



Encontro Internacional sobre Gestão
Empresarial e Meio Ambiente

ISSN: 2359-1048
Dezembro 2016

Desafios dos Profissionais em Operações Humanitárias: o Caso Ebola

RENATA DE OLIVEIRA SILVA

reoliveir@gmail.com

ARTUR CESAR SARTORI LOPES

artursartori@gmail.com

JOSÉ CARLOS BARBIERI

EAESP- ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

jose.barbieri@fgv.br

ÁLVARO ESCRIVÃO JUNIOR

alvaro.escrivao@fgv.br

DAFNE OLIVEIRA CARLOS DE MORAIS

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

dafne_oliveira@hotmail.com

Desafios dos Profissionais em Operações Humanitárias: o Caso Ebola

Resumo:

O estudo buscou identificar os desafios enfrentados por profissionais em operações humanitárias, com foco no caso Ebola. Para isto, documentos relacionados a epidemia do Ebola foram analisados e quatro profissionais que participaram em operações humanitárias pelas maiores e mais relevantes agências e organizações humanitárias do mundo foram entrevistados. Todos os entrevistados apontaram que o medo foi o maior desafio ao enfrentar a Doença do Vírus Ebola – DVE. Outros desafios levantados estão relacionados com a necessidade de sensibilização da população quanto as questões preventivas de contágio, a importância da comunicação em massa, a utilização de EPI's inapropriados e a imprevisibilidade do trabalho, descaracterizando uma rotina do trabalho. Um fator chave no descontrole da doença do vírus Ebola foi a resposta tardia e insuficiente da comunidade internacional, permitindo concluir que o risco foi subestimado resultando em ações ineficientes para melhor controle da doença. As questões de sustentabilidade relacionadas às ações antrópicas e ao baixo desenvolvimento no local afetado devem ser melhor estudadas a fim de evitar novas epidemias.

Palavras chave: Epidemia Ebola; Trabalhador Humanitário; Operações Humanitárias; Biodisastre.

The Professional Challenges in Humanitarian Operations: Ebola Case

Abstract

The study sought to identify the challenges faced by professionals in humanitarian operations, focusing on the case Ebola. For this, documents related to Ebola epidemic were analyzed and four professionals who participated in humanitarian operations by the largest and most important agencies and humanitarian organizations in the world were interviewed. All respondents indicated that fear was the biggest challenge to face the disease Ebola Virus - DVE. Other challenges raised are related to the need for public awareness about preventive issues of contagion, the importance of mass communication, the use of PPE inappropriate and unpredictability of work and without a work routine. A key factor in the lack of Ebola virus disease was delayed and inadequate response from the international community, leading to the conclusion that the risk was underestimated, resulting in inefficient actions to better control the disease. Sustainability issues related to human activities and low development in the affected area should be further studied in order to prevent further outbreaks.

Key-words: Ebola epidemic; Humanitarian worker; Humanitarian operations; Bio disaster.

1. Introdução

A Doença do Vírus Ebola (*Ebola Virus Disease* – EVD) ocasionou mais de 11.200 mortes e 28.500 infectados, além de impactos na economia internacional (WHO, 2015). Com manifestações transnacionais, a epidemia ocorreu simultaneamente em Guiné, Serra Leoa e Libéria, incluindo casos na Nigéria, Senegal, Europa e Estados Unidos (MOGHADAM et al., 2015).

Nunca na história houve um biodesastre de tal magnitude, que infectasse tantas pessoas, de maneira tão rápida, em área geográfica tão grande e durante um período tão longo (LEACH, 2015). Suas proporções foram reconhecidas, inclusive, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela *International Health Emergency* (IHE), que classificaram a atual epidemia da EVD como a maior da história.

O caso no Oeste Africano foi o mais virulento até 2015. Organizações locais, regionais e agências internacionais enfrentaram uma série de desafios para conter a epidemia, reduzir as mortes e dissipar o clima de medo (ODLUM; YOON, 2015), que alcançou escala global. Países desenvolvidos, mesmo com acesso a uma medicina mais avançada, não estiveram imunes a probabilidade do vírus alcança-los, considerando as características de fácil transmissão da doença. Dos países afetados pelo Ebola, por exemplo, saíram diariamente voos para os aeroportos John F. Kennedy *International Airport* (Nova Iorque, NI), Washington Dulles *International Airport* (Dulles, VA), e Charles de Gaulle *Airport* (Roissy-en-France, France), que poderiam transportar pessoas contaminadas entre continentes.

Gerir a epidemia do Ebola, em 2014 necessitou de aportes de recursos que superaram o montante de US\$ 1,7 bilhões (US AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT, 2015), tendo em vista a quantidade de doentes, com crescimento exponencial de infectados, além da necessidade de lidar com estruturas sanitárias deficitárias (hospitais, postos de saúde e profissionais de saúde) (FAUCI, 2014; ROSS; OLVEDA; YUESHENG, 2014; YIANNAKIS; BOSWELL, 2015). Para frear a doença, agências internacionais, organizações não governamentais e governos estrangeiros – Reino Unido líder, França, e Estados Unidos da América – despejaram recursos em diversas atividades de resposta a emergências, como a construção de unidades de tratamento do Ebola e de centros de atenção comunitária, a disponibilização de profissionais de saúde voluntários, o apoio aos serviços de saúde pública, o trabalho de sensibilização nas comunidade e o desenvolvimento de tratamentos farmacêuticos experimentais e de vacinas (LEACH, 2015).

Um ponto crítico no combate da epidemia foi a atuação dos profissionais da saúde. Eles foram intensamente afetados pelo alto risco de contrair a doença enquanto atendiam pacientes infectados (YIANNAKIS; BOSWELL, 2015). Desde março de 2014, mais de 800 profissionais de saúde foram contaminados, com mais de 500 casos de mortes confirmadas pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015). Esse fato agravou a complexidade do controle da epidemia, pois esses profissionais, que já eram escassos, passaram a se afastar das operações humanitárias contra a doença, pelo medo de contraí-la.

Para sua proteção durante o contato com pacientes, os profissionais de saúde deveriam seguir regras de segurança extremamente rígidas, com equipamentos de proteção individuais (EPIs) como instrumentos indispensáveis, contando com o uso de luvas, macacão impermeável para proteção dos olhos, boca e nariz e botas de proteção (YIANNAKIS; BOSWELL, 2015). Além do desafio relacionado à assistência direta dos pacientes, fatores relacionados à política, à segurança, à pobreza local e ao meio ambiente representaram barreiras para a atuação desses profissionais (DOWNES, 2015). Assim, tendo em vista sua importância no contexto das Operações Humanitárias, o presente estudo buscou investigar como o profissional de operações humanitárias lida com os desafios em uma operação de emergência em caso de biodesastre.

2. Desastres e Operações Humanitárias

Desastres podem ser definidos como eventos ou fenômenos que causam uma interrupção ou ruptura em um sistema (VAN WASSENHOVE, 2006) e, ainda, como uma situação ou evento que impossibilita a continuidade das operações de determinada região, requisitando assistência externa e causando destruição, dano e sofrimento (GUHA-SAPIR D, HOYOIS PH., 2015).

Para o United Nations Office for Disaster Risk Reduction – UNISDR (2009), a definição de desastre remete a uma ruptura grave da funcionalidade de uma comunidade ou sociedade, envolvendo uma quantidade elevada de pessoas, recursos econômicos ou perdas ambientais, que excedem a habilidade da comunidade ou sociedade afetada de solucionar o problema com seus próprios recursos.

Quanto a sua origem, os desastres podem ser classificados como naturais (reflexos de condições geográficas, meteorológicas, climáticas, hidrológicas ou biológicas, como no caso das epidemias) ou não naturais, causados por tecnologias ou pela ação humana (CDC, 2016; GUHA-SAPIR D, HOYOIS PH., 2015; VAN WASSENHOVE, 2006).

Desastres biológicos ou biodesastres, pertencentes à classe dos desastres naturais, podem ser causados por uma enorme propagação de um certo tipo de organismo vivo – que pode ser a propagação de uma doença, um vírus, uma epidemia, mas também um súbito crescimento da população de um certo tipo de plantas ou de animais, por exemplo uma praga de gafanhotos. As características destes eventos pode ser medida pela probabilidade de ocorrência do risco e seu impacto, conforme matriz apresentada na figura 1.

Muito Provável	Probabilidade no mínimo moderada	Probabilidade no mínimo moderada
Provável	Baixo impacto	Impacto no mínimo médio
Moderado		
Improvável	Baixa probabilidade	Baixa probabilidade
Muito Improvável	Baixo impacto	Impacto no mínimo médio

Nenhum Impacto Baixo Impacto Médio Impacto Alto Impacto Impacto Catastrófico

Figura 1 - Diagrama de Risco
Fonte: adaptado de Hallikas, et al. (2004)

Eventos biológicos com grandes impactos, como também terremotos, ataques terroristas, inundações, apresentam baixa probabilidade de ocorrência, mas tem alto impacto e, por isto, requerem planejamento pró-ativo. A logística é um ponto central das operações que atendem as necessidades ocasionadas por desastres (BHATTACHARYA; HASIJA; VAN WASSENHOVE, 2014). A logística refere-se ao conjunto das atividades administrativas e operacionais concernentes aos fluxos de materiais, pessoas e recursos desde os fornecedores até os pontos de consumo ou uso dos bens e serviços finais. O que se denomina logística humanitária é definida por Thomas e Mizushima (2005, p. 60) como “o processo de planejamento, implementação e controle do fluxo e armazenagem efetivos e eficientes em termos de custo de materiais e produtos, do ponto de origem até o ponto de consumo com o propósito de atender as necessidades do beneficiário final”. Essa logística é, muitas vezes, o maior e mais complexo elemento das operações de socorro à desastres.

A logística humanitária enfrenta diferentes desafios relacionados ao tipo de desastre. Desastres súbitos, por exemplo, são os mais difíceis de prever, enquanto os de longa duração, como estiagem e secas, já são passíveis de planejamento. A colaboração e o envolvimento entre diversas organizações com diferentes papéis durante diferentes etapas representa outro desafio relevante, pois envolve organizações com culturas e contextos diferentes entre si e beneficiários distintos (BURKE; LOGSDON, 1996; KOVÁCS; SPENS, 2009; TATHAM; SPENS, 2011).

Existem quatro características das operações humanitárias que acrescentam complexidade e dificuldade na gestão de crise: a) imprevisibilidade do desastre em relação a sua ocorrência (onde, quando, qual a intensidade); b) surgimento de uma demanda inesperada de produtos e tempos curtos para suprimentos; c) altos riscos envolvidos com entregas e d) escassez de recursos humanos, físicos e financeiros (BALCIK; BEAMON, 2008)

O reconhecimento de um desastre pode ser visto por visões quantitativas e qualitativas, desde emergências menores ou grandes crises (KENNEDY et al., 2009). Quarantelli (1997) relaciona 10 critérios inter-relacionados que devem ser avaliados continuamente para atuar eficazmente caso ocorra um desastre:

1. Reconhecer corretamente os diferentes agentes entre e a resposta e a necessidades e as demandas geradas;
2. Realizar funções genéricas de forma adequada;
3. Mobilizar a equipe e os recursos de uma forma eficaz;
4. Envolver a delegação de tarefas adequada e a divisão do trabalho;
5. Permitir o processamento adequado de informação;
6. Permitir o exercício adequado de tomada de decisão;
7. Concentrar-se no desenvolvimento da coordenação geral da organização;
8. Misturar os aspectos emergentes já estabelecidos;
9. Fornecer um sistema de comunicação de massa com informação adequada e
10. Ter um centro de Operações de Emergência em bom funcionamento.

Entender melhor como o risco é reconhecido e percebido pode ajudar a melhor geri-lo. Para avaliar o risco, deve-se seguir, além de técnicas convencionais quantitativas, uma abordagem qualitativa, como a questão sobre a percepção do risco, que contempla uma visão heurística e com a participação de especialistas de várias áreas do conhecimento para melhor avaliar a situação (KENNEDY et al., 2009). As avaliações devem considerar a cultura e o tempo de análise, pois o risco cultural é coletivamente construído, onde a sociedade estabelece o que é

aceitável e cada local ou cultura define seus valores, sendo estas definições são dinâmicas (DUCKETT et al., 2015; PARK; KIM; ZHANG, 2016).

O contexto da avaliação deve ser considerado, além do tempo e espaço, pois cada participante deve respeitar as visões e importâncias dadas por cada um na época da avaliação (SLOVIC, 1987; VÄSTFJÄLL; PETERS; SLOVIC, 2014). Além das avaliações de diversos especialistas, o trabalho deve incluir outras partes envolvidas no risco e mesmo que não possam ser reconhecidas estas partes, devem-se focar esforços para identifica-las (DOUGLAS, 2013).

3. Metodologia da pesquisa

A presente pesquisa teve caráter exploratório, focada nos profissionais humanitários que atuaram durante a epidemia de Ebola, em 2014. O estudo buscou identificar os desafios enfrentados por esses profissionais. Para isto, foram levantados documentos relacionados a epidemia do Ebola, com busca de notícias publicadas em importantes veículos de comunicação, tais como jornais, revistas e relatórios das agências intergovernamentais e organizações não governamentais internacionais.

A análise de dados foi realizada por triangulação, a fim de fornecer uma análise holística e convergente sobre os resultados (EISENHARDT, 1989; GODOY, 2006; STAKE, 2000; YIN, 2015). A triangulação envolve a combinação dos dados de várias fontes e/ou diferentes tipos de dados – neste estudo, da análise de documentos, das entrevistas, dos questionários e das observações – para aumentar a confiabilidade e validade (EISENHARDT, 1989; YIN, 2015).

Foram entrevistadas profissionais com grande experiência em trabalhos humanitários, incluindo diversas missões em países em conflito de guerra, crises nutricionais, projetos HIV/AIDS, cólera, malária, campo de refugiados e vítimas de catástrofes naturais. Os entrevistados participaram de operações humanitárias pelas maiores e mais relevantes agências e organizações humanitárias do mundo, tais como: Médecins Sans Frontière (MSF), Action Contre la Faim (ACF), Save The Children, Croix Rouge International (ICRC) e World Health Organization (WHO).

As entrevistas foram semiestruturadas, com perguntas abertas para os profissionais humanitários. O uso de entrevistas semipadronizadas permite a formulação de perguntas de forma sistemática, ao mesmo tempo, que possibilita ao entrevistado pedir esclarecimentos e incluir tópicos não previstos (BERG, 2004). As perguntas tiveram tanto caráter subjetivo, sobre a percepção dos envolvidos na operação humanitária quanto na resposta à crise do Ebola. Todas as entrevistas foram gravadas e documentadas para serem transcritas e analisadas em profundidade junto à literatura. A confidencialidade dos participantes foi mantida quando requerida.

Por ser uma pesquisa qualitativa, o número de entrevistados não é importante desde que pessoas chave relacionadas com o assunto sejam consideradas (VERGARA, 2005), no caso, os profissionais envolvidos na coordenação das ações de emergência do ebola. Para selecionar os participantes relacionados no Quadro 1 foram consideradas as recomendações de Rubin e Rubin (2011). Na visão desses autores, é necessário que o pesquisador busque sujeitos que: (a) conheçam a arena cultural, situação ou experiência em estudo, (b) tenham vontade de falar e (c) tenham perspectivas diferentes.

Foram feitas 4 entrevistas: uma enfermeira, uma psicóloga, um coordenador médico e um coordenador de emergência, cujas informações de ordem geral encontram-se no Quadro 1. As entrevistas foram realizadas nos idiomas português, francês e inglês, sendo que uma foi realizada pessoalmente na cidade de São Paulo, as demais, com apoio do Skype, programa que viabiliza entrevistar com transmissão síncrona, online, de voz e imagem.

N	Onde trabalhou	Sexo	Cargo	Países atuação	Data da entrevista	Missões	Tempo na missão Ebola	Duração da entrevista	Idioma
1	MSF	F	Enfermeira	Libéria	05/10/2015	11	2 semanas	53'39''	Português
2	ACF, MCF, Save the Children e ICRC	M	Coordenador Médico	Serra Leoa	06/10/2015	4	10 meses	42'46''	Francês
3	MSF e WHO	M	Coordenador Emergência	Libéria	21/10/2015	27	5 semanas	57'34''	Inglês e Francês
4	MSF e ICRC	F	Psicóloga	Libéria	22/10/2015	6	10 dias	17'48''	Português

Quadro 1 - Perfil dos Entrevistados

Para as entrevistas, mantiveram-se as considerações de Goldenberg (2007), optando por um roteiro compatível com a entrevista focada, semiestruturada, o qual se iniciava com a explicação ao entrevistado sobre o objeto de estudo da pesquisa. Nessa etapa, os respondentes também eram informados de que o seu anonimato seria garantido.

4. Desafios de uma resposta à emergência

Os dados extraídos das entrevistas foram agrupados por temas: (1) desafios, (2) treinamento, (3) diferenças entre outra operação humanitária e a operação Ebola, (4) pontos mais importantes da operação, (5) utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI), (6) questões relacionadas a cultura local, (7) o processo de quarentena, (8) a volta a rotina do profissional entrevistado após uma missão Ebola e (9) intensão de participar de uma nova missão Ebola.

Todos os entrevistados consideraram o medo como o maior desafio, o que corrobora com as constatações de Moghadam (2015), Odlum (2015) e Gesser-Edelsburg (2015), pois o a Doença do Vírus Ebola é a doença infecciosa conhecida mais temida, com uma alta taxa de mortalidade, chegando a 90% conforme citado por um dos entrevistados. Este medo ocorreu tanto entre a população atingida, quanto entre os profissionais de saúde e agentes das comunidades internacionais envolvidas, conforme relato de um entrevistado:

“Lidar o tempo inteiro com a morte, você entra em um lugar e sabe que metade daquelas pessoas vão morrer.” (Entrevistado 3, 2015)

“Após 1, 2, 3, 10 agentes de saúde contaminados, os profissionais de saúde começam a ter medo de tocar no enfermo e o enfermo de ser tocado pelo profissional de saúde que trabalhava no Ebola.” (Entrevistado 4, 2015)

Os entrevistados relacionaram este medo à percepção do risco (THOMAS; MIZUSHIMA, 2005; VÄSTFJÄLL; PETERS; SLOVIC, 2014) de contaminação e o medo iminente da morte. Todos os entrevistados passaram por um processo de vigilância sanitária de 21 dias (medições da temperatura corpórea duas vezes ao dia, no período diurno e noturno). Além disso, 3 entrevistados relatam sua experiência com seus familiares e amigos que se mostram temerosos ao contato devido ao risco de contaminação. Identificou-se também o medo dos amigos e familiares que entraram em contato com os profissionais humanitário, portanto, os atingidos devem ser entendidos como comunicantes que possam ter, em qualquer estágio, relação com o risco e não somente os que tiveram contato com o impacto direto.

“Quando eu entrei na minha casa eu vi meus amigos, mas eles não queriam se aproxima de mim justamente pelo motivo de vir de uma missão do Ebola e, com isso, tinham medo de me tocar e ficarem doentes.” (Entrevistado 2, 2015)

Outro desafio apontado foram questões relacionadas a aspectos psicológicos dos membros da equipe, tais como cansaço e stress, além de ausência de contato físico entre os membros da equipe, cuidados com a higiene e monitoramento de temperatura corpórea.

“Na volta eu estava louca para voltar para casa, para poder ter... ..sabe quando tu tens a vontade de se sentir livre, abraças as pessoas, poder fazer as coisas normais da rotina, este tipo de coisa? Eu já não aguentava mais não poder... ..ter que estar tomando cuidado para não tocar, para não falar e para não me lembrar muito.” (Entrevistado 2, 2015)

Foi visto também como desafio a necessidade de sensibilização da população e aumento da comunicação de massa, pois houve dificuldade na aceitação por parte da população local da doença, o que aumentou o risco de contágio. Uma das questões abordadas pelos entrevistados foi o impacto da cultura local no tratamento e execução da operação, pois por se tratar de uma doença desconhecida pelas comunidades locais, alguns hábitos culturais necessitaram ser modificados, o que interferiu na credibilidade e confiança da população perante os trabalhadores humanitários, gerando muito desconforto.

“...as pessoas diziam que todos os operadores humanitários não respeitavam sua cultura.” (Entrevistado 2, 2015)

“No próprio treinamento eles deram algumas explicações sobre a cultura, porque eles são bem ligados a religião... ..tudo o que era feito para os pacientes... Eles também falavam muito em Deus.” (Entrevistado 1, 2015)

Gesser-Edelsburg (2015) e Combs e Slovic (1979) citam a grande importância da mídia na comunicação e assim melhorando a percepção ao risco. Quarantelli (1997) enfatiza a comunicação em massa para melhor gerir o risco. Neste caso, a dificuldade está relacionada em como melhor comunicar o risco, visto que a dificuldade foi realizar a comunicação das formas de contágio e mudar questões culturais, portanto a eficácia da comunicação.

“...as atividades realizadas sensibilizaram a comunidade através do rádio, televisão, mensagem para os Imans, chefes das igrejas, para os chefes das equipes, para aceitar estas pessoas, e também como evitar a contaminação.” (Entrevistado 2, 2015)

O treinamento específico para o Ebola foi apontado pelos entrevistados 1, 2 e 3. O entrevistado 2 foi responsável por replicar este treinamento a centenas de serviços de saúde. No caso específico desse entrevistado, que já se encontrava no local do surto, seu treinamento foi realizado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC e pelo Ministério da Saúde (Serra Leoa), diferentemente dos outros dois, que foram treinados pelo centro de treinamento específico do Ebola do Médico Sem Fronteiras em Bruxelas usando a simulação como técnica de treinamento. Porém, como disse o entrevistado 4:

“os centros de treinamento não são suficientes para resolverem os problemas, faltava formação para os profissionais de saúde, faltava recursos como materiais e medicamentos, luvas para evitar a contaminação do próprio agente de saúde.” (Entrevistado 4, 2015)

Quarantelli (1997) coloca que mobilizar as equipes e os recursos necessários de uma forma eficaz é um ponto importante à reposta a um desastre. Como identificado nesta pesquisa, o treinamento foi disponibilizado a todos os profissionais, porém com recursos precários e com uma taxa de eficácia baixa, visto que ao se tratar de uma doença desconhecida e os EPI's ainda não eram adequados, como foi identificado pela Universidade Johns Hopkins e a empresa DuPont (2015).

“Estava muito calor, então para colocar aquele monte de material, principalmente na parte do rosto, tinha que cobrir com uma máscara, cobria o cabelo e parte do rosto, depois tu cobrias com uma máscara respiratória e depois com uma roupa, um macacão amarelo que tem uma parte do rosto que também tem que fechar, então fazia muito calor, fazia mais de 40 graus lá na Libéria.” (Entrevistado 1, 2015)

O que torna a operação Ebola única e diferente das demais operações humanitárias é sobretudo a proximidade com a morte que pode ser vista pela quantidade de profissionais humanitários infectados pelo vírus (WHO, 2015), as altas taxa de mortalidade (ANSARI, 2014), o alto risco de contaminação (GROSETH; FELDMANN; STRONG, 2007), as questões emocionais e psicológicas (não há distanciamento entre profissional e o problema) e a alta taxa de absenteísmo. Outro ponto informado pelos entrevistados é a ausência do toque enquanto prática médica, o que afetou o comportamento da equipe, visto que o contato físico é de suma importância na relação médico-paciente.

“...a gente nem tem tempo de se apegar a um paciente, a gente não tem tempo de sentir, de perguntar sobre a família, a gente não tem tempo de ter uma ligação, ainda mais porque a gente está usando aquele uniforme onde as pessoas só podem ver o teu olho, eles te reconhecem porque está escrito na tua testa o teu nome, porque se não todo mundo é igual para eles...” (Entrevistado 1, 2015)

Outro ponto ressaltado por parte dos entrevistados foi a dificuldade de prever suas ações diárias, descaracterizando uma rotina de trabalho, como citado pelo entrevistado 1. Em uma operação humanitária em zona de conflito, está observação traz a questão de imprevisibilidade do trabalho.

“É como eu te falei à diferença que eu tive muito em contexto de guerra também, e ali a gente esperava cair uma bomba, tu esperas que venham os pacientes. Tu esperas que venha uma morte, tu esperas que venha uma explosão, no Ebola não, tu não esperas, tu estás lá, conversando com o paciente e do nada a evolução é muito rápida da doença, então do nada tu ver aquela pessoa caindo na tua frente...” (Entrevistado 1, 2015)

A questão de comunicação e sensibilização da comunidade foi ressaltada de extrema importância pelos entrevistados. O entrevistado 3 reforça a ideia de que o Ebola é uma “doença social”, não somente uma doença médica. A desistência da missão por parte da equipe foi muito maior do que em uma operação humanitária convencional, o que afetou no planejamento e dimensionamento dos recursos humanos que já eram escassos e mal treinados. Conforme Burke (1996), a falta de planejamento impacta no atingimento a um objetivo, porém por se tratar de uma situação sem precedentes e sem padrões estabelecidos realmente o planejamento deve ser contínuo e ajustado a cada nova variável. Thomas et al. (2005) e Knemeyer et al. (2009) colocam a necessidade de planejamento para uma ação humanitária, contudo planejar o desconhecido é mais uma questão de adaptação ao novo e, por isso, a necessidade de realizar revisões constantes. Douglas (2013) cita a constante atualização e inclui que a adaptação ao novo deve ser trabalhada dentro das organizações ao se buscar a sua resiliência.

Apesar de terem recebido treinamento e controles de biossegurança, os entrevistados identificaram que a utilização de EPI's não fornecia condições de conforto adequada, levando a uma condição de agravamento da insalubridade, sendo informado pelos usuários o aumento de temperatura corpórea ao utilizar estes EPI's. Guarner (2014) aponta a questão de ineficiência do EPI relacionada a alta taxa de contágio, porém não informa a insalubridade relacionada a alta temperatura, tampouco a dificuldade de relação da equipe com os pacientes e vice-versa, pois os pacientes não conseguem ver os rostos dos profissionais e isso acaba passando uma sensação maior de medo e abandono.

Outro ponto levantado foi a falta de disponibilidade dos EPI's para todos os profissionais de saúde dentro dos países afetados, visto que para Quarantelli (1997) a disponibilização de recursos é ponto crucial para uma boa gestão de desastre.

A questão da falta de conhecimento sobre o histórico da doença fez com que as pessoas que mantiveram contato com os entrevistados após o retorno da missão tenham a sua percepção de risco alterada, com aumento da percepção do risco. À volta a rotina, que não é citada na literatura, é identificada pelos entrevistados 1, 3 e 4 como um desafio, pois, seus locais de origem não tiveram a rotina alterada, mas os profissionais voltam com uma visão completamente diferente de realidade.

Dos quatro entrevistados, somente o entrevistado 3 informou que não faria uma nova missão Ebola, devido a questões familiares. Já o entrevistado 1, informou que voltaria, porém existem limitações de saúde que não permitiriam o seu retorno. Um importante ponto citado pelo entrevistado 4 foi a mudança de opinião após 1 ano da missão, tornando a resposta positiva. O entrevistado 2 responde que retornaria, sem demonstrar nenhuma dúvida.

O resumo dos principais desafios citados pelos profissionais humanitários foram:

- Lidar com o atraso da resposta internacional gerou impactou todas as ações necessárias para a resposta a um biodesastre.
- Em uma operação humanitária regular os profissionais humanitários são vistos pela comunidade local como alguém que chega para prestar ajuda. Já na operação do Ebola, eles foram vistos com desconfiança, inclusive, ocorreram casos em que a população foi contra a ajuda. Por isso o trabalho de sensibilização, utilizando meios de comunicação de massa foi fundamental no esclarecimento desta doença.
- Esta foi uma operação que sofreu grande influência das questões culturais locais. Por exemplo, tanto os cristãos como a comunidade mulçumana têm por hábito lavar seus mortos no processo funerário. Este processo normalmente envolve membros da família e líderes religiosos. No caso do Ebola, este tipo de ritual potencializou o risco de contaminação da doença, por isso houve uma necessidade de intervenção em tais práticas.
- O profissional da saúde na operação Ebola esteve mais vulnerável à contaminação do que em qualquer outra operação humanitária, o que aumentou a complexidade da sua gestão.
- A gestão do risco na operação Ebola, é mais difícil do que a de uma operação humanitária em área de conflito, pois nesta os perigos são conhecidos e há controle eficaz sobre eles enquanto naquela o inimigo é invisível e ainda pouco estudado.
- Uma questão a ser ressaltado foi a tomada de decisão sobre a segurança e a preservação da vida do expatriado. Em outras operações humanitárias quando é identificado o aumento do risco, decide-se em uma primeira fase de ação emergencial pela evacuação dos expatriados e continuidade da operação com os trabalhadores nacionais. Quando este risco chega a um nível que não permite a continuidade das atividades, a operação é cancelada. Numa epidemia como o Ebola, encerrar a operação impactaria no nível de risco global desta doença, portanto a aceitação ao risco se altera.

5. Considerações Finais

Diante dos resultados da pesquisa, verificou-se que um fator chave no descontrole da epidemia foi a resposta tardia e insuficiente da comunidade internacional, permitindo concluir que o risco foi subestimado resultando em ações ineficientes para melhor controle da doença.

Essa negligência resultou no aumento das taxas de mortalidade e morbidade causados por algum dos fatores como (a) limitação de recursos humanos, (b) limitação de recursos materiais,

(c) limitação de recursos financeiros, (d) desconhecimento antropológico e social das áreas afetadas, (e) falha na tomada de decisão.

Na literatura analisada há uma notória preocupação do meio científico da área de saúde, mas ainda há a necessidade de mais investigação pela área de administração sobre gestão de desastres, operações humanitárias e gestão da cadeia de suprimentos humanitárias.

Este trabalho não exaure o assunto. Uma teoria substantiva deve ser aberta e preparada para incorporar novas descobertas, aumentando o espectro de variações e, conseqüentemente, seu poder explicativo. Sugere-se, portanto, que a pesquisa seja continuada, expandindo os estudos na direção da relação entre agências internacionais e organizações locais (governamentais e não governamentais). Outra sugestão seria o intercâmbio entre universidade, tanto nacional quanto internacional, de diversas áreas do conhecimento. Como exemplo, esta pesquisa utilizou muitos trabalhos de pesquisadores das áreas de saúde pública, medicina, política pública, psicologia, enfermagem e gestão de risco.

As questões de sustentabilidade relacionadas às ações antrópicas e ao baixo desenvolvimento no local afetado devem ser melhor estudadas a fim de evitar novas epidemias. Quando se fala em sustentabilidade, entende-se que todos são responsáveis pelo que está acontecendo no “quintal do vizinho”, pois os biodesastres não respeitam fronteiras sociais, econômicas e ambientais. Vale lembrar, que lugares de extrema pobreza, grande densidade demográfica, baixa escolaridade e infraestruturas deficitárias corroboraram para o descontrole da epidemia.

Referências

- ANSARI, A. A.** *Clinical features and pathobiology of Ebolavirus infection*. Journal of autoimmunity, v. 55, p. 1–9, 2014.
- BALCIK, B.; BEAMON, B. M.** *Facility location in humanitarian relief*. International Journal of Logistics, v. 11, n. 2, p. 101–121, 2008.
- BERG, B. L.** *An introduction to content analysis*. Qualitative research methods for the social sciences, v. 5, 2004.
- BHATTACHARYA, S.; HASIJA, S.; VAN WASSENHOVE, L. N.** *Designing Efficient Infrastructural Investment and Asset Transfer Mechanisms in Humanitarian Supply Chains*. Production and Operations Management, v. 23, n. 9, p. 1511–1521, 1 set. 2014.
- BURKE, L.; LOGSDON, J. M.** *How corporate social responsibility pays off*. Long Range Planning, v. 29, n. 4, p. 495–502, ago. 1996.
- CDC.** *2016 National Snapshot of Public Health Preparedness*. Atlanta, 2016.
- COMBS, B.; SLOVIC, P.** *Newspaper coverage of causes of death*. Journalism Quarterly, v. 56, n. 4, p. 837, 1979.
- DOUGLAS, M.** *Risk and blame*. London: Routledge, 2013.
- DOWNES, E.** *Nursing and complex humanitarian emergencies: Ebola is more than a disease*. Nursing outlook, v. 63, n. 1, p. 12–15, 2015.
- DUCKETT, D. et al.** *Can Policy Be Risk-Based? The Cultural Theory of Risk and the Case of Livestock Disease Containment*. Sociologia Ruralis, v. 55, n. 4, p. 379–399, 1 out. 2015.
- DUPONT, M. C.** Universidade Johns Hopkins e DuPont unem esforços para produzir roupa de proteção ainda mais eficaz contra o Ebola. Disponível em: <<http://www.dupont.com.br/corporate-functions/media/press-releases/19-10-15-johns-hopkins-dpt.html>>. Acesso em: 9 mar. 2016.
- EISENHARDT, K. M.** *Building theories from case study research*. Academy of management review, v. 14, n. 4, p. 532–550, 1989.
- FAUCI, A. S.** *Ebola—underscoring the global disparities in health care resources*. New England Journal of Medicine, v. 371, n. 12, p. 1084–1086, 2014.
- GESSER-EDELSBURG, A. et al.** *What does the public know about Ebola? The public’s risk perceptions regarding the current Ebola outbreak in an as-yet unaffected country*. American journal of infection control, 2015.

- GODOY, A. S.** Estudo de caso qualitativo. Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: Saraiva, p. 115–146, 2006.
- GOLDENBERG, M.** A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8. ed. São Paulo: RECORD, 2007.
- GROSETH, A.; FELDMANN, H.; STRONG, J. E.** *The ecology of Ebola virus*. Trends in microbiology, v. 15, n. 9, p. 408–416, 2007.
- GUARNER, J.** *When the Rubber Meets the Road Dealing With a Returning Traveler From West Africa During the Ebola Outbreak of 2014*. American journal of clinical pathology, v. 142, n. 4, p. 428–430, 2014.
- GUHA-SAPIR D, HOYOIS PH., B. R.** *Annual disaster statistical review 2014: the numbers and trends*. Brussels, CRED, 2015.
- HALLIKAS, J. et al.** *Risk management processes in supplier networks*. v. 90, p. 47–58, 2004.
- KENNEDY, P. J. et al.** *Handbook of disaster research*. Springer Science & Business Media, 2009.
- KNEMEYER, A. M.; ZINN, W.; EROGLU, C.** *Proactive planning for catastrophic events in supply chains*. Journal of Operations Management, v. 27, n. 2, p. 141–153, 2009.
- KOVÁCS, G.; SPENS, K.** *Identifying challenges in humanitarian logistics*. International Journal of Physical Distribution & Logistics Management, v. 39, n. 6, p. 506–528, 2009.
- LEACH, M.** *The Ebola Crisis and Post 2015 Development*. Journal of International Development, v. 27, n. 6, p. 816–834, 2015.
- MOGHADAM, S. R. J. et al.** *Ebola viral disease: a review literature*. Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine, v. 5, n. 4, p. 260–267, 2015.
- ODLUM, M.; YOON, S.** *What can we learn about the Ebola outbreak from tweets?* American Journal of Infection Control, v. 43, n. 6, p. 563–571, 2015.
- PARK, J.; KIM, D.-Y.; ZHANG, C.** *Understanding Cross-National Differences in Risk Through a Localized Cultural Perspective*. Cross-Cultural Research, v. 50, n. 1, p. 34–62, 2016.
- QUARANTELLI, E. L.** *Research Based Criteria for Evaluating Disaster Planning and Managing*. Newark, 1997.
- ROSS, A. G. P.; OLVEDA, R. M.; YUESHENG, L.** *Are we ready for a global pandemic of Ebola virus?* International Journal of Infectious Diseases, v. 28, p. 217–218, 2014.
- RUBIN, H. J.; RUBIN, I. S.** *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. Sage, 2011.
- SLOVIC, P.** *Perception of risk*. Science, v. 236, n. 4799, p. 280–285, 1987.
- STAKE, R.** *Case Studies' in Handbook of Qualitative Research*. Sage, 2000.
- TATHAM, P.; SPENS, K.** *Towards a humanitarian logistics knowledge management system*. Disaster Prevention and Management, v. 20, n. 1, p. 6–26, 2011.
- THOMAS, A.; MIZUSHIMA, M.** *Logistics training: necessity or luxury*. Forced Migration Review, v. 22, n. 22, p. 60–61, 2005.
- UNISDR, U.** *Terminology on disaster risk reduction*. Geneva, Switzerland, 2009.
- US AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT.** *West Africa - Ebola Outbreak, Fact Sheet #36, Fiscal Year (FY) 2015 (as of June 23, 2015)*. Disponível em: <<http://reliefweb.int/report/sierra-leone/west-africa-ebola-outbreak-fact-sheet-36-fiscal-year-fy-2015-june-23-2015>>. Acesso em: 9 mar. 2016.
- VAN WASSENHOVE, L. N.** *Humanitarian aid logistics: supply chain management in high gear*. Journal of the Operational Research Society, v. 57, n. 5, p. 475–489, 2006.
- VÄSTFJÄLL, D.; PETERS, E.; SLOVIC, P.** *The affect heuristic, mortality salience, and risk: domain-specific effects of a natural disaster on risk-benefit perception*. Scandinavian journal of psychology, v. 55, n. 6, p. 527–32, dez. 2014.
- VERGARA, S. C.** Métodos de pesquisa em administração. Atlas, 2005.
- WHO.** *Ebola data and statistics*. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/view. ebola-sitrepebola-summary-20151120?lang=en>>. Acesso em: 21 nov. 2015.

YIANNAKIS, E. P.; BOSWELL, T. C. *Ebola preparedness: a personal perspective.* Journal of Hospital Infection, v. 91, n. 1, p. 8–10, 2015.

YIN, R. K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Bookman editora, 2015.