

INFORMAÇÃO

Médicos Sem Fronteiras - Ano 18 - Nº 37 - Junho/2015



© Lam Duc Hien

VACINAÇÃO | Os diversos obstáculos para o acesso à imunização

Terremotos no Nepal

Tremores levam devastação a regiões remotas do país

Busca e resgate no Mediterrâneo

Diretor-geral de MSF na Holanda fala sobre projeto de assistência a imigrantes

MSF no mundo

Até maio de 2015, MSF-Brasil enviou 44 profissionais* para projetos distribuídos por 20 países.



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

Índice

EDITORIAL	03	TERREMOTOS CAUSAM ENORME DESTRUIÇÃO NO NEPAL	09
ENTREVISTA	04	DIRETO DE	10
DESTAQUES	05	GALERIA DE FOTOS	11
VACINAS: UMA BATALHA POR PROTEÇÃO	06	OPINIÃO DO DOADOR	12

InformAÇÃO é uma publicação da organização Médicos Sem Fronteiras no Brasil. **Tiragem:** 210 mil exemplares. Distribuição gratuita. **Jornalista responsável:** Lia Gomes (MTB. 57040/SP). **Redação:** Lia Gomes, Victória Servilhano. **Edição:** Lia Gomes. **Revisão:** Débora de Castro Barros. **Colaboradores:** Alessandra Vilas Boas, Andrea Oliveira, Anna Silva, Lucia Brum, Michelle Braga, 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

Oferecer ajuda às pessoas em sofrimento em meio a crises humanitárias é uma tarefa incessante e nunca suficiente. As necessidades são grandiosas e urgentes, e demandam respostas do mesmo quilate, ágeis e significativas. Alguns desses contextos constam nesta edição da revista e exemplificam tristemente as necessidades prementes a serem respondidas pela comunidade internacional. O Iraque mal respirou o fim de uma guerra e já se vê diante de confrontos armados que insistem em prolongar o sofrimento da população, já tão cansada da violência. O que dizer do sofrimento desmesurado da população síria, que padece numa guerra brutal, que entrou em seu quinto ano sem dar sinais de que vai acabar ou mesmo arrefecer?

Sinto-me confortável em dividir com você, que se interessa por nosso trabalho, nossas percepções e preocupações acerca do funcionamento do sistema humanitário global. O modelo atual de resposta às crises sugere abordagens integradas. Na prática, isso significa que o financiamento global da ajuda humanitária tende a se estruturar de forma a abranger todas as etapas da resposta, das necessidades nascidas da emergência às questões estruturais, de desenvolvimento, como a construção de resiliência durante e após catástrofes, de reforço da prevenção e da mitigação de riscos, entre outros aspectos de médio e longo prazos. Como resultado, a resposta humanitária de fato, aquela que chega de forma rápida e organizada às pessoas em desesperada necessidade, está rareando, especialmente em contextos complexos, inseguros e isolados. Quando se trata de salvar pessoas que estão no limiar entre vida e morte, há de se reagir de imediato. Não há, infelizmente, espaço para outros voos. A ação imediata não só está se tornando lenta e insuficiente, como não está chegando a todos os lados onde se precisa dela.

O Brasil também pode participar desse contexto internacional humanitário de forma relevante e ambiciosa, construindo políticas de ajuda que defendam o respeito aos princípios humanitários de independência, neutralidade e imparcialidade. O país tem a oportunidade de não repetir velhas condicionais e assimetrias de poder a que o mundo já assistiu e ainda assiste, e de priorizar a necessidade das pessoas em detrimento de interesses econômicos e políticos. Pensando nisso, MSF-Brasil convida à reflexão: em outubro deste ano, lançaremos uma publicação com a participação de diversos atores nacionais e internacionais e, na ocasião, realizaremos um encontro para discutir e apontar caminhos construídos coletivamente. Espero que, a partir desse nosso singelo aporte ao debate nacional, muitas outras vozes surjam em defesa das populações negligenciadas e do direito a uma assistência humanitária digna.

Susana de Deus
Diretora-geral de MSF-Brasil



ETIÓPIA © Matthias Steinbach



MALAUÍ © Luca Sola



IRAQUE © Gabrielle Klein/MSF

Entrevista

Operação no Mar Mediterrâneo: “Essas pessoas não vão deixar de fugir para salvar suas vidas”

Diretor-geral de MSF na Holanda fala sobre o primeiro projeto de busca e resgate da organização

Há três anos, a ideia surgia pela primeira vez, mas foi somente em maio deste ano que Médicos Sem Fronteiras lançava seu primeiro projeto envolvendo a busca e o resgate de imigrantes em apuros na tentativa de cruzar o Mar Mediterrâneo rumo à Europa. Para o diretor-geral da organização na Holanda, Arjan Hehenkamp, a iniciativa hoje está plenamente alinhada ao propósito de MSF, que é o de salvar vidas, independentemente se em terra ou se no mar. Ele ressalta, no entanto, que tal assistência está longe de ser a solução para a problemática crise de refugiados da atualidade. Para MSF, as condições impostas pelas políticas imigratórias da União Europeia, com o fechamento das fronteiras terrestres e o cancelamento de operação italiana de resgate Mare Nostrum, no final de 2014, levam a crer que o número de pessoas tentando a sorte na perigosa travessia vai aumentar exponencialmente, assim como as mortes.



© Ikram N'gadi

O QUE MOTIVOU, FINALMENTE, A DECISÃO PELO INÍCIO DO PROJETO DE BUSCA E RESGATE?

Inicialmente, o aumento alarmante e crescente de pessoas se arriscando pelo Mediterrâneo e o número de mortes – estima-se que, só em 2014, 3.500 pessoas tenham morrido na travessia. E, embora seja complexo fazer essa comparação, a motivação das pessoas se alterou nos últimos anos: de razões socioeconômicas para a fuga da violência. Mulheres, crianças e idosos passaram a integrar essas fugas, não se tratando mais apenas de homens jovens. No final das contas, estamos nos propondo a ajudar as mesmas pessoas a quem oferecemos assistência em países como Síria, Líbia e tantos outros. Não podemos fechar os olhos para o fato de que são elas a morrer no Mediterrâneo. A parceria com a Migrant Offshore Aid Station (MOAS) foi outro aspecto importante para o início do projeto, já que são especialistas em busca e resgate no mar e têm estabelecidos os processos e o relacionamento com as autoridades italianas para atuar.

TAL INICIATIVA NÃO PODERIA ESTREMECER O RELACIONAMENTO DE MSF COM GOVERNOS DA UNIÃO EUROPEIA?

Se a tensão entre MSF e os governos aumentar, será por razões legítimas, e não tenho problemas com isso. Consideramos vergonhosas as políticas europeias no que diz respeito à imigração, que acabam forçando as pessoas a enfrentar as mais perigosas rotas para transpor as barreiras que lhes foram impostas. E é importante ressaltar que

essa questão não se limita à Europa; são poucos os países em outras regiões se voluntariando para receber refugiados. É preciso entender que essas pessoas não vão deixar de fugir para salvar suas vidas.

NA PRÁTICA, COMO FUNCIONA A OPERAÇÃO?

O barco fica baseado não longe da fronteira da Líbia e ali aguarda o sinal de alerta, disparado, na maioria das vezes, pelo governo italiano. Então, avaliamos as necessidades da embarcação em situação de estresse para determinar se é necessária a transferência de pessoas para receber cuidados na clínica no próprio MY Phoenix, o navio de resgate. Ali, temos dois médicos e um enfermeiro para conduzir consultas médicas básicas. Depois de concluída a operação, o governo italiano determina onde as pessoas irão desembarcar, desde que não seja de volta a seu país de origem.

EM TERMOS DE VISIBILIDADE, QUAIS AS SUAS EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO A ESSE PROJETO?

A intenção é humanizar a tragédia. Queremos fomentar o debate humanitário acerca do que motiva a fuga dessas pessoas: as crises das quais são vítimas. É preciso que se construa capacidade suficiente e adequada de busca e resgate no Mediterrâneo e que se amplie a percepção de que a responsabilidade sobre essa questão deve ser compartilhada, afinal vivemos a maior crise de refugiados desde a Segunda Guerra, e é preciso que todos se responsabilizem.

Até o fechamento desta edição, em 28 de maio, 1.817 pessoas haviam sido resgatadas no Mar Mediterrâneo pelo projeto em parceria com a MOAS. Um segundo navio de MSF, dessa vez operado exclusivamente pela organização, também iniciou operações em maio, tendo oferecido assistência a 477 pessoas. Para mais informações, acesse: www.msf.org.br

Uma nova abordagem para tratar a violência

Desde junho de 2014, a Unidade Médica Brasileira (BRAMU) presta consultoria a projetos de MSF localizados em países da América Latina onde a violência é protagonista. O objetivo é sugerir abordagens efetivas para o tratamento de vítimas desses contextos. E não se trata, aqui, da violência categorizada como conflito armado internacional ou não internacional; trata-se de um algoz multifacetado e enraizado no dia a dia de comunidades nas quais a violência doméstica e sexual se agrega ao crime organizado e à criminalidade de rua, entre tantas outras. E como incorporar essa assistência ao escopo de MSF? “É preciso adaptação e flexibilidade. Estamos falando de situações crônicas, nas quais sabemos que aquela pessoa que sofreu violência hoje pode vir a sofrer com a mesma situação amanhã”, conta Jean-François Veran, antropólogo da BRAMU.

Em muitos desses contextos, a violência se torna invisível por questões políticas e culturais ou de segurança da própria vítima. A partir dessa premissa, a BRAMU desenvolveu uma metodologia que envolve a aplicação de uma pesquisa de vitimização para identificar a forma de organização daquela sociedade, elencar como se dá a violência ali e estabelecer a melhor maneira de apresentar os cuidados para que as vítimas se identifiquem. A partir do resultado da pesquisa, são sugeridas abordagens que integram



© Kate Geraghty

cuidados de saúde médica a cuidados de saúde mental. Até maio deste ano, a metodologia foi aplicada em projetos de MSF na Colômbia e no México. “A inovação está na implementação de uma estratégia comunitária que aposte na construção de redes densas que se apropriem dos protocolos de atendimento e rotas de atenção existentes para a oferta dos cuidados”, explica Jean-François. A intenção é expandir a metodologia para projetos localizados também em outros continentes.

MSF-Brasil nas ruas do Rio de Janeiro

Há pouco mais de um ano, MSF-Brasil decidiu estruturar uma equipe própria para abordar as pessoas em locais públicos a fim de convidá-las a se tornarem doadoras da organização. A equipe, que começou com sete integrantes, hoje conta com mais de 25 profissionais de captação de recursos engajados com o trabalho humanitário. Para a líder de equipe Jaqueline Waiantt, o desafio é diário, mas o resultado, ainda assim, é gratificante: “Nós damos a oportunidade de as pessoas fazerem a diferença no mundo colaborando financeiramente com MSF, e o melhor é quando elas captam essa mensagem e entendem que podem nos ajudar a salvar vidas.” A estratégia, chamada *Face to Face*, é utilizada por MSF em diversos países, e a meta é expandir a ação para outras cidades do Brasil.

Brasil: ajuda humanitária em pauta

Em outubro, MSF vai promover o evento “Crises humanitárias, cooperação e o papel do Brasil”, com o objetivo de criar espaço para debate e reflexão acerca da ajuda humanitária e da contribuição brasileira. Serão convidados diversas autoridades nacionais, acadêmicos e organizações da sociedade civil para dialogar sobre os desafios e as oportunidades na estruturação de uma política de ajuda humanitária. A assessora de relações institucionais de MSF-Brasil, Renata Reis, conta que, na ocasião, será lançada uma publicação com a contribuição de diversos autores que tem o propósito de aprofundar o tema. Ela ressalta também que o país pode ser mais ativo nesse cenário: “A intenção de MSF é ajudar a fomentar o debate público sobre cooperação humanitária no Brasil a partir de diferentes perspectivas. Acreditamos que esse debate é muito oportuno e extremamente relevante no cenário atual.”



© Roberto Riva

Vacinas: uma batalha pela proteção

Da aquisição dos produtos à estruturação de campanhas, são diversos os obstáculos a serem superados para imunizar populações vulneráveis

Quando você nasceu, provavelmente recebeu os primeiros cuidados de saúde essenciais a uma criança e foi vacinado. Tendo tomado todas as doses necessárias para se proteger dos alçozes da infância, como o sarampo, por exemplo, você cresceu sem ter de se preocupar com o risco de ser infectado pela doença. No Brasil, a vacinação é uma rotina conduzida pelo Ministério da Saúde e ofertada à população gratuitamente. Para Chantale, que vive na região rural de Kalonge, na República Democrática do Congo, com seus oito filhos e quatro netos, a realidade é outra. Quando soube pela rádio comunitária que equipes de Médicos Sem Fronteiras (MSF) estariam ali por três dias com uma campanha

de vacinação, não hesitou em deixar o trabalho no campo para levar cinco de suas crianças até o local. “Não podemos ignorar essa vacinação. Faz falta para as crianças receber essas cinco ou seis doses desde o início. Os que não estão vacinados sofrem mais”, conta Chantale. Ela sabe que oportunidades como essa em Kalonge, e em tantos lugares pouco afortunados, são raras. Globalmente, o resultado disso é contabilizado em vidas perdidas: mais de 4 mil crianças morrem por dia em consequência de doenças que podem ser prevenidas, e uma em cada cinco não é devidamente imunizada. Ao todo, estima-se que cerca de 23 milhões de crianças não sejam imunizadas adequadamente a

cada ano. As razões para a prevalência desse cenário são muitas. E elas envolvem todas as etapas da cadeia de vacinação, a começar pela difícil garantia de disponibilidade.

A primeira batalha

Embora globalmente tenha se alcançado 84% de cobertura vacinal em 2013, o alcance das atividades de vacinação em alguns lugares estagnou. Somente em 2013, MSF ofereceu 6,7 milhões de doses de vacinas e demais produtos imunológicos, como imunoglobulinas, nos cerca de 70 países onde atua, e a necessidade de fazer mais é uma certeza. Nesse sentido, o alto custo das novas vacinas é uma

preocupação constante, que motiva a mobilização em larga escala na tentativa de pressionar indústrias farmacêuticas para que disponibilizem seus produtos a preços mais acessíveis tanto para organizações humanitárias quanto para países de baixa e média rendas, para começar.

Em 2001, o custo mínimo para imunizar uma criança contra seis doenças – tuberculose, sarampo, difteria, tétano, coqueluche e poliomielite – era de US\$ 0,67; em 2014, a imunização contra 11 doenças – tuberculose, sarampo, rubéola, difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, *Haemophilus influenzae* tipo b, poliomielite, doenças pneumocócicas e rotavírus – passou a custar US\$ 32,09 para meninos e, com a inclusão da vacina contra o HPV (papilomavírus humano) para meninas, o valor alcançou US\$ 45,59. O custo do pacote completo de vacinas para imunizar uma criança, considerando as melhores condições negociadas para a Aliança Global para Vacinas e Imunização (Gavi), foi multiplicado, desproporcionalmente, 68 vezes. E, desse custo total, somente a vacina contra a pneumonia (PCV) representa 40%.

O problema ganha proporções ainda maiores quando considerados os aspectos acerca do benefício oferecido pela Gavi: a fundação apoia países cujo Produto Interno Bruto (PIB) per capita não ultrapasse US\$ 1.580,00. Atualmente, 73 países recebem o suporte da Gavi e têm acesso aos preços de vacinas negociados pela Aliança com as farmacêuticas; até 2020, a projeção é a de que 22 países “graduem” e, no período de cinco anos, passem a receber cada vez menos ajuda da organização, até que tenham de financiar, por sua conta, os custos integrais das vacinas. Para Felipe de Carvalho, da Campanha de Acesso a Medicamentos de MSF no Brasil, seria importante que a Gavi avaliasse outros aspectos além dos indicadores econômicos para determinar a elegibilidade dos países beneficiados: “A Gavi deveria ter uma abordagem mais focada em populações do que em países, levando em conta que grupos particularmente vulneráveis e não vacinados cada vez mais vão viver em países que, em breve, serão inelegíveis para receber o apoio

da organização de acordo com critérios atuais. A elegibilidade poderia ser definida de maneira mais sofisticada, considerando carga da doença e acesso a serviços de saúde”, afirma. Em Honduras, por exemplo, isso vai significar ter de arcar com US\$ 5 milhões, hoje financiados pela Gavi, para a aquisição de novas vacinas. E, sem a intermediação da Aliança, os preços cobrados pelas indústrias farmacêuticas passarão a ser integrais.

Organizações humanitárias, como MSF, não têm acesso aos preços da Gavi e, em meio a situações de emergência, a aquisição de vacinas fica sujeita a onerosos processos de negociação, que, como observado recentemente, podem não ter o resultado esperado. “Em meio à necessidade de vacinar crianças contra a pneumonia em um campo de refugiados sudaneses no Sudão do Sul, em 2013, foram nove meses de negociação com a Pfizer e a GlaxoSmithKline (GSK), produtoras da PCV, para, no final das contas, acabarmos pagando US\$ 7 pela dose, o equivalente ao dobro do valor negociado para a Gavi. Tivemos de restringir a oferta da vacina para crianças com até dois anos, em vez de vacinarmos crianças com até cinco, o que seria o

ideal”, conta Kate Elder, especialista em vacina da Campanha de Acesso a Medicamentos de MSF. Campanhas de vacinação em situação de crise, ainda que em países beneficiados pela Gavi, não são contempladas por esta.

Frente a frente com gigantes

Vacinas não são luxo, mas a realidade é que são um produto da indústria farmacêutica, que, como outra empresa

“Crianças refugiadas são extremamente vulneráveis a doenças que podem ser prevenidas por vacinas. Por que continuamos a ouvir de atores da comunidade global de vacinação que essas crianças não são problema deles?”

Kate Elder
Especialista em Vacinas
– Campanha de Acesso a Medicamentos de MSF

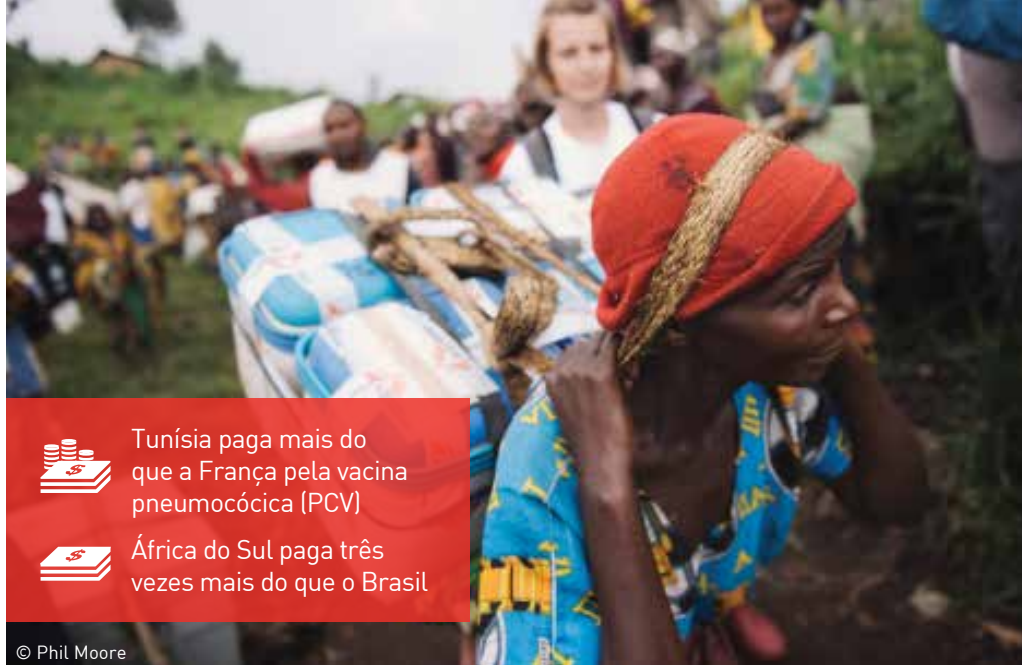


© Roberto Riva

qualquer, tem por objetivo final o lucro. E quando são as necessidades dos mais vulneráveis que estão sobre a mesa, a equação se torna impossível, a menos que haja diálogo. Mesmo que a comunicação tenha de ser enfática para ser efetiva.

Em meio aos apelos que já integram o discurso de MSF no diálogo com a indústria farmacêutica, um novo – e inédito – pedido foi feito às produtoras da vacina contra doenças pneumocócicas, GSK e Pfizer, para que divulguem amplamente a composição do preço desse caro produto, que tem preços variáveis de país para país, e que comercializem a vacina a US\$ 5 por criança. “Para que os países e as organizações humanitárias possam ter mais chances nas negociações de preço para a aquisição das vacinas, precisamos entender esse preço. Se ambas as produtoras alegam estar cobrando preços abaixo dos custos de manufatura ou mesmo pouco acima, devem ser transparentes e permitir a auditoria de suas contas”, reforça Kate Elder. Ela teve a oportunidade de, em 23 de abril deste ano, participar de uma reunião da Pfizer com stakeholders e manifestou sua surpresa ao ouvir do CEO, Ian Read, que a confidencialidade acerca dos preços contribui para a garantia do acesso à vacina e que esse é, inclusive, um pedido dos países compradores. “É um posicionamento, mais que contraditório, duvidoso, porque não é o que nos dizem os países que dependem de nossa ajuda”, revela Kate. Os próximos capítulos dessa longa novela estão por se desenrolar.

Há tempos, MSF cobra esforços voltados para a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas que possam ser mais bem adaptadas aos mais diferentes contextos, para que, além dos recursos gastos com a aquisição dos produtos, o investimento na logística da operação das campanhas seja reduzido e que ela própria se torne mais viável, o que permitiria vacinar mais crianças. Atualmente, para serem efetivas,



Tunísia paga mais do que a França pela vacina pneumocócica (PCV)



África do Sul paga três vezes mais do que o Brasil

© Phil Moore

as vacinas precisam ser mantidas a temperaturas entre 2 e 8°C, e essa é uma das grandes complicações para a realização de campanhas em locais remotos, onde não há energia elétrica e as temperaturas podem alcançar 40°C: a manutenção da chamada “cadeia de frio”. Não se conhece, também, o comportamento das vacinas quando fora dessa cadeia, informação que seria útil para flexibilizar a necessidade de armazenamento constante. Além disso, boa parte das vacinas é injetável, o que demanda profissionais qualificados para administrá-las, nem sempre disponíveis em muitos países.

Enfim, proteção

Com as vacinas em mãos, é possível conduzir campanhas de vacinação de rotina, estabelecidas em parceria com Ministérios da Saúde de cada país e de acordo com a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), ou de emergência, em resposta a surtos e crises.

Tudo começa em um armazém de MSF, de onde saem caminhões com refrigeradores repletos de gelo para garantir proteção extra, caso haja interrupções no fornecimento de energia. De lá, os carregamentos seguem por avião para uma localidade com alguma estrutura, como a capital do país, onde são colocados em geladeiras em um segundo armazém. Ali, as vacinas são organi-

zadas de acordo com o pedido de cada local onde acontecerá a campanha em coolers com gelo e equipados com monitores de temperatura. Para chegar ao interior do país, normalmente as equipes de MSF utilizam veículos 4X4 e, em locais onde é impossível passar de carro, o carregamento é, então, transferido para motocicletas, pequenas embarcações ou mesmo carregadores que chegam a pé até o local onde se dará a vacinação. O conteúdo dos coolers vai sendo dividido em embalagens menores, de acordo com a capacidade do meio de transporte passível de uso. Quando, então, se chega ao local de destino, por vezes muitas horas distante do ponto de partida, organiza-se a ação. É preciso garantir que a comunidade entenda o que se passa ali e compareça em massa para que a operação seja bem-sucedida. Para isso, equipes de promoção de saúde se antecipam à chegada das vacinas no local, reúnem-se com líderes comunitários e garantem a aceitação e adesão à atividade. Todos a postos, filas organizadas, vacinas em pequenas maletas com gelo para o fácil manuseio, tem início a magia de proteger crianças. “Não tem mistério: se todas as crianças tiverem acesso às vacinas, teremos muito menos trabalho em hospitais e as taxas de mortalidade e morbidade cairão, porque haverá menos crianças doentes”, conclui Johanne Sekennes, coordenadora-geral de MSF no Mali, em 2012.

No segundo semestre de 2015, um projeto de MSF-Brasil vai permitir que você conheça e vivencie todas as etapas e dificuldades logísticas envolvidas em uma campanha de vacinação. Acompanhe informações a serem divulgadas no site www.msf.org.br

Emergência

Terremotos causam enorme destruição no Nepal

Equipes de MSF oferecem assistência às populações de vilarejos remotos afetados pelos desastres

No dia 25 de abril, um terremoto de magnitude 7.8 atingiu o Nepal, causando enorme devastação. Com seu epicentro no distrito de Gorkha, 200 quilômetros a oeste da capital, Katmandu, o abalo afetou 30 dos 75 distritos do país localizados nas regiões mais a oeste e central, segundo o governo local. Pouco mais de duas semanas depois, em 12 de maio, um segundo terremoto de magnitude 7.3 atingiu o leste da capital, desta vez com epicentro na fronteira entre os distritos de Dolakha e Sindhupalchowk.

Após a primeira ocorrência, equipes de MSF enfrentaram dificuldades logísticas imediatas para avaliar as necessidades e oferecer assistência no país: tremores subsequentes ao primeiro abalo fizeram com que a equipe que estava mais próxima dali, na Índia, tivesse de retornar, na medida em que outro time buscava chegar por terra. O congestionamento do principal aeroporto de Katmandu também postergou a chegada de profissionais de outras localidades. Ainda assim, o primeiro profissional de MSF chegou a Katmandu no dia 26 e, no dia seguinte, chegavam as primeiras equipes para avaliar as necessidades das populações nas áreas mais remotas e estruturar uma estratégia para atendê-las. Dia 29, tiveram início, de fato, as atividades médicas.

Na medida em que aqueles mais gravemente feridos foram evacuados nos dias imediatamente após o terremoto, os que permaneceram ali ficaram encurralados em seus vilarejos por causa do bloqueio imposto pelos deslizamentos de terra e avalanches. “Quando cheguei a Katmandu, achei que fosse me deparar com uma devastação imensa, mas a situação nas regiões remotas era muito pior. Ao sobrevoar essas áreas, você tem dimensão da devastação, e alguns vilarejos ficaram de 80 a 100% destruídos”, conta a enfermeira holandesa Anna Kluijtmans, que passava férias no Nepal e, um dia e meio depois do primeiro terremoto, juntou-se às equipes de MSF em campo. A prioridade era chegar às pessoas aonde ninguém mais estava indo e nenhuma assistência havia chegado. A solução foi estruturar clínicas móveis por meio de helicópteros e, quando possível, a pé.

Desde 8 de maio, a organização conta com um hospital inflável de 20 leitos em Arughat, no distrito de Gorkha, com capacidade cirúrgica, maternidade, alas gerais e de emergência e um programa de saúde mental. Quando o segundo abalo atingiu o país, no dia 12, as equipes que já estavam próximo das áreas remotas mais afetadas puderam iniciar a oferta de assistência imediatamente. Foram distribuídos barracas, kits de higiene e alimentos, e estruturas para o fornecimento de água e saneamento foram implementadas em algumas das regiões mais afetadas. “A maioria das instalações de saúde de Gorkha desabaram e o hospital de MSF em Arughat está ajudando na oferta de cuidados secundários extremamente necessários na região. Há pessoas que nos dizem terem caminhado por cinco dias até o hospital, o que demonstra a gravidade da destruição causada pelos terremotos ao sistema de saúde”, conta o Dr. Manangama Guyguy, coordenador médico de MSF no Nepal.

“Nossa equipe logística trabalha sem parar para responder às demandas identificadas durante avaliações feitas pela equipe médica, para que possamos distribuir enormes quantidades de cobertores, kits para abrigo e higiene e porções de biscoitos ricos em proteína”, conta a enfermeira britânica Emma Pedley.



© Jean Pletinckx/MSF

Até o fechamento desta edição, em 28 de maio, o governo do Nepal havia reportado 8.670 mortes e 21.433 pessoas feridas. Mais de 503 mil casas foram destruídas e outras 274 mil, danificadas. MSF tratou mais de 3 mil feridos, distribuiu kits de abrigo para mais de 10 mil famílias e mais de 80 toneladas de suprimentos.

Direto de Moçambique

Renato Souza

Enfermeiro

“Recebi a proposta de fazer parte da equipe de resposta imediata ao surto de cólera na província de Tete, em Moçambique, em fevereiro deste ano. O trabalho seria o de coordenar a emergência, e ocupar esse cargo foi a real novidade e um enorme desafio, já que não seria minha primeira vez trabalhando com a cólera; trago na bagagem vivências com a doença no Haiti, na Somália, no Sudão do Sul, entre outros.

Quando cheguei a Tete, um Centro de Tratamento de Cólera (CTC) já havia sido construído em Moatise e uma segunda estrutura estava em fase final de construção. Em resumo, o trabalho a ser feito ali era muito. Meu papel seria o de compartilhar informações sobre as atividades que estávamos conduzindo e acompanhar os projetos de parceiros, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Unicef e o Ministério da Saúde. Nossa aposta para conter a cólera era agir de forma integrada para atuarmos em todas as frentes de combate à proliferação do surto.

Com o passar dos dias, o número de casos foi aumentando vertiginosamente: dos 40 iniciais, tivemos um pico de 180. A distribuição precária de água e as condições de saneamento inexistentes figuravam todo o tempo entre as principais preocupações. Em alguns bairros, a água consumida vinha diretamente dos rios e de fontes suspeitas, e a principal forma de transmissão da cólera é justamente a água contaminada.

A extensão dessa epidemia foi uma surpresa. Nesse meio-tempo, era preciso monitorar o surgimento de



© Arquivo pessoal

casos em localidades mais distantes dali. Montamos estruturas, oferecemos equipamentos e treinamos pessoal em sete unidades sanitárias mantidas pelo Estado. Uma equipe de MSF – um enfermeiro e um logístico – se deslocava para o campo para avaliar necessidades quando havia casos confirmados. Foram registradas ocorrências até mesmo em Mutara, na fronteira com o Malauí, região isolada para onde enviamos 17 toneladas de equipamentos. Mas Tete continuava demandando nossos maiores esforços: o número de casos ainda progredia, e a equipe de profissionais locais começava a dar sinais de cansaço. Fomos aumentando o quadro até chegarmos a um total de 38 enfermeiros e oito médicos. Nosso desafio era reduzir o número de mortes de crianças, que correspondiam a 75% das internações. Com o envio de nossos melhores profissionais às áreas onde as crianças estavam distribuídas, pudemos reverter esse quadro.

Posso dizer que os desafios eram diários, e o volume de trabalho, colossal. Éramos 12 profissionais internacionais e estávamos administrando quatro CTCs em quatro diferentes localidades, atuando em quatro frentes: o trabalho diretamente nos CTCs, saneamento e abastecimento de água nas periferias da cidade, resposta às emergências no campo e promoção de saúde nas comunidades e bairros afetados. Tínhamos mais de 200 funcionários locais sob nossa responsabilidade.

Em meados de março, já percebíamos que o número de casos em algumas comunidades se reduzia, e eu podia me preparar para minha saída do projeto com tranquilidade. Minha despedida se deu com uma festa surpresa à base de bolo de chocolate para repor as energias drenadas por longo tempo. Agradei o imenso esforço de todos e comemoramos os resultados positivos: os óbitos acumulados eram 0,45% percentual abaixo do estabelecido pela OMS. Um trabalho com participação de todos e uma experiência de comando de equipe para guardar na memória. ”



© Luca Sola

Galeria de fotos

Conflitos armados contemporâneos

Ajuda humanitária é insuficiente para atender às necessidades das pessoas



© Gabrielle Klein/MSF

No Iraque, a crise que teve início no fim de 2013 provocou o deslocamento de cerca de 2,6 milhões de pessoas. MSF mantém clínicas móveis para oferecer cuidados aos civis e aos refugiados sírios em necessidade no país. “Ninguém veio nos ver. Nós pedimos ajuda, colchões, fogões e coisas assim. Ninguém nos deu nada”, conta uma deslocada interna.



© Ali Saadi/MSF

“Quando fico deprimido, eu tento a escrever poesias. Antes do conflito na Síria, eu costumava escrever sobre amor e amizade. Tudo o que consigo escrever agora é sobre guerra.” Omar Al Balkhim, ferido durante um bombardeio, teve as duas pernas amputadas e foi tratado no hospital de MSF em Amã, na Jordânia. Em março de 2015, a guerra na Síria entrou em seu quinto ano.



© Jon Levy

Após mais de um ano de conflito na Ucrânia, MSF continua ampliando atividades médicas para atender às necessidades das pessoas que vivem em regiões afetadas e de civis que fugiram da crise. “Uma das professoras que encontrei disse algo que me fez refletir: é difícil se dar conta do horror da guerra sem nunca ter passado por uma”, diz profissional de MSF.



© Jochen Ganter/MSF

Ataques aéreos, confrontos, bombardeios. O atual conflito no Iêmen teve início em março deste ano e já fez milhares de vítimas. Depois de muitas dificuldades de acesso, aviões e barcos de MSF chegaram ao país somente no início de abril com profissionais e suprimentos para abastecer os hospitais da organização. Até abril, MSF tratou mais de 1.200 feridos.

Opinião do doador



Norma Quintella

Embaixadora de MSF-Brasil*

Doadora desde outubro de 2014

“Conheci MSF por meio de um grande amigo, o Pierino de Angelis, quando conversávamos sobre ajuda humanitária, e por indicação de uma amiga, Luiza Serpa, do Instituto Phi. Depois disso, me envolvi com o humanitarismo e decidi ser doadora. Hoje, sou embaixadora de MSF e propago as mensagens da organização sempre que posso. Lembro que contei para uma amiga, que é psicóloga assim como eu, que fiquei impressionada com a naturalidade com que uma psicóloga de MSF descreveu seu trabalho em meio a conflitos armados. Achei incrível a escolha dela de arriscar sua vida para salvar outras, mesmo já enfrentando os perigos do dia a dia. Esta é uma das coisas que eu mais admiro em MSF: a competência e a dedicação que os profissionais têm com os pacientes. Eles fazem o que amam, se sentem bem com isso, então é uma ajuda mútua. E espero poder ajudar sempre mais.”



Gislaïne Rossetti

Diretora de Assuntos Corporativos e Sustentabilidade da TAM Linhas Aéreas

Empresa parceira desde 2012

“A TAM tem a diretriz de contribuir com projetos de grande abrangência geográfica e que atendam um grande número de pessoas. Hoje, a companhia apoia cerca de 20 organizações não governamentais de diferentes áreas. Por meio da parceria com MSF, temos a oportunidade de colaborar significativamente para potencializar o alcance de uma organização sólida e reconhecida internacionalmente por sua seriedade e pela abrangência dos projetos. Divulgamos a parceria para os funcionários em nossos canais internos de comunicação e buscamos promovê-la ainda mais aproximando a equipe de MSF de nosso negócio. Trazemos, por exemplo, informações sobre prevenção e cuidados com epidemias, uma vez que transportamos passageiros de e para localidades que são ou podem vir a ser afetadas por surtos. Parcerias como essa contribuem para a conscientização não só do meio empresarial, mas também da sociedade como um todo.”

* 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

Posso incluir MSF como beneficiário em meu testamento?

Sim. Ao deixar para MSF parte de seus bens e direitos, você estará garantindo a continuidade de nosso trabalho médico-humanitário. É possível deixar para MSF bens como: depósitos em conta, ações, aplicações financeiras, fundos de pensão, pecúlios, entre outros bens e direitos. Quanto mais “líquida” for a doação, mais facilmente ela será convertida em recursos financeiros a serem utilizados em nossa missão social. Se você planeja beneficiar MSF em seu testamento ou pretende obter mais informações, entre em contato pelo e-mail heranca@rio.msf.org ou pelos telefones (21) 3527-3632 e (21) 3527-3610.

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