

INFORMAÇÃO

Médicos Sem Fronteiras - Nº 35 - Novembro/2014



© John Moore/Getty Images

A ESCALADA DO EBOLA

De doença ignorada à preocupação mundial

Populações em fuga

Como MSF responde às necessidades de refugiados e deslocados internos

Doença do sono

Clínica móvel leva cuidados a regiões rurais da Rep. Democrática do Congo

MSF no mundo

De janeiro a outubro de 2014, MSF-Brasil enviou 75 profissionais* para projetos distribuídos por 28 países.



* Os profissionais que atuam com MSF são pediatras, cirurgiões, enfermeiros, farmacêuticos, ginecologistas, fisioterapeutas, psicólogos, anestesistas, profissionais logísticos e administradores.

Índice

EDITORIAL	03	UMA DOENÇA EMBRENHADA NA MATA DA ÁFRICA SUBSAARIANA	11
ENTREVISTA	04	DIRETO DE	14
DESTAQUES	05	GALERIA DE FOTOS	15
VIVENDO A EPIDEMIA DE EBOLA	06	OPINIÃO DO DOADOR	16

InformAÇÃO é uma publicação da organização Médicos Sem Fronteiras no Brasil. Tiragem: 131.900 exemplares. Distribuição gratuita. **Jornalista responsável:** Lia Gomes (MTB. 57040/SP). **Redação:** Ana Paula Blower e Lia Gomes. **Edição:** Lia Gomes. **Revisão:** Débora de Castro Barros. **Colaboradores:** Alexandre Bento, Andrea Oliveira, Lucia Brum, Michelle Braga, Tássia Pacheco, Vanessa Monteiro Cardoso e Vânia Alves. **Médicos Sem Fronteiras Brasil – Diretora-geral:** Susana de Deus. **Endereço:** Rua do Catete, 84, Catete, Rio de Janeiro/RJ – CEP 22220-000 **e-mail:** info@msf.org.br **site:** www.msf.org.br

Editorial

O assunto ganhou as páginas de jornais, revistas, portais de notícia online e emissoras de televisão. Todos querem saber sobre o vírus mais fatal de que se tem conhecimento, o Ebola. Colocando em pratos limpos, a dúvida que paira no ar e que tanto mobiliza os veículos de comunicação pode ser resumida em uma só questão: até que ponto as fronteiras geográficas garantem a segurança das nações? Os recentes acontecimentos comprovaram que o Ebola é mesmo uma ameaça que não faz distinção de raça, cor, etnia ou religião. Se o vírus não for combatido em sua origem, no berço da epidemia, ele continuará a se perpetuar. Para nós, que trabalhamos desde o início na resposta a esse, que é o maior surto da doença já reportado, é demasiadamente triste, e revoltante, que tenha sido preciso ultrapassar o patamar de 4 mil mortes para que se notasse alguma mobilização internacional. Visivelmente, o medo e o pânico individuais são maior incentivo do que a solidariedade e a genuína preocupação com os seres humanos.

Continuamos a chamar a atenção para o assunto, trazendo à tona evidências de que recursos financeiros são fundamentais, mas não consistem em ajuda suficiente para controlar essa crise — sistemas de saúde disfuncionais de países que já dependiam de ajuda externa estão deixando à mercê da própria sorte pessoas que buscam cuidados primários, ou que apresentam sintomas de outras enfermidades; além de construir novos centros de tratamento, é preciso pessoal qualificado para administrá-los, entre outros tantos aspectos. Nossas equipes estão física e emocionalmente exaustas. Não sei se um dia será possível mensurar a profundidade das marcas adquiridas por aqueles que estiveram em posição de ter de negar cuidados às pessoas por causa da superlotação das estruturas para vê-las sangrando e até falecendo nos portões de nossos centros de tratamento.

Ultimamente, alguns países se mobilizaram para enviar reforços aos países afetados pela epidemia, e essa notícia deve ser comemorada. No entanto, faz falta uma resposta global. O Brasil se moveu timidamente, com o envio de kits emergenciais, alimentos e 450 mil dólares à Organização Mundial da Saúde (OMS) até o dia 23 de outubro, mas a contribuição é ínfima e desproporcional à capacidade e ao papel brasileiro no cenário internacional. Por isso, vamos continuar incentivando o engajamento do país na luta contra o Ebola, com a urgência e o volume adequados à realidade que se impõe. Já nos reunimos com representantes dos Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores, além de termos promovido o intercâmbio de experiências com profissionais da Fiocruz. E contamos com você, que conhece e confia em nosso trabalho, para endossar nossas mensagens, engrossando o coro para que o Brasil não assista a distância às mortes causadas pelo Ebola.

Susana de Deus
Diretora-geral de MSF-Brasil



Entrevista

Refugiados e deslocados somam número recorde e trazem novos desafios para MSF

“A situação não pode se adaptar a nós; nós precisamos nos adaptar a ela”, diz Rosa Crestani, coordenadora de emergência da organização

Em junho deste ano, o Alto-Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (Acnur) anunciou que o número de deslocamentos forçados — refugiados (pessoas que deixam o país), deslocados internos (aqueles que fogem, mas permanecem em território nacional) e requerentes de asilo — havia alcançado a marca de 51,2 milhões de pessoas. De acordo com o Acnur, desde o período do pós-Segunda Guerra Mundial não se via situação como essa. Como se não bastassem as crises intermináveis, como a guerra civil na República Democrática do Congo e os violentos confrontos que ainda assolam a população do Afeganistão, confrontos recentes, e não menos sangrentos, eclodiram nos últimos anos, causando ainda mais sofrimento. Para Rosa Crestani, coordenadora de emergência de MSF, o desafio é adaptar a resposta das organizações humanitárias às diferentes necessidades das populações. Para ela, é essencial que seja considerada a recente presença de refugiados e deslocados internos em países fora do continente africano e as formas de se fazer guerra e de se comunicar, que foram radicalmente alteradas.



© Nyani Quarmyne

COMO MSF MANTÉM SUAS EQUIPES PREPARADAS PARA OFERECER ASSISTÊNCIA ÀS POPULAÇÕES DE REFUGIADOS E DESLOCADOS?

Estamos sempre avaliando os contextos nos quais atuamos, mantendo redes de relacionamento que nos abastecem de informações diversas e nos permitem avaliar e adaptar nossa capacidade de resposta, caso seja necessário. Temos em nossas equipes profissionais especializados em estudar as particularidades de cada contexto. Nesse sentido, a flexibilidade de MSF é uma enorme vantagem: decidimos como vai se dar nossa atuação caso a caso. Há alguns anos, a demanda dos refugiados e deslocados em países africanos estava relacionada, principalmente, com nutrição e cuidados de saúde primária. Hoje, as crises em alguns países do Oriente Médio demandam, por exemplo, a continuidade do tratamento de doenças crônicas, além de atenção às doenças respiratórias. Mudamos a estratégia para atender essas pessoas de forma efetiva, apostando em inovação. A situação não pode se adaptar a nós; nós precisamos nos adaptar a ela.

COMO É POSSÍVEL GARANTIR QUE, EM MEIO À PIOR EPIDEMIA DE EBOLA DE QUE SE TEM CONHECIMENTO, REFUGIADOS E DESLOCADOS RECEBAM ASSISTÊNCIA?

Em MSF, toda emergência é uma prioridade, e estamos organizados internamente de modo a garantir nossa presença em todas as ocasiões. Obviamente, temos limitações e nossa capacidade de resposta está atrelada a recursos hu-

manos e financeiros disponíveis. Por isso, concentramos esforços também em comunicação, para que as populações em necessidade não dependam exclusivamente de MSF e outras organizações e governos sintam-se pressionados a agir. Não tenho lembrança de nenhuma crise na qual MSF não tenha atuado.

VOCÊ CONSIDERA QUE OUTRAS ORGANIZAÇÕES DE AJUDA HUMANITÁRIA ESTEJAM PREPARADAS PARA ATENDER À CRESCENTE DEMANDA DESSAS POPULAÇÕES?

Posso dizer que as organizações estão cientes do que está acontecendo, mas não estão necessariamente prontas para agir de forma efetiva. O último ano foi extremamente penoso para nós. A intenção não é criticar por criticar, mas posso dizer que o sistema de resposta da ONU não está mais funcionando. Da forma como vejo, eles deveriam ser os primeiros a chegar a qualquer contexto, e não é bem assim que as coisas acontecem. Foram mais de quatro meses de epidemia de Ebola até que a mobilização tivesse início, por exemplo.

O TRABALHO COM EMERGÊNCIAS FAZ DE VOCÊ UMA PESSOA PESSIMISTA?

Preciso considerar o pior cenário para estarmos preparados para tudo. Mas, pessoalmente, apesar de cética, ainda acredito na humanidade. Já tenho vivência suficiente — Líbia, Síria, República Centro-Africana e Mauritânia — para saber o que esperar dos outros, mas ainda acho que se deixamos de acreditar, o trabalho perde o sentido.

Chagas: uma nova realidade desponta no México

No estado de Oaxaca, no México, o acesso a diagnóstico e tratamento para a doença de Chagas agora é realidade. Graças às parcerias estabelecidas entre MSF, Secretaria de Saúde e Instituto Mexicano de Seguro Social, 43 mil pessoas das cidades de San Pedro Pochutla e Mazunte poderão acessar os serviços gratuitamente em instalações de saúde primária. Até o momento, mais de 1.500 testes de diagnóstico foram realizados.

Em agosto, Ubaldo Mendoza, 18 anos, foi o primeiro a iniciar o tratamento para a doença. “Por enquanto, sinto-me bem, não tenho nada”, conta. Ele está determinado a completar os 60 dias de tratamento — cuja aderência é dificultada por causa dos efeitos adversos provocados pela medicação — porque sabe que pode se curar e, com a saúde em melhores condições, poderá seguir com seus estudos.



© Consuelo Pagaza/MSF

“A colaboração entre MSF e as autoridades de saúde estaduais e federais pode ajudar a superar as barreiras ao acesso ao tratamento para Chagas,” diz Marc Bosch, coordenador-geral de MSF no México. “Isso permitirá que iniciativas parecidas sejam replicadas em regiões do país onde Chagas também é endêmica”.

Estima-se que a prevalência da doença de Chagas no México esteja entre 4% e 12%, o que corresponde a um montante de mais de 1 milhão de pessoas infectadas.

Tuberculose: o poder da comunicação

“Eu decidi escrever e compartilhar minha história com a esperança de inspirar mais pacientes, que também sofrem com a doença a continuarem o tratamento. Quero que eles saibam que ainda há esperança e vida”, diz Mildred Fernando-Pancho, que escreve para o blog TB&ME e sobreviveu à tuberculose ultrarresistente (TB-XDR).

Em setembro, estudo publicado por MSF avaliou positivamente a contribuição das redes sociais no suporte à adesão ao tratamento para cepas da tuberculose resistente a medicamentos (TB-DR). A iniciativa também foi bem avaliada por profissionais de saúde. “Ao ler as histórias, tive uma conexão com os pacientes que nunca seria possível em consulta”, diz Charles Ssonko, médico de MSF.

O blog é a plataforma utilizada pelos pacientes para contar, com suas próprias palavras, como convivem com a doença e suportam o árduo tratamento.

<http://blogs.msf.org/en/patients/blogs/tb-me>





© Morgana Wingard

Vivendo a epidemia de Ebola

As dificuldades no combate ao surto sem precedentes da doença

A maior epidemia de Ebola de que se tem conhecimento foi oficialmente declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março deste ano. No mesmo mês, a organização humanitária Médicos Sem Fronteiras (MSF), que já estava com equipes em campo, fez seu primeiro alerta: caso não houvesse mobilização internacional, com significativa ampliação das estruturas de tratamento e isolamento dos pacientes infectados, a batalha contra o Ebola seria difícil. Mais de sete meses depois, os números falam por si só: até 16 de outubro, foram 8.994 casos suspeitos e 4.492 mortes, de acordo com a OMS.

A primeira epidemia da doença ocorreu em 1976, mas o vírus apenas ganhou as capas de jornais e passou a encabeçar a lista das grandes preocupações mundiais quando se mostrou capaz de atravessar o oceano e ameaçar outros continen-

tes. As três nações mais assoladas pela epidemia — Guiné, Serra Leoa e Libéria — sentiram imediatamente as consequências do receio internacional. Falou-se em fechamento de fronteiras, observou-se a imposição de quarentena às comunidades afetadas, cancelaram-se voos para esses países. O medo se instaurou. E medo só gera mais medo.

Tendo atuado em cerca de dez epidemias de Ebola nos últimos 20 anos, essa foi a primeira vez que MSF registrou baixas em suas equipes. Até outubro deste ano, 21 pessoas foram infectadas e 12 faleceram por causa do vírus, o que contribuiu, obviamente, para o aumento da tensão. A causa dessas infecções está sendo amplamente investigada, sendo a possibilidade de contaminação nas próprias comunidades, e não nos centros de tratamento, a mais provável, especialmente em se tratando dos profissionais locais. Os

protocolos de segurança da organização são internacionalmente reconhecidos por sua efetividade e rigidez, e estão em constante aperfeiçoamento. Mas há que se lembrar que são pessoas a cumprir tais protocolos, e são elas que estão trabalhando no limite da exaustão, física e emocional, condição que pode facilitar o risco de contaminação. Embora o contingente de profissionais tenha aumentado significativamente desde o início da atuação da organização — hoje são 3.253* pessoas, entre profissionais nacionais e internacionais —, a resposta ainda é insuficiente e falta mais pessoal qualificado em campo.

Durante cerca de duas semanas, em setembro, a psicóloga brasileira de MSF Julia Bartsch esteve em centros de tratamento de Ebola na Guiné e na Libéria prestando suporte psicossocial à equipe de profissionais internacionais. Julia explica que a

*Até outubro/2014

maneira com que o Ebola se impõe contribui para o aumento da tensão e da persistência da paranoia. “O trabalho passa, de certa forma, a sensação de ‘desumanização’, por causa da impossibilidade de contato entre as pessoas, estejam elas infectadas ou não. E não é simplesmente a ausência do contato direto, corpo com corpo. Você não pode ter contato com os fluidos corporais de ninguém. Mesmo fora dos centros de tratamento, cada um tem seu copo, porque a saliva pode transmitir o vírus; roupas não podem ser compartilhadas, porque o suor pode estar infectado; deve-se se borrifar cloro e lavar as mãos todo o tempo, e por aí vai. As pessoas têm de estar atentas a cada mínimo detalhe de sua rotina. E isso é muito exaustivo. Se você não estiver habituado, se não for uma pessoa minimamente metódica, pode tornar-se, facilmente, paranoico”, conta. Outro aspecto que, para ela, diferencia o Ebola dos demais projetos da organização é o contato com a morte. “Em vez de ser uma possibilidade, a morte passa a ser lugar-comum. A primeira atividade de uma equipe médica ao entrar na ala de casos confirmados de um centro de tratamento é retirar os corpos das pessoas que faleceram durante a noite, para que as providências adequadas sejam tomadas”, conta. A realidade dura é um dos motivos pelos quais os profissionais de MSF

Conhecendo o Ebola

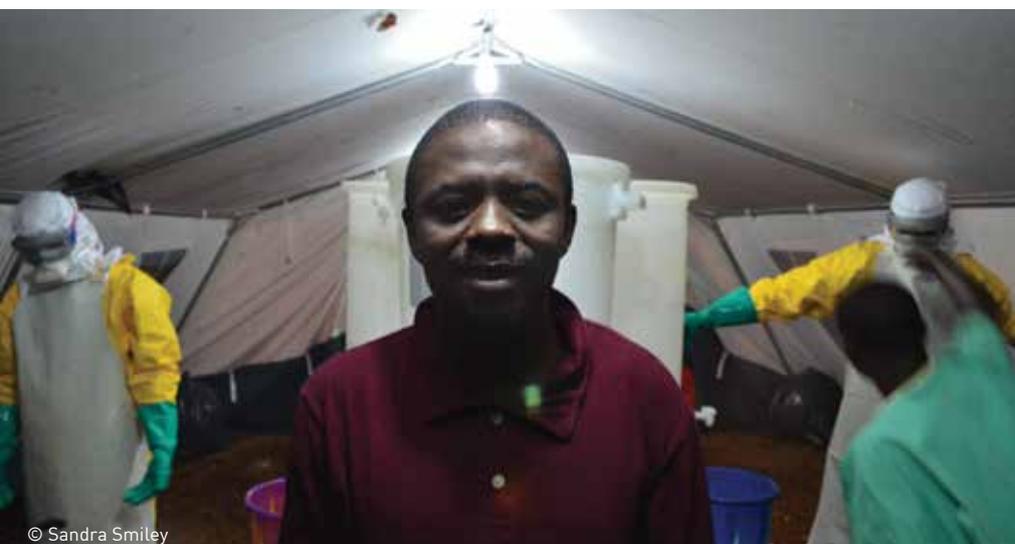
O Ebola é um vírus que tem cinco cepas. O vírus Zaire, predominante na epidemia atual, é o mais letal deles, com índice de mortalidade de até 90%. A transmissão se dá pelo contato com fluidos corporais de pessoas infectadas — sangue, urina, fezes, vômito, saliva, suor, leite materno, secreções e esperma — e o tempo de incubação do vírus varia de 2 a 21 dias. Passado o período de 21 dias do contato com uma pessoa infectada, se não houver sintomas — cansaço intenso, febres repentinas e incessantes, dores de cabeça e abdominais, conjuntivite, náusea, anorexia, diarreia, irritabilidade e hemorragias, internas e externas —, não haverá doença. O vírus só é transmitido se a pessoa estiver, de fato, sintomática. Não há tratamento específico para a doença, nem cura. Algumas vacinas e tratamentos alternativos estão em fase de teste, mas não há ainda garantias de sua efetividade e segurança. No momento, o que se faz para aliviar o sofrimento das pessoas é proporcionar as melhores condições para que possam estar fortes para combater o vírus, por meio de nutrição adequada, hidratação e administração de medicamentos antimicrobianos e analgésicos.

Para conter um surto de Ebola, é necessário atuar, basicamente, em quatro frentes: na realização de atividades de comunicação e promoção de saúde, para que as comunidades entendam a doença e encaminhem pessoas sintomáticas para centros de tratamento; no isolamento das pessoas infectadas para tratamento; no rastreamento daqueles que tiveram contato com pessoas infectadas para que possam ser diagnosticados e, no caso de estarem infectados, isolados para tratamento; e, finalmente, na realização de funerais seguros, para que o corpo, ainda carregado com o vírus, não reinicie o processo de infecção em outra pessoa. E, para que tudo isso seja possível, é imprescindível contar com muitos profissionais treinados nos mais rígidos procedimentos de segurança.

ficam menos tempo em um projeto de Ebola do que nos demais contextos onde atua a organização.

O medo como companhia constante

Uma menina de nove anos de idade vomita no meio da rua. Começa a chorar copiosamente. As pessoas, muitas delas, gritam a distância, mas ninguém faz nada. Resgatada por um profissional de MSF e submetida a testes, a suspeita se confirma: ela está com Ebola. Em Foya, na Libéria, assim como em tantas outras regiões afetadas pelo Ebola, a orientação é se desfazer de seus doentes para evitar a contaminação da família. Marcos Leitão, administrador brasileiro, foi quem contou a história da garota. Por mais revoltante que seja, ele a associa ao pânico generalizado e ressalta que “não temos como julgar esse tipo de atitude”. Ele mesmo conta que, depois de mais de dez participações em projetos de MSF pelo mundo, essa foi a primeira vez em que teve medo. Responsável pelo pagamento da equipe



© Sandra Smiley

Promotor de saúde comunitária acredita ter contraído o vírus ao examinar um garoto infectado. Depois do tratamento, ele está curado e deseja retomar suas atividades.



© Martin Zingg

Equipe carrega corpo de pessoa infectada para que seja enterrado de forma adequada.

çam a esvaziar-se. “Embora seja uma doença que pode causar a morte, uma pessoa com malária não se arriscaria, sabendo que podem haver casos de Ebola ali”, afirma Paulo Reis, clínico geral de MSF que já atuou por três vezes nesta epidemia — duas em Serra Leoa e uma na Guiné. Os profissionais de saúde locais também cedem a seus medos e deixam de comparecer às estruturas de saúde. O resultado da combinação de todos esses fatores é o colapso do sistema de saúde e as inúmeras mortes, não registradas, por outras causas que não o Ebola.

Luiza Cegalla, pediatra brasileira, foi trabalhar com MSF em Serra Leoa em abril deste ano, no Centro de Referência de Gondama (GRC, na sigla em inglês), que oferece assistência em saúde secundária, pediatria e obstetrícia. Cerca de três semanas depois de sua chegada, os primeiros casos de Ebola surgiram no país. De lá para cá, todos os distritos foram afetados e os rumos mudaram. “Todo o objetivo do projeto ficou comprometido. Perdemos recursos humanos para a equipe de emergência e nosso foco passou a ser manter o hospital ‘a salvo’ do Ebola”, conta Luiza. A vida dos

de mais de 600 profissionais em Foya, na Libéria, Marcos diz que precisou desenvolver procedimentos para eliminar ao máximo qualquer possibilidade de contaminação. “Estabeleci que atenderia uma pessoa por vez em minha mesa para evitar o tumulto do atendimento coletivo. Contava as notas, em minhas mãos, na frente da pessoa, para ela poder contestar, se quisesse, a quantia, antes de o dinheiro ser repassado para suas mãos. Disponibilizei também uma caneta para que cada pessoa pudesse assinar o recibo de recebimento sem que eu tivesse que emprestar a minha. São pequenas coisas, mas que me garantiam alguma tranquilidade”, explica. É sabido que profissionais contratados localmente estão mais expostos à contaminação, visto que, depois de uma jornada de trabalho, voltam para suas casas nas comunidades. Por isso o cuidado. Marcos não sabe dizer ao certo o que exatamente lhe causava medo, mas teve muita dificuldade para dormir, e diz que, até hoje, mais de duas semanas após ter deixado o projeto, ainda tem sonhos relacionados com o que viveu. “Não dá para dizer que é medo do Ebola. Eu escolhi estar ali e não tenho medo de morrer fazendo algo em que acredito”, explica.

A emergência dentro da emergência

Com os esforços concentrados no combate ao Ebola, e dada a grande ameaça que a epidemia representa, as pessoas passam a ter receio de frequentar hospitais, e os leitos come-



© John Moore/Getty Images

Profissional de MSF leva criança com suspeita de Ebola para centro de tratamento.

profissionais internacionais no projeto também mudou radicalmente, uma vez que os protocolos de segurança a serem seguidos passaram a ser os de Ebola: sem mais liberdade de ir e vir pela cidade, sem mais contato físico entre as pessoas. Em 16 de outubro, após a inauguração de um novo centro de tratamento de Ebola em Bo, o hospital foi fechado.

A necessidade de profissionais qualificados persiste. Além das dificuldades em atrair pessoas qualificadas — muitas se recusam a trabalhar com o Ebola, ou mesmo em regiões afetadas pela epidemia —, o estigma associado às pessoas infectadas é enfrentado também por aqueles que se propõem cuidar delas. “Ouvi casos de funcionários nacionais nossos que foram despejados de suas casas porque o

proprietário soube que trabalhavam com o Ebola e suspendeu o contrato de aluguel”, conta Marcos Leitão. Mesmo os profissionais internacionais, quando voltam a seus países de origem, têm de enfrentar o receio das pessoas em tocá-los, ainda que passados os 21 dias de observação.

É preciso mais esforços

MSF já fez reiterados apelos públicos clamando por mais recursos humanos e materiais disponíveis em campo. A presidente internacional da organização, dra. Joanne Liu, fez o possível para sensibilizar os países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) em seu discurso. “Vivemos um momento que o mundo raramente vê. Se é que já viu. Como líderes mundiais, vocês serão julgados sobre o

uso que farão deste momento”, disse ela. No Brasil, a organização reuniu-se com representantes do Ministério da Saúde e do Ministério das Relações Exteriores para incentivar o engajamento na resposta à epidemia. Nota-se o início da mobilização por parte de alguns países, mas, para MSF, é preciso que a comunidade internacional compreenda que, embora muito bem-vindos, recursos financeiros não são suficientes. Não basta construir centros de tratamento; há que se providenciar pessoal treinado para administrá-los. E que isso seja feito em tempo de reverter o cenário da epidemia em favor da humanidade. “Nós decidimos ampliar nossas atividades. Decidimos fazer coisas que nunca tínhamos feitos antes. Não ficamos paralisados diante do risco”, enfatiza a dra. Joanne.

Números MSF*

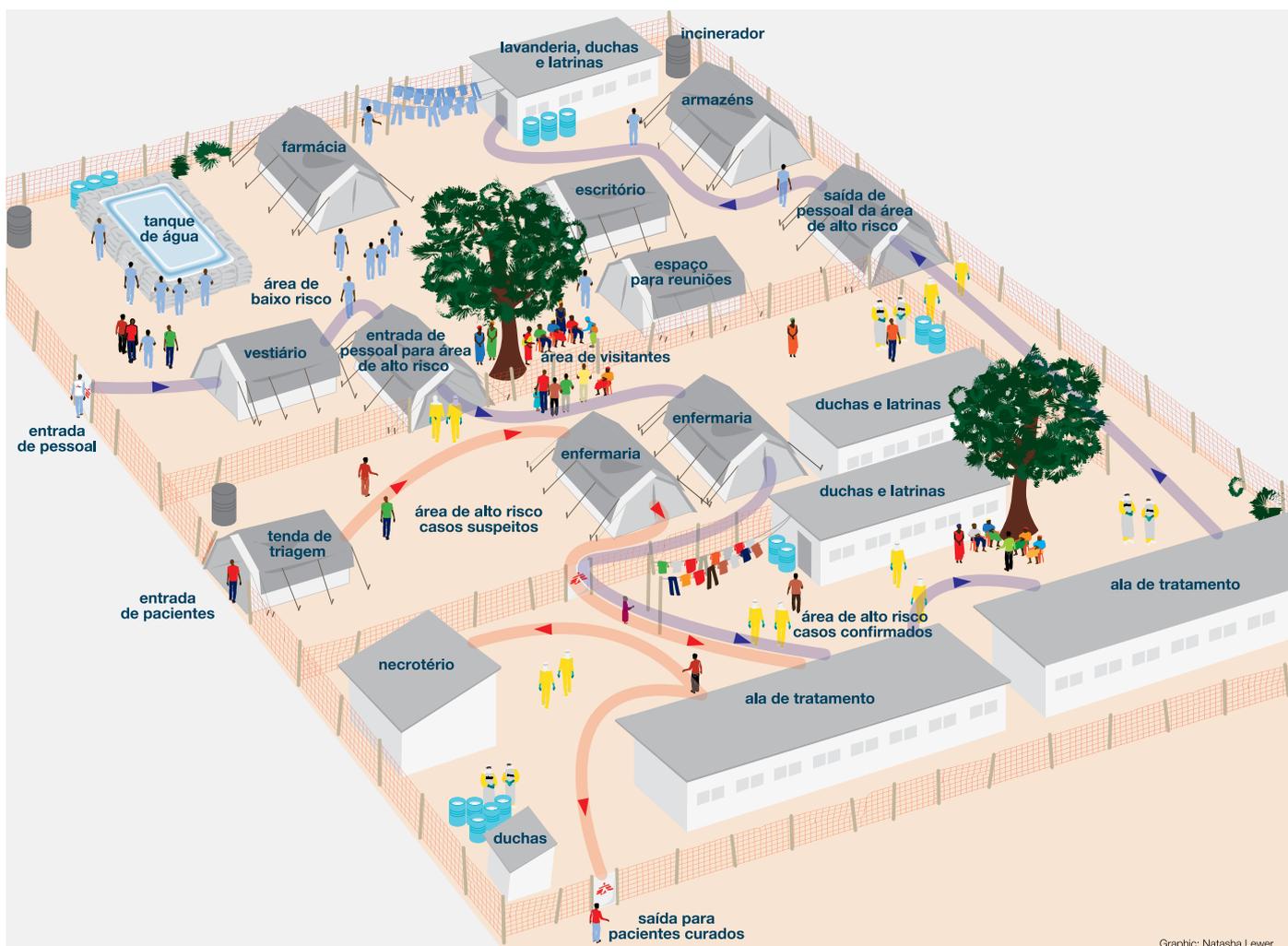
Centros de Tratamento de Ebola

Guiné - 1 em Conacri (65 leitos) e 1 em Guéckédou (90 leitos)
Libéria - 1 em Monróvia (250 leitos) e 1 em Foya (40 leitos)
Serra Leoa - 1 em Kailahun (96 leitos) e 1 em Bo (35 leitos)

Suprimentos enviados para a África Ocidental desde o início da epidemia
807 toneladas

*Até 13/10/2014

Por dentro de um centro de tratamento de MSF



MOVIMENTAÇÃO DA EQUIPE

1. Vestiário — Em duplas, os profissionais devem vestir-se adequadamente com suas vestimentas de proteção antes de entrarem na área de alto risco. A partir daqui, não há mais contato direto com a pele, nem dos pacientes, nem entre membros da equipe.

2. Entrada de pessoal na área de alto risco — Momento de planejamento dos detalhes. Antes da entrada, há uma conversa de cerca de 30 minutos para que as atividades sejam combinadas e os equipamentos preparados.

3. Área de alto risco - casos confirmados — Após as rondas na área de casos suspeitos, a equipe adentra a área de mais alto risco.

4. Saída de pessoal da área de alto risco — Ao deixar a área de alto risco, os membros da equipe removem suas vestimentas de proteção e se desinfetam.

5. Lavanderia — Todos os itens recicláveis da vestimenta são lavados com água clorada para serem reutilizados.

6. Incinerador — Tudo o que não pode ser reutilizado é incinerado.

MOVIMENTAÇÃO DOS PACIENTES

1. Tenda de triagem — Pacientes com sintomas de Ebola são admitidos na área para casos suspeitos.

2. Área de alto risco - casos suspeitos — Muitos dos primeiros sintomas são similares aos de outras doenças, como malária e tuberculose. Um teste laboratorial leva cerca de quatro horas para confirmar a doença. Pessoas infectadas são admitidas na área para casos confirmados.

3. Área de visitantes — Através da cerca, familiares e amigos conversam com pacientes infectados e psicólogos de MSF oferecem ajuda.

4. Área de alto risco - casos confirmados — Espaço de circulação de pacientes com Ebola.

5. Ala de tratamento — Não há tratamento específico para o vírus, mas os sintomas são tratados com medicamentos apropriados e os pacientes são hidratados e nutridos.

6. Necrotério — Quando um paciente morre, o corpo é levado para ser inserido adequadamente em um saco especial, para ser devolvido à família para a realização do funeral.

7. Saída para pacientes curados — Após dois testes laboratoriais negativos para o vírus e consecutivos, o paciente é liberado. Antes de deixar o centro, toma banho com água clorada e recebe roupas limpas e um pacote com alimento terapêutico e vitaminas, para se fortalecer.

Especial | Doença do sono na República Democrática do Congo

Uma doença embrenhada na mata da África subsaariana

Equipe móvel de MSF vai a regiões de difícil acesso oferecer diagnóstico e tratamento para comunidades rurais

Doromo, província Orientale, República Democrática do Congo (RDC). Uma névoa fina ainda recobre o horizonte e surpreende aqueles que, ao saírem de suas barracas, anteviam algum calor. São 5 horas da manhã, e uma equipe de MSF se prepara para mais um dia de trabalho. Microscópios, luvas, mesas, cadeiras e demais equipamentos laboratoriais são cuidadosamente protegidos e rapidamente divididos em motocicletas, único veículo capaz de transpor os obstáculos impostos pelas difíceis rotas em meio à mata. Ao todo, são 15 motocicletas, que, além do aparato, transportam oito profissionais de laboratório. Vai ser esta a rotina pelas próximas cerca de duas semanas: levar uma clínica móvel para oferecer teste para a doença do sono aos vilarejos que compõem a zona de saúde de Doromo. Cada dia, um novo vilarejo. Terminada a cobertura da região, a equipe, literalmente, levanta acampamento e parte para a próxima.

— não há outros fóruns para tais desabafos. Tendo sido ele próprio tratado para a doença do sono, Fula Esoke-li Bernard assume o comando da reunião. Conta sua história em Lingala, língua local com tom carregado de dureza, mas a mensagem é visivelmente recebida pelo público de forma tranquila, acompanhada pelo balançar das cabeças e do som emitido em coro em concordância. “Eu mesmo não sabia que estava doente e acabei sendo o primeiro paciente tratado em Dingila por MSF. Tive de ser tratado duas vezes, para o primeiro e o segundo estágios da doença, e fiz, ao todo, quatro punções lombares!”. Pouco a pouco, os preconceitos são desmistificados: a punção lombar não tem como propósito extrair o sêmen dos homens da comunidade — há quem acredite nisso —; a doença é transmitida por picada de mosca, e não resultante de bruxaria ou mau olhado; e, se não for tratada, pode, sim, levar à morte. E, infelizmente, MSF não se ocupará das pessoas com resfriados, febre ou idosos que não conseguem mais levantar-se. Para finalizar seu discurso, ressaltando a importância de todos participarem das atividades de teste e diagnóstico, Fula é enfático: “A ignorância pode levar à morte.”



© Marizilda Cruppe

Equipe móvel a caminho de vilarejo para oferecer teste e tratamento para a doença do sono em Doromo, na RDC.

A comunidade já esperava a chegada de MSF. No dia anterior, promotores de saúde haviam estado no local, conduzindo um bate-papo acalorado sobre MSF e as atividades que seriam desenvolvidas no combate à doença do sono. Durante esses encontros, é comum surgirem pautas como resfriados, pessoas com febre, idosos sem conseguir levantar-se, cheios de dores musculares e nas juntas. O momento é de compartilhar, e a turma de MSF, experiente, deixa que as angústias sejam ali despejadas



© Marizilda Cruppe

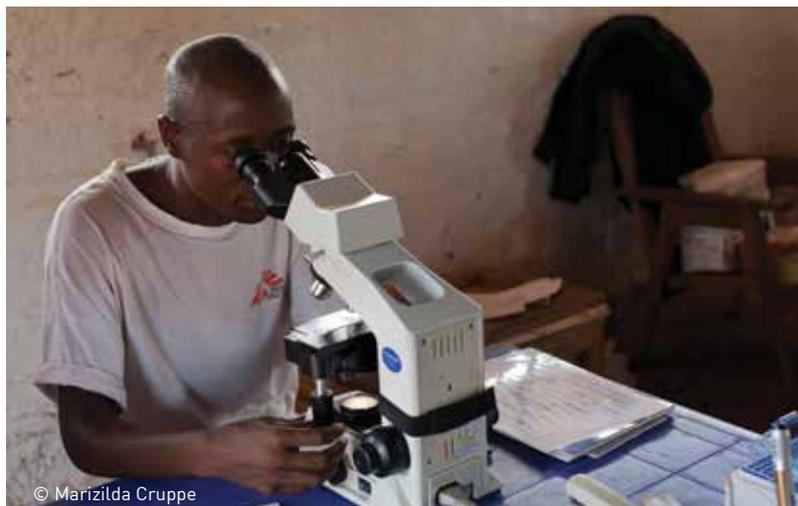
Promotores de saúde reúnem-se com a comunidade para falar sobre a importância dos exames de diagnóstico da doença do sono.

As atividades na clínica móvel têm início. Com agilidade, a aparelhagem é montada. Consolidam-se as estações de trabalho: na primeira parada, a identificação; na segunda, a coleta de duas gotas de sangue para a primeira checagem da presença do parasita no organismo e diagnóstico da malária por testes rápidos; se a presença do parasita é constatada, um segundo teste, que demanda a coleta de uma quantidade um pouco maior de sangue para avaliação em microscópio após a centrifugação, é realizado na terceira estação; a amostra é analisada na quarta; caso o diagnóstico seja mesmo positivo, com a presença do parasita confirmada, é preciso avançar para a última estação, na qual é realizada a punção lombar, que define o estágio em que a doença se encontra. Mulheres e crianças são maioria no período da manhã. Ansiedade e medo do desconhecido, além de alguma dor, causam o choro dos pequenos quando têm seus dedos picados duas vezes, no início do processo. Os homens começam a aparecer mais tarde, quando findado o trabalho nas plantações ou vencido o receio da exposição — alguns temem o estigma associado a qualquer doença que venha a ser diagnosticada. Mais sérios, esforçam-se para conter o desconforto e esconder a intimi-

dação. Alguns, notadamente mais velhos, não são senhores das próprias decisões. “Se ele fizer a punção lombar, estou avisando que o abandonarei”, disse uma mulher, chamada para decidir pelo marido. Sua filha, encaminhada para o procedimento, também foi impedida de fazê-lo. Não houve argumentação possível. Muitas vezes, como destaca o supervisor de laboratório, Christian Liripa Dz’ko, a baixa presença nas atividades da clínica móvel são consequência dos medos dos mitos espalhados pela própria comunidade. “Estamos realizando a segunda rodada da clínica em Doromo. A primeira foi há seis meses. Nesse meio-tempo, muitas das pessoas que fizeram a punção lombar e sentiram dores, mal-estar ou mesmo medo falaram para seus conhecidos para não fazerem o procedimento porque não iriam conseguir trabalhar. E muita gente não o faz mesmo.” Corajosa, Christina Nodiabesima, de 14 anos, se submeteu ao procedimento há seis meses, quando foi diagnosticada com a doença. Hoje, após ter concluído seu tratamento, está fazendo um exame para ter certeza de que o parasita foi eliminado de seu organismo. “Acredito que estou curada e vou estudar para me tornar enfermeira e cuidar das pessoas”, conta a menina.



Momento de identificação de cada pessoa que fará o teste para a doença do sono.



Análise apurada de amostra de sangue recolhida para atestar a presença do parasita da doença do sono.



Dois testes rápidos são realizados para diagnóstico da presença do parasita da doença do sono e da malária.



Para identificar em que estágio a doença se encontra, é feita uma punção lombar.

Por volta das 15 horas, começam as movimentações para o encerramento das atividades. Isso, claro, se não houver mais pessoas chegando à clínica. Os pacientes diagnosticados com a doença precisarão receber tratamento. Se no primeiro estágio, o atendimento é ambulatorial e oferecido no acampamento da equipe de MSF. A simpática Monique Soni é a enfermeira responsável pelos pacientes. “O tratamento nesse estágio da doença envolve injeções diárias durante uma semana. Avalio os sinais vitais, aplico a injeção e eles repousam por alguns momentos antes de voltarem às suas casas. Se moram a mais de cinco quilômetros daqui, ficam conosco”, diz. Thérèse Nakana, 29 anos, mora perto dali e já encerrou seu tratamento. Ela conta que, além da sensação de frio e alguma dor de cabeça, passou bem durante o processo. Hoje, no entanto, tem dores abdominais, e está novamente na enfermaria. “Enquanto esteve conosco, ela fez três refeições por dia. Voltou para sua casa, e a realidade é dura. Ela tem fome”, explica Monique. No segundo estágio da doença do sono, os pacientes são internados no hospital de MSF, em Zobia, a cerca de 50 quilômetros dali.

No acampamento, todos estão reunidos para um almoço tipicamente congolês, regado a pundu — folha da mandioca macerada e cozida — para, depois, desfrutarem do merecido descanso. Amanhã, quando o galo cantar, a equipe toma outro rumo.



© Marizilda Cruppe

Thérèse Nakana recebeu tratamento para o primeiro estágio da doença do sono.

Uma doença desconhecida



© Marizilda Cruppe

Geralmente conhecida como doença do sono, a Tripanossomíase Humana Africana é uma infecção parasitária transmitida pela mosca tsé-tsé, que afeta cerca de 36 países da África subsaariana. Cerca de dois terços de todos os casos registrados da doença ocorrem na RDC.

No primeiro estágio, a doença é de difícil diagnóstico, já que os sintomas não são específicos e envolvem febre, dores de cabeça, fraqueza, coceira e dores nas juntas. Sem tratamento, a doença avança para o segundo estágio, quando o parasita invade o sistema nervoso central e pode causar a morte. Nesse estágio, a pessoa sente exaustões e dorme com frequência. Daí, o nome da doença.

Desde 2011, MSF mantém projetos na província Orientale, no nordeste da RDC, para combater a doença do sono de forma ativa, por meio de clínicas móveis. Durante o mês de julho de 2014, a clínica de MSF atuou na zona de saúde de Doromo, tendo examinado 1.061 pessoas e tratado seis. A atuação da organização nesse contexto é essencial no combate a essa doença negligenciada.

Direto de Porto Príncipe, no Haiti

Michael Roriz

Fisioterapeuta

“ Diariamente, o silêncio de Porto Príncipe se quebra com os primeiros raios solares, às 6 horas da manhã, tendo um céu alaranjado como pano de fundo, anunciando mais um dia de calor intenso. O Haiti, um paraíso no meio do Caribe, ainda colhe os frutos de tantos anos de uma economia quebrada, sem uma política de reforma social clara.

Sua população esporadicamente sofre com desastres naturais. As marcas do terremoto de 2010 ainda são visíveis. E terremotos não são a única ameaça natural imprevisível que assola esse país: constantes furacões e ciclones fazem imaginar que essa ilha está à mercê do destino.

Na sociedade haitiana, considerada a menos favorecida das Américas, muitas regiões são compostas por tendas de lona que servem de moradia para milhares de famílias na capital, Porto Príncipe. Essas lonas, feitas de material altamente inflamável, desaparecem em questão de segundos quando em contato com o fogo. A devastação é violenta. As consequências são vidas que necessitam de um centro de tratamento para queimados.



© Andre Quillien/MSF

[ESCOLHA DO DOADOR]



Há apenas um hospital de referência para pacientes queimados em todo o Haiti: o de MSF, projeto no qual me encontro neste momento. Eu me emociono ao lembrar das várias histórias de centenas de crianças que conheci na Unidade de Tratamento Intensivo. As conversas com seus pais, no entanto, eram frequentemente tristes, pois muitas famílias não tinham para onde voltar após terem sido tratadas por MSF, por terem perdido tudo após o acidente.

Nosso objetivo clínico é evitar todos os tipos de complicações físicas, estéticas e respiratórias. Uma vez que a queimadura se dá por chamas, a fumaça inalada durante o acidente pode ser um fator que decidirá entre a vida e a morte.

Queimaduras do sistema respiratório são delicadas, mas com técnicas de fisioterapia respiratória prevenimos e salvamos muitas vidas. A retração da pele é outro problema que perdurará por alguns meses, mesmo depois da alta do hospital. Em nosso ambulatório, fabricamos órteses e vestimentas compressivas de *lycra* para evitar deformações severas na pele.

Regresso mais uma vez ao Haiti esperançoso de que algo de bom eu tenha feito pelos pacientes. Ao final do dia, me deito sob o céu negro com suas estrelas radiantes e reflito sobre o que aconteceu. Acabo me lembrando dos tantos pacientes com quem cruzei em outros projetos de MSF pelo mundo e pego no sono. Sono esse que será interrompido pontualmente às 6 horas da manhã, minhas roupas encharcadas de suor, com o sol anunciando mais uma jornada de intenso calor, mas de muitas gratificações no decorrer do dia. ”

Galeria de fotos

Condições de vida precárias afetam a saúde dos haitianos



© Emilie Régnier

Em 2010, o Haiti foi afetado por um terremoto que devastou o país e degradou ainda mais as condições de vida da população. As poucas instalações públicas de saúde não têm recursos suficientes para atender às necessidades das pessoas, que variam de saúde básica ao atendimento obstétrico e às vítimas de acidentes, queimaduras e violência. MSF administra um “hospital-contêiner” em Léogâne, oferecendo cuidados a mulheres e crianças.



© Mathieu Fortou/MSF

A crise de cólera que eclodiu meses depois do terremoto persiste. Cerca de 7.400 pacientes foram tratados por MSF com a doença no ano passado. Além do tratamento e das consultas, equipes de promoção de saúde percorreram toda a extensão da região de Léogâne para conduzir atividades de conscientização sobre a prevenção da cólera.



© Yann Libessart/MSF

Desde 2005, MSF administra o hospital de Drouillard, única instalação com unidade especializada em queimados do Haiti. Ali, são oferecidos também cirurgias ortopédicas e abdominais, serviços de saúde mental e atendimento de emergência 24 horas. Um grande percentual dos pacientes que sofreram queimaduras em consequência de acidentes domésticos em 2013 era de crianças com menos de cinco anos de idade.



© Diana Zeyneb Alhindawi

Paciente repousa no centro cirúrgico de Nap Kenbe (“fique bem”, em creole), em Tabarre, região a leste da capital do Haiti, Porto Príncipe. Ali, equipes de MSF oferecem serviços gratuitos de emergência e trauma, ortopédicos, de fisioterapia e atendimento pós-operatório, assim como para pessoas feridas em acidentes nas estradas.

Opinião do doador



Alberto Leite

Embaixador de MSF-Brasil* e fundador e CEO da FS VAS, empresa apoiadora de MSF

Doador desde 2013

“Nós, da empresa FS VAS, achamos em MSF o parceiro ideal para cumprir nossos objetivos como pessoas, que são os mesmos da organização: levar ajuda humanitária a quem mais precisa. Além disso, com MSF, sabemos que o dinheiro das doações será muito bem aplicado. Muito melhor do que se tentássemos ajudar essas pessoas sozinhos. Neste ano, estamos aumentando o valor da doação porque realmente confiamos no trabalho de MSF. A FS VAS é doadora há mais de dois anos e incentivamos outras empresas a fazerem o mesmo. Eu, pessoalmente, também sou doador. É como um dever: todo ano, faço a doação e me sinto mais humano, mais leve. Considerando minhas possibilidades, acredito que ajudo a sanar problemas crônicos, como a malária e a desnutrição. Questões, inclusive, que já deveriam ter sido erradicadas. Assisti ao comercial de MSF e fiquei muito tocado ao ver que com apenas um real por dia podemos fazer a diferença na vida das pessoas.”



Dino Rogério Vaccari Melo

Doador desde 2013

“Conheço MSF há muitos anos, de reportagens e filmes. Eu e minha esposa já contribuíamos para outras organizações, mas, com todas as histórias de corrupção, ficávamos procurando uma na qual pudéssemos acreditar. MSF é séria, e nós sabemos para onde vai o dinheiro doado. É, de fato, uma organização sem fins lucrativos: os profissionais vão em frente, levando ajuda humanitária às pessoas, sem que o ganho financeiro seja um objetivo. Comentei com um amigo que estávamos ajudando MSF, falei sobre a importância do trabalho e, um mês depois, ele apareceu, todo feliz, dizendo que também havia se tornado um doador. Acredito que só o ser humano pode ajudar o outro. A minha doação pode não resolver tudo. É uma gota em um oceano, eu sei. Mas, se todos fizessem o mínimo, imagine como as coisas seriam? Ficamos muito felizes em poder ajudar. Não tem preço ver nos materiais de MSF uma criança sorrindo e curada.”

* 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 um e-mail para <embaixador@rio.msf.org>.

MSF Responde

Como posso fazer uma doação para ajudar MSF a combater esse surto de Ebola?

Você pode fazer uma doação para o nosso Fundo de Emergência. Assim, ajuda MSF a agir rapidamente em situações de crises humanitárias, que envolvem desastres naturais e epidemias, como a que acontece neste momento na África Ocidental. Acesse www.msf.org.br/ebola e doe agora!

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

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 acesse www.msf.org.br