



Alerta de MSF: cinco epidemias para monitorar em 2016

Surtos de cólera, sarampo e meningite são comuns em contextos com recursos precários, apesar de vacinações efetivas e a preços acessíveis estarem disponíveis; picos sazonais elevados de malária não são notificados, e, por isso, a resposta de saúde continua insuficiente; e surtos de doenças menos conhecidas, como dengue e chikungunya, foram recentemente reportados em novos países e regiões. Essas são epidemias que podem eclodir ou piorar em 2016, e precisamos estar preparados. A necessidade de vacinação deve ser identificada e as campanhas realizadas proativamente, a vigilância deve ser reforçada, as respostas devem ser adaptadas na medida em que a abordagem única por vezes não funciona, e pesquisa e o desenvolvimento (P&D) de testes de diagnóstico e tratamentos devem ser priorizados. Abaixo, há algumas recomendações que MSF sugere, baseado no que a organização tem observado em campo.

Cólera

A cólera é uma infecção gastrointestinal, transmitida pela água, que causa diarreia aquosa aguda e vômitos. Sem tratamento, pode levar à desidratação grave e à morte em questão de horas. A cólera é transmitida por água ou alimentos contaminados, ou por meio do contato direto com superfícies contaminadas. A infecção é mais comum em assentamentos densamente povoados, onde o saneamento é precário e os recursos hídricos não são seguros. Populações deslocadas, pessoas vivendo em regiões sem infraestrutura básica, e aqueles que vivem onde conflitos interromperam serviços são os mais vulneráveis. Os surtos de cólera são previsíveis, e podem ser evitados e tratados. Infelizmente, em vários dos países mais afetados, as necessidades básicas não são respondidas, o preparo é insuficiente e a resposta aos surtos é tardia e falha.

Em 2014, MSF tratou 46.900 pessoas de cólera em 16 surtos que afetaram seis países (Camarões, República Democrática do Congo, Haiti, Níger, Nigéria e Sudão do Sul).

Assim que se suspeita de um surto, pacientes são tratados em centros onde medidas preventivas de controle de infecção são tomadas, a fim de evitar que a doença se alastre ainda mais. Medidas rígidas de higiene devem ser implementadas e grandes quantidades de água limpa devem ser disponibilizadas (por meio da cloração, por exemplo).

Além dessas medidas, a vacina oral contra a cólera reduz a transmissão da infecção. No entanto, devido ao estoque escasso, seu uso é restrito; atualmente, a vacina é usada primeiramente em resposta a um surto ou como medida preventiva em situações de alto risco, como acampamentos de pessoas deslocadas. Uma reserva foi criada pelo Grupo de Coordenação Internacional (ICG, na sigla em inglês) em 2013 para maximizar o impacto das doses disponíveis. Os países que quiserem usar a vacina para prevenir surtos em áreas de alto risco têm de submeter suas propostas ao ICG, onde são avaliados por um grupo de especialistas, e negociações são realizadas se necessário.

A escassez de vacinas significa que países e atores humanitários não podem vacinar grandes populações como parte de uma estratégia de prevenção global em países onde a cólera é endêmica, em regiões de risco específicas ou quando diante de um surto. Um exemplo disso em 2015 foi o surto de cólera em Juba, capital do Sudão do Sul, que tem uma população estimada em mais de 500 mil pessoas. Para ajudar a reduzir a propagação da cólera na cidade, MSF lançou uma campanha de vacinação em coordenação com o Ministério da Saúde sul-sudanês, mas, infelizmente, o número de doses disponível não foi suficiente para atender toda a população em risco. Portanto, MSF, em parceria com o Ministério da Saúde, decidiu implementar uma campanha de dose única (em vez da dose dupla usual), alcançando regiões com o maior índice de transmissão em Juba.

Recomendações de MSF

- Existem apenas duas vacinas pré-qualificadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) disponíveis. A vacina mais adaptada para responder a um surto é produzida por uma empresa indiana que não tem capacidade de aumentar sua produção para responder às necessidades globais. A maioria das doses só está disponível por meio do sistema de reserva. Há uma necessidade de **ampliar a produção e de que mais opções sejam validadas pela OMS.**
- Atualmente, recomenda-se uma estratégia de dose dupla. De acordo com pesquisadores, uma estratégia de dose única pode prevenir mais casos do que uma estratégia de dose dupla envolvendo a metade do número de pessoas¹. **É necessário uma maior flexibilidade na atribuição de vacinas e o apoio da OMS para que sejam realizadas campanhas de dose única.**

Malária

A malária é transmitida por mosquitos infectados, e a malária grave pode levar a lesões nos órgãos e à morte, se não for tratada. Em média, apenas dois em cada 100 casos de malária reportados são resultantes de surtos, mas uma em cada quatro mortes é relacionada a surtos. Embora o número total de casos de malária ao redor do mundo esteja reduzindo graças ao sucesso de iniciativas de controle e eliminação do vetor, picos sazonais elevados inesperados e epidemias ainda acontecem, e resultam em altas taxas de mortalidade. Além disso, estamos enfrentando atualmente a ameaça de resistência a medicamentos antimalária e a inseticidas.

Em 2014, MSF ofereceu tratamento a 2.114.900 pacientes afetados pela doença, e distribuiu medicamentos antimalária como parte da iniciativa de quimioprevenção sazonal da malária (SMC, na sigla em inglês) para mais de 750 mil crianças com menos de cinco anos. MSF também respondeu a emergências envolvendo malária na RDC e no Chade.

Deslocamento populacional, aquecimento global e lacunas nas estratégias de controle e eliminação resultaram em aumentos localizados do número de casos de malária. Em países

ou regiões com transmissão contínua é muito difícil identificar um surto. A vigilância precária e uma escassez nos mecanismos de alerta em funcionamento contribuem para que picos sazonais elevados inesperados continuem indetectáveis e respostas adequadas não sejam conduzidas a tempo. Pacientes não têm acesso a tratamento adequado e o número de mortes aumenta em nível local.

Em 2014 e 2015, picos sazonais elevados inesperados de malária na República Democrática do Congo (RDC) e no Chade resultaram em um aumento do nível de mortalidade local. Cuidados gratuitos não foram assegurados, e testes de diagnóstico e medicamentos vitais não estavam disponíveis em áreas rurais remotas.

Recomendações de MSF

- Garantir o acesso universal a diagnóstico, tratamento e medidas preventivas: testes de diagnóstico e tratamento precisam chegar às áreas rurais e de difícil acesso.
- Aumentar a disponibilidade do artesunato injetável para o tratamento de malária grave, e aumentar a capacidade de transfusão sanguínea.
- Adaptar as ferramentas de controle vetorial de acordo com as tendências de resistência a inseticidas.
- Reforçar a vigilância da malária e definir o limite de surto por país, por região e por distrito para aprimorar os mecanismos de alerta. Os dados meteorológicos precisam ser incorporados na análise, a fim de identificar surtos potenciais precocemente ou picos sazonais elevados inesperados para evitar um elevado número de mortes.
- A OMS deveria oferecer melhor orientação para o uso de estratégias preventivas, como a SMC, a administração massiva de medicamentos (MDA, na sigla em inglês), o tratamento intermitente preventivo (IPT, na sigla em inglês) e o rastreamento e tratamento concentrados para surtos (FAST, na sigla em inglês).
- O tratamento gratuito para a malária durante surtos ou picos sazonais deve ser assegurado.

Sarampo

O sarampo é uma doença viral altamente contagiosa para a qual não há tratamento específico. Em países de alta renda, a maioria das pessoas infectadas com sarampo se recupera em duas ou três semanas, e as taxas de mortalidade são baixas. Em países em desenvolvimento, no entanto, a taxa de mortalidade pode atingir 3 a 15%, aumentando para 20% durante surtos e em regiões onde a população é mais vulnerável. A morte pela doença

acontece normalmente devido a complicações, como diarreia, desidratação, infecção respiratória grave ou encefalite (inflamação do cérebro). Crianças que sofrem de sarampo estão mais suscetíveis a se tornarem desnutridas e mais propensas a contrair outras infecções, como pneumonia ou malária.

Existe uma vacina segura, de baixo custo e que oferece um alto grau de proteção contra o sarampo, mas a cobertura em muitos países permanece insuficiente e há uma atual ressurgência do sarampo ao redor do mundo. O número de casos e de mortes relacionados à doença reduziu dramaticamente ao longo das últimas décadas, graças à introdução da vacina por meio de programas de vacinação expandidos. Mas a ênfase dada às atividades preventivas regulares por vezes impacta a resposta ao surto, que não é priorizada, podendo ser adiada ou evitada.

Em 2014, MSF tratou 33.700 pacientes de sarampo e vacinou 1.513.700 pessoas em resposta a surtos.

Atrasos na identificação e na declaração oficial de um surto, e no início da adoção de medidas de controle são comuns. A resposta a surtos de sarampo geralmente é tardia e muito genérica. A estratégia de vacinar faixas etárias específicas, até então aceita, precisa ser reavaliada a fim de maximizar o impacto de campanhas reativas. Há também uma necessidade de repensar e ser mais criativo no que diz respeito à resposta a surtos – atualmente, ela é muito dogmática.

Recomendações de MSF

- Pacientes devem ser tratados gratuitamente durante um surto de sarampo (incluindo a oferta de cuidados para patologias associadas à doença, como a malária).
- Há necessidade de maior envolvimento de atores emergenciais e do Ministério da Saúde no manejo dos casos.
- Campanhas de vacinação de longo prazo deveriam apoiar, não impedir, a resposta à epidemia. Para evitar surtos, precisamos nos apoiar nas atuais políticas de vacinação de rotina e atividades de apoio planejadas para melhorar o seu impacto – por exemplo, como fortalecer as campanhas de pólio/Atividades Suplementares de Imunização (SIAs, na sigla em inglês).
- É preciso mais vigilância e a declaração precoce de surtos – flexibilidade e reatividade.
- A resposta precisa ser adaptada para cada surto, na medida em que a estratégia baseada em uma só solução para todos os eventos não está funcionando. Dados epidemiológicos, como as faixas etárias afetadas, as taxas de mortalidade, o momento do início do surto, a disseminação geográfica, etc., precisam ser levados em conta para adaptar a resposta.

Exemplos:

Dadaab, Quênia, 2011

Durante o surto de sarampo em Dadaab em 2011, MSF teve de lutar para ampliar a idade de vacinação para 30 anos. Os casos eram originários de uma região sem cobertura de vacinação e os jovens adultos foram gravemente afetados.

Katanga, RDC, 2015

Tem havido surtos de sarampo recorrentes na mesma região, demonstrando que as atividades suplementares de imunização (promovidas pelo Ministério da Saúde, Unicef, apoiadas pela Gavi, etc.) não estão funcionando completamente. O sarampo ainda está presente em muitas regiões, e surgindo em lugares diferentes. É preciso repensar em como responder a diferentes surtos de sarampo dependendo de sua duração, fase e localização, e se eles eclodindo no mesmo país ou região.

Meningite

Meningite é a inflamação das membranas que revestem o cérebro e a medula espinhal. É causada na maioria das vezes por infecção – bacteriana, viral ou fúngica. A meningite ocorre ao redor do mundo, mas a maioria das infecções e mortes se dão na África, particularmente no “cinturão da meningite”, uma faixa geográfica que se estende da Etiópia até o Senegal. Nessa região, as epidemias geralmente são causadas pelo meningococo A. Uma nova vacina contra essa cepa oferece proteção por pelo menos 10 anos e até previne que portadores da doença transmitam a infecção. Grandes campanhas de vacinação preventivas foram realizadas e resultaram na diminuição do número de casos e de surtos da meningite tipo A.

No entanto, este ano, pode haver um grande número de surtos de outras cepas da meningite no “cinturão da meningite”. Em 2013, pequenos surtos de outras cepas foram reportados na Nigéria e em Burkina Faso, e tem havido um aumento gradual do número de casos de meningite C. Vacinas contra a meningite C não estão disponíveis em doses suficientes; aquelas que estão disponíveis são muito caras, e a produção não está sendo ampliada².

Recomendações de MSF

- Uso racional para maior impacto – foco nos critérios médicos e de controle de surto. O uso da vacina não deve ser uma consideração política. A vacina precisa estar disponível, acessível e a preços justos para aqueles que precisam dela – a OMS e o Unicef precisam garantir que sejam mobilizados estoques suficientes para cobrir as necessidades de países de alto risco durante a próxima estação de meningite.

- Incentivar a diversificação da produção e de canais para obtenção (não só o Unicef), a fim de assegurar uma resposta rápida quando um surto eclodir.
- Fabricantes precisam garantir que, no mínimo, seu compromisso com o ICG seja cumprido, e deveriam aumentar a produção das vacinas imediatamente.
- A OMS precisa impulsionar/aceitar/promover estratégias alternativas para a realização de vacinações para proteger indivíduos e limitar surtos (por exemplo, a distribuição massiva de antibióticos).

Exemplo:

Niamey, Níger, 2015

Em 2015, no Níger, a falta de visibilidade das vacinas contra a meningite e das possibilidades de tratamento para a doença em áreas remotas forçou MSF a adaptar sua intervenção. Em 2016, a situação é ainda mais preocupante. Um grande surto de meningite está por vir e acredita-se que a

Vírus e parasitas emergentes e re-emergentes

Surto de dengue, chikungunya, zika, síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS) e febres hemorrágicas foram reportados em 2015. Embora o número de mortes atuais provenientes destes surtos não seja tão alto (com exceção do Ebola), o número de casos está em ascensão e surtos de dengue e chikungunya foram relatados em novos países e regiões. Embora nem todas essas doenças tenham altas taxas de mortalidade, elas são dolorosas e incapacitantes, o que significa que as pessoas não podem trabalhar ou estudar. Atualmente, não há métodos de diagnóstico confiáveis e fáceis de utilizar, nem medidas preventivas ou tratamentos disponíveis.

Infecções parasitárias como a leishmaniose visceral (calazar), que estavam sob controle, agora estão em alta novamente. Isso se deve a uma série de razões: pessoas se deslocando para ou a partir de áreas endêmicas; mudanças climáticas que podem causar um aumento do número de vetores; e focos de conflito que podem resultar na interrupção dos serviços de saúde e no colapso de programas de controle.

Em 2014, MSF tratou 4.700 pacientes confirmados de Ebola, 1.700 pacientes de chikungunya e 9.500 pacientes de calazar, incluindo a resposta a um surto que afetou o Sudão do Sul.

Recomendações de MSF

- Identificar e declarar surtos a fim de intensificar medidas de controle vetorial.

- Incrementar a capacidade e investir em treinamento para melhor identificar doenças, manejar casos e controlar infecções.
- Intensificar as atividades de educação para a saúde para evitar ações arriscadas, e informar a população afetada sobre a doença e o que fazer caso seja infectada.
- Pesquisa e desenvolvimento para diagnóstico, vacinas e tratamentos.