



Pressão além do limite

Um ano do maior surto de Ebola da história

Conteúdo

- 5 Soando o **alarme**
- 8 Coalização global pela **inércia**
- 13 **Última esperança** de controlar a epidemia
- 16 Médicos **sem a cura**, mas oferecendo cuidados
- 20 Olhando para o **futuro**
- 22 **Mapa da região**

Este ano, milhares de profissionais de saúde arriscaram suas vidas para cuidar de pacientes e auxiliar no controle da epidemia de Ebola, enfrentando ao mesmo tempo o estigma e o medo em suas próprias comunidades. A vulnerabilidade das equipes médicas frente ao Ebola constitui uma dupla tragédia – o vírus rouba a vida das pessoas que são as mesmas que realmente têm de combatê-lo. Cerca de 500 profissionais de saúde morreram de Ebola na Guiné, na Libéria e em Serra Leoa até agora.

Este relatório é dedicado a eles e aos nossos 14 colegas de Médicos Sem Fronteiras que perderam suas vidas nesses países durante essa epidemia. Sentimos dolorosamente a falta de cada um deles e expressamos nossa profunda solidariedade para com suas famílias e seus amigos.

Introdução

Completamos agora um ano da mais letal epidemia de Ebola que o mundo presenciou, com pelo menos 24 mil pessoas infectadas e mais de 10 mil mortes. O Ebola destruiu vidas e famílias, deixou cicatrizes profundas e dilacerou a Guiné, a Libéria e Serra Leoa nos âmbitos econômico e social.

O vírus causou uma imensa destruição nos três países ao se propagar geograficamente para além das fronteiras de forma jamais vista. O temor e o pânico se instalaram, os doentes e suas famílias ficaram desesperados e os profissionais de saúde nacionais e as equipes de MSF ficaram assoberbados e exaustos. As equipes médicas não são treinadas para lidar com a morte de pelo menos 50% de seus pacientes em consequência de uma doença para a qual não existem tratamentos. Entretanto, de início, o mundo

ignorou os apelos por ajuda para então, tardiamente, decidir agir. Nesse intervalo, meses foram desperdiçados e vidas foram perdidas. Ninguém sabe o número real de mortes que poderão ser atribuídas à epidemia: o consequente colapso dos serviços de saúde significou que a malária não tratada, partos complicados e acidentes com carros ajudaram a multiplicar as mortes causadas diretamente pelo Ebola em muitas vezes.

Um ano depois, a atmosfera de medo e o nível de desinformação que ainda se observa continuam dificultando a capacidade de conter o vírus. Em Serra Leoa, focos da epidemia persistem, ao passo

que na Guiné as equipes médicas são atacadas devido ao medo e à desconfiança ainda presentes. Encorajador é o fato de que, na Libéria, observamos o mais drástico declínio do número de casos, mas o país continuará em risco enquanto o Ebola sobreviver nos vizinhos Guiné e Serra Leoa.

Um importante desafio permanece à nossa frente: para declarar o fim da epidemia precisamos identificar todos os casos restantes, o que exige um nível de precisão meticuloso praticamente excepcional nas intervenções humanitárias médicas na área. Não há espaço para erros ou complacência; o número de casos novos a cada semana ainda é mais alto do que o observado em qualquer outra epidemia anterior. O sucesso na redução do número de casos em um local pode rapidamente ser arruinado por uma inesperada deflagração numa área imprevista.

Centro de tratamento de Ebola de MSF em Kailahun, em Serra Leoa. Uma equipe médica se prepara para entrar na zona de alto risco.

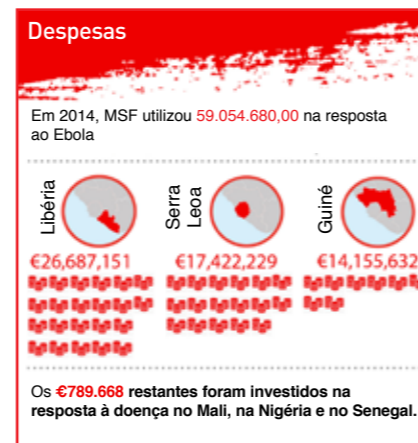
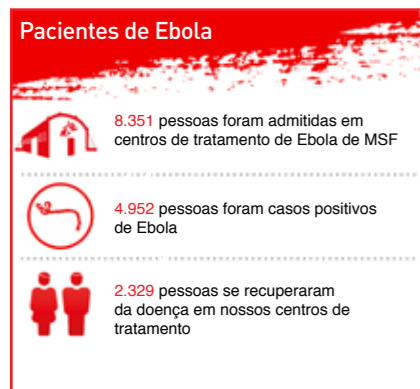


FOTO DA CAPA
Profissional de saúde de MSF com sua vestimenta de proteção carrega uma criança com suspeita de Ebola para o centro de tratamento da organização em Monróvia, na Libéria, em 5 de outubro de 2014.

© John Moore/Getty Images



© Sylvain Cherkakou/Cosmos

Muitas perguntas e poucas respostas

Depois de um ano enfrentando a epidemia, são muitas as perguntas a serem feitas. Como a epidemia se alastrou a ponto de sair tão tremendamente fora do controle? Por que o mundo demorou tanto para despertar para a gravidade da doença e reagir? Foi devido ao medo, à falta de vontade política, à falta de conhecimento específico ou uma tempestade perfeita de todos os três fatores? MSF fez as escolhas certas? Como poderíamos ter feito mais e ter salvo mais vidas? O que aprendemos com esta epidemia e o que precisará ser feito diferentemente no futuro? São muitas as perguntas e poucas as respostas.

As equipes da MSF ainda estão concentradas no combate à epidemia em curso e é difícil tirarmos conclusões definitivas enquanto não houver a distância necessária para se fazer uma revisão crítica minuciosa. Neste documento, oferecemos algumas reflexões iniciais sobre o ano passado, descrevendo momentos e desafios chave a partir da perspectiva das equipes de MSF. Uma análise mais profunda certamente virá. Este documento se baseia em entrevistas realizadas com dezenas de membros da nossa equipe que oferece um panorama da realidade enfrentada por MSF no ano passado, tanto em campo como em suas bases. Fomos testados, nossos limites colocados à prova e também cometemos erros.

O que também emerge claramente é que ninguém estava preparado para a extensão e a magnitude desta epidemia. A epidemia de Ebola mostrou ser um evento excepcional que revelou a realidade do quão ineficientes e lentos são os sistemas de saúde e de assistência para responder a emergências. O modus operandi habitual foi exposto ao mundo todo, com a perda de milhares de vidas. Que lições aprenderemos com esses erros?

UM ANO DOLOROSAMENTE EXCEPCIONAL

Embora MSF tenha ajudado a conter epidemias de Ebola em nove países nos últimos 20 anos, esta última que devastou a África Ocidental mostrou ser excepcionalmente catastrófica. No ano passado, MSF extrapolou os seus limites e sua resposta à epidemia foi marcada por muitas situações com as quais a organização se defrontou pela primeira vez, muitas delas indescritivelmente trágicas.

Foi a primeira vez que MSF:

- **Perdeu tantos pacientes para o Ebola:** 2.547 morreram, um número catastróficamente alto que chocou as equipes da organização – mesmo na maioria das zonas de guerra não se fala na perda de tantos pacientes em um período de tempo tão curto.
- **Enviou e instalou incineradores para cremação de corpos,** como ocorreu em Monróvia, quando as equipes nacionais encarregadas da função não conseguiram fazer frente ao número de mortos.
- **Distribuiu cerca de 70 mil kits de desinfecção e proteção** para 600 mil pessoas em Monróvia.
- **Distribuiu medicamentos contra a malária para mais de 650 mil pessoas** em Monróvia e 1,8 milhão em Freetown.
- **Construiu uma maternidade especializada** para cuidar de mulheres grávidas com o vírus.
- **Empreendeu o maior esforço de transferência de conhecimento,** com mais de 800 profissionais de MSF treinados no manejo do Ebola nas sedes, como também 250 pessoas de outras organizações como a Organização Mundial da Saúde, o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC, na sigla em inglês), a International Medical Corps, a GOAL, a Save the Children, a Cruz Vermelha Francesa e outras. Outras centenas de pessoas foram treinadas in loco nos países afetados.
- **Se mobilizou contra uma epidemia** que se propagou por uma área geográfica tão vasta e em centros urbanos densamente povoados.
- **Desviou recursos humanos de outros projetos de emergência** em grande escala. Profissionais nacionais e internacionais realocados de sedes e de outros projetos de MSF no mundo representaram 213 encaminhamentos dos mais de 1.300 profissionais mobilizados para responder ao Ebola.
- **Abriu um centro de tratamento de Ebola com 250 leitos.** Antes desta epidemia, o maior centro que tivemos de construir para responder a uma epidemia de larga escala tinha 40 leitos.

Soando o alarme

Sem precedentes, fora de controle: uma guerra de palavras

'Doença misteriosa'

Em 14 de março de 2014, a Dra. Esther Sterk, do escritório de MSF em Genebra, foi informada sobre uma "doença misteriosa" reportada pelo Ministério da Saúde da Guiné. Vários profissionais de saúde encarregados dos cuidados com doentes haviam morrido e a taxa de mortalidade era muito alta. Suspeitando que se tratava da febre de Lassa, ela transmitiu a notícia, descrevendo os sintomas dos casos para o Dr. Michel Van Herp, epidemiologista sênior de MSF especialista em febres hemorrágicas virais em Bruxelas.

"O que me chamou a atenção no relatório médico foram os soluços, um sintoma típico associado ao Ebola", lembra o Dr. Van Herp. "Após avaliar mais profundamente, disse a meus colegas que definitivamente estávamos lidando com uma febre hemorrágica viral e que devíamos nos preparar para o Ebola, mesmo que jamais tenha sido observado nesta região

Centro de tratamento de Ebola de MSF em Kailahun, em Serra Leoa.

anteriormente." Três equipes de emergência de MSF foram enviadas ao mesmo tempo, uma de Genebra e a segunda de Bruxelas, ambas com reforços e suprimentos. A terceira, baseada em Serra Leoa e com experiência no tratamento de febre hemorrágica viral, foi redirecionada para a fronteira com algum material de proteção e foi a primeira a chegar a Guéckédou, na Guiné, em 18 de março.

Atuando com base nas suspeitas, a equipe imediatamente deu início às atividades prioritárias para combater uma epidemia de Ebola: tratamento de doentes no hospital de Guéckédou, treinamento da equipe médica local sobre como se proteger, atividades para despertar a consciência da comunidade para o vírus, realização de sepultamentos seguros e operação de ambulâncias. O Dr. Van Herp chegou logo depois, após o início das atividades de sensibilização das comunidades, para investigar casos suspeitos na região, monitorando a propagação do vírus de modo a contê-la. Na madrugada do dia 21 de março, chegou a confirmação

por laboratório das amostras enviadas para a Europa e, em 22 de março, o Ministério da Saúde da Guiné declarou oficialmente a epidemia como sendo de Ebola.

Uma propagação sem precedentes

A investigação realizada por epidemiologistas revelou algumas cadeias de transmissão sem qualquer relação entre elas em diferentes locais na região rural da Guiné, muitas das quais tinham estirpe na Libéria e em Serra Leoa.

"Começamos a nos dar conta de que a propagação da doença era algo jamais visto antes. Poucos dias depois da nossa chegada, fomos alertados sobre casos suspeitos na fronteira em Foya, na Libéria", diz Marie-Christine Ferir, coordenadora de operações de emergência de MSF. "Então a situação foi de mal a pior – um caso confirmado a 650 quilômetros de distância de Guéckédou na capital da Guiné, Conacri."

Em 31 de março, MSF declarou publicamente a epidemia como "sem precedentes" devido à propagação geográfica



© Sylvain Cherkouli/Cosmos

dos casos. O que hoje parece claro, na época foi considerado exagerado e alarmista por muitos. Em 1 de abril, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio de seu diretor de comunicações em Genebra, foi a primeira a questionar as declarações de MSF, argumentando que a dinâmica do vírus não era diferente da de epidemias anteriores, e que a epidemia não era sem precedentes.



Guiné, 31 de março

“Estávamos falando do Zaire, cepa mais letal de Ebola, que se propagou por uma região despreparada, enquanto doentes e seus cuidadores se movimentavam numa escala jamais vista. Mesmo os mortos eram transportados de um vilarejo para o outro, lembra o Dr. Van. “Avaliamos os riscos de potencialmente exacerbar o pânico sabendo que esta epidemia seria muito mais difícil de controlar do que quaisquer anteriores”, conta o Dr. Van Herp. “Não tinha dúvidas que era algo sem precedentes, e nosso alarme soou desde o início.”

Vírus sem fronteiras

O Ebola já vinha se propagando furtivamente há mais de três meses. Não é raro o Ebola não ser diagnosticado durante um período de tempo considerável; no caso das oito últimas epidemias de Ebola, cada uma demorou, em média, oito meses para ser descoberta e investigada. Os sintomas são facilmente confundidos com os de outras doenças, como a cólera e a malária, e especialistas treinados para reconhecê-los são raros, tanto por parte de MSF como do mundo em geral.

Entretanto, epidemias passadas ocorreram principalmente em vilarejos remotos da África Central e Oriental, onde foram mais facilmente controladas. Por uma casualidade geográfica, o Ebola irrompeu na junção entre Guiné, Serra Leoa e Libéria, onde as pessoas regularmente atravessam as fronteiras com muita facilidade.

Temor e desconfiança acerca do vírus desconhecido, práticas de sepultamento inseguras, falta de credibilidade dos políticos, ocultação de casos e um sistema de saúde pública inadequado, sem recursos para reconhecer e responder de forma eficaz ao Ebola, tudo

isto contribuiu para a proliferação do vírus por toda a região.

“O problema inicialmente não era tanto o número de casos, mas o fato de as zonas mais afetadas estarem espalhadas por muitos locais”, diz o Dr. Armand Sprecher, especialista em saúde pública de MSF. “No passado, o Ebola permaneceu estático e conseguimos facilmente montar operações na mesma área para conter sua propagação. Desta vez, as pessoas estavam sempre em movimento e o Ebola seguia com elas, de maneira que tínhamos de repetir as atividades e mudar com frequência nossas equipes com experiência como se fossem peças de xadrez, tentando avaliar onde estariam melhor colocadas para agir rapidamente.”

Em 31 de março, casos foram confirmados na Libéria. Uma das equipes de MSF na Guiné foi redirecionada para estabelecer áreas de isolamento em Monróvia e Foya e treinar profissionais de saúde para combaterem o vírus. Somente 12 casos foram reportados em dez dias e em meados de maio a situação parecia sob controle. Depois de 21 dias sem novos casos e tendo treinado o pessoal de saúde na Libéria, a equipe da MSF partiu para reforçar as equipes na Guiné.

“Embora tenhamos observado também uma diminuição de casos na região rural da Guiné em maio, continuamos vigilantes para o caso de cadeias ocultas de transmissão”, explica o Dr. Van Herp.

“Os surtos do Ebola com frequência ocorrem em ondas. Você pode observar uma calmaria numa área e ver os números dispararem novamente mais tarde. Enquanto o acompanhamento não

for feito até o último contato, a vitória não pode ser declarada.”

Ao mesmo tempo havia uma preocupação constante com a ausência misteriosa de casos confirmados do outro lado da fronteira, em Serra Leoa.

Um surto às escuras em Serra Leoa

Em meados e final de março, casos de Ebola na Guiné aparentemente originais de Serra Leoa foram descobertos. MSF imediatamente enviou alertas ao Ministério da Saúde e a OMS em Freetown para que fossem acompanhados localmente.

Desde o início da epidemia, a Metabiota, empresa de biotecnologia dos Estados Unidos, e a Universidade de Tulane, parceiros do hospital de Kenemadé em Serra Leoa, lideravam a assistência ao Ministério da Saúde na investigação de casos suspeitos no país. O resultado das investigações foi negativo para Ebola, embora as atividades de monitoramento em andamento pareciam ter deixado escapar os casos de Ebola que haviam surgido em Serra Leoa.

“Havíamos priorizado nossos recursos para as áreas com casos confirmados na Guiné e na Libéria”, diz Ferir. “Havia pouco espaço para questionar as informações formais vindas de Freetown dando conta que as investigações mostraram que não havia nenhum caso confirmado em Serra Leoa. Então, em 26 de maio, o primeiro caso confirmado foi declarado no país e o Ministério da Saúde apelou a MSF para que intervisse. Nossa prioridade foi estruturar um centro de tratamento em Kailahum, o epicentro da doença em Serra Leoa na época. Com as equipes já assoberbadas, e devido ao grande número de casos, MSF não tinha capacidade para, simultaneamente, realizar atividades fundamentais de sensibilização da comunidade, como a conscientização e a vigilância.

“Quando começamos a operar em Kailahum, percebemos que já era tarde demais. Havia casos por toda a parte e construímos um centro com 60 leitos, bem mais do que os 20 leitos de quando começamos o trabalho na Guiné”, diz Anja Wolz, coordenadora de operações de emergência de MSF. “O Ministério

da Saúde e os parceiros do hospital de Kenema se recusaram a nos fornecer dados ou listas de contatos, de modo que trabalhamos no escuro enquanto os casos continuavam a chegar.”

Depois de um breve período durante o qual surgiram esperanças, no mês de maio, na medida em que parecia haver uma diminuição do número de casos na Guiné e na Libéria, a epidemia que se mantinha oculta em Serra Leoa se alastrou e novamente começou a se propagar para seus vizinhos.

Hoje, descrever a epidemia como “sem precedentes” é afirmar o óbvio. Contudo, durante meses MSF se via sozinha nesta análise. Mas a organização não estava preparada para o quão sem precedentes se tornaria a epidemia, tanto em termos de escala quanto do papel de liderança que MSF seria obrigada a assumir.

Fora de controle

Em junho, as equipes da MSF observaram que o vírus estava ativamente sendo transmitido em mais de 60 localidades na Guiné, na Libéria e em Serra Leoa. Diante de uma epidemia excepcionalmente agressiva e incapazes de fazer tudo, nossos profissionais se concentraram no controle dos danos e estabeleceram como prioridade direcionar a maior parte dos recursos para os centros de tratamento de Ebola. Infelizmente, não foi possível empreender a totalidade de atividades de combate à doença em todos os locais.

Nos três países, profissionais de saúde locais estavam morrendo tragicamente. Em epidemias de Ebola, hospitais e clínicas sem controle de infecções adequado atuam frequentemente como câmaras de reprodução do vírus, e se tornam lugares perigosos tanto para os profissionais como para os pacientes. Desta vez não foi diferente, mas ocorreu em escala gigantesca.

“Soamos de novo o alarme publicamente em 21 de junho, declarando que a epidemia estava fora de controle e que não conseguíamos atender ao grande número de novos casos e locais sozinhos”, lembra o Dr. Bart Janssens, diretor de operações de MSF. “Pedimos o envio de equipes médicas qualificadas, a organização de treinamentos e que as atividades de rastreamento de pessoas

AS SEIS ATIVIDADES-CHAVE PARA CONTROLAR A EPIDEMIA DE EBOLA

- 1. Isolamento e cuidado dos pacientes:** isolar os pacientes em centros de tratamento com pessoal treinado e oferecer cuidado médico e suporte psicológico para os pacientes e suas famílias.
- 2. Sepultamentos seguros:** oferecer e incentivar sepultamentos seguros nas comunidades.
- 3. Atividades de conscientização:** realizar amplas atividade de sensibilização das comunidades para ajudar na compreensão da natureza da doença, nas formas de prevenção e em como ajudar a conter sua propagação. Isso funciona melhor quando esforços são empreendidos para entender a cultura e as tradições das comunidades locais.
- 4. Vigilância da doença:** conduzir e promover uma profunda vigilância da doença a fim de localizar novos casos, monitorar prováveis cadeias de transmissão e identificar os locais que exigem uma desinfecção meticulosa.
- 5. Rastreamento dos contatos:** conduzir e promover a identificação de todos que tiveram contato com pessoas infectadas com o vírus. Se os contatos não forem mapeados e acompanhados, isso arruinará todas as outras atividades e a doença continuará a se propagar.
- 6. Tratamento de enfermidades não relacionadas ao Ebola:** garantir que cuidados médicos continuem disponíveis para pessoas com doenças e condições de saúde não relacionadas ao Ebola (malária, doenças crônicas, cuidados obstétricos, etc.). Isso inclui a implementação de políticas rigorosas para proteger os centros de saúde e os profissionais de saúde, particularmente em áreas onde eles podem ter contato com pessoas infectadas com o vírus.



Gbando, Guiné. O Dr. Michel Van Herp, epidemiologista de MSF, explica o que é o Ebola, como se proteger e evitar a transmissão do vírus.

que tivessem tido contato com o vírus e de sensibilização das populações fossem reforçadas. Mas efetivamente nada disso aconteceu após nosso apelo. Foi como gritar no deserto.” Embora a mensagem tivesse sido dada, MSF foi novamente acusada de alarmismo por ter declarado que a epidemia estava fora de controle. Paralelamente, autoridades do governo e membros da OMS na

Guiné e em Serra Leoa subestimaram a propagação da epidemia, insistindo que estava controlada e acusando MSF de provocar pânico desnecessário.

“No final não sabíamos que palavras usar para despertar o mundo e as pessoas para o quão fora de controle a epidemia tinha realmente se tornado”, lembra o Dr. Janssens.

Coalizão global pela inércia

Falta de vontade política, de experiência ou simplesmente medo?

Relutância e obstáculos

Os governos da Guiné e de Serra Leoa se mostraram, de início, muito relutantes em reconhecer a gravidade da epidemia, o que obstruiu uma pronta resposta. Isso é bastante comum em surtos de Ebola – ou mesmo em se tratando de outras doenças infecciosas perigosas; com frequência, há pouca vontade de soar o alarme imediatamente diante do temor de gerar pânico na população, interromper o funcionamento do país e afastar visitantes e investidores.

Em 10 de maio, a imprensa da Guiné informou que o presidente do país havia se queixado de que MSF estava disseminando o pânico para arrecadar fundos. Em Serra Leoa, o governo instruiu a OMS a reportar somente mortes confirmadas

Centro de tratamento de Ebola em Freetown, Serra Leoa

por laboratório em junho, reduzindo o número de mortos e excluindo casos suspeitos e prováveis. Essas obstruções desnecessárias dificultaram o trabalho das equipes de MSF, cujo acesso às listas de contato foi recusado, e a organização teve de começar do zero na determinação dos vilarejos afetados e na decisão de onde e como agir.

Em face da explosão de casos de Ebola em agosto, as autoridades da Libéria foram transparentes a respeito da propagação do vírus, embora poucas pessoas fora do país tenham tomado providências para responder aos pedidos urgentes por ajuda. O governo foi erroneamente acusado de alarmismo pela própria população, que acreditava ser um complô para aumentar a oferta de assistência internacional.

Um vácuo em liderança

A OMS desempenha papel importante na proteção da saúde pública internacional e sabe-se que sua expertise recai sobre seu trabalho normativo e orientação técnica para os países em todo o mundo. Sua capacidade de resposta a emergências e epidemias é menos robusta, diante da falta de recursos humanos, e a organização não está preparada para empreender ações imediatas para tratar os pacientes no caso de emergências.

“Quando ficou claro que não era apenas o número de casos que gerava preocupação, mas a propagação da epidemia, era necessário um direcionamento claro e alguém teria de assumir a liderança”, afirma Christopher Stokes, diretor-geral de MSF. “A OMS deveria estar combatendo o vírus, não MSF.”



Centro de tratamento de Ebola em Guéckédou, na Guiné

Havia pouca troca de informações entre os países, com as autoridades confiando na OMS para atuar como ponto de ligação entre eles. Foi somente depois de julho que uma nova liderança se estabeleceu nos escritórios nacionais da OMS e um centro de operações regional foi estruturado em Conacri para supervisionar o suporte operacional e técnico para os países afetados.

Em vez de limitar seu papel a dar assessoria para as autoridades nacionais durante meses, a OMS devia ter reconhecido muito antes que esta epidemia exigia uma mobilização de caráter mais prático. Todos os elementos que levaram à recrudescência da epidemia em junho já estavam presentes em março, mas a análise, o reconhecimento e a disposição para assumir a responsabilidade de agir vigorosamente não estavam.

Falta de expertise e de pessoal

Como os surtos de Ebola no passado ocorreram numa escala muito menor, o número de pessoas com experiência com a doença era limitado; simplesmente não havia número suficiente de especialistas em todo o mundo para frear o avanço desta epidemia.

Para MSF, a maior limitação era a falta de pessoal experiente para lidar com uma epidemia dessa escala. Os médicos “veteranos” eram apenas em torno de 40 no início do surto. Eles tinham de, simultaneamente, montar e gerenciar as operações na linha de frente e também orientar equipes sem experiência. Atualmente, mais de 1.300 profissionais internacionais

e mais de 400 nacionais foram mobilizados ao longo do último ano.

O mandato da OMS consiste em liderar situações de emergência globais e a organização possui o *know-how* para controlar o surto de Ebola, como também o tem o Centros de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC) com seus laboratórios e experiência na área epidemiológica. Contudo, tanto a OMS na região africana (WHO AFRO) e sua sede em Genebra não identificaram prontamente a necessidade de mais funcionários para o trabalho em campo, tampouco mobilizaram recursos humanos adicionais nem investiram prontamente e de modo suficiente no treinamento de mais pessoal.

“Mobilizamos todos os nossos especialistas em febre hemorrágica e equipes médicas e de logística experientes, e muitos retornaram várias vezes à região. Mas não podiam estar em toda a parte ao mesmo tempo, nem deveria ser nosso papel atuar sozinhos e sem ajuda”, diz Brice de le Vingne, diretor de operações de MSF. “MSF não tem um exército para lutar contra o Ebola e nem uma reserva de profissionais de prontidão. Dependemos da disponibilidade e do comprometimento dos nossos profissionais.”

Entretanto, os profissionais de saúde nacionais corajosa e incansavelmente se redobraram e continuaram lutando contra a epidemia diariamente, enfrentando o estigma e o medo em suas próprias comunidades. Alguns profissionais contratados localmente por MSF foram abandonados por seus parceiros, expulsos de suas casas e tiveram seus filhos condenados ao ostracismo por colegas de classe. A dedicação e o extraordinário trabalho duro

dessas pessoas durante o último ano são incomparáveis.

Libéria: um pedido de socorro em junho
No final de junho, houve uma reunião em Genebra do Global Alert and Outbreak Response Network (GOARN) – sistema de alerta global e resposta a epidemias, plataforma importante que reúne recursos humanos e técnicos em resposta a surtos de doenças. Durante a reunião, MSF insistiu na necessidade urgente de uma resposta efetiva na região e fez um apelo dramático para que mais reforço fosse enviado para a Libéria.

“Concluí minha apresentação na reunião afirmando que vinha recebendo telefonemas quase que diários do Ministério da Saúde da Libéria pedindo ajuda e que MSF não tinha mais pessoal experiente que pudesse enviar”, lembra Marie-Christine Ferir. “Lembro de ter enfatizado que tínhamos a chance de conter a epidemia na Libéria se ajuda fosse enviada naquele momento para o país. A epidemia estava no início e ainda havia tempo. O apelo foi ouvido, mas nenhuma medida foi adotada.”

Embora a coordenação tenha sido oficialmente organizada após a reunião do GOARN e o encontro regional em Acra no início de junho, havia uma clara falta de liderança por parte da OMS: decisões sobre o estabelecimento de prioridades, a atribuição de funções e responsabilidades, garantindo a responsabilidade pela qualidade das atividades e mobilizando os recursos necessários, não foram tomadas na escala necessária.

“Reuniões aconteceram. Ações não”, diz Ferir.

Catástrofe na Libéria

No final de junho, Lindus Hurum, coordenadora de emergência de MSF, chegou a Monróvia, capital da Libéria. Com alguns membros experientes, sua pequena equipe de três pessoas foi enviada para ajudar o Ministério da Saúde local, oferecendo consultoria técnica para o rastreamento de contatos e água e saneamento. Eles auxiliaram na estruturação de um centro com 40 leitos a ser operado pelo grupo de ajuda americano Samaritan's Purse e passaram a prestar suporte à coordenação para o Ministério da Saúde. Na medida em que o vírus se propagava como um incêndio florestal em Monróvia, o centro rapidamente foi tomado por um número imenso de pacientes com a doença.



© Yann Libessart/MSF

“Acho que é justo afirmar que somos Médicos Sem Fronteiras, mas temos limites. E chegamos ao nosso limite. É muito frustrante, porque vejo as enormes necessidades, mas simplesmente não tenho recursos humanos. Temos dinheiro graças aos nossos doadores. Temos vontade. Certamente temos a motivação, mas não temos pessoas suficientes para lidar com a situação”

Lindis Hurum
Coordenadora de emergência de MSF
Agosto de 2014



Monróvia, Libéria. Equipes de construção estruturando o que se tornaria o ELWA 3, o maior centro de tratamento de Ebola do mundo, com 250 leitos.

Então, no final de julho, dois membros do Samaritan's Purse, cidadãos americanos, foram infectados com o vírus e a organização suspendeu as operações nos dois únicos centros de tratamento da Libéria – em Monróvia e em Foya, no noroeste do país. Nenhuma medida foi adotada para substituí-los e ajudar o Ministério da Saúde no tratamento dos pacientes.

Discussões penosas aconteceram em MSF. Sentíamos que já estávamos operando a 100%, com nossas equipes já submetidas a um enorme estresse na Guiné e em Serra Leoa e estávamos preocupados com o fato de que assumir os centros na Libéria levaria MSF a extrapolar seus limites. E se erros fossem cometidos, o pessoal fosse infectado e o projeto desmoronasse? Foi o caso, em julho, do hospital do Ministério da Saúde em Kenema, Serra Leoa, como também do Samaritan's Purse na Libéria. E se o fato de irmos além do nosso limite anulasse a nossa capacidade de resposta, sem que houvesse uma substituição?

“De certa forma, a decisão foi tomada por nós. Não podíamos permitir que Monróvia afundasse ainda mais no inferno”, lembra Brice de le Vigne. “Tínhamos de extrapolar nossos patamares em termos de riscos e enviar coordenadores sem experiência com o vírus, com apenas dois dias de treinamento intensivo. Seria arriscado, mas tínhamos de encontrar uma maneira de intervir em Monróvia e Foya.”

Os treinamentos começaram seriamente na sede de MSF em Bruxelas e em campo, e nos lançamos ao mais exaustivo exercício de transferência de conhecimento da história da nossa organização, com mais de mil pessoas sendo treinadas. Ao mesmo tempo, uma equipe de MSF foi enviada a Foya, quando teve início a construção do centro ELWA 3 de MSF, que chegou a ter 250 leitos.

“Apesar de o ELWA 3 ter sido o maior centro de tratamento na história, sabemos que não era suficiente”, lembra Rosa Crestani, coordenadora da força-tarefa para o Ebola. “Estávamos desesperados porque não podíamos fazer mais e sabíamos exatamente no que essas limitações implicavam. Haveria mais mortes nas casas e corpos pelas ruas. Pessoas doentes não conseguiriam um leito, propagando o vírus para seus entes queridos.”

ELWA 3 forçado a fechar seus portões 23,5 horas por dia

No final de agosto, o centro ELWA 3 só podia manter as portas abertas por 30 minutos em cada manhã. Somente alguns pacientes podiam ser admitidos para ocupar os leitos vazios deixados pelos que haviam falecido durante a noite. As pessoas estavam morrendo sobre o cascalho, do lado de fora dos portões. Um pai trouxe a filha no portamalas do seu carro, implorando para cuidarmos dela para que não infectasse seus outros filhos em casa. Ele teve de partir sem ser atendido.

“Tivemos de tomar a horrenda decisão sobre quem admitiríamos no centro”, diz Rosa Crestani. “Tínhamos duas alternativas: permitir a entrada dos que estavam no estágio inicial da doença ou aceitar os que estavam morrendo e os que estavam com a infecção mais avançada. Decidimos optar pelo equilíbrio. Admitiríamos o maior número possível desde que com segurança e as pessoas mais doentes. Mas estabelecemos nossos limites também. E nos recusamos a colocar mais de uma pessoa por leito. Só podíamos oferecer cuidados paliativos básicos e havia tantos pacientes e tão poucos profissionais que o pessoal tinha, em média, somente um minuto por paciente. Isso tudo foi um horror indescritível.”

A reviravolta - O Ebola cruza o oceano

Finalmente, no dia 8 de agosto, a OMS declarou a epidemia uma “emergência de saúde pública de responsabilidade internacional”, procedimento que acionou as iniciativas destinadas a angariar recursos e ativar a mais rápida capacitação de especialistas. A esta altura, mais de mil pessoas já haviam morrido. O que finalmente desencadeou a mudança para uma resposta de emergência?

No final de julho, um médico americano que trabalhava para a organização Samaritan's Purse testou positivo para Ebola e foi levado de volta aos EUA para receber cuidados médicos. O primeiro caso de Ebola havia sido

diagnosticado fora da África Ocidental; o paciente, que regressara recentemente daquela região, foi tratado num hospital de Dallas, EUA. Em seguida, uma enfermeira espanhola que cuidou de um cidadão espanhol infectado com Ebola apresentou resultado positivo no teste do vírus, o primeiro caso de transmissão do Ebola de ser humano para ser humano fora da África.

“A ausência de vontade política internacional deixou de ser uma alternativa quando os países se deram conta de que o Ebola podia atravessar o oceano”, afirma a Dra. Joanne Liu, presidente internacional de MSF. “Quando o Ebola se tornou uma ameaça à segurança internacional, e não era mais uma crise humanitária que atingia um punhado de países pobres da África Ocidental, finalmente o mundo começou a acordar.”

O fator medo e a paralisia global

Em agosto, finalmente o mundo reconheceu a gravidade da epidemia, mas uma resposta de maiores proporções ainda demoraria a chegar. Foi o medo do vírus que atrasou a rápida resposta tão desesperadamente necessária? Indubitavelmente, o Ebola provoca um temor compreensível e quase universal que nenhuma outra doença desperta. A falta de um tratamento eficaz, sintomas dolorosos e angustiantes, e a elevada taxa de mortalidade causam ansiedade extrema na população, não apenas nas comunidades afetadas, mas também entre os próprios profissionais

“Estou horrorizada com a escala do centro que estamos construindo e as horríveis condições dentro dele, com o que as pessoas estão enfrentando. É terrível o que nosso pessoal está tendo de fazer, com os riscos e o calor. Estamos batalhando para lidar com o número de pacientes. Estamos tentando nos adaptar e construir na medida em que a necessidade aumenta, mas não estamos dando conta. Sentimos uma culpa e vergonha tremendas porque não podemos atender adequadamente às necessidades das pessoas”

Brett Adamson
Coordenador de projeto de MSF em Monróvia
Agosto de 2014



Monróvia, Libéria. Uma equipe médica de MSF conversa com pessoas que fazem fila do lado de fora dos portões do centro de tratamento de ELWA 3. A equipe está avaliando quem pode ser admitido para triagem para possível internação no centro.

de saúde, que são, geralmente, os primeiros a adoecer, desencorajando ainda mais a chegada de profissionais para ajudar no combate à doença.

Desastres naturais, como inundações e terremotos, em geral incentivam generosos envios de recursos e a intervenção direta das organizações de ajuda e dos Estados atingidos, mas o medo do desconhecido e a falta de experiência no combate ao Ebola paralisaram a maioria das organizações e doadores. A margem de erro permitida para administrar de forma segura um centro de tratamento de Ebola é tão ínfima que um treinamento meticuloso se faz necessário para se preparar para o desafio.

“Procuramos enfatizar que nem sempre a resposta envolve o uso de ‘trajes espaciais’. O rastreamento de contatos, atividades de promoção da saúde e a distribuição de sabão, cloro e baldes eram

tarefas urgentes e indispensáveis”, diz o Dr. Jean-Clément Cabrol, diretor de operações de MSF. “Nem todas as atividades estavam restritas às áreas de alto risco, mas tudo precisava ser feito por alguém, e numa escala enorme.” Entretanto, a maioria das organizações de ajuda se mostraram muito relutantes em aceitar o risco de trabalhar com o Ebola, com receio de não terem condições de oferecer proteção às suas equipes.

MSF tampouco foi imune. Com o passar dos anos, a experiência de MSF com o Ebola foi centralizada em grande parte em um grupo de especialistas e foi considerada, de fato, uma especialidade. Nos setores da organização com pouca ou nenhuma experiência com a doença houve alguma relutância inicial a intervir imediatamente. MSF deveria ter mobilizado sua plena capacidade de resposta à epidemia mais rapidamente.

No final de agosto, o vírus tinha explodido nos três países. Depois de várias discussões com outras agências de ajuda, concluiu-se que levaria no mínimo de dois a três meses para treinar profissionais e ter condições de iniciar os trabalhos. Entretanto, a necessidade era premente, e o Ebola estava ganhando a batalha. O financiamento já não era o maior problema, e a ajuda de pessoas sem treinamento evidentemente não seria suficiente. Era indispensável a presença de equipes médicas especializadas e bem equipadas imediatamente.

“Estávamos sobre águas nunca antes navegadas e não podíamos esperar os dois meses necessários para que outras agências treinassem e comessem a atuar”, afirma a Dra. Liu. “Quem mais poderia entrar imediatamente em ação antes que a epidemia fugisse ainda mais do controle?”

O EBOLA CRUZA A FRONTEIRA PARA A NIGÉRIA, SENEGAL E MALI

Respostas rápidas evitam o desastre

A preocupação acerca de uma epidemia regional ainda mais ampla era bem fundamentada. Quando o Ebola adentrou Nigéria, Senegal e Mali, MSF apoiou seus governos na contenção da doença. Com a epidemia já devastando países vizinhos, os três governos foram alertados para a sua potencial propagação, o que contribuiu para garantir uma resposta mais eficaz.

“Na medida em que nossas equipes estavam já sobrecarregadas nos três países mais afetados, concentramos esforços na oferta de suporte técnico, com o nível de envolvimento direto de MSF variando de acordo com a capacidade local existente”, conta Tereza San-cristoval, coordenadora de emergência de MSF. Uma estratégia similar havia sido planejada para Monróvia antes de a epidemia fugir do controle.

Nigéria

19 casos confirmados, 1 caso suspeito, 8 óbitos

No final de julho, o Ebola chegou à Nigéria por meio de um passageiro que viajou de avião vindo da Libéria. Apesar da entrada do vírus chegar em Lagos, cidade com 20 milhões de habitantes, e em Port Harcourt, com um milhão, no total, apenas 20 pessoas foram afetadas. A rápida resposta do governo, incluindo

a mobilização de recursos financeiros e humanos importantes, e a implementação de medidas rigorosas de controle da infecção foram cruciais para evitar uma epidemia generalizada.

Senegal

1 caso confirmado, 0 óbitos

Em abril de 2014, MSF conduziu um treinamento para o combate do Ebola por solicitação do governo senegalês. A equipe treinada cuidou então dos casos que chegaram a Dakar em agosto. Uma equipe de MSF ajudou o Ministério da Saúde na estruturação de um centro de tratamento de Ebola, no treinamento de pessoal para a gestão dos casos, no rastreamento de contatos e na mobilização social. Em uma semana, 100% dos contatos haviam sido identificados. Também foram treinadas nove regiões, consideradas de alto risco, para fazer frente à epidemia.

Mali

8 casos, 6 óbitos

O primeiro caso no Mali, uma menina de dois anos, surgiu no dia 23 de outubro. MSF enviou uma equipe para ajudar na construção de um centro de tratamento de Ebola em Bamako e outro na cidade de Kayes, onde a criança morreu, bem como no treinamento de pessoal local para o manejo de casos, atividades de vigilância e mobilização social. Aqui, MSF adotou uma estratégia mais ativa do que nos outros dois países, inclusive na gestão dos dois centros em Bamako e em Kayes, na realização de funerais seguros e vigilância. Isso se deveu ao fato de o sistema de saúde no Mali ser menos organizado, à falta de recursos adequados para lidar com a epidemia e a um menor apoio por parte de outros parceiros.

Nigéria, Senegal e Mali foram beneficiados por laboratórios de alta qualidade, o que permitiu a rápida obtenção dos resultados dos testes. A experiência adquirida nos três países destaca a importância de uma rigorosa vigilância e de uma resposta rápida no início de uma epidemia.

Última esperança de controlar a epidemia

MSF pede aos Estados-membros da ONU o envio de civis e militares preparados para lidar com ameaças biológicas

No dia 2 de setembro, a Dra. Joanne Liu, presidente internacional de MSF, fez um forte apelo aos Estados-membros da ONU em Nova York. Em seu discurso, ela disse:

“Muitos dos Estados-membros aqui presentes hoje investiram somas consideráveis a fim de se proteger contra agentes químicos e biológicos. Para fazer frente a esta epidemia é imperativo que os países enviem imediatamente civis e militares com experiência em contenção de riscos biológicos. Apelo aos senhores para que enviem suas equipes de resposta

a calamidades, apoiadas por suas plenas capacidades logísticas.

“Não podemos menosprezar os países afetados e esperar que esta epidemia simplesmente se esgote. Para apagar este incêndio, teremos de entrar no edifício em chamas.”

Foi um apelo bastante inusitado para MSF, conhecida por manter uma cuidadosa distância das agências de segurança e dos militares a fim de proteger sua independência nas zonas de conflito. Entretanto, a catástrofe que se desenrolava diante de seus olhos evidentemente não poderia ser controlada apenas pelas organizações de ajuda internacionais de ajuda; um apelo

desesperado, como último recurso, precisou ser feito.

“Consideramos que as únicas organizações no mundo que podiam dispor dos meios para preencher as lacunas de imediato seriam as unidades militares com algum grau de especialização em guerra biológica”, diz Christopher Stokes. “Enfrentando a contínua necessidade de recusar pacientes nos portões dos hospitais enquanto esperávamos outros profissionais serem treinados e enviados a campo ou pedir a ajuda das agências militares, a opção era clara.”

Obtido o consenso dos chefes de Estado da Libéria, Serra Leoa e Guiné, MSF pediu a ampliação da estruturação de

Centro de tratamento de Ebola de MSF em Monróvia, na Libéria.



FALANDO AO CONSELHO DE SEGURANÇA DA ONU

Depois do discurso da presidente internacional de MSF, Dra. Joanne Liu, na Assembleia Geral da ONU em Nova York, no dia 18 de setembro o líder da equipe de MSF na Libéria, Jackson K.P. Naimah, falou em videoconferência no Conselho de Segurança da ONU.

“Neste exato momento, enquanto falo, as pessoas estão sentadas nos portões de nossos centro, implorando literalmente para que salvemos sua vida. Elas se sentem sozinhas, com toda razão, negligenciadas, esquecidas, entregues a uma morte horrível, indigna. E nós estamos deixando de atender os doentes por falta de ajuda suficiente em campo.”

O Conselho de Segurança da ONU estabeleceu que a epidemia de Ebola constituía uma ameaça para a paz e a segurança internacional, e aprovou unanimemente uma resolução que pedia aos países-membros da ONU o fornecimento de mais recursos para o combate à epidemia.

A partir dali, dada a incapacidade da OMS de oferecer a orientação e a coordenação necessárias na luta contra a explosão do Ebola entre abril e setembro, o secretário-geral da ONU, Ban Ki-Moon, determinou a criação da primeira missão de saúde da história da ONU, a Missão da ONU para a Resposta de Emergência ao Ebola (UNMEER, na sigla em inglês).



© Fernando Galero/MSF

Monróvia, Libéria. O líder da equipe de MSF, Jackson K. P. Naimah, que falou ao Conselho de Segurança da ONU em setembro, em conversa com a Dra. Joanne Liu, presidente internacional de MSF.

hospitais de campanha com alas de isolamento, o envio de pessoal treinado, de laboratórios móveis para melhorar os diagnósticos e o estabelecimento de rotas aéreas para o deslocamento de pessoas e material dentro e fora da África Ocidental.

Um pedido arriscado

MSF enfatizou que todos os recursos e pessoal militares enviados não deveriam ser usados para quarentena e para

medidas de contenção ou controle de multidões, porque fora constatado que as quarentenas forçadas alimentam o medo e a agitação, em vez de impedir a proliferação do Ebola.

“Enquanto a agitação social e os temores de colapso do Estado cresciam assustadoramente, tínhamos que o nosso apelo pudesse ser mal-interpretado ou intencionalmente distorcido como um pedido de estabilização daqueles países por meio das armas”, diz Stokes. “E se os militares chegassem e se revelassem mais prejudiciais do que úteis? A responsabilidade de tê-los chamado recairia sobre nós.” MSF também corria o risco de confirmar as suspeitas, que

poderiam envolver todas as organizações de ajuda, de fazer parte de um programa político ou de segurança. Este tipo de suspeita em meio a um conflito armado poderia colocar profissionais de ajuda e pacientes na linha de fogo entre forças opostas.

A ajuda chega muito tarde e não constitui exatamente o que foi pedido

Os equipamentos e o apoio logístico prometidos chegaram em setembro, entretanto não vieram profissionais de medicina qualificados e treinados em número suficiente para tratar dos pacientes. Para decepção de MSF, a maior parte da força militar enviada em outubro e novembro se limitou a operações de suporte, coordenação e logística para as iniciativas das organizações internacionais de ajuda e para as autoridades locais.

Embora imprescindíveis, os centros de tratamento construídos para o tratamento dos profissionais de saúde locais e estrangeiros foram utilizados para garantir que outros pudessem tratar de pacientes, em vez de proporcionar cuidados diretamente à comunidade como um todo.

“Insistimos que a simples construção das estruturas físicas não bastaria e que era inaceitável transferir o risco a profissionais de ajuda inexperientes e a seus colegas locais já exaustos”, afirma a Dra. Liu. “Os reforços enviados tinham uma clara relutância de se envolver imediatamente no cuidado dos pacientes. Tinham vontade de ajudar, mas, ao mesmo tempo, não queriam fazer nada que implicasse em algum risco – os helicópteros americanos nem sequer transportavam amostras de laboratório ou pessoal de saúde que retornava depois de tratar pacientes.”

Embora o apelo pelo envio de equipes experientes em ameaças biológicas não tivesse sido atendido, a assistência que chegava era muito bem-vinda. Este envolvimento assinalou o início simbólico de uma ampla resposta internacional, e contribuiu para tranquilizar as pessoas, mostrando-lhes que a ajuda estava finalmente a caminho.

A estruturação de centros de tratamento intensivo para os profissionais de saúde também tranquilizou as agências de ajuda internacionais, que então



© Julien Rey/MSF

Centro de tratamento de Ebola em Conacri, na Guiné. Toda noite, todo o lixo produzido na área de alto risco que não pode ser clorado precisa ser incinerado no local.

passaram a se sentir aptas a oferecer maiores garantias para o envio de suas equipes, bem como a atender aos profissionais e às autoridades locais da saúde. Ao mesmo tempo, sinais positivos começaram a ser observados no condado de Lofa, no noroeste da Libéria. No final de outubro, o centro de MSF em Foya não registrava a admissão de novos pacientes. Outras organizações se uniram aos esforços gerais para assumir as atividades remanescentes e a vigilância, o que permitiu que as equipes de MSF se retirassem do condado e redirecionassem esforços nas áreas cujas necessidades ainda não haviam sido atendidas.

“Os esforços integrados e uma intensa colaboração com a comunidade foram indubitavelmente cruciais para a redução do número de casos em Lofa”, afirma Dorian Job, coordenador adjunto de

emergência de MSF. “Este foi um dos primeiros momentos em que sentimos que a epidemia poderia ser controlada.”

Diminuição do número de casos

No final de 2014, quando os militares estavam construindo novos centros de tratamento de Ebola, os casos começaram a diminuir também em outras regiões. Não seria possível atribuir este declínio a um único fator. Para ele contribuíram a mudança de comportamento da população, a maior disponibilidade de leitos, a intensificação dos esforços para controlar a infecção e um maior número de funerais seguros.

“Desde o começo, esta epidemia se caracterizou por sua imprevisibilidade, alcance e rapidez”, afirma Karline Kleijer, coordenadora de emergência de MSF. “Se a epidemia não tivesse começado a ceder, os centros de tratamento de Ebola construídos na região teriam sido indispensáveis.”

Em dezembro, a resposta internacional fazia o possível para cumprir com o que

havia sido prometido três meses antes. Quando os envios foram feitos, a adaptação e a adequação à epidemiologia do surto em constante e rápida mutação foi difícil, o que resultou na alocação de recursos em certas atividades que deixaram de ser prioridade.

Médicos sem a cura, mas oferecendo cuidados

Os desafios médicos do Ebola

Um vírus que mata mais da metade dos seus pacientes, sem que você disponha de um tratamento disponível para combatê-lo, é o pior pesadelo de um médico.

Contudo, mais de 2.300 pacientes sobreviveram à doença nos centros de MSF na Libéria, na Guiné e em Serra Leoa. Cada caso é comemorado como uma vitória.

“Procuramos dar a maior atenção e apoio dentro das nossas possibilidades a fim de aliviar os sintomas e o sofrimento dos nossos pacientes”, afirma o Dr. Armand Sprecher. “A experiência adquirida em epidemias passadas demonstra que um bom tratamento clínico em geral pode reduzir as taxas de mortalidade de 10 a 15%. Existem ainda muitas incógnitas, tanto em termos

Centro de tratamento de Ebola de MSF em Guéckédou, na Guiné.

médicos quanto epidemiológicos a respeito do Ebola, e também quanto à melhor maneira de combatê-lo clinicamente.”

Vários elementos podem impactar a mortalidade: a gravidade da infecção na hora da admissão (carga viral), a idade do paciente, o status geral da saúde antes da doença, a coexistência de infecções, a situação nutricional, os cuidados intensivos ou uma combinação disso tudo.

MSF está documentando e pesquisando dados com a finalidade de examinar esses fatores, e as conclusões serão compartilhadas com toda a comunidade de pesquisa. Até o momento, os principais resultados sugerem que a idade do paciente (antes dos cinco anos e depois dos 40) e a carga viral (elevados níveis do vírus no sangue na admissão), aparentemente determinam as taxas mais elevadas de mortalidade.

As limitações dos laboratórios

Uma das principais limitações para as equipes médicas de MSF no que diz respeito a um cuidado mais individualizado dos pacientes é o monitoramento de sua bioquímica.

“Alguns pacientes aparentemente começam a se recuperar, andam, falam, se alimentam; então, inexplicavelmente, morrem em questão de uma hora. Ainda não conhecemos os fatores que permitem que algumas pessoas se recuperem enquanto outras morrem”, diz o Dr. Sprecher. “Para tentar compreender o grau de agressividade com que o vírus ataca o organismo, o monitoramento dos eletrólitos e a análise da química do sangue dos pacientes ajudam a definir o melhor cuidado a ser adotado.”

Tudo isso exige capacidade de suporte por parte de laboratórios avançados, que



Centro de tratamento de Ebola de MSF em Guéckédou, na Guiné. Enfermeira de MSF na área de vestuário após sair da área de alto risco.

nem sempre esteve disponível, quer na própria MSF quer por intermédio de parceiros externos, particularmente nos primeiros meses do surto. A capacidade dos laboratórios oferecida por importantes parceiros que se uniram aos nossos esforços, no início da epidemia, tornou-se insuficiente em razão do número elevado de casos que era preciso diagnosticar, enquanto alguns não estavam preparados para conduzir os testes bioquímicos.

Já em abril, equipes de MSF na Guiné utilizavam máquinas ISTAT para o monitoramento dos eletrólitos. Entretanto, dificuldades práticas, e novas prioridades, fizeram com que o procedimento fosse restabelecido nos centros de MSF somente em outubro.

Trabalhar com o calor

Nos “trajes especiais”, constituídos de oito peças, usados pelas equipes médicas de MSF, as temperaturas podem chegar a 46o C. Um dos momentos mais perigosos é a retirada dos trajes usados; o processo meticuloso em 12 passos, extremamente complexo, pode levar até 20 minutos, e se repete pelo menos três vezes ao dia.

“Precisamos nos movimentar e respirar lentamente devido ao calor terrível, o que nos limita a permanecer ali dentro por, no máximo, uma hora”, explica a Dra. Hilde De Clerck. “Na zona de alto risco, eu preciso planejar as atividades mais essenciais e espreme-las para que possa fazer tudo no prazo de uma hora. É frustrante

e aflitivo não poder passar um tempo limitado com os meus pacientes ou me conectar com eles como faço habitualmente, com um sorriso ou um toque humano reconfortante.”

No fio da navalha

Em uma epidemia de Ebola, as equipes de MSF trabalham em constante tensão cuidando dos pacientes e da segurança da equipe. MSF pediu ajuda quando a epidemia escapou do controle nos períodos mais graves do surto, porque as equipes não tinham condições de admitir mais pacientes ou cuidar deles da melhor maneira possível. Foi uma situação particularmente dolorosa para uma organização de médicos humanitários, que gerou discussões acaloradas e provocou tensões internas.

“O nosso dever de cuidar da nossa equipe é, evidentemente, crucial, como acontece em todos os projetos de MSF mundo afora”, afirma Henry Gray, coordenador de emergência de MSF. “Embora tenhamos investido recursos consideráveis em equipamentos de proteção pessoal, treinamento e protocolos de segurança, aqui aprendemos dolorosamente que nunca existe risco zero.”

“Além disso, estávamos sendo pressionados a dar o exemplo e mostrar que era possível tratar do Ebola sem riscos, num esforço para mobilizar outros parceiros”, diz Brice de Le Vingne. “Se assumíssemos mais riscos e muitos membros da equipe ficassem doentes, não poderíamos manter a confiança das nossas equipes ou recrutar novos profissionais, o que resultaria em um possível colapso dos nossos centros, sem que ninguém assumisse

“Estamos todos apavorados com o Ebola, e com toda razão. Isso tem algo a ver com a forma de contágio – através do sangue, suor e lágrimas de seres humanos. Imagine-se no lugar do paciente: você está doente, apavorado, seu médico tem medo e quando chega perto de você está irreconhecível em um traje espacial. Quais são as minhas ferramentas para cuidar do meu paciente? Uma cama, três refeições, fluidos, comprimidos, remédios contra a malária, analgésicos. Faço o melhor que posso para garantir que o seu sistema imunológico tenha condições de combater o Ebola da melhor maneira possível. Mas, no final das contas, estou fisicamente isolado dos meus pacientes e, quando chego perto deles, só posso dizer: sua chance de morrer é de 50% e eu posso fazer muito pouco por você.”

Dr Javid Abdelmoneim
Médico de MSF em Serra Leoa
Setembro-Outubro de 2014.



nosso papel.” Na medida em que o número de casos aumentava, os médicos de MSF estavam diante do desafio de terem cada vez menos tempo para dedicar a cada paciente. Em certos momentos, as admissões eram tão numerosas que não havia pessoal suficiente para aplicar o soro intravenoso, como aconteceu em Monróvia, em setembro. E não se tratava apenas de administrar o soro sem riscos, mas também de contar com gente em número suficiente para fazer o monitoramento necessário, acompanhar a hidratação com soro dos pacientes e controlar devidamente as infecções.

Quando um membro da equipe se infectava, o medo provocava um efeito terrível, e, às vezes, obrigava a tomar medidas ainda mais rigorosas daí em diante. As equipes de MSF lutavam para superar prontamente as dificuldades e voltar a proporcionar os melhores cuidados individualizados com o mínimo de demora.

Medidas imperfeitas

Em setembro, quando não havia leitos suficientes nos centros de Monróvia, MSF começou a distribuir kits de proteção para as famílias e de desinfecção das casas a mais de 600 mil pessoas na cidade. Os kits tinham o objetivo de dar maior proteção às pessoas quando um membro da família adoecia, e permitir que suas casas fossem desinfetadas, reduzindo os riscos de infecção. Entre os alvos mais importantes estavam os profissionais de saúde, que frequentemente recebiam pedidos para ajudarem a cuidar das pessoas de suas comunidades quando os centros de tratamento estavam lotados.

“Embora soubéssemos que os kits não eram a solução para a crise do Ebola em Monróvia, fomos obrigados a adotar medidas imperfeitas sem precedentes”, lembra Anna Alford, coordenadora de MSF para a distribuição. “Era uma solução improvisada para permitir que as pessoas procurassem se proteger por algum tempo de um membro da família que caíra doente até que pudessem ser admitidas num centro de tratamento.”

Médicos sem cura

Quando a epidemia começou, não havia vacinas no mercado, medicamentos ou testes de diagnóstico rápido comprovadamente isentos de riscos e eficazes contra o Ebola em seres humanos. O Ebola nunca havia sido considerado



Guéckédou, Guiné. Enfermeiro de MSF entregando cartelas de favipiravir, no centro de tratamento de Ebola de MSF, onde ensaios clínicos do tratamento começaram em 17 de dezembro de 2014.

uma prioridade pelos grandes laboratórios farmacêuticos, porque acreditava-se que a doença afetava apenas um número limitado de pacientes de recursos também limitados, em meio a breves surtos em regiões remotas da África.

A maior parte das pesquisas era realizada por instituições públicas e pequenas empresas, com a ajuda de recursos públicos, e que se justificavam pelo risco de bioterrorismo representado pela doença viral extremamente infecciosa. Pesquisa e desenvolvimento destinavam-se em geral à produção de vacinas e à profilaxia pós-exposição, com a preocupação de estocar produtos para os mercados ocidentais.

Mas na medida em que a epidemia foi se alastrando e se tornou descontrolada, enquanto os reiterados pedidos de ajuda demoravam a se materializar, MSF foi se conscientizando de que para tratar da doença era mais urgente e imprescindível o desenvolvimento acelerado de produtos.

“Pesquisa e desenvolvimento finalmente entraram em fase acelerada no início de agosto, quando a OMS confirmou que o emprego de produtos contra o Ebola ainda não testados em seres humanos era ético e até mesmo deveria ser encorajado, considerando a natureza excepcional do surto”, diz o Dr. Julien Potet, assessor de políticas da Campanha de Acesso a Medicamentos de MSF. “Os setores público e privado de pesquisas aceleraram o processo para o início dos ensaios clínicos,

que, em geral, costuma levar anos, e foi viabilizado em poucos meses.

Em agosto, MSF tomou pela primeira vez a decisão de fazer parcerias com instituições de pesquisa, com a OMS, os Ministérios da Saúde e companhias farmacêuticas com o objetivo de testar tratamentos experimentais e vacinas em plena epidemia. O primeiro teste experimental de tratamento contra o Ebola na África Ocidental, com a droga favipiravir, começou no centro de MSF de Guéckédou, na Guiné, no dia 17 de dezembro de 2014.

“Ensaio clínico iniciado em questão de meses, em meio a uma complexa crise humanitária, nunca aconteceu antes, muito menos em condições de biorrisco”, afirma a Dra. Micaela Serafini, diretora médica de MSF.

A finalidade dos protocolos dos ensaios é garantir que sua interferência no tratamento dos pacientes seria mínima, que os padrões éticos de pesquisa e médicos internacionais fossem respeitados e que fossem produzidos e compartilhados dados científicos corretos em benefício da população.

Os atuais esforços favorecerão uma reviravolta definitiva na atual epidemia?

“É possível que não, porque poderá ocorrer uma queda considerável do número de casos antes que os estudos apresentem resultados conclusivos. Desta vez, o vírus poderá simplesmente escapar da armadilha de uma vacina e de um tratamento eficazes”, afirma o Dr. Bertrand Draguez, diretor médico de MSF. “Mas os estudos atuais certamente não serão em vão. Agora, com os dados coletados por meio dos testes, será possível manter o impulso para que medicamentos, vacinas e diagnósticos estejam prontos e acessíveis numa futura epidemia.”

Para tanto, é essencial que haja um real empenho por parte dos órgãos reguladores, dos laboratórios farmacêuticos e dos governos, para que vacinas e tratamentos sejam acessíveis a todas as pessoas nos países atingidos pelo Ebola. A experiência, a pesquisa e os resultados devem ser compartilhados por todos.

Se existisse um tratamento ou uma vacina eficaz, milhares de mortes poderiam ter sido evitadas.

DIFICULDADES INTERNAS DE MSF

Esta epidemia de Ebola revelou consideráveis dificuldades internas em MSF, muitas das quais exigirão maiores deliberações. Embora nossa resposta à epidemia tenha sido elogiada, temos plena consciência dos aspectos em que deixamos a desejar. Isso inclui, mas não se limita a:

- **Um ano de crises paralelas.** O ano de 2014 exigiu extraordinários esforços de MSF e também de outras organizações humanitárias na linha de frente. Crises simultâneas na República Centro-Africana, no Sudão do Sul, na Ucrânia e na Síria, que demandaram o trabalho de nossas equipes mais experientes, dificultaram a garantia de que o Ebola recebesse a atenção e os recursos humanos necessários, particularmente nos primeiros cinco meses do surto.
- **A mobilização da plena capacidade da rede internacional de MSF.** Com o passar dos anos, a experiência de MSF em matéria de febres hemorrágicas virais foi se concentrando, em grande parte, num grupo de profissionais extremamente capacitados e foi considerada uma especialidade. Nos setores de MSF com menor experiência em Ebola, houve relutância em intervir imediatamente, enquanto a organização deveria ter sido mais rápida na mobilização de sua capacidade plena para responder à epidemia.
- **Pacientes ou saúde pública?** Havia uma tensão insustentável entre a contenção da doença e a possibilidade de proporcionar toda a atenção clínica a cada paciente. A situação se tornou particularmente aguda em agosto e setembro na Libéria, onde o número de casos atingiu um pico extraordinário e nossos centros ficaram superlotados. Por vezes, só podíamos administrar um cuidado paliativo mais básico, e dar prioridade à admissão de pessoas com carga viral extremamente contagiosa a fim de reduzir a disseminação do vírus na comunidade. Aumentamos o número de leitos, reconhecendo que isso acarretaria na redução do nível de cuidados – para muitos, um risco intolerável.
- **A rotatividade das equipes.** As epidemias de Ebola consomem uma enorme quantidade de recursos, particularmente de pessoal. A duração das participações em projetos dos profissionais internacionais na linha de frente, durante o surto de Ebola, foi muito menor do que o usual – um máximo de algumas semanas em vez de meses. O objetivo foi garantir que seus membros continuassem vigilantes e não se esgotassem excessivamente ou se acomodassem. No entanto, uma consequência indesejada dessa rotatividade foi o fato de que os detalhes nem sempre eram passados a diante e as mesmas lições tinham de ser aprendidas diversas vezes.

• A adaptação da nossa resposta.

Considerando que os nossos recursos estavam além do limite, será que poderíamos ter adaptado nossa estratégia decidindo no que deveríamos nos concentrar em cada localidade, ou acabamos adotando uma estratégia de reação, de controle dos danos? Por exemplo, o que poderíamos ter feito mais para lidar com a profunda desconfiança da população na Guiné? E será que poderíamos ter dispendido maiores esforços, desde o início, em Serra Leoa?

• **Outras prioridades.** Por vezes, tivemos a sensação de que estávamos tentando fazer tudo em todos os lugares. As dificuldades na organização de uma operação de evacuação médica eficiente, a luta contra a proibição de viagens imposta sem evidências científicas, procurar convencer as companhias aéreas, como a Brussels Airlines, a continuar os voos para a região, o treinamento de outras organizações, administrando o medo e frequentemente a histeria da opinião pública em determinadas sociedades locais. Tudo isso desviava a atenção das necessidades cruciais em campo.

Olhando para o futuro

Apesar dos mais de 40 anos trabalhando com algumas das piores crises humanitárias do mundo, esta epidemia de Ebola exigiu um esforço excepcional das equipes de MSF, e particularmente dos nossos colegas locais da África Ocidental. Desde os primeiros dias de sua atuação no caso do HIV, a organização não registra a perda de tantos pacientes que vieram a falecer em nossas instalações, sem dispor de recursos para salvá-los – e jamais num período de tempo tão curto e intenso em que a morte ocorria, não no prazo de 10 anos, mas de 10 dias.

Embora permaneçam muitas incógnitas a respeito do vírus, os médicos da nossa organização aprenderam muito no ano passado, tanto no que se refere à melhoria dos projetos para os centros de tratamento do Ebola quanto à elaboração de protocolos para o atendimento

Serra Leoa. Em janeiro, teve início um projeto-piloto para um novo sistema de armazenamento eletrônico de dados dos pacientes em tablet nos centros de tratamento de Ebola de MSF em Serra Leoa. O hardware especializado desenvolvido é de fácil uso por médicos usando luvas e com pouco tempo disponível. O tablet permite que a equipe acesse as informações do paciente e colete dados de saúde mais completos, como o pulso e as taxas respiratórias, para acompanhar melhor o progresso do paciente e oferecer cuidado individualizado.

de mulheres grávidas e de crianças. Antes desta epidemia, o Ebola era considerado uma sentença de morte para as grávidas, enquanto, agora, o tratamento especializado permite que as mulheres saiam livres do Ebola dos centros de tratamento da organização.

Ao longo do ano passado, as equipes tiveram de fazer difíceis escolhas diante de outras prioridades igualmente importantes, dada a falta de tratamentos disponíveis e recursos suficientes. Como em todos os programas de MSF, foram muitos os desafios médicos e operacionais, os sucessos e fracassos, e todos estão sendo cuidadosamente avaliados. MSF já considera como primeira lição o fato de que,

desde o começo, deveríamos ter mobilizado mais recursos humanos em todo o movimento.

Ainda não acabou

No início de 2015, os casos continuaram apresentando um declínio, o que deu origem a algumas especulações sobre o fim da epidemia. Atualmente, a Libéria está perto de zero casos, e desde o início de março não apareceram novos casos. Entretanto, o número global registrado na região ainda flutua e não baixou de maneira significativa desde o final de janeiro. Com a contribuição de novas organizações no combate à doença e dispo de leitos suficientes para os pacientes, as equipes de MSF continuam administrando os centros de tratamento e têm condições de preencher lacunas em atividades na comunidade, como vigilância, rastreamento de contatos e mobilização social.

O Ebola não acabará enquanto não for registrado nenhum caso na região por um período de 42 dias. A perseverança

e a tenacidade das equipes médicas são imprescindíveis também para conquistar a confiança e a colaboração das comunidades afetadas.

Enquanto isso, será preciso desenvolver um plano prático para dar continuidade à pesquisa e ao desenvolvimento de vacinas, de tratamentos e de ferramentas para diagnóstico. Esses fatores serão fundamentais para proteger a região da atual epidemia ou de futuros surtos que possam surgir.

Reestruturando os serviços de saúde na Guiné, em Serra Leoa e na Libéria

O trauma do Ebola fez com que as pessoas perdessem a confiança nas instalações de saúde, desmoralizou os profissionais de saúde que ficaram temerosos de retomar suas atividades e deixou as comunidades perdidas, desamparadas e desconfiadas.

Cerca de 500 profissionais de saúde perderam a vida nessa epidemia, um golpe desastroso, considerando a já grave falta de mão de obra treinada nos três países antes do Ebola.

É urgente a retomada dos serviços básicos de saúde, uma vez que as crianças perderam vacinas, as pessoas vivendo com HIV tiveram de interromper seu tratamento e as mulheres grávidas necessitam de um lugar seguro para dar à luz.

Entretanto, restabelecer os sistemas de saúde nos níveis anteriores ao Ebola não será suficiente se suas falhas não forem corrigidas e se seus pontos fracos não forem eliminados. A melhoria do acesso ao sistema de saúde e da qualidade dos serviços é imprescindível para permitir a detecção precoce de futuros surtos de Ebola e de outras doenças infecciosas, e para respostas mais eficientes. Não é razoável esperar resultados diferentes da aplicação de tais estratégias e abordagens.

O risco de as lições não terem sido aprendidas

Depois de uma emergência humanitária dessa magnitude, espera-se que as lições sejam aprendidas. Entretanto, é comum que esta retórica otimista não seja suficiente.

“Durante meses, autoridades de saúde nacionais mal equipadas e voluntários de algumas organizações de ajuda privada carregaram o fardo dessa epidemia. Há alguma coisa profundamente errada nisso”, afirma a Dra. Liu.

As autoridades da saúde da Guiné, da Libéria e de Serra Leoa agora dispõem de conhecimento para detectar, investigar e combater o Ebola, e os laboratórios já operam nas capitais. Mas além de disporem dos meios, a vontade política será fundamental para que esses conhecimentos sejam postos em prática.

Mais organizações de ajuda foram treinadas por MSF, pela OMS e pelo CDC no manejo do Ebola. O conhecimento foi compartilhado, mas corre o risco de se tornar inútil se não for imediatamente aplicado no início de uma nova epidemia.

“A flexibilidade e a agilidade para uma resposta de emergência rápida e prática ainda não existem de forma suficiente nos sistemas globais de saúde e de ajuda”, afirma a Dra. Liu. “As lições que deveriam ter sido aprendidas na epidemia massiva de cólera no Haiti, há quatro anos, foram esquecidas.”

Embora o Conselho Executivo da OMS tenha aprovado uma resolução a respeito da implementação de reformas em vista de uma resposta a epidemias e da correção das incoerências internas, é improvável que uma reforma radical venha a ocorrer da noite para o dia. Em termos realistas, são poucos os países membros interessados em conceder autonomia e responsabilidade a um organismo internacional externo para responder a uma epidemia em seus territórios. Entretanto, está claro que os países-membros devem se empenhar para ajudar com maior rapidez e intensidade os que carecem da capacidade de responder a epidemias de moléstias infecciosas.

Contudo, devemos evitar conclusões precipitadas e convenientes. Seria um erro atribuir a plena responsabilidade pela resposta imperfeita a uma única agência. Ficou claro para todo o mundo que o sistema de ajuda humanitária apresentava problemas antigos que não poderiam mais ser ocultados em crises escassamente divulgadas como as da República Centro-Africana e do Sudão do Sul.

As falhas globais ficaram expostas de maneira brutal nesta epidemia e milhares de pessoas pagaram com a própria vida por isso. O mundo hoje está mais interconectado do que jamais esteve, e os líderes mundiais não podem virar as costas para as crises da área da saúde, na esperança de que permaneçam confinadas nos países pobres em lugares remotos do planeta. É para o benefício de todos que as lições relacionadas a esta epidemia sejam aprendidas, desde o que se refere à fragilidade dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento à paralisia e lentidão da ajuda internacional.

“O surto de Ebola tem sido descrito como uma tempestade perfeita: uma epidemia que cruzou as fronteiras entre países com sistemas de saúde pública fracos que jamais haviam visto o Ebola”, diz Christopher Stokes. “Entretanto, esta explicação é muito conveniente. Para que o Ebola fugisse tanto do controle foi preciso que muitas instituições fracassassem. E elas fracassaram, e as consequências foram trágicas e evitáveis.”



© Ivan Gayton/MSF

Mapa da região



LEGENDA

Atividades estruturadas e administradas por MSF ao longo do último ano:

-  Centro de tratamento de Ebola
-  Centro de trânsito
-  Instalação para treinamento
-  Local para ensaio clínico
-  Equipe de resposta rápida



MEDECINS SANS FRONTIERES
MÉDICOS SEM FRONTEIRAS

www.msf.org.br