

# INFORMAÇÃO

Médicos Sem Fronteiras - Ano 16 - Nº 31 - 2013



© Jorge Dirckx

## EBOLA | Vírus altamente contagioso impede o contato físico com pessoas infectadas

### Mortalidade materna

Cirurgião obstetra fala sobre projeto bem-sucedido de MSF em Serra Leoa

### Combate à Aids

Drauzio Varella comenta iniciativas de MSF no combate à epidemia

## MSF no Mundo

Veja para onde foram enviados os 91 brasileiros que trabalharam com MSF em 2012.



Durante o ano de 2012, MSF-Brasil enviou **91 BRASILEIROS PARA 37 PAÍSES**. São pediatras, cirurgiões, enfermeiros, farmacêuticos, ginecologistas, pediatras, fisioterapeutas, psicólogos, anestesistas, profissionais logísticos e administradores.

## Índice

EDITORIAL	03	DIRETO DA CISJORDÂNIA	09
ARTIGO	04	DESTAQUES	10
GALERIA DE FOTOS	05	OPINIÃO DO DOADOR	11
EBOLA: ISOLAMENTO EM DOSE DUPLA	06	ENTREVISTA	12

**InformAÇÃO** é uma publicação semestral da organização Médicos Sem Fronteiras no Brasil. **Tiragem:** 85.100 exemplares. Distribuição gratuita. **Jornalista responsável:** Lia Gomes (MTB. 57040/SP) **Redação:** João Pedro Soares e Lia Gomes **Colaboradores:** Alessandra Vilas Boas, Alyne Rangel, Ana Paula Gouvea, Andrea Oliveira, Michelle Braga e Vânia Alves  
**Médicos Sem Fronteiras Brasil - Diretor Executivo:** Tyler Fainstat **Endereço:** Rua do Catete, 84 - Catete - Rio de Janeiro - RJ CEP 22220-030 - Tel. 55 21 3527-3636 **e-mail:** info@msf.org.br **site:** www.msf.org.br

## Editorial

Médicos Sem Fronteiras pode ser interpretada como organização multifacetada, se consideradas as diversas possibilidades de atuação em campo. Nesta edição do Informe, serão abordadas duas diferentes atividades desenvolvidas por MSF: projetos de longo prazo voltados para o tratamento de HIV/Aids e a resposta rápida a surtos de Ebola.

Embora, para a maioria das pessoas, a imagem da organização esteja diretamente relacionada com emergências, como o trabalho em meio a situações de conflitos e desastres naturais, por exemplo, muitas podem se surpreender ao saber que MSF atua, também, em contextos que demandam estratégias e comprometimento de longo prazo.

O artigo “Baixo custo no combate a Aids”, escrito por Drauzio Varella (leia na página 4), traz um panorama dos 13 anos de experiência de MSF com HIV/Aids, epidemia que continua demandando esforços, investimentos e atenção – atualmente, mais de 220 mil pessoas estão recebendo tratamento em 23 países. Não só oferecemos tratamento antirretroviral gratuito para as pessoas infectadas como buscamos influenciar mudanças e inovações voltadas para a luta global contra a epidemia. Quebramos paradigmas e superamos obstáculos que até então eram ditos insuperáveis. As atividades mencionadas por Drauzio podem ser contrastadas com as descritas na matéria de capa desta edição, que aborda a resposta de MSF a surtos de Ebola, vírus para o qual não existe tratamento. Esse tipo de ação é, normalmente, de curto prazo e não demanda uma estratégia de longo prazo. É importante refletir sobre o aspecto comum entre os dois casos: para MSF, ambos são emergências, já que, sem iniciativa alguma de nossa parte, muitas pessoas estariam com suas vidas ameaçadas.

O contraste entre a atuação de MSF diante dos diferentes vírus evidencia características que definem nosso trabalho, sem as quais não seria possível atuar em contextos tão variados e improváveis: a capacidade de adaptar as operações às necessidades das pessoas e de buscar formas inovadoras de atender a tais necessidades. Quando é chegado o momento de definir os locais onde vamos ter operações nos próximos anos, a organização procura manter um equilíbrio entre projetos de curto e longo prazos, bem como a diversificação de contextos. Para responder com agilidade a emergências agudas e repentinas, sem prejudicar os projetos de longo prazo da organização, um fundo e equipes de emergência são mantidos permanentemente a postos. A eficiência de MSF mora, também, na capacidade de planejamento da organização.

Ainda nesta edição: o obstetra Philip de Almeida fala sobre sua experiência em Serra Leoa; e a crise humanitária nos campos de refugiados do Sudão do Sul, que afeta centenas de milhares de pessoas desde 2011, é tema da galeria de fotos.

Boa leitura!

Tyler Fainstat - Diretor Executivo de MSF-Brasil



© Corentin Fohlen/Divergence



© François Dumont



© Rico Gustav/APN+

## Artigo

# Baixo custo no combate à Aids

No início dos anos 1990, a proporção de pessoas infectadas pelo HIV no Brasil era a mesma da existente na África do Sul. Hoje a prevalência do vírus em nossa população adulta é de 0,5%, enquanto lá aumentou para cerca de 10%.

Provavelmente, a principal razão para esse contraste é que nós criamos um programa universal de distribuição de antirretrovirais, enquanto eles demoraram para começar a tratar os conterrâneos.

Com a experiência, aprendemos que medicar HIV-positivos ainda saudáveis não só lhes traz benefícios como também reduz a velocidade de transmissão do vírus, conclusão a que os trabalhos científicos só chegaram nos últimos anos. Esses conhecimentos estimularam cientistas e líderes políticos a propor uma estratégia mais ousada: tratar todos os HIV-positivos para acabar com a epidemia.

No ano 2000, a organização internacional Médicos Sem Fronteiras (MSF) iniciou um programa para levar os antirretrovirais aos habitantes dos países mais pobres. Hoje, esse programa atinge 220 mil HIV-positivos em 23 países, a maioria dos quais na África.

A organização publicou na revista "Science" uma avaliação das estratégias empregadas e das dificuldades operacionais para atender o maior número possível de pessoas, em áreas carentes de recursos e de serviços de saúde.

As principais barreiras para garantir acesso e conseguir aderência ao tratamento nesses locais são: a distância entre a moradia e as unidades de saúde, o tempo perdido nas salas de espera das clínicas e a impossibilidade de deixar o trabalho e de largar as crianças sozinhas.

Para enfrentá-las, MSF procurou descentralizar o atendimento, para levar os serviços de saúde às áreas mais remotas. Em muitas localidades, a descentralização obrigou a deixar a prescrição de antirretrovirais sob a responsabilidade de enfermeiras e outros profissionais de saúde, medida que demonstrou eficácia em estudos comparativos.

Hoje, os antirretrovirais estão disponíveis em mais de 40% dos serviços de saúde de quatro países africanos, e em mais de 20% de oito países. Dez países autorizam enfermeiras treinadas a prescrever antirretrovirais. Entretanto, em quatro países com mais de 1% da população infectada as unidades de saúde são inacessíveis a mais de 75% dos HIV-positivos. Seis países restringem aos médicos a prescrição dos antirretrovirais, exigência que inviabiliza a descentralização e a integração com os serviços de pré-natal e de combate à tuberculose, epidemia que segue os passos da Aids.

É o caso de Moçambique, em que a proibição é mantida apesar de 5% da população estar infectada, e o da Guiné, em que as enfermeiras podem prescrever, mas sob supervisão médica.

Para evitar viagens frequentes às unidades de saúde, em Uganda e Zimbábue são distribuídos comprimidos suficientes para dois meses. Em Moçambique, seis pacientes em cada grupo se alternam para avaliação médica semestral, ocasião em que recebem os antirretrovirais para os seis meses seguintes.

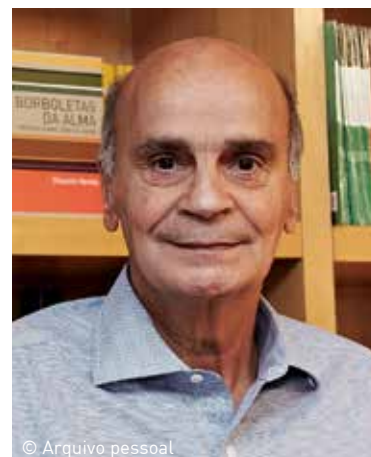
A dificuldade de obtenção de recursos, no entanto, ameaça esses programas. Quando o suprimento de drogas se torna insuficiente, os pacientes passam a receber doses que mal dão para uma semana.

Para lidar com populações de migrantes, como a dos trabalhadores que se deslocam pelas fazendas da fronteira da África do Sul com o Zimbábue, MSF criou unidades móveis e cartões de saúde. A dificuldade está em atrair imigrantes clandestinos com medo de serem deportados.

O desafio de tratar todos os HIV-positivos é enorme. Na Índia, na República Centro-Africana, no Congo e em Mianmar, os antirretrovirais chegam a menos de um terço dos que precisam deles. A necessidade de mais fundos internacionais, de exames laboratoriais e de medicamentos mais baratos é urgente.

Esses obstáculos, associados à falta de financiamento para medicar 7,6 milhões ou mais de HIV-positivos que não recebem tratamento, à evidência da necessidade de iniciar os antirretrovirais mais precocemente e à de assegurar a aderência a eles, passo vital para evitar a resistência do vírus, criam dificuldades que só serão superadas se houver um grande esforço internacional.

Experiências como as de Médicos Sem Fronteiras demonstram que é possível combater a epidemia de Aids com programas de baixo custo que atinjam as comunidades mais abandonadas.



© Arquivo pessoal

**Drauzio Varella** é médico cancerologista. Por 20 anos dirigiu o serviço de Imunologia do Hospital do Câncer. Foi um dos pioneiros no tratamento da Aids no Brasil e do trabalho em presídios, ao qual se dedica ainda hoje. É autor do livro "Estação Carandiru".

## Galeria de Fotos

# Catástrofe humanitária no Sudão do Sul



© Corinne Baker/MSF

Mais de 170 mil sudaneses refugiaram-se no Sudão do Sul, desde meados de 2011, em busca de segurança. A falta de infraestrutura dos acampamentos, nos quais a água chegou a acabar, levou a constantes deslocamentos. Em junho de 2012, 11 mil pessoas foram realocadas em um novo acampamento provisório. MSF distribuiu lonas plásticas, cobertores e alimentos às famílias.



© Nichole Sobecki

A estação das fortes chuvas chegou em meados de julho, agravando ainda mais a situação dos refugiados sudaneses no Sudão do Sul. No campo de Batil, diversas áreas ficaram inundadas, impossibilitando a permanência nas tendas improvisadas. Na foto, mulheres e crianças tentam driblar a lama para encher seus galões em um ponto de distribuição de água no acampamento.



© James Keogh/Wostok Press

Em maio, em apenas duas semanas, 30 mil novos refugiados chegaram ao campo de Yida juntando-se aos demais 70 mil que ali estavam. A falta de água, alimentos e saneamento básico contribuiu para o aumento alarmante do índice de mortalidade infantil entre junho e agosto: cinco crianças morriam por dia. Até novembro de 2012, MSF tratou mais de 2.120 crianças desnutridas.



© Shannon Jensen

As difíceis jornadas até os acampamentos contribuíram para agravar o estado de saúde dos já enfraquecidos refugiados – há relatos de pessoas que chegaram a caminhar por semanas, contando apenas com a floresta para se alimentar.

Ajude MSF a salvar vidas no Sudão do Sul. Acesse [www.msf.org.br/sudaodosul](http://www.msf.org.br/sudaodosul) e faça uma doação especial agora.



Profissional de MSF em traje especial tratando paciente infectado por Ebola. © Pascale Zintzen

# Ebola: isolamento em dose dupla

Pacientes e cuidadores enfrentam o vírus submetidos à solidão imposta diante da impossibilidade do toque

Em 1967, uma equipe alemã que trabalhava com macacos originários de Uganda adoeceu e muitos morreram. O desconhecido vírus causador da súbita epidemia levou o mesmo nome da cidade onde o surto aconteceu: Marburg. Quase uma década depois, em 1976, novas mortes no Sudão do Sul e na região fronteiriça do norte da atual República Democrática do Congo trouxeram à tona a existência de um segundo vírus, o Ebola, cujo nome faz referência ao rio Ebola, próximo da região afetada pelo surto. Os dois vírus são da família Filoviridae e, clinicamente, são similares: causam febres hemorrágicas altamente contagiosas transmitidas pelo contato com fluidos corporais – sangue, urina, fezes, vômito, saliva, suor, leite materno, secreções e espermatozoides – de pessoas

infectadas, com alto índice de letalidade e para as quais, até hoje, não existe vacina nem cura. Os sintomas são cansaço intenso, febres repentinas e incessantes, dores de cabeça e abdominais, conjuntivite, náusea, anorexia, diarreia, irritabilidade e hemorragias, internas e externas. O que se pode fazer para amenizar o sofrimento das pessoas e tentar reverter o quadro, e que tem sido feito por equipes de Médicos Sem Fronteiras em seus projetos, é conter a proliferação da epidemia e prover ferramentas para que o sistema imunológico das pessoas infectadas encontre formas de reagir, batalhando por sua prevalência sobre o vírus. É comum, e perfeitamente compreensível, que se fale muito em morte quando o tema são as febres hemorrágicas, afinal a taxa de

mortalidade do Ebola em humanos pode chegar a 90%. Mas é verdade, também, que há muitos casos de superação e sobrevivência. E quando a sobrevivência é o resultado da luta, ela precisa incidir em dose dupla: vencido o vírus, é chegada a hora de vencer, também, o estigma.

## Preparando-se para o desconhecido

Falecimentos súbitos e sintomas hemorrágicos são identificados. Levanta-se a suspeita, a princípio, sem alarde, para evitar o pânico – pouco se sabe sobre a doença cientificamente, mas, no inconsciente popular, Ebola é sinônimo de fatalidade. No caso de confirmação da epidemia, é preciso agir. E rapidamente.

MSF é reconhecida internacionalmente por sua experiência com epidemias de Ebola. A organização pode ser chamada a agir no momento em que surge a suspeita, para ir a campo apurar o caso e colher amostras, ou quando o surto já tiver sido confirmado e declarado pelas autoridades de saúde locais, para atuar na contenção da epidemia – mapeando e monitorando casos suspeitos e seus contatos, providenciando o isolamento das pessoas contaminadas e levando informações sobre a doença às comunidades – e no tratamento dos pacientes. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1976, foram 23 epidemias de Ebola. MSF colaborou na contenção de pelo menos oito delas.

O primeiro passo para organizar um projeto de emergência de Ebola é reunir uma equipe especializada com integrantes que já tenham participado de outros projetos de MSF anteriormente – a complexidade e a singularidade de um projeto de Ebola demandam familiaridade com a forma de atuar da organização. São médicos, logísticos, epidemiologistas, psicólogos, especialistas em saneamento e sociólogos ou antropólogos. Em até dez dias, os

logísticos preparam uma infraestrutura que, além de funcional, garanta a segurança na prestação dos serviços médicos. “Em um projeto de Ebola, não há muitos pacientes; a parte complicada fica mesmo por conta dos logísticos, que têm de desenvolver estruturas complexas, com áreas de isolamento para as pessoas infectadas, áreas para desinfecção de equipamentos e também espaços externos para que visitantes possam se comunicar com os que estão em isolamento”, conta Paulo Reis, clínico geral brasileiro que atuou em dois surtos de febre hemorrágica em Uganda, em 2012.

Paralelamente à construção da estrutura, a equipe de psicólogos e antropólogos visita as comunidades para falar sobre a doença, sobre a importância de as pessoas infectadas serem isoladas para tratamento e sobre precauções para evitar o contágio – é preciso desinfetar a casa, as roupas e tudo mais que tenha tido contato direto com fluidos corpóreos do doente, o que, por vezes, envolve incineração. O processo todo é recebido com muito estranhamento – quando não violência – pelas comunidades, que, por vezes, consideram o

Ebola resultado de bruxaria e não se mostram receptivas aos estranhos.

Uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos profissionais que fazem contato com as comunidades é física: é preciso utilizar o traje especial de proteção, que cobre o corpo inteiro, durante todo o processo de comunicação em áreas epidêmicas e, no caso de haver a possibilidade de estar descoberto, é preciso manter uma distância segura de cerca de dois metros da pessoa. Impedidos de olhar diretamente nos olhos das famílias dos pacientes, de tocá-los e de serem reconhecidos como seres humanos comuns, os profissionais são estranhos. Tão estranhos quanto a doença que faz vítimas em tão pouco tempo. “As pessoas acreditavam que os brancos exterminavam os congoleses dentro do centro de tratamento. Eles diziam: ‘Vocês capturam as pessoas, levam para dentro de centro e, depois, vocês comem a carne e vendem o sangue’”, conta Débora Noal, psicóloga que foi à República Democrática do Congo em setembro de 2012. Na tentativa de minimizar o impacto causado pelas vestimentas e favorecer o contato, as equipes de



Unidade de isolamento para tratamento de Ebola em Bundibugyo, Uganda, em 2007. © Claude Mahoudeau

MSF vestem-se diante dos olhos das comunidades. Toda possibilidade de aproximação com a comunidade e de redução do estigma em torno da doença é bem-vinda.

## Cuidar e ser cuidado

Em um projeto de Ebola de MSF, os profissionais, enquanto em atividade, nunca estão sozinhos. Eles andam em duplas para que um cuide do outro, já que é preciso o máximo de atenção com tudo o que se toca, em quem se toca e o que é feito depois de qualquer toque. É preciso garantir que os equipamentos de proteção sejam vestidos em um ambiente completamente livre do vírus e, após o contato com pacientes ou ambientes infectados, que tudo seja meticulosamente desinfetado com cloro 0,5% – e os trajes são compostos por mais de 18 itens! “A roupa, por si só, representa uma dificuldade, porque impede o contato durante a consulta. Pior ainda é enfrentar os dias de calor intenso com toda essa cobertura; a gente não aguenta ficar mais de uma hora vestido”, conta Paulo. Diariamente, além da dupla, o cloro é o companheiro mais presente dos profissionais; seu cheiro, na realidade. “Todo mundo cheira a cloro; usamos cloro 0,5% para lavar as coisas e 0,05% para lavar as mãos e o corpo. Assim, você passa pelas pessoas e está aquele cheiro de cloro, aquele cheiro de faxina”, conta Débora.

O cuidado de uns com os outros, que para os profissionais de MSF é sinônimo de proteção, nas comunidades afetadas pelo Ebola é uma sentença quase sempre fatal. Os familiares, com receio dos “astronautas”, acabam por se responsabilizarem pelos cuidados de seus doentes e, conseqüentemente, adoecem. Os funerais, que são bastante tradicionais em diversas culturas, são muitíssimo perigosos: é no momento do falecimento que os fluidos, sendo excretados pelo corpo, estão mais carregados de vírus e o contato deve ser terminantemente proibido. “Para mim, a indignidade do vírus é a sensação de que ele só matava as pessoas que tinham coração bom, que queriam cuidar. Em geral, quem estava contaminado era quem tinha ajudado a cuidar dos outros nos

últimos momentos de vida”, ressalta Débora. Ela, como psicóloga de MSF, ficou responsável pelo suporte à realização dos funerais, estimulando a participação dos familiares e da comunidade no ritual, uma vez seguro.

Para os profissionais de MSF, a experiência em um projeto de Ebola é extremamente enriquecedora, embora densa. Ainda assim, Paulo diz que sentiu o estresse psicológico, mas não medo. “Depois que você conhece a doença, ela é desmistificada. Sei, também, que não teriam me enviado para lá caso não houvesse segurança”, diz. Ele conta que toda relação desenvolvida com pacientes é especial, de muito cuidado, mas que há uma admiração particular por pacientes de Ebola: “Não há cura para o vírus; a gente trata as doenças que surgem com antibióticos. É como se fosse uma briga: quem sai dela, chamamos de sobrevivente.”

*“Tinha muita vida no meio de toda essa morte, sabe? É difícil você ver as pessoas partindo com vontade de viver. Você está com ebola, malária, grávida, e ainda assim tem um sorriso para dar ao outro, sabe?”*

*Para conferir a entrevista de Débora Noal publicada na íntegra na coluna da jornalista Eliane Brum, no site da revista Época, acesse: <<http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/eliane-brum/noticia/2012/11/missao-ebola-me-reinventei-marretadas.html>>.*



## Recomeço

A doença não tem cura, mas há casos de pessoas que sobrevivem ao vírus e conseguem seguir com suas vidas normalmente, uma vez superados os preconceitos alheios. O enfermeiro Kiiza Isaac e três de seus filhos foram contaminados durante um surto de Ebola em Bundibugyo, no oeste de Uganda, em 2007. Todos sobreviveram. Na época, Kiiza trabalhou com MSF assim que se curou e respondeu ao chamado da OMS para atuar no surto de 2012. Sem medo do vírus, nem do estigma. “Dizemos aos pacientes que essa é uma doença, que não tem nada a ver com bruxaria. Eles não devem ter medo. Quando há um surto, as pessoas precisam apenas evitar o contato com fluidos corpóreos. E, caso se recuperem, depois de 21 dias, já não são mais pacientes e estão livres do Ebola”, afirma.



Mãe e filho curados comemoram sua sobrevivência em Uganda, em setembro de 2012. © Arquivo pessoal



## Direto da Cisjordânia



**Renata Bernis**  
psicóloga

“Sou psicóloga e estou em meu primeiro projeto com Médicos Sem Fronteiras na Cisjordânia desde agosto de 2012. Moro em Hebron, uma cidade com aproximadamente 167 mil habitantes, localizada a 40 quilômetros de Jerusalém e a 70 da Faixa de Gaza. A sociedade local é tradicional em seus costumes e hábitos, e eu tive de me adaptar a essa situação.

Médicos Sem Fronteiras oferece serviços de saúde mental e psicossociais às vítimas de conflitos armados no país. Eu trabalho com uma equipe multidisciplinar, incluindo um médico, psicólogos e assistentes psicossociais, visitando pacientes em suas casas ou atendendo nos consultórios de MSF. Um dos desafios da equipe de saúde mental é trabalhar o estigma em torno do tratamento.

Os pacientes atendidos pela equipe são, basicamente, famílias, mulheres e crianças, vítimas da violência causada pelo conflito entre israelenses e palestinos e também entre os próprios palestinos, que vem acontecendo desde 1967.

Os principais sintomas apresentados pelos pacientes são problemas para dormir, tristeza, irritabilidade, instabilidade emocional, a reexperiência do evento traumático e hipervi-



gilância. Crianças e adolescentes mostram comportamento agressivo, apatia e isolamento social. Os problemas mais comuns estão relacionados com ansiedade e depressão.

Os casos atendidos pela equipe aumentaram após os mais recentes ataques à Faixa de Gaza. O número de adolescentes capturados pelas Forças de Defesa de Israel cresceu e eles são, hoje, nosso foco de atuação no projeto. O psicólogo tem um papel essencial, porque oferece um espaço para dividir angústias e medos, criar resiliência para uma nova readaptação, ter outra atitude diante de experiências traumáticas e modificar comportamentos de indivíduos vulneráveis. Os atendimentos são realizados em grupo ou individualmente. Ter uma rede de apoio nos ajuda nos encaminhamentos de casos mais graves.

Desde que comecei meu trabalho aqui, pude ver que as pessoas em áreas de conflito deparam-se com diversas situações que acontecem diariamente, como o recebimento de uma ordem de demolição, uma ordem de prisão, ameaças e outras coisas que as fazem viver sempre em alerta, tensas. Eu acompanho três irmãos, um menino de 9 anos, outro de 11 e uma menina de 13 que tiveram sua casa demolida há seis anos pelas Forças de Defesa de Israel e estão vivendo em uma casa oferecida por uma ONG internacional. Mesmo depois de tantos anos, a experiência traumática se reflete em suas vidas, especialmente por meio de desenhos, em que a figura da antiga casa aparece em todas as atividades lúdicas e também por meio dos sintomas que eles manifestam, como a sensação de estarem sendo ameaçados, com medo excessivo de perda, os problemas para dormir e a urina na cama, durante a noite. E quando eu perguntei quais as expectativas deles para o futuro, a resposta foi: ter nossa casa de volta. ”



## Destques

### Unindo forças

Médicos Sem Fronteiras e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) anunciaram um acordo de cooperação bilateral para os próximos cinco anos. A proposta envolve a troca de conhecimento e experiência, visando ao desenvolvimento de formas mais eficientes de tratamento e à prevenção das doenças negligenciadas. A Fiocruz contribuirá com sua vasta experiência em pesquisa; MSF, com seus 25 anos de atuação em campo. No Brasil, a parceria, mesmo antes de ter sido oficializada, já contribuiu para a realização de um treinamento voltado para a dengue e a doença de Chagas.

## Debatendo a negligência



© John Stanmeyer

Uma conferência realizada em Nova York, em dezembro de 2012, discutiu avanços e falhas no diagnóstico e tratamento das doenças negligenciadas na última década, tempo de existência da Iniciativa de Medicamentos para Doenças Negligenciadas (DNDi). Nesse período, a DNDi, criada por diversas organizações da área da saúde, incluindo MSF e a Fiocruz, buscou dialogar com governos, ONGs, indústrias e pacientes afetados para que trata-

mentos e diagnósticos fossem adaptados às necessidades das populações afetadas. Especialistas de todo o planeta reunidos no evento organizado por MSF, pela própria DNDi e pela Faculdade de Medicina Mount Sinai chegaram à conclusão de que houve um progresso expressivo na última década. Contudo, ainda há muito a ser feito para que as populações mais pobres não sejam mais desconsideradas pela indústria farmacêutica.

## Vacina com dupla função na Guiné



© Venetia Dearden

Em iniciativa inédita no continente africano, Médicos Sem Fronteiras, em parceria com o Ministério da Saúde da Guiné, protegeu 117 mil pessoas de um surto de cólera por meio de uma vacina oral de duas doses. Utilizada inicialmente com a simples intenção de prevenir a epidemia, a vacinação acabou revelando-se um método promissor também para a contenção de surtos em andamento. No entanto, especialistas de MSF ressaltam a importância da prevenção primária; todas as doenças transmitidas por meio da água podem ser evitadas com investimentos em tratamento e saneamento básico.

## Opinião do Doador



### Fátima Barros Camarotti

Doadora desde 2012

“Assisti ao filme *Beyond Brothers* (Amor Sem Fronteiras, em português), me sensibilizei com a história do médico que trabalhava com ajuda humanitária e fiquei pensando sobre o quão insensível e desinformada é nossa sociedade em relação à desgraça e à carência de tantos povos do mundo. Foi então que minha filha me apresentou o trabalho de Médicos Sem Fronteiras. Hoje sou doadora regular e acredito no trabalho da organização; vejo resultados e a seriedade de MSF. Soube, inclusive, que, quando das enchentes em Alagoas, houve devolução das doações excedentes, o que é, até onde eu sei, inédito em termos de Brasil. Conhecer esses detalhes e poder falar sobre eles nos motiva a continuar contribuindo para que MSF siga com o trabalho lindo de salvar vidas.”



### Maria Cecilia F. de Siqueira e Mello

Embaixadora de MSF-Brasil\* - Doadora desde 2008

“Já doava para algumas instituições, mas nunca estive 100% convencida da seriedade do trabalho e do destino dado à verba arrecadada. Foi minha irmã, que também é doadora de MSF, que me falou sobre a organização, e, após pesquisar sobre o assunto com outros amigos e pela internet, decidi contribuir. A seriedade do trabalho é o que mais encanta; não poderia ser mais levado a sério. É uma organização íntegra, que se comunica com seus doadores e conta com profissionais extremamente dedicados. Fico tranquila com a certeza de que o que a gente doa é aplicado – e muito bem aplicado. Quanto mais sei sobre MSF, mais tento falar sobre o lindo trabalho que é realizado pelo mundo para amigos e conhecidos. As pessoas precisam conhecer a grandiosidade desse trabalho, que é tão importante para tanta gente.”

\* 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](http://www.msf.org.br/campanha-embaixadores) ou envie e-mail para: [embaixador@rio.msf.org](mailto: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 deduzir as doações feitas para MSF do Imposto de Renda?

Infelizmente, não, e consta no regulamento do Imposto de Renda de pessoa física informação específica quanto a isso. Atualmente, podem ser deduzidas doações feitas por pessoa física ou jurídica a projetos culturais, esportivos ou relacionados com o Fundo para Infância e Adolescência. As atividades de MSF não se enquadram nessas categorias, pois somos uma organização humanitária da área de saúde.

**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](mailto:doador@msf.org.br) ou ligue para 21 2215-8688. Acesse [www.msf.org.br](http://www.msf.org.br)

## Entrevista

# “As mães precisam ser cuidadas”

Para Philip de Almeida, cirurgião obstetra de Médicos Sem Fronteiras, dar assistência às mulheres de todo o mundo é garantir-lhes um cuidado a que têm direito. Simples assim.

Dos seus 64 anos, 30 já são dedicados à obstetrícia. Desses, dez a MSF em mais de 25 projetos em campo. Seu pai trabalhava em Serra Leoa quando ele ali estudava, e foi então que teve os primeiros contatos com o sofrimento alheio. Naquele momento, Philip soube que dedicaria sua vida profissional a ajudar as pessoas que mais necessitam e que voltaria à África para aplicar o conhecimento adquirido no exterior. Com MSF, ele atuou em países como Papua Nova Guiné, Haiti, Angola, Somália, Paquistão e África do Sul. Mas foi em Serra Leoa, onde cresceu, que fez parte de um projeto que pôde contribuir para reverter o alto índice de mortalidade materna no país. No distrito de Bo, MSF implementou um sistema de referência por ambulância para gestantes associado ao atendimento especializado e 24 horas para casos graves. Os resultados positivos – 61% de redução do índice de mortalidade – são encorajadores, e MSF trabalha para estimular outros distritos a replicarem o modelo.



© Arquivo pessoal

### QUAIS OS PRINCIPAIS DESAFIOS DE PROJETOS VOLTADOS PARA A SAÚDE MATERNA EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO?

Há uma falta de visão por parte dos governos, e são raros os profissionais qualificados e dispostos a atuar em regiões rurais e pequenas cidades, devido, principalmente, a questões financeiras – em 2012, havia apenas três obstetras registrados trabalhando para o Ministério da Saúde de Serra Leoa, por exemplo. O acesso a cuidados especializados fica extremamente difícil e há, ainda, a questão do tradicionalismo: as mulheres preferem dar à luz em casa, cercadas pela família e por um curandeiro local, tratadas à base de ervas medicinais. Não tenho nada contra isso, mas a questão é o tempo que se perde desde a identificação de uma complicação até a chegada aos centros de saúde que, provavelmente, não terão profissionais qualificados para tratar do caso. Há casos de mulheres que andam por até 80 km!

### QUAIS OS DIFERENCIAIS DO PROJETO DE MSF NO DISTRITO DE BO?

Há um sistema de transporte por ambulâncias associado a uma clínica que oferece cuidados especializados 24 horas, sete dias por semana. Na maior parte do país, é possível utilizar telefones celulares, e os centros de saúde comunicam-se conosco, solicitando ambulâncias para pacientes com graves complicações. É uma solução, a princípio, simples, que se provou muito eficiente.

### HOUVE ALGUM PACIENTE QUE O TENHA MARCADO MAIS?

Uma garota de 16 anos que teve um caso sério de hemorragia intrauterina. Como ela estava inconsciente, tive de tomar a decisão de retirar seu útero, sabendo das enormes implicações que a cirurgia, ainda que bem-sucedida, traria para sua vida: sem o útero, ela não poderia mais ter filhos. E, na África, a maternidade é mais do que natural; é uma associação direta a ser mulher. Ela sobreviveu e até hoje me dá uma grande tristeza quando penso nela.

### COMO VOCÊ VÊ O FUTURO DA SAÚDE MATERNA EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO?

No distrito de Bo, em Serra Leoa, onde estamos trabalhando, conseguiremos cumprir um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), que determina que a mortalidade materna alcance uma redução de 75% até 2015. Com a implementação do projeto de MSF, houve uma redução de 61% no índice de Bo, se comparado com o de Serra Leoa – 809 mortes maternas para cada 100 mil bebês nascidos vivos. O projeto precisa ser replicado em outros distritos do país. Atualmente, sem a atuação de MSF, o modelo não se sustenta. Mas acredito que, assim como aconteceu com os projetos de HIV/Aids, que, a princípio, eram dependentes de MSF e hoje contam com financiamentos de diversas fontes e são geridos por governos, o mesmo pode acontecer com a saúde materna. Mas, no final das contas, são meus anseios. E sou apenas um simples médico, com a convicção de que as mães precisam ser cuidadas.