
IV CONFERÊNCIA P3DT
Descentralização & Desenvolvimento
Ermesinde, 11 e 12 de abril de 2019

**EPIDEMIAS E ESCALAS DE GOVERNAÇÃO: O CASO DO
ÉBOLA, DO LOCAL AO GLOBAL**

Mendes, Thiago M.^(a), Sá Marques, Teresa^(b), Carvalho, Luis^(c), Monteiro, Ana^(d)

^(a) CEGOT, profthiagomonteiro@gmail.com

^(b) CEGOT, Departamento de Geografia FLUP, teresasamarques@gmail.com

^(c) CEGOT, luis_miguel_carvalho@yahoo.com

^(d) CEGOT, Departamento de Geografia FLUP, anamonteirosousa@gmail.com

Resumo

O presente trabalho busca destacar a importância das articulações organizacionais em diferentes escalas e da qualidade das ações de governação desenvolvidas, para o melhor resultado das respostas às crises epidemiológicas. Através da análise de características das últimas crises do Ébola, é possível identificar algumas condições que proporcionam o aumento da velocidade de propagação da doença, assim como a diminuição das condições para seu combate. Estas condições, ainda que se materializem principalmente nas escalas locais, muitas vezes dependem de decisões coordenadas com outras escalas para serem combatidas.

Palavras chave: Governação em Saúde, Escalas de Governação, Ébola

1. Introdução

Ao distanciarmo-nos de uma perspetiva meramente biomédica e uni-causal das doenças, podemos compreendê-las em suas múltiplas e integradas dimensões. Estas dimensões, intrinsecamente relacionadas às componentes históricas e sociais existentes nos territórios afetados, promovem a necessidade de compreensão dos contextos locais e de articulação entre atores em diferentes escalas.

As crises epidemiológicas causadas pelo vírus Ébola (CID 10 - A98.4) refletem esta necessidade de uma abordagem das doenças a partir da perceção dos territórios e não apenas das suas dimensões biomédicas. Assim, pode-se dizer que o Ébola não é o problema, ele apenas revela o problema.

Sem focar unicamente no indivíduo, compreender o meio social, económico e ambiental no qual grupos populacionais estão inseridos torna-se chave para a busca de uma condição de saúde que não represente apenas a ausência da doença, mas o pleno bem-estar físico, psíquico e social dos indivíduos (WHO, 1948). Neste sentido, o presente trabalho busca destacar algumas características relacionadas aos contextos da crise do Ébola de 2014-2016 na África Ocidental e da crise mais atual na República Democrática do Congo, buscando identificar alguns dos diferentes tipos de atores envolvidos nas causas e/ou no combate das epidemias, em diferentes escalas de governação.

2. O que as últimas crises nos trazem de novo?

A crise na África Ocidental de 2014-2016, foi marcada por uma propagação de casos em grandes dimensões (Delamou et al, 2017) (Spengler et al, 2016). Os primeiros casos registados ainda em 2013 estavam relacionados aos contatos cada vez mais próximos entre as comunidades e animais que antes viviam confinados em seus habitats naturais, nomeadamente morcegos. Estes casos geraram uma primeira onda de doentes em concentrada na região de Guekendou (Guine). Vale destacar que as regiões inicialmente afetadas sofriam de forte processo de desflorestamento para atividades agrícolas, madeireiras e de mineração (Bausch, & Schwarz, 2014). Achados de OLIVERO et al. (2017), ao analisar 27 locais de surto do vírus Ébola na África Central e Ocidental, comparativamente a outros 280 locais de controle, revelaram que surtos localizados ao longo dos limites das Florestas Tropicais foram significativamente associados a perdas florestais nos últimos 2 anos.

Neste primeiro momento, a doença foi tratada pelas autoridades locais de saúde como uma “doença misteriosa” até que colaboradores dos Médicos sem Fronteiras que estavam no país trabalhando para ajudar a controlar uma epidemia de malária, contactou o escritório em Genebra e enviou amostras para testes em laboratórios europeus.

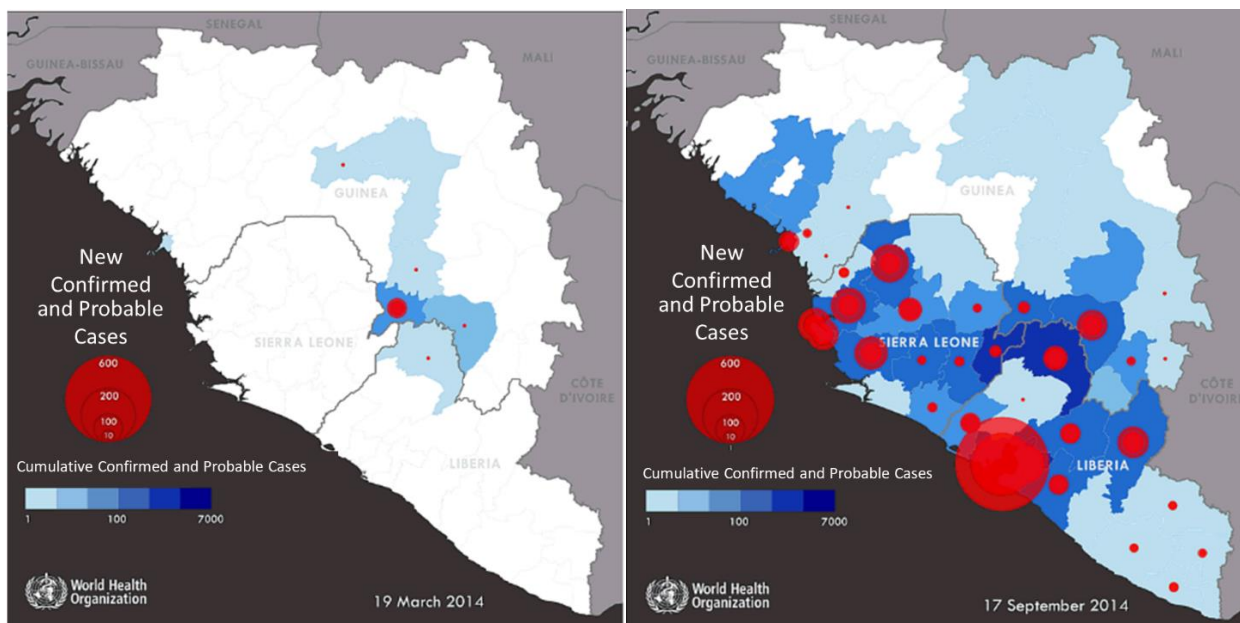
A elevada mobilidade populacional tanto em escala nacional, quanto entre as fronteiras da Guine, Serra Leoa e da Libéria, provocaram, porém, uma forte e rápida dispersão dos casos, dificultando a aplicação de métodos de controle tradicionalmente aplicados nestes casos. Se num primeiro momento acreditava-se que o combate à epidemia estava controlado ao nível local, logo observou-se que novos métodos teriam que ser desenvolvidos. (Kamradt-Scott, 2016)

Segundo relatório da organização Médicos sem Fronteiras (MSF), emitido em 2015:

O problema inicial não foi tanto o número de casos, mas o fato de os focos estarem espalhados por tantos locais (...). No passado, o Ébola ficava parado e nós poderíamos rapidamente estabelecer operações na mesma área para contê-lo. Dessa vez, pessoas moveram-se muito mais e o Ébola viajou com elas. Assim, tivemos que replicar as atividades e movimentar-nos com nossa pequena equipa de especialistas, como em um jogo de xadrez, tentando sondar o melhor lugar para atuar rapidamente (MSF, 2015)

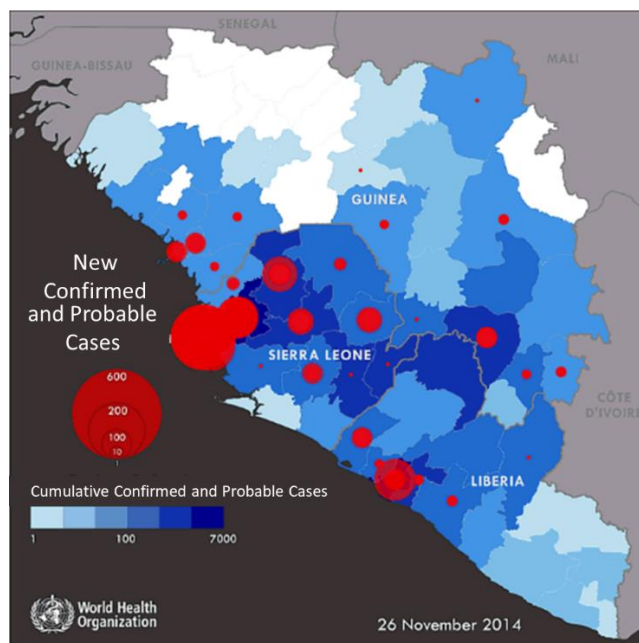
A Figura 1 mostra a dispersão dos novos casos e dos acumulados em 26 de Março de 2014 (a), 17 de Setembro de 2014 (b) e 26 de Novembro de 2014 (c), ilustrando a rapidez e a representatividade desta epidemia.

Figura 1: Dispersão dos casos de Ébola entre março e novembro de 2014



(a)

(b)



(c)

Fonte: WHO (2016)

Outros fatores podem ser destacados como causas da rápida propagação da doença. Entre elas: **As precárias estruturas de cuidados de saúde e A escassez de profissionais de saúde**, impossibilitando o diagnóstico, a confirmação e o tratamento de forma adequada; **Estratégias ineficazes de comunicação** que, ao alimentarem a desesperança e o medo, faziam com que as pessoas preferissem morrer junto aos seus parentes a ir aos centros de tratamento; **Baixos níveis**

de escolaridade, fazendo com que as pessoas mantivessem hábitos de risco; **Manutenção das práticas tradicionais dos velórios**, que naquela região são marcadas pelo contato próximo entre o morto e os familiares; **A falta de confiança nas autoridades governamentais** que, especialmente em zonas marcadas por conflitos, não são legitimadas pelas populações locais. Esta última característica acarreta em um outro problema que é **A desconfiança das populações diante de ajudas estrangeiras**. (WHO, 2015) (Spengler et al, 2016)

Em 08 de agosto de 2014, a Organização Mundial de Saúde declarou o Ébola uma “Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional” (Public Health Emergency of International Concern) (WHO, 2014) (Kamradt-Scott, 2016). Este anúncio marca um ponto de virada na luta contra a epidemia. Entre as mudanças, destaca-se o envio da primeira missão de saúde organizada pela Organização Mundial de Saúde para combate ao Ébola na África Ocidental, denominada UN Mission for Ebola Emergency Response (UNMEER) (UN, 2014). Com esta missão, houve um aumento significativo de recursos como equipamentos e infraestrutura, capacidade de análises laboratoriais, apoio à logística, apoio ao aprimoramento e integração dos sistemas de informações e de comunicação, além da ampliação do apoio financeiro para o combate ao Ébola. (MSF, 2015)

A criação de fundos de resposta ao Ébola (Ebola Response Funding), destinando o total de US\$ 459.913.557 em doações para atividades voltadas para Recuperação, Investigação e Desenvolvimento (UN, 2015), é outra consequência importante do anúncio de agosto de 2014. Estes recursos são provenientes de diferentes organizações, como bancos (e.g. African Development Bank Group; World Bank), Fundações Internacionais (e.g. The Paul G. Allen Family Foundation; Bill & Melinda Gates Foundation), Órgãos de governos (e.g. Australia - Department of Foreign Affairs and Trade; Canada - Foreign Affairs, Trade and Development; USAID), entre outras.

Outra consequência importante do anúncio de agosto de 2014 foi a aprovação de ações de tratamento de doentes com Ébola através de drogas experimentais (UN, 2014b). Com esta decisão, foi criada uma lista de drogas com relativo avanço em seus pipelines tecnológicos e que estariam aptas a serem aplicadas em campo. Esta nova realidade do Ébola, contabilizando pela primeira vez um número tão elevado de casos, permitiu o desenvolvimento de testes clínicos necessários para a aprovação de medicamentos e vacinas.

A esperança que muitos tem relativamente a descoberta de uma vacina capaz de controlar o avanço do Ébola, esteve perto de se tornar realidade durante a última (e atual) crise epidemiológica na República Democrática do Congo (RDC). Após o sucesso das estratégias de *ring vaccination* (com a vacina em fase avançada de teste rVSV-ZEBOV - doada pela farmacêutica Merck) implementadas por Parceiros da Organização Mundial da Saúde na República Democrática do Congo¹ na província de Bas Uele (2017) e Équateur (2018), acreditou-se que estaríamos entrando em um novo período de combate às crises. No entanto,

¹ Parceiros da Organização Mundial da Saúde na RDC incluem:

The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC), the Red Cross of the Democratic Republic of the Congo (DR Congo Red Cross), Médecins Sans Frontières (MSF), the Disaster Relief Emergency Fund (DREF), the Africa Centers for Disease Control and Prevention (Africa-CDC), the US Centers for Disease Control and Prevention (US-CDC), the World Food Programme (WFP), UNICEF, UNOCHA, MONUSCO, International Organization for Migration (IOM), the FAO Emergency Management Centre – Animal Health (EMC-AH), the International Humanitarian Partnership (IHP), Gavi – the Vaccine Alliance, the African Field Epidemiology Network (AFENET), the UK Public Health Rapid Support team, the EPIET Alumni Network (EAN), the International Organisation for Animal Health (OIE), the Emerging Diseases Clinical Assessment and Response Network (EDCARN), the World Bank and PATH. Additional coordination and technical support is forthcoming through the Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) and Emergency Medical Teams (EMT). (WHO Africa, 2018)

um novo surto naquele país trouxe de volta à tona a importância dos contextos territoriais nas questões ligadas à saúde.

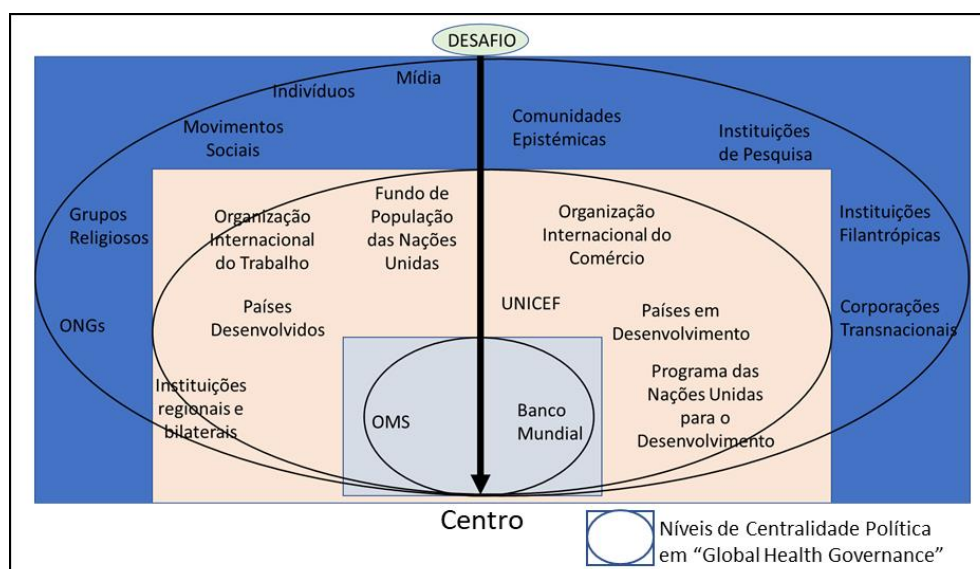
Em 23 de Janeiro de 2019, 699 casos de Ébola confirmados (sendo 433 fatais) foram reportados nas províncias North Kivu and Ituri (RDC). O Ministério da Saúde daquele país destacou algumas prioridades, como: coordenação, vigilância, rastreabilidade de contatos, capacidade laboratorial, prevenção e controle de infecções (IPC), gestão clínica de pacientes, vacinação, comunicação e participação comunitária, suporte psicossocial, velórios seguros e dignos (SDB), vigilância transfronteiriça e prontidão operacional. (WHO Africa, 2019)

Até o momento, 64 403 pessoas foram vacinadas e tratamentos com drogas experimentais - remdesivir, REGN3470-3471-3479, ZMapp, mAb114 e favipiravir – também estão sendo administrado para casos confirmados em *Ebola treatment centres* (ETC) coordenados pela MSF. Apesar disso, conflitos entre diversos grupos armados impedem a entrada de agentes de saúde e o desenvolvimento das operações de combate à doença nas regiões afetadas pelos conflitos. Há, ainda, outros problemas como: colapso nos sistemas de vigilância em saúde, greves de trabalhadores de saúde e falta de pagamento de salários.

4. A quem compete o combate ao Ébola?

Considerando governação em saúde como “ações e meios adotados por uma sociedade para organizar-se buscando a promoção e a proteção da saúde da sua população” (WHO, 2002), podemos situar os mecanismos de governação nas escalas locais/subnacionais (e.g. Autoridades Distritais de Saúde), nacionais (e.g. Ministério da Saúde), regionais (e.g. WHO Regional Office for Africa) e internacionais (e.g. Organização Mundial da Saúde), interagindo em um modo global de governação. Tal Governação Global em Saúde (Global Health Governance) é ilustrada na Figura 2, destacando os principais atores potencialmente relacionados a cada uma das escalas. O modelo parte de níveis políticos mais centrais (representados pela OMS e Banco Mundial por representarem as principais fontes de conhecimento em saúde e financiamentos) até níveis políticos mais periféricos com destacada importância por estarem mais próximos aos desafios colocados territorialmente.

Figura 2: Mapa da Governação Global em Saúde



Fonte: Adaptado de WHO, 2002.

Considerando os processos de resposta internacional às emergências epidemiológicas – nomeadamente ao Ébola -, em primeira instância, e respeitando os princípios de soberania dos países, os governos nacionais têm um papel fundamental (mas não exclusivo). São eles responsáveis por reconhecer a necessidade de apoio, ainda que outros grupos já possam ter identificado esta necessidade. A partir daí, ativa-se uma complexa rede multiescalar, cujas atribuições são complementares.

Enquanto **internacionalmente** desenvolvem-se redes de suporte financeiro; conhecimento; pesquisa e desenvolvimento; inovação tecnológica; cooperação e políticas internacionais; diagnósticos laboratoriais; entre outros, é **localmente** que estas ações ganham a materialidade da prática. É neste sentido que os territórios importam e os desafios vivenciados por estes passam a representar, também, um desafio à implementação de ações previstas em outras escalas, ainda que por parceiros globais que detêm experiências neste tipo de trabalho local (como ONGs).

Neste facto, reside a urgente necessidade de investimentos e incentivos à estruturação de sistemas nacionais e locais de saúde capazes de promover os cuidados de saúde necessários para que sejam atingidos indicadores básicos de qualidade – incluindo sistemas de vigilância epidemiológica, monitorização e comunicação em saúde. A garantia de índices socioeconómicos e educacionais básicos são, ainda, condições para o sucesso das medidas de comunicação promovidas pelos governos. Soma-se a estas, a necessidade de estabilidade das condições sociais nos diferentes territórios, a fim de evitar que conflitos armados impeçam o desenvolvimento de atividades de resposta às crises.

Se, por um lado, o sucesso das respostas depende das realidades presentes em cada um dos territórios, cuja governação cabe aos governos locais e nacionais em interação com outras organizações sociais e com os cidadãos, é importante que o cumprimento das condições básicas anteriormente destacadas esteja presente em metas (e não em modelos *top-down*) que sejam estabelecidas, pactuadas e cobradas através de acordos internacionais. Assim, é importante destacar que uma melhor governação global não substitui a necessidade da boa governação local.

4. Bibliografia

Kamradt-Scott, A. (2016). WHO's to blame? The World Health Organization and the 2014 Ebola outbreak in West Africa. *Third World Quarterly*, 37(3), 401-418. doi: 10.1080/01436597.2015.1112232

Bausch, D. G., & Schwarz, L. (2014). Outbreak of ebola virus disease in Guinea: where ecology meets economy. *PLoS neglected tropical diseases*, 8(7), e3056. doi:10.1371/journal.pntd.0003056

MSF (2015). *Pushed to the Limit and Beyond. A year into the largest ever Ebola outbreak.*: Médicos Sem Fronteira.

Delamou, A., Delvaux, T., El Ayadi, A. M., Beavogui, A. H., Okumura, J., Van Damme, W., & De Brouwere, V. (2017). Public health impact of the 2014–2015 Ebola outbreak in West Africa: seizing opportunities for the future. *BMJ Global Health*, 2(2), e000202. doi: 10.1136/bmjgh-2016-000202

Olivero, J., FA, J. E., Real, R., Márquez, A. L., Farfán, M. A., Vargas, J. M., . . . Nasi, R. (2017). Recent loss of closed forests is associated with Ebola virus disease outbreaks. *Scientific Reports*, 7(1), 14291. doi: 10.1038/s41598-017-14727-9

UN. (2014). Measures to contain and combat the recent Ebola outbreak in West Africa (pp. 2): UN General Assembly.

UN. (2014b). Ebola: WHO-convened ethics panel endorses use of experimental drugs, *UN News Centre*. Retrieved from <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=48468#.V1FWg5ErLIV>

Spengler, J. R., Ervin, E. D., Towner, J. S., Rollin, P. E., & Nichol, S. T. (2016). Perspectives on West Africa Ebola Virus Disease Outbreak, 2013-2016. *Emerging infectious diseases*, 22(6), 956-63.

UN. (2015). Resources for Results V: United Nations. Acessado em janeiro/2019, através de https://ebolareponse.un.org/sites/default/files/resources_for_results_v.pdf

WHO (2002). Global health governance : a conceptual review / Richard Dodgson, Kelley Lee, Nick Drager. Geneva :. <http://www.who.int/iris/handle/10665/68934>

WHO (2015) One year into the Ebola epidemic. Acessado em janeiro/2019, através de <https://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/ebola-report-1-year.pdf?ua=1>

WHO, (2016). Emergencies preparedness, response: Ebola Maps. Acessado em junho/2016, from <http://www.who.int/csr/disease/ebola/maps/en/>

WHO AFRICA (2018) WHO supports Ebola vaccination of high risk populations in the Democratic Republic of the Congo. Acessado em janeiro/2019, através de <http://www.afro.who.int/news/who-supports-ebola-vaccination-high-risk-populations-democratic-republic-congo>

WHO AFRICA (2019) EBOLA VIRUS DISEASE Democratic Republic of the Congo – External Situation Report 25. Acessado em janeiro/2019 através de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279811/SITREP_EVD_DRC_20190123-eng.pdf?ua=1