, forçando a organização a sair de Nyanzale e Butembo e reduzir a equipe em Rutshuru. De novembro de 2011 a abril de 2012, profissionais de MSF foram vítimas da violência de grupos armados 15 vezes no estado de Kivu (nas regiões Norte e Sul). "A situação não está se estabilizando em Kivu. Ela está piorando novamente", diz a Dra. Marcela Allheimen, coordenadora de projeto de MSF.

Os estupros em massa, utilizados como arma de guerra pelos grupos armados, causam terror. "Geralmente, acontecem quando as pessoas estão em trânsito, da aldeia para o mercado, e são paradas por homens armados, que as separam em grupos – homens, mulheres, meninas.

Eles roubam seus pertences e dividem as mulheres e garotas entre eles. Homens e meninos por vezes são também estuprados", conta Alice Echumbe, enfermeira e supervisora do Centro Jamaa Letu, em Baraka, no Kivu do Sul. Ela diz que também sente medo, mas que não pode deixar tais sentimentos transparecerem, para não fragilizar ainda mais os pacientes. O tratamento para vítimas de violência sexual envolve a proteção contra HIV e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a distribuição de pílulas para evitar uma gravidez indesejada, além de acompanhamento psicológico, uma vez que é comum o abandono das vítimas de violência sexual por suas comunidades.

O cenário da RDC é um universo particular. Um país em retrocesso, negligenciado por governantes e pela população mundial, que vive crises emergenciais tão frequentes que se tornaram rotina, acontecimentos habituais. Chocante será o dia em que emergências sejam de fato emergências: situações críticas inesperadas, incidentes, imprevistos.

Sempre alerta

Na RDC, as emergências são de diferentes naturezas e o acesso às localidades é sempre um desafio. Para garantir a rapidez nas respostas, desde 1995, o país conta com sua própria unidade de emergência de MSF, o PUC – *Pool d'Urgence Congo*, na sigla em francês. Para essas equipes, não há rotina. "A carga de trabalho é pesada, o cenário muda muito e as intervenções são diversas. É importante ser flexível e ter a capacidade de se adaptar a mudanças", contou Luz Maria Rojas, administradora que atuou no PUC por nove meses até janeiro de 2012. O ano de 2011 foi particularmente movimentado: epidemias de sarampo (mais de um milhão de crianças foram vacinadas), cólera (2.418 pacientes receberam assistência) e pólio ocuparam tanto o PUC que foi necessário enviar equipes médicas emergenciais suplementares para tratar cerca de 40 mil pacientes com malária a quatro províncias da RDC. A intervenção ainda está em andamento.

MSF contra epidemias na RDC*

- Sarampo – mais de 3 milhões de crianças vacinadas e 13.700 atendimentos
- Malária – 158 mil pacientes tratados
- Doença do sono – 1.500 pacientes tratados
- HIV/Aids – 5.000 pacientes sendo tratados com ARV

Tratando a violência*

- Rutshuru (Kivu do Norte) – 404 mil atendimentos a deslocados internos e refugiados vindos de países vizinhos
- Kivu (Norte e Sul) – 2.300 atendimentos a vítimas de violência sexual

*Informações referentes ao ano de 2011.

© Yasuyoshi Chiba



Direto da Índia



Francelise

farmacêutica bioquímica

“Meu nome é Francelise e sou farmacêutica bioquímica. No final do ano passado, o sonho de entrar para Médicos Sem Fronteiras tornou-se realidade. No dia 20 de janeiro – dia do farmacêutico –, recebi a tão esperada notícia: minha primeira missão seria em Nagaland, estado mais ao leste da Índia. Estou em Mon, cidade com cerca de 250 mil habitantes, localizada em meio às montanhas, pertinho do Himalaia.

MSF está aqui para garantir o acesso da população da cidade e dos distritos vizinhos serviços de saúde de qualidade, sem ter de viajar longas distâncias. Oferecemos serviços de ginecologia e obstetrícia, pediatria e cirurgia. Pacientes com infecções respiratórias, doenças de pele, febre tifoide, diarreia, malária, trauma, tuberculose, HIV/Aids, entre outros, também recebem tratamento.

A tuberculose (TB) é um dos focos principais do projeto. A cada ano, 99 mil novos casos de TB resistente, variação da doença na qual bacilos desenvolvem resistência a medicamentos, surgem na Índia. Surgem, também, casos graves envolvendo gestantes, principalmente pré-eclâmpsia e gravidez ectópica, todos os dias. É impressionante. Desde que a equipe de ginecologista, anestesiológica e cirurgião chegou aqui, o número de atendimentos e de cirurgias quadruplicou.



© Anna Surinyach



© arquivo pessoal

O papel do farmacêutico vai muito além de gerenciar o estoque geral dos projetos. Tenho trabalhado muito com a promotora de saúde montando esquemas para que médicos prescrevam medicamentos para TB corretamente e pacientes os ingiram também corretamente, na tentativa de minimizar o mal-estar causado pelos efeitos colaterais das dosagens incorretas. Na verdade, isto é o mais legal de tudo: vejo a importância do trabalho multidisciplinar dentro de um hospital. Todos realmente trabalham para alcançar o objetivo de prover cuidados médicos de qualidade: a administração, preocupada com orçamentos para que as despesas dos pacientes atendidos em outra cidade sejam pagas; a logística, que luta para não faltar água no hospital e que agora mesmo está tratando a água do rio, porque não temos água aqui; e, claro, a área médica. Temos uma ótima estrutura laboratorial responsável por todos os exames, transfusões de sangue, recebimento de doadores de sangue etc. A equipe conta, também, com um responsável pelo controle de infecção hospitalar, e por aí vai... O time é enorme, e cada um tem um papel extremamente importante para o bom andamento do projeto.

No fim das contas, estamos aqui para melhorar o acesso à saúde, fornecer tudo de que o hospital precisa e treinar o pessoal local, mas não para substituí-los. O desejo de todos é que o trabalho tenha continuidade com a mesma dedicação após o encerramento das atividades de MSF.”

Destaques



© Juan-Carlos Tomasi

Vitória contra a doença de Chagas

Crianças menores de dois anos ou com menos de 20 quilos infectadas pela doença de Chagas já podem receber tratamento adequado: o Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (Lafepe) anunciou, no final de maio, os primeiros lotes da versão pediátrica do benzonidazol, medicamento usado no tratamento da doença de Chagas. O desenvolvimento foi fruto do trabalho

da Iniciativa de Medicamentos para Doenças Negligenciadas (DNDi, na sigla em inglês) e teve o apoio de MSF. O novo medicamento já está sendo usado nos projetos de MSF. Até então, a alternativa para tratar crianças era a diluição em água ou maceração do medicamento para adultos, práticas que podem ocasionar a ingestão de quantidades inadequadas do medicamento.

Casa nova

Médicos Sem Fronteiras, em breve, estará em novo endereço:

Rua do Catete, 84, Catete, Rio de Janeiro – CEP: 22220-000. Os telefones da organização continuarão os mesmos.

Reconhecimento

O novo relatório de MSF sobre doenças tropicais negligenciadas será apresentado no Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária 2012, em setembro. O evento reunirá os maiores nomes de pesquisa sobre o tema no mundo. No documento, a organização relata sua experiência no combate a três doenças tropicais

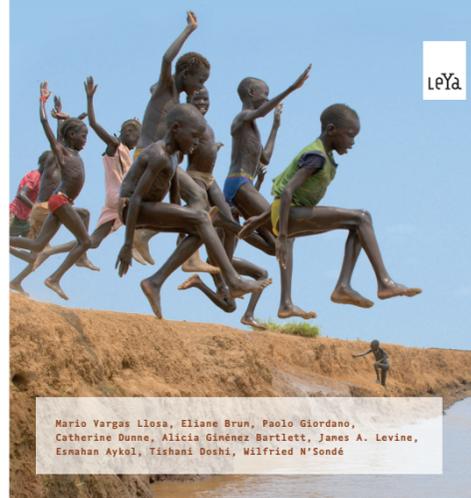
– doença do sono, doença de Chagas e calazar –, fazendo uma avaliação dos desafios para o diagnóstico e das dificuldades de tratamento. O convite para participar do evento é um reconhecimento ao trabalho de MSF, que há mais de dez anos combate as doenças negligenciadas.

Vidas em linhas

Nove escritores foram convidados a visitar projetos de MSF e escreveram histórias baseadas em suas experiências. O resultado é o livro *Dignidade!*, lançado por Médicos Sem Fronteiras e pela editora Leya em junho para marcar os 40 anos da organização. Entre os escritores, estão o peruano Mario Vargas Llosa – vencedor do prêmio Nobel de Literatura em 2010 – e a brasileira Eliane Brum. O livro traz histórias daqueles que convivem com conflitos armados, fome, epidemias ou não têm acesso a cuidados médicos, bem como do dia a dia de profissionais de MSF. O prefácio é assinado por Drauzio Varella. Os escritores não cobraram pelo trabalho, e 5% do valor das vendas do livro serão revertidos para a organização.

DIGNIDADE!

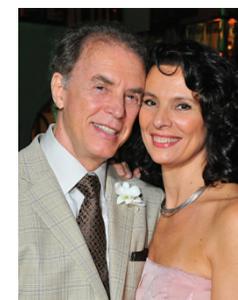
Nove escritores vivenciam situações-limite e relatam o cotidiano do trabalho dos Médicos Sem Fronteiras



LEYA

Mario Vargas Llosa, Eliane Brum, Paolo Giordano, Catherine Dunne, Alicia Giménez Bartlett, James A. Levine, Esmahan Aykol, Tishani Doshi, Wilfried M'Sondé

Opinião do Doador



Barbara Musumeci Mourão

Doadora desde 2012

Casar é planejar a cerimônia, a festa, os presentes... Julio e eu sabíamos que não precisávamos de presentes. Ambos já tínhamos casas mobiliadas e não pretendíamos incentivar consumo desnecessário em forma de presentes, mas entendemos a simbologia por detrás do hábito de presentear um casal que se une. Foi então que pensamos na possibilidade de convertermos os presentes em doações. Precisávamos apenas encontrar um nome confiável. Eu já conhecia MSF há algum tempo e tinha até feito algumas doações avulsas no passado. Promover doações entre amigos acreditando na organização é incrível. A forma de atuação de MSF permite que doadores visualizem, mesmo que no imaginário, as doações feitas sendo convertidas em ações. O pessoal se animou e muita gente contribuiu, o que, certamente, fez a felicidade do casal.



Marcilio Teixeira Marinho Filho

Embaixador de MSF-Brasil¹
Doador desde 2011

Sempre quis retribuir o que a vida tem me dado. À minha volta, pessoas morrendo de fome, e a minha mesa, farta. Me doía muito ver que saúde e educação não existiam em muitas comunidades do mundo. Como ajudar e ter certeza de que a minha ajuda chegaria aos necessitados? Já conhecia MSF de nome e resolvi saber mais pelo site. Fiquei impressionado com a abnegação e entrega dos profissionais de MSF, que vão onde o problema está. Poderiam estar em casa, mas optam por trabalhar pela ajuda humanitária. É isto: mais do que vocação, esse trabalho é um sacerdócio. Foi assim que decidi me tornar doador. Quando recebi o título de Embaixador de MSF-Brasil, senti um enorme orgulho. Hoje, quando pego meu passaporte MSF-Brasil, sinto que estou fazendo alguma coisa para que alguém, neste exato momento, tenha um pouco de conforto em meio a tanto sofrimento. Esse é meu verdadeiro orgulho.

¹ O título de Embaixador de MSF-Brasil foi criado para reconhecer o expressivo apoio de um grupo de doadores brasileiros a MSF. Para obter mais informações, visite www.msf.org.br/campanha-embaixadores ou envie e-mail para: embaixador@rio.msf.org.

MSF Responde

Este espaço foi criado para responder as dúvidas frequentes dos doadores de MSF. Sua participação é muito importante para nós.

Posso incluir MSF como beneficiário em meu testamento?

Sim. Doando uma parte de seus bens e direitos, você estará garantindo o trabalho futuro de MSF. É possível deixar para MSF depósitos em conta, ações, aplicações financeiras, fundos de pensão, pecúlios e outros bens. Oferecemos assessoria jurídica gratuita aos interessados em incluir MSF em seu testamento. Para obter mais informações, visite www.msf.org.br/herancas. Se você planeja colocar MSF em seu testamento ou já nos indicou como herdeiro, entre em contato pelo telefone (21) 3527-3632.

Atualize seus contatos (e-mail e telefone) e nos ajude a reduzir nossos custos.

Seja um Doador Sem Fronteiras e indique amigos, familiares e empresas para nos apoiar.

Entre em contato pelo e-mail doador@msf.org.br ou ligue para 21 2215-8688. Acesse www.msf.org.br