

2014

PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

Doença pelo Vírus Ebola



Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA
DOENÇA PELO VÍRUS EBOLA

Brasília – DF

2014

Versão 10

Atualiza os anexos 7.1 e 7.6 e inclui o anexo 7.7

2014 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

www.saude.gov.br/bvs

Versão preliminar

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 1º andar
CEP: 70304-000 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br/svs
E-mail: svs@saude.gov.br

1.	INTRODUÇÃO	4
2.	OBJETIVOS DO PLANO DE CONTINGÊNCIA	4
3.	AVALIAÇÃO DA AMEAÇA DE INTRODUÇÃO DO VÍRUS EBOLA NO BRASIL	4
3.1.	Avaliação das vulnerabilidades	5
3.2.	Suscetibilidade, exposição e transmissão	5
3.3.	Fatores ambientais	6
4.	ESTRATÉGIA DO PLANO DE CONTINGÊNCIA DE DVE	7
5.	NÍVEIS DE RESPOSTA	8
5.1.	Nível 0 (Atenção)	8
5.2.	Nível 1 (Alerta)	8
5.3.	Nível 2 (Detecção)	10
5.4.	Nível 3 (Resposta)	11
6.	REFERÊNCIAS	13
7.	ANEXOS	14
7.1.	Protocolo de vigilância e manejo de casos suspeitos de doença pelo vírus ebola (DVE)	14
7.2.	Plano de comunicação de risco para DVE	40
7.3.	Hospitais de referência para doenças infecto-contagiosas	44
7.4.	Procedimento Operacional Padrão – Acionamento da Equipe de Resposta Rápida	46
7.5.	Guia de Orientação para Atendimento e Remoção de Pacientes com Suspeita e/ou caso confirmado de Ebola para os profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar	51
7.6.	Orientações para Manejo de Pacientes com Suspeita da Febre do Ebola	54
7.7.	Manejo de cadáver	

1. INTRODUÇÃO

Desde de 2013, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) desenvolve e publica planos de preparação e resposta, visando maximizar a eficiência da resposta institucional frente aos principais problemas de saúde pública, como surtos de doenças infecciosas, desastres e outras emergências em saúde pública. Estes planos estão disponíveis no endereço: <http://j.mp/svsplanos>.

Segundo Portaria GM/MS nº 1.378, de 09 de julho de 2013, compete à SVS/MS a “coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância em saúde, nas emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, bem como a cooperação com Estados, Distrito Federal e Municípios” na resposta a essas emergências. Para isso, foram elaborados Planos de Contingência contendo detalhamento das ações e atividades de acordo com cada nível de resposta e competência institucional, alinhados ao Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública.

O Plano de Contingência para Doença pelo Vírus Ebola (DVE) visa orientar as ações específicas frente a uma eventual introdução do vírus ebola no território nacional. Neste documento, são definidas as responsabilidades no âmbito federal e estabelecida a organização necessária, de modo a atender a situações de emergência relacionadas a esta doença no Brasil, visando à integralidade das ações e prevenção e controle.

A detecção de casos em tempo hábil e a resposta rápida e apropriada com participação ativa de todos os setores responsáveis são fundamentais para evitar a sustentabilidade de transmissão desta doença no Brasil. Desse modo, faz-se necessária a revisão dos procedimentos de vigilância, assistência e comunicação, segundo as orientações disponibilizadas nos anexos a este plano. Considerando que esta emergência está em curso, estes documentos podem sofrer alteração a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

2. OBJETIVOS DO PLANO DE CONTINGÊNCIA

- Definir a estratégia de atuação do Ministério da Saúde em alinhamento com as definições constantes do Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública;
- Estabelecer resposta coordenada no âmbito das três esferas de gestão do SUS;
- Ativar Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COES) para gestão coordenada da resposta;
- Adotar medidas para evitar a disseminação do vírus ebola em eventual introdução no país;
- Estabelecer a utilização de protocolos e procedimentos padronizados para a resposta ao ebola.

3. AVALIAÇÃO DA AMEAÇA DE INTRODUÇÃO DO VÍRUS EBOLA NO BRASIL

A doença pelo vírus ebola (DVE) é uma das mais importantes na África subsaariana, ocasionando surtos esporádicos, afetando diversos países(1,2). O agente da doença é um vírus da família Filoviridae, do gênero

Ebolavirus, descoberto em 1976 a partir de surtos ocorridos ao sul do Sudão e norte da República Democrática do Congo (anteriormente Zaire), próximo ao rio Ebola, cujo o nome denomina o vírus(3,4).

Até o momento, foram descritas cinco subespécies de vírus Ebola, sendo que quatro afetando humanos e uma apenas primatas não humanos. As espécies são: vírus Ebola (Zaire Ebolavirus); Vírus Sudão (Sudan Ebolavirus); Vírus Taï Forest (Floresta Ebolavirus Taï, ex-Côte d'Ivoire Ebolavirus), vírus Bundibugyo (Bundibugyo Ebolavirus) e vírus Reston (Reston Ebolavirus) -este último afeta somente animais. O Zaire ebolavirus é o que apresenta a maior letalidade (4).

A DVE é uma zoonose, cujo morcego é o reservatório mais provável. Quatro dos cinco subtipos ocorrem em hospedeiro animal nativo da África. Acredita-se que o vírus foi transmitido para seres humanos a partir de contato com sangue, órgãos ou fluidos corporais de animais infectados, como chimpanzés, gorilas, morcegos-gigantes, antílopes e porcos-espinhos(4).

A infecção pelo vírus Ebola ocasiona febre (superior a 38°C), cefaleia, fraqueza, diarreia, vômitos, dor abdominal, inapetência, odinofagia e manifestações hemorrágicas. O período de incubação da doença pode variar de dois a 21 dias e os anticorpos IgM podem aparecer com dois dias após o início dos sintomas e desaparecer entre 30 e 168 dias após a infecção(4).

Em 8 de agosto de 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em decorrência da epidemia de ebola na África Ocidental (5). Esta emergência iniciou em dezembro de 2013 na Guiné e segundo a OMS, até 28 de agosto de 2014 o número total de casos prováveis e confirmados no surto atual da doença do vírus Ebola (EVD) nos quatro países afetados, conforme relatado pelos respectivos Ministérios da Saúde da Guiné, Libéria, Nigéria e Serra Leoa é 3.069 casos, com 1.552 mortes. No entanto, a maior parte dos casos estão concentrados em poucas localidades nesses países. Até o momento, a taxa de letalidade varia de 42% na Serra Leoa até 66% na Guiné(6).

Um outro surto de DVE foi identificado na República Democrática do Congo (RDC) e confirmado pela OMS em 26 de agosto de 2014. Não há evidências de relação entre o surto iniciado na Guiné com o surto na RDC(6).

3.1. Avaliação das vulnerabilidades

Até o momento não há registros de casos que suspeitos de Doença pelo Vírus Ebola no Brasil, segundo definição de caso (Anexo 7.1). No entanto, os recentes surtos na África Ocidental e o trânsito internacional de pessoas tornam o país vulnerável à introdução do vírus ebola. Deste modo, recomenda-se o aumento da capacidade de identificação de casos suspeitos da DVE nos serviços de saúde.

3.2. Suscetibilidade, exposição e transmissão

A suscetibilidade ao vírus Ebola é universal. No entanto, a adoção das medidas de prevenção garante segurança no manejo dos pacientes.

A transmissão só ocorre após o aparecimento dos sintomas e se dá por meio do contato com sangue, tecidos ou fluidos corporais de indivíduos infectados (incluindo cadáveres), ou do contato com superfícies e objetos contaminados. Não há transmissão durante o período de incubação.

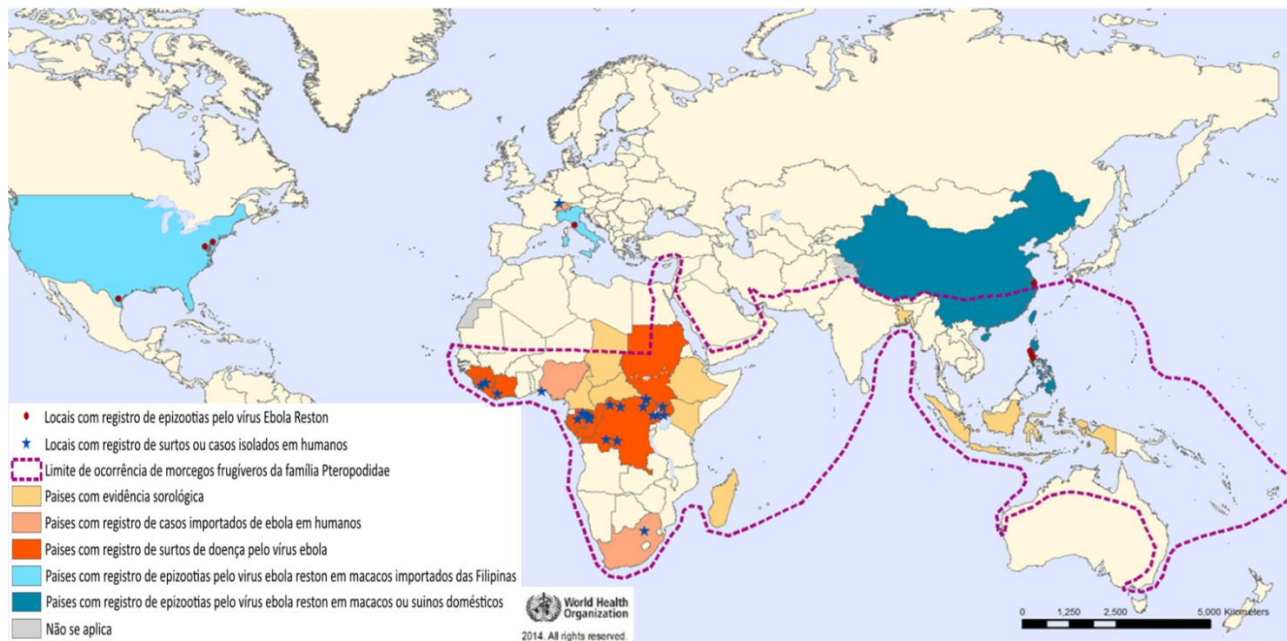
O risco de introdução da doença pelo vírus Ebola no Brasil é muito baixo, assim como a disseminação global do vírus a partir da África Ocidental. O Brasil não possui voos diretos com os países com casos autóctones e o fluxo internacional de viajantes é limitado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui capacidade para identificar, investigar e responder oportunamente aos casos suspeitos de ebola.

3.3. Fatores ambientais

Desde sua descoberta, os vírus Ebola são considerados endêmicos somente no continente africano, embora tenham sido detectados em animais (primatas e suínos) em outros países na Ásia, Europa e nos Estados Unidos. Além disso, estudos apontam o morcego frugívoro da família *Pterodidae* como possível reservatório do vírus. Este morcego não ocorre nas Américas (Figura 1).

Figura 1. Distribuição geográfica de surtos pelo vírus Ebola em humanos e animais desde a identificação do vírus em 1976 na República Democrática do Congo, no continente Africano. OMS, atualizado em 7 de agosto de 2014.



4. Estratégia do Plano de Contingência de DVE

O cenário da Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional na África, declarada pela Organização Mundial da Saúde em agosto de 2014, reforça a necessidade de preparação antecipada de todas as esferas de governo para o enfrentamento da ameaça de introdução do vírus Ebola no país. Este documento tem como objetivo sistematizar as ações e procedimentos, sob responsabilidade da esfera federal, de modo a apoiar em caráter complementar os estados e municípios, como estratégia de resposta coordenada à emergência em saúde pública.

Os Níveis de Resposta à emergência no Plano de Contingência de DVE foram definidos com base na projeção de cenários epidemiológicos de risco. Conforme definido no Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública (xxx), para ativação do COES, além da avaliação de risco, também deve ser considerado o grau de apoio necessário e a capacidade de resposta das esferas Estadual e Municipal. Os Níveis de Resposta do Plano de Contingência não necessariamente serão os mesmos que os Níveis de Ativação do COES, já que o COES inclui avaliação do componente operacional e visa a preparação de resposta à situação epidemiológica.

- **NÍVEL 0 (Atenção):** Ocorrência de surtos esporádicos em outros continentes com baixo risco de disseminação internacional.
- **NÍVEL 1 (Alerta):** Ocorrência de surtos em outros continentes com alto risco de disseminação internacional.
- **NÍVEL 2 (Detecção):** Detecção de caso suspeito de DVE em território nacional e/ou caso confirmado com transmissão alóctone (importado), sem registro de casos secundários (contatos).
- **NÍVEL 3 (Resposta):** Detecção de contato com caso suspeito e/ou confirmado que apresente sintomatologia clínica compatível com DVE, indicando a possibilidade de transmissão autóctone (caso secundário).

Os Níveis de Resposta foram definidos com base na situação epidemiológica na África Ocidental em agosto de 2014, onde ocorreu aumento significativo do número de casos e óbitos por DVE, que levou à declaração de ESPII, além da necessidade de preparação frente à possível introdução do vírus Ebola em território nacional para detecção de casos importados e/ou autóctones, visando resposta oportuna à introdução da doença no Brasil.

Cabe à Coordenação Geral de Vigilância e Resposta (CGVR), por meio do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), a responsabilidade de acompanhar a situação epidemiológica internacional, informando à Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis (CGDT) sobre a situação e as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), assim como dos Estados Parte. Cabe à CGDT registrar, investigar e acompanhar todos os casos notificados no Brasil, assim como aos indicadores da situação epidemiológica no mundo, com vistas a subsidiar a avaliação da necessidade de acionamento do Plano de Contingência.

Para tanto, informes técnicos, contendo a situação epidemiológica na África e outros países, assim como os registros no Brasil, apresentados e avaliados no Comitê de Monitoramento de Eventos (CME), subsidiarão a tomada de decisão para o acionamento do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COES), em nível adequado de ativação deste como resposta à situação epidemiológica vigente, a ser definido pelo Secretário de Vigilância em Saúde.

5. Níveis de resposta

5.1. Nível 0 (Atenção)

Cenário: Ocorrência de surtos esporádicos em outros continentes com baixo risco de disseminação internacional.

Ações e Atividades:

- Monitorar a situação epidemiológica do Ebola no mundo a partir da estratégia de vigilância internacional de fontes oficiais (OMS e Ministério da Saúde de países afetados) e não oficiais (rumores);
- Avaliar o risco de dispersão internacional do vírus a partir dos países afetados;
- Elaborar comunicado da avaliação de risco de propagação do Ebola no mundo com base nas recomendações da OMS/OPAS;
- Atualizar os cadastros de profissionais e serviços de apoio na resposta ao Ebola;
- Divulgar a situação epidemiológica do Ebola no mundo e risco de dispersão internacional.

5.2. Nível 1 (Alerta)

Cenário: Ocorrência de surtos em outros continentes com alto risco de disseminação internacional.

Ações e Atividades:

- Ativar o plano de contingência;
- Avaliar a necessidade de ativação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COES);
- Intensificar o monitorar da situação epidemiológica do Ebola no mundo a partir da estratégia de vigilância internacional de fontes oficiais (OMS e Ministério da Saúde de países afetados) e não oficiais (rumores);
- Atualizar sistematicamente a avaliação de risco de introdução do vírus no Brasil, com base nas recomendações da OMS/OPAS;
- Elaborar e divulgar comunicado sobre a situação epidemiológica do Ebola no mundo e risco de introdução no Brasil;
- Divulgar Nota Informativa da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) sobre a vigilância da DVE para SES e SMS;
- Atualizar site sobre a Doença pelo Vírus Ebolano sítio do Ministério da Saúde;
- Reunir os diversos setores envolvidos na resposta ao Ebola;
- Acionar os setores, gestores e pontos focais das diversas áreas envolvidas na resposta ao Ebola e definir as estratégias de coordenação;

- Checar os recursos necessários e estoque estratégico de insumos para execução das ações de resposta a uma eventual introdução do vírus no país;
- Reunir com gestores Estaduais com vista a esclarecer sobre a situação e articular a preparação da resposta coordenada com base nas ações previstas no plano de contingência para o vírus Ebola no Brasil;
- Atualizar a relação de hospitais de referência em doenças infecto-contagiosas para isolamento e tratamento de casos suspeitos/confirmados;
- Preparar, junto às SES e SMS, a rede assistencial para o atendimento dos casos de DVE;
- Preparar e apoiar as equipes do Pré-hospitalar, por meio de guia de orientações, para remoção/transporte de casos suspeitos e/ou confirmados;
- Definir componentes e escala de equipes para investigação epidemiológica de casos suspeitos;
- Definir equipes da assistência de resposta rápida para apoio técnico e de gestão aos estados e municípios na condução de casos suspeitos e/ou confirmados de DVE;
- Definir a rede de laboratórios de referência para diagnóstico etiológico:
 - Atualizar a relação de laboratórios com capacidade de processamento de amostras com risco biológico NB3/NB4;
 - Atualizar o critério de confirmação e descarte laboratorial de acordo com as metodologias definidas;
 - Atualizar e divulgar o protocolo laboratorial incluindo coleta, acondicionamento, armazenamento e transporte de amostras, biossegurança para o processamento de amostra e metodologia diagnóstica;
 - Disponibilizar algoritmo para fluxo e contra fluxo de informações entre vigilância e laboratório.
- Atualizar e divulgar os protocolos operacionais de vigilância, detecção e resposta:
 - Protocolo de Vigilância em Portos, Aeroportos e Fronteiras;
 - Protocolo de Vigilância;
 - Protocolo de Manejo clínico de Paciente suspeito de Ebola;
 - Protocolo de biossegurança e destino de resíduos;
 - Guia de orientação para atendimento e remoção de pacientes com suspeita ou confirmado de DVE – Ebola, para os profissionais do atendimento Pré-Hospitalar;
 - Orientação para liberação de paciente caso confirmado;
 - Orientação de manejo de cadáveres;
 - Plano de comunicação de risco.
- Capacitar os profissionais de saúde dos níveis federal e estadual de acordo com os diferentes eixos de atuação;
- Assessorar às SES no acompanhamento das ações desenvolvidas;

- Disponibilizar recursos humanos e materiais para o desenvolvimento das ações de vigilância e resposta;
- Divulgar material educativo (manuais, guias, notas informativas);
- Avalia a necessidade de mobilizar ações interministeriais adicionais;
- Avaliar a necessidade de convocação extraordinária do Grupo Executivo Interministerial, para atualização, discussão e encaminhamentos para tomadas de decisão.

5.3. Nível 2 (Detecção)

Cenário: Detecção de caso suspeito de DVE em território nacional e/ou caso confirmado com transmissão alóctone (importado), sem registro de casos secundários (contatos).

Ações e Atividades:

- Ativar o plano de contingência para o cenário de nível 2, com foco nas atividades de detecção e resposta;
- Recomendar a ativação do COES para resposta à emergência em nível compatível com o risco e o grau de apoio necessário às esferas municipais e estaduais;
- Divulgar amplamente fluxos e procedimentos para alerta e vigilância;
- Aplicar os protocolos definidos para vigilância, detecção e resposta;
- Monitorar a situação epidemiológica e o risco de introdução do vírus no Brasil e comunicar à rede do CIEVS/SUS;
- Divulgar informe técnico oficial (sistemático) que relate sobre os casos detectados, em investigação, assim com sua classificação e acompanhamento;
- Reavaliar a necessidade de recursos humanos e materiais adicionais assim como reposição de estoque estratégico de insumos;
- Reunir com gestores Estaduais com vista a atualizar sobre a situação e articular as atividades de resposta coordenada diante da detecção de casos suspeitos com base nas ações previstas no plano de contingência (cenário de nível 2);
- Reavaliar a demanda e a disponibilidade de leitos para atendimento e isolamento de pacientes casos suspeitos nos hospitais de referência;
- Manter equipes de resposta rápida da FN–SUS em escala de sobreaviso para resposta imediata em caso suspeito e/ou confirmado de DVE;
- Manter equipes de sobreaviso para investigação epidemiológica de casos suspeitos de DVE e recompor, caso seja necessário;
- Reavaliar e redefinir (se for o caso) a rede de laboratórios de referência para diagnóstico etiológico adequando o fluxo e contra fluxo de encaminhamento quando necessário;

- Aplicar os protocolos operacionais de vigilância, detecção e resposta;
- Preparar e apoiar as equipes do Pré-hospitalar, por meio de guia de orientações, para remoção/transporte de casos suspeitos e/ou confirmados;
- Reavaliar a necessidade de capacitar novos profissionais de saúde dos níveis federal e estadual e municipal de acordo com os diferentes eixos de atuação;
- Assessorar as SES e SMS no acompanhamento das ações desenvolvidas
- Reavaliar os recursos humanos e materiais disponíveis e readequar de acordo com a necessidade;
- Ampliar a divulgação de material educativo para áreas com maior risco;
- Reavaliar a necessidade de Mobilizar ações interministeriais adicionais;
- Reavaliar a necessidade de convocação extraordinária do Grupo Executivo Interministerial.

5.4. Nível 3 (Resposta)

Cenário: Detecção de contato com caso suspeito e/ou confirmado que apresente sintomatologia clínica compatível com DVE, indicando a possibilidade de transmissão autóctone (caso secundário).

Ações e Atividades:

- Ativar o plano de contingência para o cenário de nível 3, com foco nas atividades de contenção e resposta;
- Adequar as estratégias de vigilância para contatos sintomáticos e seus contatos;
- Adequar as definições de caso suspeito e contatos, considerando a possibilidade de transmissão autóctone do vírus no Brasil;
- Recomendar a ativação do COES para resposta à emergência em nível compatível com o risco e o grau de apoio necessário às esferas municipais e estaduais;
- Divulgar amplamente fluxos e procedimentos para contenção e resposta;
- Aplicar os protocolos definidos para contenção e resposta;
- Monitorar a situação epidemiológica e o risco de propagação do vírus no Brasil e comunicar à rede do CIEVS/SUS;
- Divulgar informe técnico oficial (sistemático) que relate sobre casos suspeitos os casos detectados, em investigação, assim com sua classificação e acompanhamento, incluindo os contatos sintomáticos e em acompanhamento;
- Reavaliar a necessidade de recursos humanos e materiais adicionais assim como reposição de estoque estratégico de insumos;
- Reunir com gestores Estaduais com vista a atualizar sobre a situação e articular as atividades de resposta coordenada diante da detecção de casos confirmados e/ou secundários indicando

possível transmissão autóctone, com base nas ações previstas no plano de contingência (cenário de nível 3);

- Reavaliar a demanda e a disponibilidade de leitos para atendimento e isolamento de pacientes casos suspeitos nos hospitais de referência;
- Avaliar o seguimento e apoio de todas as orientações, protocolos técnicos assistenciais e manejo do paciente confirmado ou suspeito de DVE, assim como cuidados com o corpo em caso de evolução para óbito;
- Avaliar a capacidade de resposta da SES e SMS e acionar equipes de sobreaviso da FN-SUS, bem como equipamentos e insumos necessários;
- Manter equipes para investigação epidemiológica de casos suspeitos e contatos;
- Reavaliar e redefinir (se for o caso) a rede de laboratórios de referência para diagnóstico etiológico adequando o fluxo e contra fluxo de encaminhamento quando necessário;
- Reavaliar e adequar (se for o caso) os protocolos operacionais de vigilância, detecção e resposta;
- Preparar e apoiar as equipes do Pré-hospitalar, por meio de guia de orientações, para remoção/transporte de casos suspeitos e/ou confirmados;
- Reavaliar a necessidade de capacitar novos profissionais de saúde dos níveis federal e estadual de acordo com os diferentes eixos de atuação;
- Assessorar as SES no acompanhamento das ações desenvolvidas;
- Reavaliar os recursos humanos e materiais disponíveis e readequar de acordo com a necessidade;
- Ampliar a divulgação de material educativo para áreas com maior risco;
- Reavaliar a necessidade de Mobilizar ações interministeriais adicionais;
- Reavaliar a necessidade de convocação extraordinária do Grupo Executivo Interministerial.

6. Referências

1. Tambo E, Ugwu EC, Ngogang JY. Need of surveillance response systems to combat Ebola outbreaks and other emerging infectious diseases in African countries. *Infect Dis poverty* [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Aug 28];3:29. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4130433&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
2. Klenk HD. Filoviruses: closing the gap on a killer. 1999;(1991):53706.
3. Rollin PE, Ksiazek TG. Ebola haemorrhagic fever. *Trans R Soc Trop Med Hyg* [Internet]. 1998;92(1):1–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9692135>
4. Feldmann H, Geisbert TW. Ebola haemorrhagic fever. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2011 Mar 5 [cited 2014 Aug 2];377(9768):849–62. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3406178&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. Ansumana R, Bonwitt J, Stenger D a, Jacobsen KH. Ebola in Sierra Leone: a call for action. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2014 Jul 4 [cited 2014 Jul 25];384(9940):303. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25002177>
6. OMS. Disease Outbreak News (DONs) [Internet]. www.who.int. 2014 [cited 2014 Aug 29]. Available from: <http://www.who.int/csr/don/en/>

7. Anexos

7.1. Protocolo de vigilância e manejo de casos suspeitos de doença pelo vírus ebola (DVE)

Versão 7 – atualização em 08 de setembro de 2014

FRENTE A UM CASO SUSPEITO DE EBOLA, O ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE, O MANEJO CLÍNICO, O FLUXO DE EXAMES E INFORMAÇÕES SERÃO ORIENTADOS DIRETAMENTE PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, EM ARTICULAÇÃO COM AS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE.

DEFINIÇÕES

- **CASO SUSPEITO:** Indivíduo procedente, nos últimos 21 dias, de país com transmissão disseminada ou intensa de Ebola* que apresente febre de início súbito, podendo ser acompanhada de sinais de hemorragia, como: diarreia sanguinolenta, gengivorragia, enterorragia, hemorragias internas, sinais purpúricos e hematúria. Apenas serão considerados suspeitos os indivíduos que relatem contato com pessoa com suspeita ou com diagnóstico de Ebola.

* Libéria, Guiné e Serra Leoa

- **CASO PROVÁVEL:** caso suspeito com histórico de contato com pessoa doente, participação em funerais ou rituais fúnebres de pessoas com suspeita da doença ou contato com animais doentes ou mortos.
- **CASO CONFIRMADO:** Caso suspeito com resultado laboratorial para Reação de Polimerase em Cadeia (PCR) conclusivo para Ebola realizado em laboratório de referência.
- **CASO DESCARTADO:** Caso suspeito com dois resultados laboratoriais para Reação de Polimerase em Cadeia (PCR) negativos para Ebola realizados em Laboratório de Referência definido pelo Ministério da Saúde, com intervalo mínimo de 48 horas entre as duas colheitas.
- **CONTACTANTE ou COMUNICANTE:** Indivíduo que teve contato com sangue, fluido ou secreção de caso suspeito ou confirmado; ou que dormiu na mesma casa; ou teve contato físico direto com casos suspeitos ou com corpo de casos suspeitos que foram a óbito (funeral); ou teve contato com roupa ou roupa de cama de casos suspeitos; ou que tenha sido amamentado por casos suspeitos (bebês).

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

A doença pelo vírus Ebola (DVE) é causada por vírus da família *Filoviridae*, gênero *Ebolavirus*. Quando a infecção ocorre, os sintomas geralmente começam de forma abrupta. A primeira espécie de vírus Ebola foi descoberta em 1976, onde atualmente é a República Democrática do Congo, próximo ao rio Ebola. Desde então, os surtos têm ocorrido esporadicamente.

Há cinco subespécies identificadas de vírus Ebola. Quatro dos cinco têm causado doenças nos seres humanos: vírus Ebola (Zaire Ebolavirus); Vírus Sudão (SudanEbolavirus); Vírus Taï Forest (Floresta EbolavirusTaï, ex-Côte d'IvoireEbolavirus); e vírus Bundibugyo (BundibugyoEbolavirus). O quinto, vírus Reston (RestonEbolavirus), causou doença em primatas não humanos, mas não em seres humanos.

De acordo com as evidências científicas disponíveis, o vírus é zoonótico e o morcego é o reservatório mais provável. Quatro dos cinco subtipos ocorrem em hospedeiro animal nativo da África.

A infecção pelo vírus Ebola ocasiona febre (superior a 38°C), cefaleia, fraqueza, diarreia, vômitos, dor abdominal, inapetência, odinofagia e manifestações hemorrágicas.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período de incubação pode variar de 2 a 21 dias.

TRANSMISSÃO

Não há transmissão durante o período de incubação. A transmissão só ocorre após o aparecimento dos sintomas e se dá por meio do contato com sangue, tecidos ou fluidos corporais de indivíduos infectados (incluindo cadáveres), ou do contato com superfícies e objetos contaminados.

DETECÇÃO, NOTIFICAÇÃO E REGISTRO

O Ebola é uma doença de notificação compulsória imediata. A notificação deve ser realizada pelo profissional de saúde ou pelo serviço que prestar o primeiro atendimento ao paciente, pelo meio mais rápido disponível, de acordo com a Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014.

Todo caso suspeito deve ser notificado imediatamente às autoridades de saúde das Secretarias municipais, Estaduais e à Secretaria de Vigilância em Saúde por um dos seguintes meios: telefone 0800.644.6645, preferencialmente; e-mail notifica@saude.gov.br ou formulário eletrônico no site da SVS.

Endereço eletrônico: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=6742.

O registro dos casos que se enquadram na definição de caso suspeito de Ebola deve ser realizado por meio da ficha de notificação individual no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) utilizando o Código Internacional de Doenças (CID) A98.4. A ficha de registro está acessível por meio do endereço <http://j.mp/1kY2rk8>.

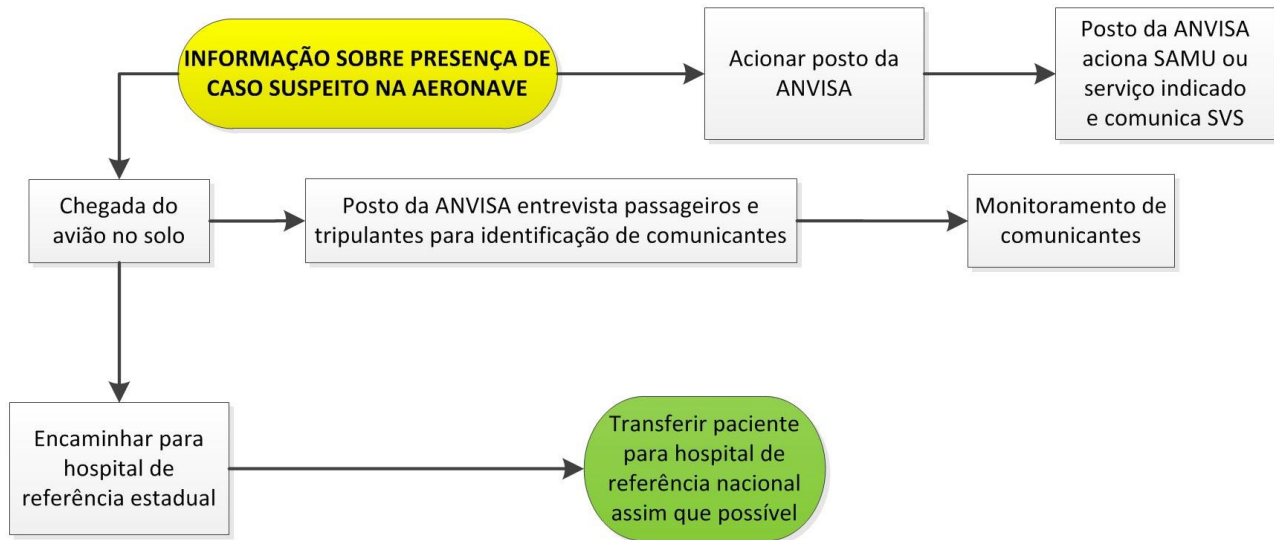
CASO SUSPEITO EM AVIÃO

Na ocorrência de caso suspeito em aeronave, deverão ser adotados os seguintes procedimentos:

1. O caso suspeito deve ser manejado na aeronave e informado ao aeroporto de destino, seguindo os protocolos e procedimentos da ANVISA, de acordo com as orientações dos organismos internacionais;
2. O aeroporto deve acionar, imediatamente, o Posto da ANVISA, que realizará os procedimentos indicados para avaliação do caso e adoção das medidas necessárias;
3. O Posto da Anvisa deve acionar o SAMU 192 ou serviço indicado pela Secretaria Estadual de Saúde;
4. Se caracterizado como caso suspeito de Ebola e caso haja condição clínica para remoção, o Posto da ANVISA deverá notificar o caso à SVS (0800 – 644 - 6645) que orientará a conduta e acionará o transporte aéreo para o hospital de referência nacional (Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fiocruz – RJ), exceto para o estado de São Paulo, cuja referência será o Instituto de Infectologia Emílio Ribas;
5. Não sendo possível o encaminhamento imediato para o hospital de referência nacional ou no caso do paciente não ter condições de ser transferido por conta de sua condição de saúde (retirar). O SAMU 192 ou serviço indicado pela Secretaria Estadual de Saúde deverá comunicar o hospital de referência estadual sobre o deslocamento do paciente. O paciente deverá ser transportado para o hospital de referência estadual e apenas os profissionais do SAMU 192 ou serviço indicado pela Secretaria Estadual de Saúde deverão realizar o transporte do paciente, utilizando os equipamentos de proteção individual-EPI preconizados;
6. O Posto da ANVISA entrevistará os passageiros e tripulantes para identificação de contactantes;
7. Os passageiros sentados ao lado do caso suspeito, imediatamente à frente e atrás, devem ser incluídos como contactantes, bem como os passageiros e tripulantes que tiveram contato com fluidos corpóreos e pessoas que estão acompanhando o caso suspeito na viagem;
8. Os contactantes deverão ser acompanhados pela Secretaria Estadual de Saúde;
9. Os procedimentos de limpeza e desinfecção da aeronave devem seguir o “Plano de Contingência e Resposta para Emergência em Saúde Pública para Pontos de Entrada” da ANVISA.

Nos casos suspeitos em navios deverão ser adotados os mesmos procedimentos do “Plano de Contingência e Resposta para Emergência em Saúde Pública para Pontos de Entrada”.

Aeroporto



ATENDIMENTO INICIAL DO CASO SUSPEITO EM SERVIÇO DE SAÚDE

Considerando a emergência internacional, é importante que, no primeiro contato com paciente febril, os serviços de saúde perguntem sobre o histórico de viagem nos últimos 21 dias para os países onde há epidemia de Ebola. Caso positivo, o paciente será considerado como caso suspeito e deverão ser adotadas as medidas de biossegurança indicadas, evitando-se qualquer contato, procedimento ou manipulação que não seja absolutamente essencial naquele momento.

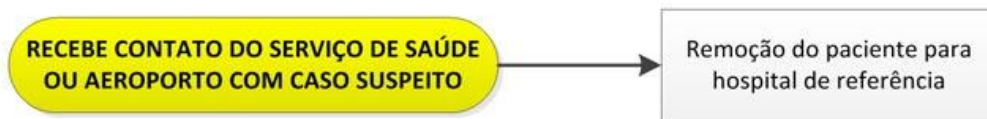
O serviço de saúde público ou privado que atender um caso suspeito de Ebola deverá notificar imediatamente à Secretaria Municipal, Estadual de Saúde ou à SVS; e acionar o SAMU 192 ou serviço indicado pela Secretaria Estadual de Saúde, que é o responsável pelo transporte do paciente ao hospital de referência. Deve-se manter o paciente em isolamento e aguardar a chegada da equipe ao local para realizar o transporte para o hospital de referência estadual.

As equipes dos hospitais de referência, juntamente com as comissões de controle de infecção hospitalar deverão definir condições, fluxos, procedimentos e responsáveis pelo atendimento dos casos suspeitos de Ebola.

Serviço de Saúde



SAMU 192 ou serviço indicado



PROCEDIMENTOS GERAIS A SEREM REALIZADOS NOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO DO PACIENTE

Alguns procedimentos gerais devem ser adotados no atendimento a um paciente considerado como suspeito para Ebola:

1. Todos os casos suspeitos de DVE serão encaminhados para o Hospital de Referência Nacional (Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – Fiocruz, Rio de Janeiro) tão logo seja possível seu transporte, exceto para o estado de São Paulo, cuja referência será o Instituto de Infectologia Emílio Ribas;
2. Todas as atividades que envolvem o atendimento ao paciente e o manuseio de qualquer material que teve contato com ele ou com seus fluidos corporais deverão ser realizadas adotando-se as medidas de biossegurança indicadas a cada caso;
3. Todos os profissionais de saúde encarregados do atendimento direto aos pacientes suspeitos de DVE devem estar protegidos utilizando os EPI especificados na Nota Técnica 2/2014 GGES/ANVISA e no Anexo B deste Protocolo.
4. Evitar a movimentação e o transporte do paciente para fora do quarto de isolamento, restringindo-os às necessidades médicas. Quando necessário, tanto o paciente quanto o profissional que for fazer o transporte devem utilizar os EPI recomendados;
5. Não manipular caneta, telefone celular, óculos de grau ou outro objeto pessoal enquanto estiver paramentado, para evitar contaminação;
6. Recomenda-se que os procedimentos de paramentação e retirada dos EPI sejam realizados em dupla, permitindo a observação cuidadosa da rotina de biossegurança preconizada;
7. Atenção especial deve ser dada aos procedimentos de lavagem das mãos, por parte dos profissionais que realizam os procedimentos, utilizando antisséptico como o álcool-gel ou soluções padronizadas pelo serviço. A higiene das mãos deve ser realizada imediatamente após a remoção dos EPI.

8. Todos os EPI deverão ser descartados como resíduos do Grupo A1, conforme descrito na RDC/Anvisa nº 306 de 04 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;
9. Usar dispositivos descartáveis para o atendimento ao paciente sempre que possível. Quando não houver dispositivo descartável, implantar o uso exclusivo para cada paciente, de estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro, que deverão sofrer desinfecção imediatamente após o uso;
10. Evitar o uso de altas pressões de água e procedimentos que gerem aerossóis e respingos;
11. Usar os EPI recomendados durante a limpeza do meio ambiente e do manuseio de resíduos;
12. Descartar os materiais perfuro-cortantes em recipientes de paredes rígidas, resistentes à punção, com tampa e resistentes à esterilização. Estes recipientes deverão estar localizados próximos à área de uso. Estes resíduos são considerados do Grupo A1;
13. Todos os itens com os quais o paciente tiver contato e superfícies devem ser submetidos à desinfecção com hipoclorito de sódio 10.000 ppm ou 1% de cloro ativo (com 10 minutos de contato) ou álcool a 70%. Este procedimento deve ser repetido a cada troca de plantão ou conforme necessidade, de acordo com o Manual Segurança do Paciente Limpeza e Desinfecção de Superfícies da Anvisa.

ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA ESTADUAL

O paciente permanecerá no hospital de referência estadual até que seja possível a sua remoção para o hospital de referência nacional. Caso a condição clínica do paciente não permita a transferência do mesmo de forma imediata, a reavaliação do quadro clínico deve ser periodicamente realizada e, tão logo seja possível, o SAMU 192 ou serviço indicado deve ser acionado para realização do transporte do paciente para a aeronave que o levará ao estado onde está localizado o hospital de referência nacional e o atendimento ao paciente será continuado no hospital de referência nacional.

Os hospitais de referência estaduais deverão adotar os seguintes procedimentos específicos frente a um caso suspeito:

1. Notificar imediatamente a Secretaria Municipal, Estadual de Saúde ou à SVS;
2. Avaliar continuamente a condição clínica do paciente para verificar possibilidade de transferência para o hospital de referência nacional;
3. Orientar o paciente e familiares/acompanhantes sobre os procedimentos que serão adotados;
4. Internar o paciente em quarto privativo com banheiro, em isolamento, com condições de suporte à vida;
5. Realizar primeira colheita de material do paciente (10 mL sangue total) para o diagnóstico confirmatório de Ebola e exames diferenciais;
6. O teste rápido para malária deverá ser realizado em todos os casos suspeitos à beira do leito, por meio de punção da polpa digital, seguindo o passo a passo do folder disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/11/Testes-r-rpidos-para-o-diagn--stico-de-mal--ria-transporte--armazenagem-e-utiliza----o.pdf>. Caso o teste seja positivo para malária, iniciar a terapêutica específica. Esse diagnóstico não descarta a suspeita de Ebola;
7. Foram encaminhados, pelo Ministério da Saúde, 05 kits para o teste rápido de malária para os Hospitais de Referência de cada estado;

8. Outros exames de patologia clínica serão realizados somente no laboratório do hospital de referência nacional (Instituto Nacional de Infectologia – INI/Fiocruz – RJ);
9. Amostra para diagnóstico etiológico será transportada por empresa contratada pelo Ministério da Saúde para o laboratório de referência nacional Instituto Evandro Chagas (IEC) – Pará;
10. Indicar a hidratação oral ou endovenosa, conforme avaliação clínica;
11. Iniciar antibioticoterapia com cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona);
12. Frente a um resultado laboratorial negativo para Ebola (PCR negativo), colher segunda amostra de sangue total 48 horas após a primeira colheita e encaminhá-la para o laboratório de referência;
13. Caso um resultado para o PCR seja positivo, o paciente será confirmado para Ebola;
14. Sendo negativos os resultados de ambas as análises laboratoriais realizadas pelo laboratório de referência, o caso será descartado para Ebola.

ORIENTAÇÕES PARA ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL DE EMERGÊNCIA Esta situação se caracteriza pela necessidade de atendimento transfusional imediato, em caráter emergencial, nas unidades hospitalares de atendimento inicial (referências estaduais) onde não se realizará exames laboratoriais exceto a coleta de amostra para diagnóstico que será encaminhada aos laboratórios de referência para confirmação diagnóstica.

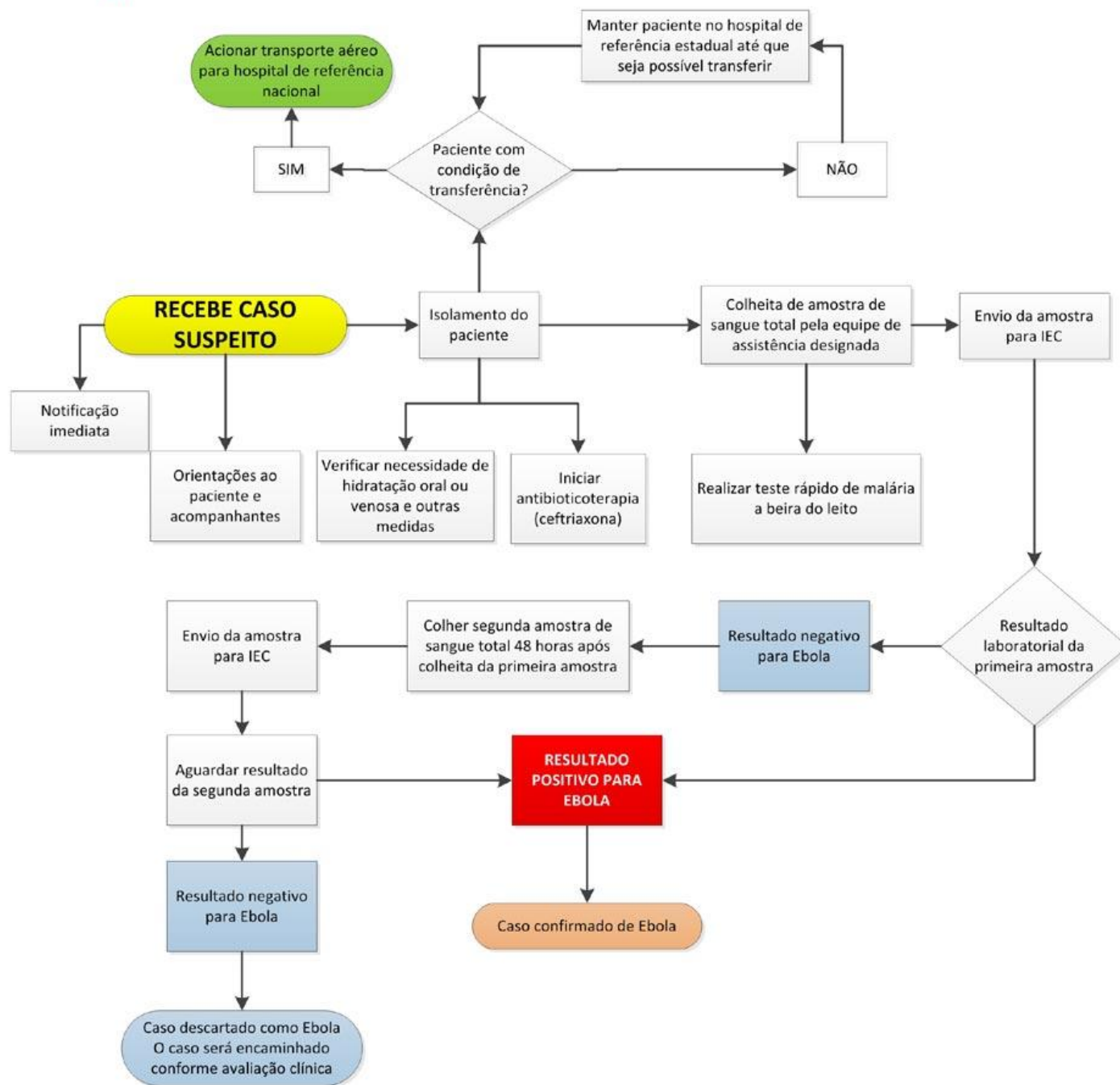
Nesta situação, objetivando a redução dos riscos associados à manipulação de amostras de sangue potencialmente contaminadas, sem a disponibilidade de laboratórios de referência com nível de segurança adequado preconiza-se o atendimento transfusional de EMERGÊNCIA como previsto na portaria MS nº 2.712/2013 art. 171. Recomenda-se a utilização:

- Concentrado de Hemácias (CH) O RhD negativo, na hipótese de não haver o tipo de sangue em estoque suficiente no serviço de hemoterapia, poderá ser usado O RhD positivo, sobretudo em pacientes do sexo masculino ou em pacientes de qualquer sexo com mais de 45 (quarenta e cinco) anos de idade;
- Plasma Fresco Congelado (PFC/PFC24) AB RhD positivo ou negativo, na hipótese de estoque insuficiente deste grupo sanguíneo poderá ser usado A RhD positivo ou negativo com pesquisa de hemolisina anti-A e anti-B negativas (método quantitativo ou qualitativo);
- Concentrado de Plaquetas (CP) O RhD positivo ou negativo, com pesquisa de hemolisina anti-A e anti-B negativas (método quantitativo ou qualitativo);
- Crioprecipitado (CRIO) de qualquer grupo sanguíneo.

Como definido na legislação de referência, citada acima, os serviços de atendimento inicial nas situações assinaladas devem possuir protocolo específico aprovado pelo Comitê Transfusional prevendo o atendimento nesta situação e a equipe médica assistente deve ter ciência do risco inerente ao atendimento transfusional sem a realização dos testes pré-transfusionais.

Os critérios para a indicação de transfusão de hemocomponentes estão baseados em evidências clínicas, não sendo disponível a avaliação laboratorial, portanto as indicações devem ser criteriosas e somente na evidência de situação de EMERGÊNCIA bem caracterizada pela equipe médica assistente e discutida com o responsável técnico da agência transfusional do serviço hospitalar.

Hospital de referência estadual

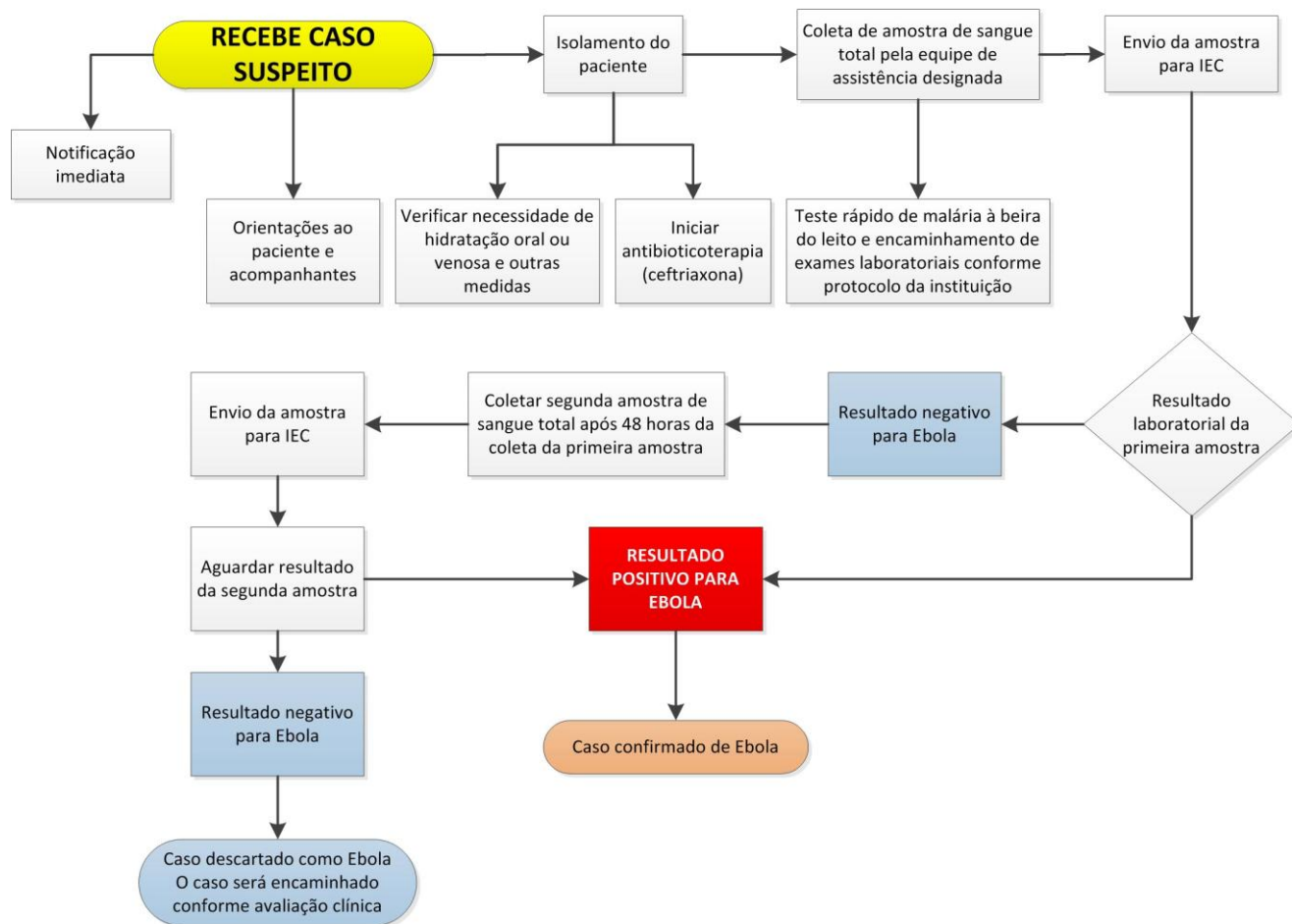


CONTINUIDADE DO ATENDIMENTO DO CASO SUSPEITO NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA NACIONAL

O hospital de referência nacional deverá adotar os seguintes procedimentos específicos frente a um caso suspeito:

1. Notificar imediatamente a Secretaria Municipal, Estadual de Saúde ou à SVS;
2. Orientar o paciente e familiares/acompanhantes sobre os procedimentos que serão adotados;
3. Internar o paciente em quarto privativo com banheiro, em isolamento, com condições de suporte à vida;
4. Realizar primeira coleta de material do paciente (sangue total) para diagnóstico laboratorial de Ebola e teste rápido para malária em alíquotas separadas;
5. O teste rápido para malária deverá ser realizado em todos os casos suspeitos à beira do leito. Caso o teste seja positivo para malária, iniciar a terapêutica específica. Esse diagnóstico não descarta a suspeita de Ebola;
6. Amostra para diagnóstico etiológico será transportada por empresa contratada pelo Ministério da Saúde para o laboratório de referência nacional Instituto Evandro Chagas (IEC) – Pará;
7. Indicar a hidratação oral ou endovenosa, conforme avaliação clínica;
8. Iniciar antibioticoterapia com cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona);
9. Frente a um resultado laboratorial negativo para Ebola (PCR negativo), colher segunda amostra de sangue total 48 horas após a primeira colheita e encaminhá-la para o laboratório de referência;
10. Caso um resultado para o PCR seja positivo, o paciente será confirmado para Ebola;
11. Sendo negativos os resultados de ambas as análises laboratoriais realizadas pelo laboratório de referência, o caso será descartado para Ebola.

Hospital de referência nacional



PROCEDIMENTOS PARA DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

1. Colheita

As amostras de sangue somente deverão ser colhidas após a chegada da caixa de transporte à área adjacente ao quarto de isolamento onde está o paciente.

A colheita de amostras deve ser realizada de modo asséptico pela equipe responsável pela atenção direta ao paciente. O responsável pela colheita deve estar protegido com os EPI adequados.

2. Tipo de amostra

Deverão ser colhidos 10 mL de sangue para o diagnóstico confirmatório de DVE e para exames diferenciais (Dengue, Malária, Febre Amarela e outros) que deverão ser encaminhados e processados no IEC - PA. Não é necessário, na fase aguda, separar o soro do sangue, procedimento que pode aumentar significativamente o risco de infecção acidental. É obrigatório o uso de sistema de coleta de sangue a vácuo com tubos plásticos, secos, estéreis e selados para o diagnóstico etiológico.

Nos casos de óbitos em que não se tenha obtido o sangue, fragmento de pele (sugere-se do pescoço) e swab deorofaringe (Swab de Rayon), deverão ser colhidos e transportados em tubo seco para o IEC – PA. A coleta da amostra deve ser realizada de modo asséptico, destacando no procedimento a obrigatoriedade de proteção com o uso dos EPI adequados. A necropsia não deverá ser realizada.

Os materiais utilizados para coleta de fragmento de pele (tubo estéril de vidro ou plástico com tampa de borracha ou tubo de vidro com tampa de rosca) e secreção de orofaringe (swab de rayon) são adquiridos pelas Secretarias Estaduais de Saúde e distribuídos para os hospitais municipais e estaduais.

3. Transporte de amostra

O material biológico (sangue ou tecidos) deve ser transportado com gelo seco (aproximadamente 5 kg) ou gelox, em caixas triplas destinadas às substâncias infecciosas Categoria A UN/2814, para o Laboratório de Referência Nacional (IEC – PA) em até 24 horas. As substâncias infecciosas da categoria A só podem ser transportadas em embalagens que atendam às especificações da classe 6.2 da Organização das Nações Unidas e estejam em conformidade com a Instrução de embalagem P620 (Figura 1).

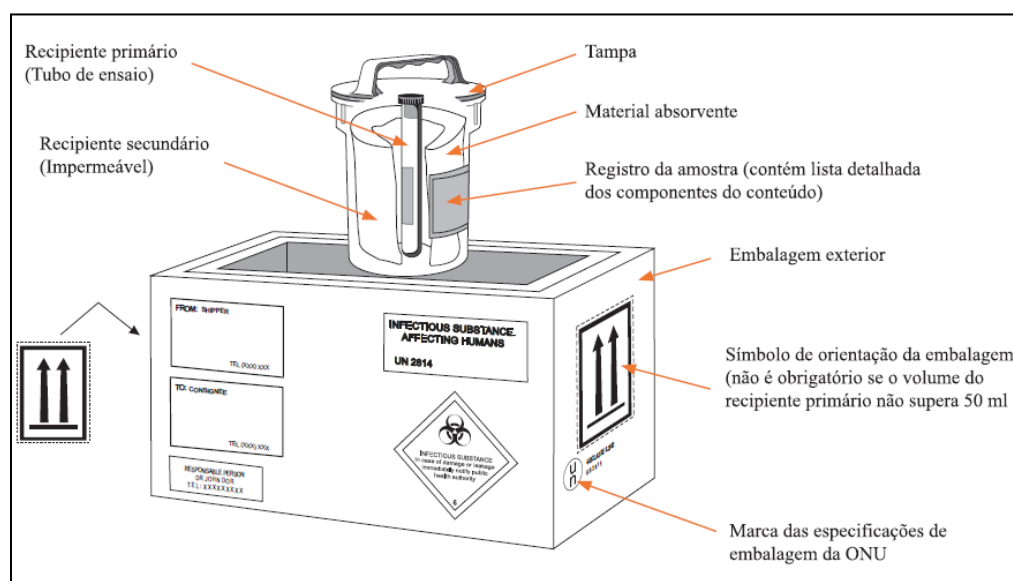


Figura 1. Exemplo de sistema de embalagem tripla para a embalagem e etiquetagem de substâncias infecciosas Categoria A (Guia de Regulamentação de Transporte de Substâncias Infecciosas, OMS, 2013-2014).

A embalagem do material biológico será realizada pela equipe responsável pela colheita no hospital, juntamente com um técnico certificado pela OMS para transporte de substâncias infecciosas, designado pelo Lacen ou pela SVS/MS, que deverá se deslocar até o hospital de referência para a execução e orientação da equipe quanto aos procedimentos de embalagem descritos no anexo D.

O transporte do material desde a unidade de saúde até o laboratório de referência (IEC) é de responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde. As amostras deverão ser enviadas para o IEC juntamente com a ficha de solicitação do exame com dados do paciente, a ficha de Conhecimento de Embarque Aéreo disponibilizada pela

empresa transportadora (Figura 2) e a Declaração de Mercadoria Perigosa preenchida por um expedidor certificado pela OMS (Figura 3).

O isolamento viral não deverá ser realizado no país, pois nenhum laboratório público (federal, estadual ou municipal – incluindo os das universidades públicas) ou privado dispõe de condições de biossegurança adequadas para a realização da técnica. A técnica utilizada para confirmação ou descarte do caso será a Reação de Polimerase em Cadeia (PCR).

SHIPPER'S DECLARATION FOR DANGEROUS GOODS						
Shipper				Air Waybill No. Page of Pages Shipper's Reference Number (optional)		
Consignee						
Two completed and signed copies of this declaration must be handed to the operator.				WARNING Failure to comply in all aspects with the applicable Dangerous Goods Regulations may be in breach of the applicable law, subject to legal penalties.		
TRANSPORT DETAILS						
This shipment is within the limitations prescribed for: (Delete non-applicable)		Airport of Departure:				
PASSENGER AND CARGO AIRCRAFT	CARGO AIRCRAFT ONLY					
Airport of Destination:				Shipment Type (Delete non-applicable)		
				NON-RADIOACTIVE RADIOACTIVE		
NATURE AND QUANTITY OF DANGEROUS GOODS						
Dangerous Goods Identification						
UN or ID No.	Proper Shipping Name	Class or Division (Subsidiary Risk)	Packing Group	Quantity and Type of Packing	Packing Inst.	Authorization
UN 2814	Infectious substance, affecting humans (Ebola virus)	6.2		50ml	620	
UN 1845	Dry Ice	9		20Kg All packed in one fibreboard box	954	
Additional Handling Information						
I hereby declare that the contents of this consignment are fully and accurately described above by the proper shipping name, and are classified, packaged, marked and labelled/placarded, and are in all respects in proper condition for transport according to applicable international and national governmental regulations.				Name/Title of Signatory Place and Date: Signature <i>(see warning above)</i>		

Figura 3. Declaração de Mercadoria Perigosa

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

A DVE é uma síndrome febril hemorrágica aguda cujos diagnósticos diferenciais principais são: malária, febre tifoide, shigelose, cólera, leptospirose, peste, rickettsiose, febre recorrente, doença meningocócica, hepatite, dengue grave e outras febres hemorrágicas.

TRATAMENTO

Não existe tratamento específico para a doença, sendo limitado às medidas de suporte à vida.

INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Colher informações detalhadas sobre o histórico de viagem para áreas afetadas pelo vírus, a fim de identificar possível local provável de infecção (LPI).

Deve-se, ainda, buscar no histórico de viagem as atividades de possível exposição ao vírus, como contato com indivíduo suspeito (vivo ou morto); animal (vivo ou morto); e tecidos, sangue e outros fluidos corporais infectados. Adicionalmente, recomenda-se registrar detalhadamente as manifestações clínicas apresentadas.

Os contatos de casos suspeitos identificados deverão ser monitorados por 21 dias após a última exposição conhecida.

Para o acompanhamento dos contatos assintomáticos não é necessário o uso de EPI pelos profissionais de saúde. A partir da manifestação de sintomas compatíveis com DVE os contactantes serão tratados como casos suspeitos.

ANEXOS

A. QUESTIONÁRIO E TABELA PARA ACOMPANHAMENTO DOS CONTATOS

Questionário para acompanhamento dos contatos

1. Data e Local da entrevista:
2. Nome:
3. Sexo:
4. Idade:
5. Profissão/Ocupação:
6. Se profissional de saúde, local de trabalho:
7. Local de residência:
8. Local de procedência:
9. Histórico de contato com contato direto com sangue, tecidos ou fluidos corporais de casos suspeitos ou contato com superfícies ou objetos contaminados por casos suspeitos nos últimos 21 dias:
10. Relação com o(s) caso(s) suspeito(s): familiar___, amigo___, profissional___, sem relação___
11. Quem foi (foram) o(s) caso(s) suspeito(s):
12. Tipo de contato com o(s) caso(s) suspeito(s): físico___, roupas___, sangue ou fluidos corporais___, dormir na mesma casa___, utilizar os mesmos utensílios domésticos___
13. Data e Local de contato com o(s) caso(s) suspeito(s):
14. Tempo de exposição ou contato com o(s) caso(s) suspeito(s):
15. Presença de sinais ou sintomas:
16. Data de início dos sintomas:

Tabela para acompanhamento dos contatos

Nome do contato	Tipo de contato	Data do contato	O contato apresentou febre?	O contato apresentou sinal de hemorragia?	O contato está vivo?	O contato foi confirmado para Ebola?

B. ORIENTAÇÕES SOBRE USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) PARA SITUAÇÕES OU ATIVIDADES DE RISCO PROFISSIONAL

Todos os profissionais envolvidos na assistência direta ou indireta a pacientes com suspeita de infecção pelo vírus Ebola devem utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de acordo com a situação ou atividade de risco profissional.

ID	SITUAÇÕES OU ATIVIDADES DE RISCO PROFISSIONAL	EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)
1	Atendimento de paciente com suspeita de DVE que apresente quadro clínico sem complicações (sem vômito, sem sangramento e sem diarreia).	- Higienização das mãos - Máscara cirúrgica - Protetor facial completo; - Gorro; - Capote/avental impermeável OU macacão impermeável (com capuz e mangas compridas, punho e tornozelos com elástico, resistente à abrasão, resistência à penetração viral, costuras termoseladas, com abertura e fechamento frontal por zíper com abertura e fechamento frontal por zíper vedado com fita impermeável); - Luvas descartáveis: dois (2) pares com fixação do punho ao macacão vedado com fita impermeável se a vedação não for completa. - Obs.: inserir o cano do primeiro par por dentro do punho e o cano do segundo par sobre o punho do capote/avental ou macacão; - Botas de cano longo impermeáveis ou sapato fechado; - Cobre bota impermeável de cano longo, com elástico e descartável.
2	Profissional envolvido no transporte do paciente;	- Higienização das mãos; - Máscara N95 ou PFF2; - Protetor facial completo; - Macacão impermeável (com capuz e mangas compridas, punho e tornozelos com elástico, resistente à abrasão, resistência à penetração viral, costuras termoseladas, com abertura e fechamento frontal por zíper vedado com fita impermeável); - Luvas descartáveis: dois (2) pares com fixação do punho ao macacão vedado com fita impermeável. - Obs.: inserir o cano do primeiro par por dentro do punho e o cano do segundo par sobre o punho do macacão; - Botas de cano longo impermeáveis; - Cobre bota impermeável de cano longo, com elástico e descartável.
3	No atendimento de paciente com suspeita de DVE com sinais de gravidade (vômito, diarreia ou sangramento);	- Higienização das mãos; - Máscara N95 ou PFF2; - Protetor facial completo; - Capote/avental impermeável OU macacão impermeável (com capuz e mangas compridas, punho e tornozelos com elástico, resistente à abrasão, resistência à penetração viral, costuras termoseladas, com abertura e fechamento frontal por zíper vedado com fita impermeável); - Luvas descartáveis: dois (2) pares com fixação do punho ao Capote/avental ou macacão vedado com fita impermeável se a vedação não for completa.
4	No atendimento de paciente confirmado para DVE;	
5	No manejo de cadáver;	

6	Na coleta de amostras de casos suspeitos ou confirmados.	- Obs.: inserir o cano do primeiro par por dentro do punho e o cano do segundo par sobre o punho do capote/avental ou macacão; - Botas de cano longo impermeáveis ou sapato fechado - Cobre bota impermeável de cano longo, com elástico e descartável.
7	Na preparação e embalagem das amostras para envio ao Laboratório de Referência Nacional.	- Higienização das mãos¹; - Protetor facial; - Capote/avental impermeável ou macacão impermeável (com capuz e mangas compridas, punho e tornozelos com elástico, resistente à abrasão, resistência à penetração viral, costuras termoseladas, com abertura e fechamento frontal por zíper vedado com fita impermeável); - Luvas descartáveis: dois (2) pares com fixação do punho ao Capote/avental ou macacão vedado com fita impermeável se a vedação não for completa - Obs.: inserir o cano do primeiro par por dentro do punho e o cano do segundo par sobre o punho do capote/avental ou macacão; - Botas de cano longo impermeáveis ou sapato fechado; - Cobre bota impermeável de cano longo, com elástico e descartável.
8	Processamento dos produtos utilizados pelo paciente e EPIs não descartáveis;	Deve utilizar os EPI usuais do seu ambiente de trabalho, conforme o disposto no quadro anexo à RDC/Anvisa nº 15, de 15 de março de 2012 devendo-se acrescentar para a área de limpeza: - Gorro; - Protetor facial; - Máscara N95 ou PFF2; - Luvas: dois pares (luva de procedimento + Luvas de borracha de cano longo); - Botas de cano longo impermeáveis ou sapato fechado; - Cobre bota impermeável de cano longo, com elástico e descartável;
9	Limpeza e desinfecção de superfícies;	- Gorro; - Máscara N95 ou PFF2; - Protetor facial completo; - Capote/avental impermeável OU macacão impermeável (com capuz e mangas compridas, punho e tornozelos com elástico, resistente à abrasão, resistência à penetração viral, costuras termoseladas, com abertura e fechamento frontal por zíper vedado com fita impermeável); - Luvas: dois pares (luva de procedimento + Luvas de borracha de cano longo); - Botas de cano longo impermeáveis ou sapato fechado - Cobre bota impermeável de cano longo, com elástico e descartável;
10	Coleta e processamento de roupas;	
11	Investigação de campo	A DVE não se transmite durante o período de incubação. Portanto, se recomenda a utilização de EPI somente na investigação de casos suspeitos e contatos sintomáticos.

Observações:

- A paramentação e a retirada dos EPIs devem ser realizadas **sempre em dupla**, para a observação e detecção de eventuais erros ou negligências nessas ações;

- Os EPI devem ser colocados imediatamente antes da entrada no quarto de isolamento e devem ser removidos imediatamente antes da saída do quarto. A remoção dos EPI deve ser bastante criteriosa para evitar a contaminação de mucosas, pele e roupas dos profissionais de saúde.
- O profissional deve proceder a higienização das mãos imediatamente após a remoção do EPI.
- É importante reforçar que não devem ser utilizados adereços como anéis, pulseiras ou outros que possam favorecer a contaminação e consequentemente a propagação do vírus.
- Os profissionais que atuam na assistência a pacientes com suspeita de infecção pelo vírus Ebola devem remover as roupas privativas antes de deixar o local de trabalho e encaminhá-las para a unidade de processamento de roupas do serviço.
- Devem ser definidos profissional responsável, frequência e fluxo para o encaminhamento desses artigos para os processos de limpeza e desinfecção.
- Os protetores faciais e os óculos devem ser submetidos aos processos de limpeza, com água e sabão/detergente, e de desinfecção. Sugere-se, para a desinfecção, álcool a 70%, hipoclorito de sódio a 1% ou outro desinfetante recomendado pelo fabricante e compatível com o material do equipamento.

C. LISTA DE PROFISSIONAIS CERTIFICADOS PARA O TRANSPORTE DE SUBSTÂNCIAS INFECCIOSAS

Nome	E-mail	Instituição	Telefone
Kelcineia Araújo de Souza	kelcineia.souza@ac.gov.br	LACEN-AC	68 3228 5355
Sueli Santiago da Silva	suelisantiago@hotmail.com	LACEN-AC	68 3228 5355
Celi Silva do Nascimento	celi.nascimento@saude.al.gov.br	LACEN-AL	82 3315 2737
Selma Maria de Cerqueira	selma@saude.al.gov.br	LACEN-AL	82 3315 2763
Gina Magda de Souza	lacen@fvs.am.gov.br	LACEN-AM	92 3182 8750
Maria Auxiliadora M. Novais	lacenam.virologia@yahoo.com.br	LACEN-AM	92 3182 8750
Maria Ester da Costa Avelino	mariaester_avelino@hotmail.com	LACEN-AM	92 3182 8750
Gleicyanne Furtado Frazão	gleicyannfrazao@lacen.ap.gov.br	LACEN-AP	96 3212 6175
Nathalye Dias Martins	nathvedm@gmail.com	LACEN-AP	96 3212 6165
Paloma Cristina Lima Gonçalves	palomalima.gabriel@gmail.com	LACEN-AP	96 3212 6165
Ana Paula Souza de Matos	paulinhasmatos@hotmail.com	LACEN-BA	71 3276 1442
Fernando Barroso Bastos Filho	fbarrosos@gmail.com	LACEN-BA	71 3116 5046
Genolina Viana Mendes Almeida	genolinaviana@hotmail.com	LACEN-BA	71 3116 5057
Lucia Andrade Moreira	lucia.andrade@lacen.ce.gov.br	LACEN-CE	85 3101 1487
Marta Valeria Sombra	valeria.sombra@lacen.ce.gov.br	LACEN-CE	85 3101 1519
Bárbara Hoyler	npilacen@gmail.com	LACEN-DF	61 3225 0592
Marcus Vinicius Dias de Oliveira	gpilacen@gmail.com	LACEN-DF	61 3213-8286
Mário Cesar Althoff	mario.althoff@saude.gov.br	Lacen-DF	61 3225 0058
Anézia Lima Chaves Ribeiro	aneziaribeiro@saude.gov.br	LACEN-ES	27 3636 8409
Elizabeth Boina Tristão	ebethbof@gmail.com	LACEN-ES	27 3636 8384
Isabella Recla Segatto	isabellasegatto@saude.es.gov.br	LACEN-ES	27 3636 8407
Adriana Magalhães da Silva	driquinham@hotmail.com	LACEN-GO	62 3201 9683
Gustavo Henrique Lein	gustavohlein@yahoo.com.br	LACEN-GO	62 3201 9619
Maria de Fátima Lovrador Miranda	tmlmiranda@hotmail.com	LACEN-MA	98 3232 2848
Paula de Anunciação Chagas Correa	lacenmara@yahoo.com.br	LACEN-MA	98 3232 5356
Cássia de Miranda Santos	cassia.santos@funed.mg.gov.br	LACEN-MG	31 3314 4671
Marlene Moraes de Oliveira	marlene.oliveira@funed.mg.gov.br	LACEN-MG	31 3314 4671
Ana Lúcia Ramires Mendonsa	analuciramires@hotmail.com	LACEN-MS	67 3345 1318
Eva de Souza Bambil	e-sba@hotmail.com	LACEN-MS	67 3345 1317
Karina Nunes Neves	karina.neves@saude.ms.gov.br	LACEN-MS	67 3345 1317
Verginia Correa de Azevedo e Silva	verginia_correa@hotmail.com	LACEN-MT	65 3622 0599
Claudio Levi dos S. Mascarenhas	clebiomed@oi.com.br	LACEN-PA	91 3202 4900
Igor Teles de Menezes M. Chaves	igortchaves@gmail.com	LACEN-PA	91 3202 4900
Dalane Loudal F. Teixeira	dalane.lacenpb@gmail.com	LACEN-PB	83 3218 5922
Ricardo Moraes Quirino	ricardo.lacenpb@gmail.com	LACEN-PB	83 3218 5926
Giane Cleide da Silva Macêdo	gianecleide_macedo@hotmail.com	LACEN-PE	81 3181 6332
Maria do Carmo Freitas da Silva	carmemfrei@oi.com.br	LACEN-PE	81 3181 6436
Rosely Felix Bezerra	felixbiomedic@gmail.com	LACEN-PE	81 3181 6416
Edvani Magalhães do Nascimento	diva_sempre@yahoo.com.br	LACEN-PI	86 3236 6547
Gabriela Souza de Araújo	gabrieladeparnaiba@bol.com.br	LACEN-PI	86 3223 1911
Maria do Socorro Pereira Rios	socorro.pr@hotmail.com	LACEN-PI	86 3223 1911
Carla Simone Felipe	csfelippe@sesa.pr.gov.br	LACEN-PR	41 8407 6106
Elizabeth El Hajjar Droppa	droppa@sesa.pr.gov.br	LACEN-PR	41 3299 3200
Etienne Wessler Coan	etienne.coan@sesa.pr.gov.br	LACEN-PR	41 3299 3296
Fernando do Couto Motta	fc@ioc.fiocruz.br	Fiocruz	21 2562 1754
Leonardo de Rezende Ferreira	leonardorezende@gmail.com	Fiocruz	21 2332 8606
Milene Miranda A. de Mesquita	mmiranda@ioc.fiocruz.br	Fiocruz	21 2562 1754
Christiane Lira de V. Pinheiro	chrislvp@yahoo.com.br	LACEN-RN	84 3232 6220
Maria Goretti Lins de Queiroz	lacenrn@yahoo.com.br	LACEN-RN	84 3232 6193
Elisabeth Albes Belem	lacen_ro@hotmail.com	LACEN-RO	69 3216 5300
Irenisia Martins Mota	irenisiarmotta@hotmail.com	LACEN-RO	69 3216 5300
Alyene Andrade da S. C. Guedes	controlabvida@yahoo.com.br	LACEN-RR	95 3623 2407
Gabriel Henrique Cidade Turmero	gabrielturnero@hotmail.com	LACEN-RR	95 3623 2407
Fernando Gilberto Fialho Kappke	fernando@fepps.rs.gov.br	LACEN-RS	51 3288 4099
Maria de Fátima Tostes de Abreu	mftabreu@gmail.com	LACEN-RS	51 9117 3342
Cristine Ferreira	cristineferreira@hotmail.com	LACEN-SC	48 3025 4708
Jadnara de Souza	jadnara@saude.sc.gov.br	LACEN-SC	48 3251 7815
Ludmila Oliveira Carvalho Sena	ludmila.sena@fsph.se.gov.br	LACEN-SE	79 3234 6058
Sandra Maria A. M. Cavalcante	sandra.cavalcante@fsph.se.gov.br	LACEN-SE	79 3234 6058
Daniela Bernardes B. da Silva	danielabiologia@bol.com.br	LACEN-SP	11 3068 2913
Denise Ferreira C. de Souza	denise.souza@ial.sp.gov	LACEN-SP	11 3068 2844
Elaine Sanae S. Werson	elaine.werson@ial.sp.gov.br	LACEN-SP	11 3068 2805
Kátia Corrêa de Oliveira Santos	katiacorrea@gmail.com	LACEN-SP	11 3068-2913
Leda Maria A. dos Santos Mota	ledamota76@hotmail.com	LACEN-TO	63 3218 3238
Maria da A. Rodrigues Teles	mar.te.2008@hotmail.com.br	LACEN-TO	63 3218 3238
Mary-lângela G. Wanderley Padilha	marylangelagomes@bol.com.br	LACEN-TO	63 3218 3231

D. TRANSPORTE NO PAÍS: COMO ENVIAR COM SEGURANÇA AMOSTRAS DE SANGUE HUMANO DE CASOS SUSPEITOS DE EBOLA DENTRO DO PAÍS PELOS DIVERSOS MEIOS DE TRANSPORTE (AÉREO, RODOVIÁRIO, FERROVIÁRIO E MARÍTIMO)

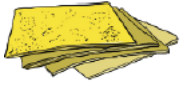
PASSO 1: ANTES DE MANUSEAR A AMOSTRA, PREPARAR TODOS OS EQUIPAMENTOS DE TRANSPORTE

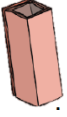
(1) Gestão de logística:

- ✓ Identificar o nome e número de telefone e / ou e-mail da 1) pessoa responsável / contato de emergência no Laboratório de Referência Nacional (esta pessoa deve estar disponível 24 horas por dia até a chegada do transporte) e do 2) epidemiologista principal/ diretor médico no MS
- ✓ Notificar o Laboratório Nacional de Referência e o epidemiologista principal / diretor médico, que o transporte da amostra está a caminho.
- ✓ Verificar agenda / calendário para a empresa que transporta a amostra

(2) Reunir equipamentos para a embalagem de amostras:

Embalagem:

- ✓ Material absorvente em quantidade suficiente para absorver todo o conteúdo líquido, caso o recipiente primário(s) sofra um vazamento 
- ✓ Recipiente secundário à prova de vazamentos 
- ✓ Caixa de transporte rígida 
- ✓ Material de preenchimento, por exemplo, plástico bolha 
- ✓ Fita para selar o pacote exterior (se necessário) 

- ✓ Revestimento interno 

Se a refrigeração das amostras for necessária:

- ✓ Recipiente de isopor
- ✓ Almofadas de gelo congeladas (gelox)



Transporte:

- ✓ Nome, endereço e número de telefone do destinatário
- ✓ Questionário epidemiológico ou checklist que inclui nome do paciente, sexo, idade (data de nascimento), informações clínicas, sintomas, data de início dos sintomas, data de coleta da amostra, tipo de amostra
- ✓ Formulário do laboratório ou carta descrevendo os principais achados clínicos e epidemiológicos e os testes de laboratório que são necessários
- ✓ Marcador a prova d' água



(3) Localização da amostra:

Dicas rápidas para transporte da categoria A (Uma substância infecciosa que quando exposta a ela pode causar incapacidade permanente, risco de vida ou doença fatal em pessoas ou animais saudáveis):

- ✓ Garantir que o container primário e secundário são à prova de vazamento;
- ✓ Vacutainer(s) em um saco plástico fechado ou um tubo rígido com tampa de rosca pode constituir um recipiente primário estanque (à prova de vazamento);
- ✓ Não coloque quaisquer objetos cortantes no seu pacote: sem agulhas, sem cortadores, sem lâminas;
- ✓ Pacotes a serem transportados podem ser reutilizados; mas a embalagem precisa ser adequadamente desinfetada.
- ✓ As dimensões mínimas para enviar uma embalagem de Categoria A são de 10cm x 10cm x 10cm.
- ✓ Lembre-se que o treinamento de transporte de amostras de categoria A é uma exigência legal e deve ser renovado a cada dois anos.

PASSO 2: PREPARAÇÃO DA AMOSTRA

A- Se a amostra estiver em um recipiente primário de plástico à prova de vazamento prossiga para o passo 3



B- Se a amostra não estiver em um recipiente primário de plástico à prova de vazamento siga os passos B1-B8

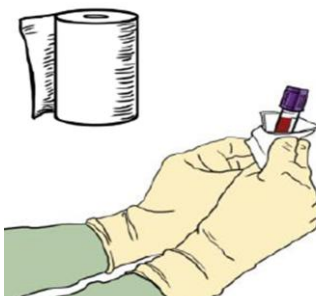
- ✓ Se a amostra não estiver em um recipiente à prova de vazamento, (exemplo, tubos de coleta de sangue ou VACUTAINERS) NÃO toque no Vacutainers ou tubos de coleta de sangue sem uso apropriado de equipamento de proteção individual

Passo B1. Coloque o jaleco, o protetor facial e as luvas (sobre o punho do jaleco) [[Click aqui: Como coletar com segurança amostras de sangue de pessoas suspeitas de estarem infectadas com patógenos altamente infecciosos, de transmissão sanguínea](#)"]



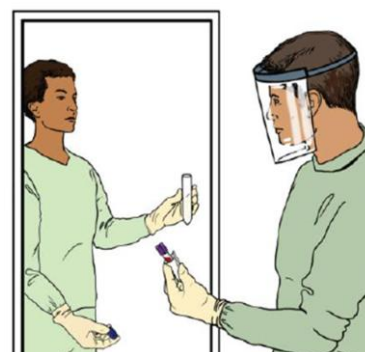
Passo B2. Proteja a amostra durante o transporte envolvendo o tubo de sangue em papel toalha ou material de acolchoamento para evitar sua quebra

Não limpe com desinfetante o tubo de coleta de amostra. Use apenas toalha de papel descartável.



Passo B3. Solicite a um técnico certificado pela OMS para transporte de substâncias infecciosas para se aproximar de você com o recipiente de plástico primário à prova de vazamento e desenroscado.

- ✓ Esta pessoa deve estar usando luvas.



Passo B4. Coloque o tubo de sangue fechado dentro do recipiente de plástico primário a prova de vazamento.

- ✓ Tenha cuidado para não tocar no lado de fora do recipiente de plástico primário a prova de vazamento com luvas contaminadas.



Passo B5. O técnico certificado pela OMS para transporte de substâncias infecciosas deve estar de luvas e fechar firmemente o recipiente de plástico primário a prova de vazamento.

Quando fechado, a parte de fora do tubo primário pode ser desinfetada.



Passo B6. Ambas as pessoas devem retirar seus equipamentos de proteção individual["[Click aqui: Como coletar com segurança amostras de sangue de pessoas suspeitas de estarem infectadas com patógenos altamente infecciosos, de transmissão sanguínea](#)"]

Passo B7. Coloque os itens contaminados em um saco de resíduos infecciosos para destruição.

Passo B8. Ambas as pessoas devem realizar a higiene das mãos. Duração de todo o procedimento: 40-60 seg.



PASSO 3: EMBALAGEM DA AMOSTRA (PRIMEIRA PARTE) - técnico certificado pela OMS

Passo 3a. Prepare a caixa de transporte rígida, inserindo o revestimento interno dentro dela.



Passo 3b. Abra o recipiente secundário à prova de vazamento

- ✓ Escolha o tamanho do recipiente para igualar o número de amostras que estão sendo transportadas



Passo 3c. Insira o material absorvente

- ✓ Deve haver material suficiente para absorver todo o conteúdo do recipiente primário



Passo 3d. Envolve o recipiente primário com material de acolchoamento

- ✓ Se for embalar mais de uma amostra, enrole cada recipiente primário individualmente com plástico bolha para evitar quebra



Passo 3e. Coloque o recipiente primário (s) dentro do recipiente secundário



Passo 3f. Feche o recipiente secundário.



PASSO 3: EMBALAGEM DA AMOSTRA (ULTIMA PARTE) - técnico certificado pela OMS

Passo 3g. Se a refrigeração não for necessária, coloque o recipiente secundário na caixa de transporte rígida forrada e prossiga para o passo 3-J.



Se a refrigeração for necessária:

Passo 3h. Coloque o recipiente secundário à prova de vazamentos dentro de um recipiente de isopor e envolva com blocos de gelo (gelox).



Passo 3i. Coloque o recipiente de isopor dentro da caixa de transporte rígida



Passo 3j. Coloque formulário de laboratório /carta e questionário epidemiológico em um envelope



Passo 3k. Coloque formulário de laboratório /carta e questionário epidemiológico dentro da caixa de transporte rígida.

- ✓ Se a refrigeração não for necessária, coloque o formulário de laboratório / carta e questionário epidemiológico dentro da caixa.
- ✓ Se a refrigeração for necessária, coloque o formulário de laboratório / carta e questionário epidemiológico fora do recipiente de isopor para que a umidade não danifique os dados.



Passo 3l. Feche o topo da caixa (s)



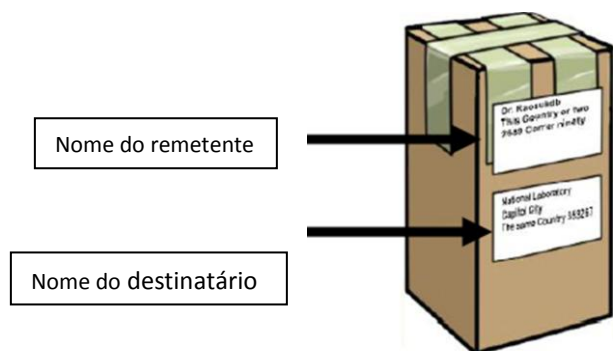
Passo 3m. Lacre a caixa fechada



PASSO 4: MARCAÇÃO E ROTULAGEM DA CAIXA - técnico certificado pela OMS

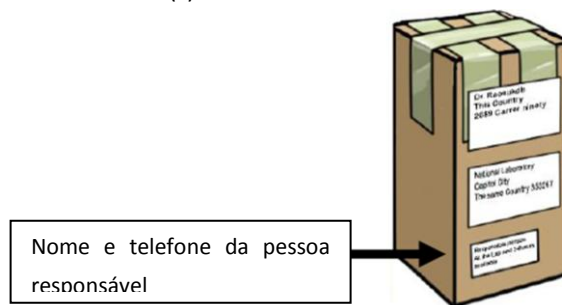
Passo 4a: Escreva o nome e os endereços na caixa

- ✓ Nome e endereço do remetente
- ✓ Nome e endereço do destinatário



Passo 4b: Escreva o nome e o número de telefone da pessoa de contato no Laboratório de Referência Nacional

- ✓ Pessoa deve estar disponível 24 horas por dia até a chegada da amostra (s).



Passo 4c: Coloque a etiqueta de Substâncias Infecciosas na caixa

- ✓ Escreva: "substância infecciosa, que afeta os seres humanos, UN2814"

Nome apropriado para transporte e númeroUN

Etiqueta de Substância Infecciosa



Passo 4d: Verifique se as setas de orientação estão na caixa

- ✓ Setas devem ser encontradas em lados opostos da caixa
- ✓ Setas são necessárias quando o volume total de substância infecciosa exceder 50 ml por caixa



Setas de orientação

Obrigatório em lados opostos quando o volume total de substâncias infecciosas ultrapassa 50mL

PASSO 5: FINALIZAÇÃO DO TRANSPORTE

Passo 5a. Contate o Laboratório de Referência Nacional para informá-los de que as amostras foram enviadas

Passo 5b. Contate a empresa de transporte para que eles peguem a remessa ou para informá-los que você vai levar a remessa para eles

- ✓ Informe a empresa transportadora que um prazo curto de entrega é necessário devido à refrigeração



Passo 5c. Obter o recibo do transporte e rastreamento, armazenando em um local seguro por 2 anos

- ✓ Se possível, digitalize e envie por e-mail o recibo de rastreamento ao epidemiologista principal / diretor médico responsável pela investigação do surto e para a pessoa responsável no laboratório.



7.2. Plano de comunicação de risco para DVE

CENÁRIO

Em julho de 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu um alerta sobre o crescimento do número de casos e mortes de Ebola na África. Rapidamente, a imprensa brasileira começou a repercutir o assunto e a questionar o Ministério da Saúde sobre a possibilidade da circulação do vírus no país.

Diante de um cenário de incertezas, as ações de comunicação tornam-se componentes essenciais na resposta à emergência de saúde pública. Uma falha de comunicação pode comprometer as medidas tomadas pelo governo federal.

A assessoria de imprensa do Ministério da Saúde tem como desafio a emissão de mensagens claras, precisas, e, por meio dos instrumentos adequados, evitar pânico e garantir a tranquilidade da população, atendendo às necessidades de informação das diversas mídias com agilidade e exatidão.

Neste primeiro momento, a estratégia de comunicação desenvolvida pelo Ministério da Saúde foi elaborar um documento de mensagens-chaves sobre a doença e esclarecimentos sobre contágio da doença e marcar entrevistas individuais entre o porta-voz técnico da pasta com jornalistas setoristas de saúde e dos principais veículos de comunicação do país para esclarecer e tranquilizar a respeito da transmissão da doença no Brasil.

Porém, no dia 8 de agosto, a OMS realizou uma coletiva de imprensa alertando para o risco de epidemia global de Ebola. Neste momento, a comunicação teve de ser, em tempo recorde, criteriosamente planejada e implementada, com a necessidade de afinação de estratégias e discursos entre o governo federal, incluindo Ministério da Saúde, Itamaraty e Ministério da Defesa. O tema dominava todas as mídias no Brasil e no mundo, com especulações que reforçavam o cenário de incertezas.

A estratégia utilizada nesse segundo momento foi de realizar uma coletiva de imprensa com ministro e secretário para comentar as diretrizes da OMS, e divulgar as ações do Ministério da Saúde e governo Federal no âmbito nacional. Um documento de Perguntas e Respostas foi elaborado para distribuição na coletiva, além de deixá-lo disponível no site do Ministério da Saúde e nas redes sociais da pasta, com todas as informações sobre a doença, formas de contágio, riscos e cuidados.

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

Para dar foco e eficiência, serão definidos os públicos-alvo do planejamento de comunicação e as mensagens-chave que devem ser disseminadas por todos os porta-vozes do tema a esses públicos.

PÚBLICO-ALVO X OBJETIVOS DE COMUNICAÇÃO

- População geral – manter a população informada, tranquila e evitar reações sociais contra os pacientes;
- Profissionais de Saúde – além da informação, esses profissionais devem saber qual a sua participação no processo e nos acontecimentos;
- Gestores da rede pública – permitir que se organizem conforme os acontecimentos e mantenham discurso unificado com o governo federal;
- Viajantes e turistas – conhecer os sintomas e onde achar apoio na rede pública em caso de suspeita da doença;
- Profissionais de portos e aeroportos – orientação para a população.
- Redes Sociais – manter internautas informados e responder boatos e mensagens, conforme orientações do ministério, que causem pânico.

MENSAGENS-CHAVE

Todos os materiais de comunicação serão permeados pelas seguintes mensagens chaves:

- O acompanhamento e divulgação dos fatos serão de absoluta transparência;
- O sistema de saúde pública está preparado para atender essa emergência de saúde;
- As medidas estão sendo tomadas para a proteção da população brasileira.

MEDIDAS ESTRATÉGICAS

- Definição de um único porta-voz sobre o assunto para não haver discordância de fala dentro do ministério. O ministro faz a comunicação direta à imprensa;
- A cada mudança de cenário, sugere-se a realização de coletivas de imprensa para o anúncio dos cenários subsequentes. O objetivo é adequar o formato que possa ser reproduzido por todos os tipos de mídia (jornais impressos, internet, rádio e tvs);
- Esgotar as dúvidas dos jornalistas. As coletivas, por exemplo, somente serão encerradas depois que todas as perguntas fossem respondidas. Dessa forma, reforça-se a sensação de transparência e firmeza sobre as declarações, fundamentais para sustentar toda a estratégia;
- Criação de um grupo exclusivo para acompanhar, atender e produzir materiais sobre o assunto. A bagagem de conhecimento adquirido e a atualização constante dessa equipe permitem atender as demandas com segurança e presteza;
- Estabelecimento de um grupo interministerial de comunicação. Além da atualização sobre o Ebola, a manutenção do contato entre os diversos órgãos permite importantes parcerias, como a produção de matérias para viajantes (Ministério do Turismo), comunicação nos aeroportos (Secretaria de Aviação Civil) e orientação nos postos de fronteira (Anvisa);

AÇÕES

- Elaboração de material de apoio para porta-vozes. Documento de síntese de cenários será mantido atualizado para que as autoridades do Ministério da Saúde, com foco principal no ministro, possam ter como consulta rápida a qualquer momento;
- Elaboração de discursos, pontos de apoio e releases para cada situação antecipadamente. O objetivo é ter tempo hábil para a produção de material qualificado de comunicação conforme as rápidas mudanças de cenários. O material final será editado e corrigido conforme o surgimento de novas informações;
- Coaching de porta-vozes. Todas as entrevistas e eventos públicos serão precedidos de orientação de fala dos porta-vozes e bateria de questionamentos possíveis da imprensa;
- Monitoramento da mídia em tempo real. Será montado um esquema de plantão e acompanhamento de todo o noticiário. Tal procedimento permite a correção de reportagens logo após a publicação/veiculação da mesma;
- Monitoramento do noticiário internacional. Esse instrumento serve de apoio para a avaliação do cenário dos países que atingidos pela doença para antecipar possíveis estratégias de comunicação.
- Monitoramento das redes sociais. Será montado um forte esquema de monitoramento tanto dos portais noticiosos quanto das manifestações na internet (blogs, emails/spans, comentários de matérias e redes sociais). A ação prevê intervenções personalizadas (apresentação de comentário do Ministério da Saúde) para correção das informações e contenção de boatos e correntes;
- Reunião com assessores de comunicação de Saúde de todos os estados para afinar a comunicação e responsabilidades do Ministério da Saúde e secretarias;
- Atuação na parceria entre o Ministério da Saúde e as entidades de profissionais de saúde, como o Conselho Federal de Medicina, para elaboração de material informativo para esse público;
- Além das parcerias entre governo federal, estados, sociedades médicas e entidades de classe, a comunicação irá providenciar reuniões com os dirigentes dos jornais de maior circulação nacional (Folha de S. Paulo, Estado de S. Paulo e O Globo, Rede Globo, Record, Bandeirantes) para pedir o apoio da mídia na comunicação dos fatos novos a respeito da doença, para evitar pânico e informações incorretas;
- Produção e divulgação de vídeos informativos para publicação em redes sociais com esclarecimentos a respeito da doença, formas de contágio, cuidados, postados em canal no YouTube;
- Elaboração e divulgação de artigos de opinião para esclarecimentos sobre o tema, para regionalização.

- Reforço da comunicação por meio do rádio, com parcerias como o Siga Bem Caminhoneiro (incluindo informações para aqueles que circulam pelas fronteiras do país), entrevistas do ministro ao vivo para programas populares (ex: show do Antônio Carlos, na rádio Globo), gravação de mensagens para download, atendimento exclusivo em programas de entrevista e participação em programas do Bom Dia Ministro (Secom/PR).

7.3. Hospitais de referência para doenças infecto-contagiosas

UF	Nome do Hospital de Referência	Endereço e Telefone
Acre	Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUERB	Av. Nações Unidas, S/N - Centro Rio Branco Telefone: (68) 3223-3080/3223-1897
Alagoas	Hospital Escola Hélvio Auto HEHA	Rua Cônego Fernando Lyra s/n - Trapiche da Barra – Maceió Telefone: (82) 3315-6828
Amazonas	Hospital: Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado	Av. Pedro Teixeira, nº 25 - Dom Pedro, Manaus Telefone: (92) 2127-3555
Amapá	Hospital de Especialidades Alberto Lima-HCAL	Avenida Fab, 70 (Centro). Macapá Telefone: (96) 3212-6128
Bahia	Hospital Couto Maia	R São Francisco, s/n Monte Serrat - Salvador Telefone: (71) 3314-5995
Ceará	Hospital São José	Rua Nestor Barbosa, 315 - Parquelândia, Fortaleza Telefone: (85) 3101-2321 / 3101-2322
Distrito Federal	Hospital Regional da Asa Norte - HRAN	Setor Médico Hospitalar Norte, Quadra 101- Área Especial Brasília Telefone: (61) 3325-4300/ 3325-4313
Espírito Santo	Hospital Estadual Dr Jayme dos Santos Neves	Avenida Paulo Pereira Gomes, s/n, Morada de Laranjeiras, Serra Telefone: (27) 3331-7500
Goiás	Hospital de Doenças Tropicais	Al Contorno, 3556 - km-1 qd-AREA - Jardim Bela Vista, Goiânia Telefone: (62) 3201-3673
Maranhão	Hospital Carlos Macieira	Avenida Jenonimo de Albuquerque SN Bairro Calhau - São Luís Telefone: (98) 3311 7070
Minas Gerais	Hospital Eduardo de Menezes	Rua Doutor Cristiano Resende, 2213 - Barreiro Belo Horizonte Telefone: (31) 3328-5005
Mato Grosso do Sul	Hospital Da Mulher Vovó Honória Martins	R Guarabú da Serra, s/n – Moreninha III - Campo Grande Telefone: (67) 3314-9026 / 3314-9027
Mato Grosso	Hospital Universitário Júlio Müller	Av. Fernando Corrêa da Costa, nº 2367 - Bairro Boa Esperança. Cuiabá Telefone: (65) 3615-8000
Pará	Hospital Universitário João de Barros Barreto	Rua dos Mundurucus, 4487 (Guama) - Belém Telefone: (91) 3201-6663
Paraíba	Hospital Clementino Fraga	Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro Recife Telefone: (83) 3218-5416
Pernambuco	Hospital Universitário Oswaldo Cruz	Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro Recife - Telefone: (81) 3184-1200
Piauí	Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela - IDTNP	Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos 151 - Sul - Teresina Telefone: (86) 3221-2424
Paraná	Hospital Municipal de Foz do Iguaçu	R. Adoniran Barbosa, 370 - Jardim das Nações, Região Norte, Foz do Iguaçu Telefone: (45) 3521-1951
	Hospital Regional do Litoral	Rua dos Expedicionários, 269, Bairro Palmital. - Paranaguá (41) 3420-7400
	Hospital do Trabalhador	Avenida República Argentina, 4406, Novo Mundo - Curitiba (41) 3212-5700
	Hospital de Clínicas da UFPR	R. Gen. Carneiro, 181 - Alto da Glória, Curitiba (41) 3212-5700

UF	Nome do Hospital de Referência	Endereço e Telefone
Rio de Janeiro	Instituto Nacional de Infectologia - IPEC	Av. Brasil 4.365 – Manguinhos, Rio de Janeiro (41) 3212-5700
Rio Grande do Norte	Hospital Giselda Trigueiro	Rua Cônego Monte, nº110 - Quintas - Natal (84) 3232 7906
Rondônia	Hospital Centro de Medicina Tropical de Rondônia	Av. Guaporé, 450 Lagoa - Porto Velho (69) 3216-5410/5473
Roraima	Hospital Geral de Roraima	Avenida Brigadeiro Eduardo Gomes, 1364 - Aeroporto, Boa Vista (95) 2121-0620
Rio Grande do Sul	HNSC	Av. Francisco Trein, 596 Bairro Cristo Redentor Porto Alegre (51) 3357-4350
Santa Catarina	Hospital Nereu Ramos (Infec. Adulto)	Rua Rui Barbosa, 800 Agronômica - Florianópolis (48)3251-9009
	Hospital Joana Gusmão (infec. Infantil)	Rua Rui Barbosa 152 Agronômica - Florianópolis (48)3251-9009
Sergipe	Hospital de Urgência de Sergipe Gov. João Alves Filho	Rua Apulcro Mota s/n Capucho - Aracaju (79)3216-2600
Tocantins	Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres	201 Sul NS 01 Conjunto 02 Lote 01 Centro - Palmas (63) 3218-7814
São Paulo	Hospital Emilio Ribas	Av. Doutor Arnaldo, 165, São Paulo (11)3896-1200

7.4. Procedimento Operacional Padrão –Acionamento da Equipe de Resposta Rápida

COES DVE	ID POP	ATUALIZAÇÃO	PÁGINAS	NOME
	01	26/08/2014	01/02	Equipe de Resposta Rápida
Propósito: Compor equipe de resposta coordenada com as demais esferas de gestão do SUS e apoiar na investigação de Doença pelo Vírus Ebola				Responsáveis: Técnicos da SAS, SVS e ANVISA

INTRODUÇÃO:

Diante da identificação de casos suspeitos de Doença pelo Vírus Ebola (DVE) em qualquer Unidade Federada, o Governo Federal irá compor a Equipe de Resposta local com a seguinte composição:

- Dirigente da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS);
- Representante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS);

A equipe de resposta poderá ser acrescida por representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e/ou por técnicos especializados (exemplo infectologistas, comunicação, laboratório entre outros). O quantitativo será definido pelo Coordenador do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COES), a partir de avaliação de cada evento de saúde público notificado.

LOGÍSTICA:

a) Kit de Campo:

Cada equipe de campo irá dispor de equipamentos necessários para as ações de campo, composto por:

- Computador portátil;
- Telefone celular;
- Equipamentos de Proteção Individual;
- De acordo com a localização do evento, pode ser acrescido de GPS e telefone via satélite.

Obs.: os telefones institucionais devem ser ativados de acordo com o protocolo interno.

b) Solicitação de Passagens e Diárias para deslocamento dos técnicos da SVS:

Durante o horário comercial:

O setor dos profissionais que irão compor a equipe de resposta, será responsável pelos procedimentos administrativos de solicitação de passagens e diárias. Quando o prazo de permanência no campo não estiver previamente definido deverá ser solicitada diária para 10 (dez) dias e o monitoramento do técnico no campo caberá à área administrativa do setor de origem, visando os ajustes no caso de prorrogação.

Fora do horário comercial:

A solicitação de passagens e diárias será realizada segundo o protocolo de emergência.

c) Convocação da Equipe de Resposta Rápida

Todos os setores envolvidos na resposta às emergências em saúde pública dispõe de Ponto Focal para a ativação dos protocolos de resposta, de acordo com o cadastro de profissionais (organização interna). Caberá ao Coordenador do COES a definição da composição da equipe.

d) Preparação para saída para o campo

Será realizada reunião preparatória antes do deslocamento. Os profissionais seguirão protocolo de atividades para viabilizar sua participação.

e) Reunião preparatória para saída para o campo

- Divisão das tarefas, integração dos componentes da equipe, levantamento de necessidades, estruturar a chegada ao campo, compartilhar as informações disponíveis;
- Para a investigação epidemiológica dos possíveis casos de DVE e seus contactantes poderá ser adotado os instrumentos para a coleta de dado (**Anexo**).

f) Retroalimentação da equipe de resposta rápida ao COES

A equipe de campo deverá encaminhar relatórios de campo logo após a primeira reunião local, informando resumidamente a situação atual do evento. Este relatório poderá ser repassado verbalmente ao Coordenador do COES, preliminarmente.

O compartilhamento de informações por meio de rede de comunicação (WhatsApp ou similar) específica poderá ser adotado complementarmente caso tenha viabilidade operacional.

g) Retorno e encerramento

Realização de reunião para repasse das informações, devolução dos equipamentos e elaboração do relatório final de campo.

Anexo 1.

ROTEIRO PADRÃO PARA INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE DOENÇA DO VÍRUS EBOLA

ID indivíduo: _____ Entrevistador: _____ Data da entrevista: ____/____/____

DADOS DO ENTREVISTADO

Nome: _____
Grau de Parentesco/Vínculo: _____ Telefone: _____

DADOS IDENTIFICAÇÃO

1. Nome: _____
2. Endereço: _____
3. Município de residência: _____
4. Data de nascimento: ____/____/____
5. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino Se feminino, estava gestante? (1) Sim (2) não
6. Ocupação: _____
7. Se profissional de saúde, local de trabalho: _____

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

8. Quando começou a doença? Início de sintomas: ____/____/____
9. Local de procedência (local com transmissão do EBOLA):
País: _____ Estado: _____ Município: _____ Região: _____
10. Atividade realizada no local: _____
11. Foi exposto a algumas destas situações nos últimos 30 dias? (Marcar o que for relatado)
- Contato direto com sangue, tecidos ou fluidos corporais de suspeitos? () (1) Sim (2) Não - Data de exposição: ____/____/____
- Contato com superfícies ou objetos contaminados por casos suspeitos? () (1) Sim (2) Não - Data de exposição: ____/____/____
- Participou de funerais ou rituais fúnebres de suspeitos? () (1) Sim (2) Não - Data de exposição: ____/____/____
- Teve contato com animais doentes ou mortos? () (1) Sim (2) Não - Data de exposição: ____/____/____
Que animais? _____ Tipo de exposição: _____
- Visitou hospital? () (1) Sim (2) Não - Data: ____/____/____ Local: _____
- Foi hospitalizado () (1) Sim (2) Não - Data: ____/____/____ Local: _____

DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

12. Coletou amostras laboratoriais? (1) Sim (2) Não 13. Data coleta: ____/____/____
14. Tipo de amostra? () (1) Sangue (2) Fezes (3) Urina (4) Outras
15. Exames realizados:
- Teste rápido para malária () (1) Sim (2) Não
Resultado: () (1) Positivo (2) Negativo
- Diagnóstico Etiológico (Ebola) (1) Sim (2) Não
Resultado: () (1) Detectável (2) Não detectável

DADOS COMPLEMENTARES

16. Evolução: () (1) Cura (2) Óbito (3) Continua hospitalizado 18. Data da alta/óbito: ____/____/____

CONTACTANTES

17. Houve contato com outras pessoas após iniciar os sintomas? (1) Sim (2) Não. (Descrever o que for relatado)

LISTA DE CONTACTANTES COM CASO SUSPEITO

	NOME	TELEFONE	ENDEREÇO	RELAÇÃO COM O SUSPEITO	DATA DO CONTATO	TIPO* DE CONTATO
1						
2						
3						

* Físico, mesmo ambiente, dormiu no mesmo quarto, dormiu na mesma cama, manipulou amostra do suspeito, fluidos e secreções, objetos contaminados, etc.

Anexo 2.

ROTEIRO PADRÃO PARA INVESTIGAÇÃO DE CONTACTANTES DOS CASOS DE DOENÇA DO VÍRUS EBOLA

ID indivíduo: _____ Entrevistador: _____ Data da entrevista: ____/____/____

DADOS IDENTIFICAÇÃO

1. Nome: _____
2. Endereço: _____ 3. Município: _____
4. Ponto de referência: _____
5. Telefone: _____
6. Sexo: () (1) Masculino (2) feminino
7. Data de nascimento: ____/____/____
8. Profissão/Ocupação: _____
7. Se profissional de saúde, local de trabalho: _____
8. Tipo de relação com caso suspeito: () (1) familiar (2) amigo (3) profissional (4) sem relação (5) Outros: _____

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

9. Tipo de contato com o caso suspeito: () (1) físico (2) roupas (3) mesmo ambiente (4) manipulou amostras do suspeito
Outros: _____
10. Exposição a algumas destas situações?
- Contato direto com sangue, tecidos ou fluidos corporais de suspeitos? () (1) Sim (2) Não - Data de exposição: ____/____/____
- Contato com superfícies ou objetos contaminados por casos suspeitos? () (1) Sim (2) Não - Data de exposição: ____/____/____
- Viajou para local com transmissão de Ebola? () (1) Sim (2) Não Se sim, Data de ida: ____/____/____
País: _____ Estado: _____ Município: _____ Data de retorno: ____/____/____
- Viajou em aeronave com caso suspeito? (1) Sim (2) Não - Data do voo: ____/____/____ Assento: _____ nº do voo: _____
Empresa aérea: _____
- Foi hospitalizado? (1) Sim (2) Não, Se Sim, Data: ____/____/____ Local: _____
- Trabalha no hospital? (1) Sim (2) Não - Se Sim, Local: _____
- Participou de funerais ou rituais fúnebres de suspeitos? (1) Sim (2) Não, Se Sim, Data de exposição: ____/____/____
- Teve febre após contato com o suspeito? (1) Sim (2) Não 18. Data do início da febre: ____/____/____
12. Apresentou algum sinal ou sintoma clínico após contato com suspeito? (1) Sim (2) Não
Se sim, quais? _____

OBSERVAÇÕES

TABELA PARA ACOMPANHAMENTO DO CONTACTANTE DURANTE OS 21 DIAS

1. Nome do caso suspeito: _____

Nº VISITA	DATA DA VISITA	NOME DO CONTATO	APRESENTOU FEBRE?	APRESENTOU SINAL DE HEMORRAGIA?	ESTÁ VIVO?	FOI CONFIRMADO PARA EBOLA?
1						
2						
3						
4						
5						

MODELO DE RELATÓRIO DE INFORMAÇÃO DIÁRIA

Uso exclusivo do COE – Não preencher

ID: [Categoria] Aprovado para divulgação: [Data de Publicação]

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO SOB INVESTIGAÇÃO

Data de atualização: ____/____/____

Denominação do evento: (inserir o tipo de atividade a ser desenvolvida: investigação de caso, missão exploratória etc).

UF: ____

Município: _____

Data de início da Atividade de campo: ____/____/____

Equipe condutora da investigação: (elencar os profissionais destacando o líder da equipe de campo)

CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

Antecedentes: (Sumário breve, sucinto, claro e objetivo sobre o motivo para deslocamento da equipe).

Atividades desenvolvidas: (Pontuar as atividades desenvolvidas por dia de acordo com a necessidade exigida pela situação. Colocar apenas as atividades que são relevantes aos gestores para tomada de decisão).

Na possibilidade da equipe ser designada para investigação de casos suspeito de DVE os demais itens do relatório deverão ser mencionados

SUMÁRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Resumo do número de casos:

UF	Suspeito	Em investigação	Confirmados Laboratório	Confirmados Vínculo	Descartados	Óbitos entre os casos

Caracterização dos casos: (Descrever os casos considerando os aspectos da epidemiologia descritiva – pessoa, tempo e lugar. É permitida a apresentação da curva epidêmica neste item, caso seja necessária).

Sinais e sintomas mais frequentes: (Descrever os sinais e sintomas mais frequentes. Caso seja necessário, pode-se apresentar uma tabela neste item).

Diagnóstico: (Caso não haja confirmação, colocar a(s) hipótese(s) diagnóstica(s))

Exames laboratoriais: (Citar a técnica laboratorial usada na confirmação dos casos, e laboratórios responsáveis, quando disponível, bem como os exames para diagnóstico diferencial quando realizado)

Observações:

Caso algum item do relatório não se aplique a realidade da atividade em desenvolvimento, basta excluí-lo e no caso da necessidade de inserir alguma observação importante não contemplada neste modelo de relatório. As observações poderão ser incluídas nesta área do relatório.

LISTA DE CONTATOS DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA ATIVIDADE

Nome	Instituição	Telefone	E-mail

7.5. Guia de Orientação para Atendimento e Remoção de Pacientes com Suspeita e/ou caso confirmado de Ebola para os profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar

Introdução

A Doença Viral Hemorrágica (DVE) causada pelo vírus Ebola foi identificado pela primeira vez em 1976, na República Democrática do Congo, e, desde então, tem produzido vários surtos no continente africano. Recentemente a OMS decretou a epidemia do Ebola, como uma emergência internacional em saúde pública.

Em 2014, persiste um surto em países da região ocidental da África, sendo o mais extenso e duradouro surto de Doença pelo Vírus Ebola (DVE) já identificado no mundo, com alta letalidade. Pelas características da transmissão do vírus Ebola, é considerado pouco provável disseminação para outros continentes. Entretanto, em qualquer país do mundo pode ocorrer a detecção de casos em viajantes procedentes de países com transmissão.

A doença se desenvolve após contato, com um período de incubação que varia de 2 a 21 dias e caracteriza-se por um quadro de febre, cefaleia, dores musculares e nas articulações e fraqueza. Os pacientes podem desenvolver um rash cutâneo difuso. Podem evoluir com diarreia severa, náuseas e vômitos além de dor abdominal, comprometimento das funções hepáticas e renais e em muitos casos hemorragias internas e externas. Infecção conjuntival é frequente. Os achados de exames laboratoriais inespecíficos incluem inicialmente leucopenia e linfopenia com posterior aumento de linfócitos atípicos; leucocitose e neutrofilia em fase terminal; plaquetopenia, elevação de enzimas hepáticas e distúrbios eletrolíticos.

A transmissão do vírus se dá por meio do contato direto com sangue, tecidos ou fluidos corporais de indivíduos infectados (incluindo cadáveres) ou do contato com superfícies e objetos contaminados. Não se dispõe de vacinas e o tratamento é direcionado para medidas de suporte vital, como suporte hemodinâmico; diálise; reposição de hemácias, plasma e plaquetas; suporte ventilatório. A viremia aumenta drasticamente com a evolução da gravidade dos casos.

Este Guia possui orientações referentes às medidas de prevenção e controle que devem ser aplicadas na assistência a casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo vírus Ebola, a fim de evitar a sua transmissão durante a assistência e o transporte até o serviço de saúde de referência.

Equipamentos de Proteção Individual - EPI

Os profissionais envolvidos no transporte dos pacientes suspeitos ou confirmados de contaminação pelo vírus Ebola devem adotar as medidas de precaução conforme as “orientações sobre uso de equipamentos de proteção individual (EPI) para situações ou atividades de risco profissional”, constantes na página [28](#) deste plano.

Embora haja as orientações descritas na Nota Técnica nº 02/2014 - GGES/ANVISA referente aos cuidados para evitar a transmissão do vírus da Ebola, definindo assim os tipos de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de forma que garantam uma barreira de proteção para os profissionais de saúde, as unidades móveis apresentam especificidades que *necessitam de maiores cuidados para as equipes que fazem o atendimento pré-hospitalar, em função das características do ambiente (salão de atendimento na ambulância), das condições técnicas operacionais de trabalho, como número de profissionais; espaço físico; equipamentos e possibilidade de realização de procedimentos invasivos o que requerem medidas adicionais na utilização de EPI para uma maior segurança na abordagem, isolamento, assistência e transporte desses pacientes.*

Os EPIs devem ser colocados antes de entrar em contato com o paciente e devem ser removidos com a técnica adequada, para evitar a contaminação de olhos, boca, pele, mucosa e roupas da equipe, assim como da ambulância, seus equipamentos e os locais de descarte de materiais.

Cabe ao médico regulador da Central do atendimento pré-hospitalar:

1. Avaliar e acionar os recursos necessários e adequados para o atendimento nos casos por ele classificados como Casos Suspeitos, Provável ou Confirmado;
2. Informar à equipe de intervenção sobre a suspeita do caso destinando-a para a ambulância definida pelo Gestor;
3. Entrar em contato com o Hospital de Referência para informar as condições clínicas do paciente antes de encaminhá-lo;
4. Em caso de óbito será acionada a vigilância epidemiológica e será realizado o isolamento da área pela equipe assistencial no local.
5. Realizar a notificação compulsória de acordo com a Portaria n.º 1.271, de 6 de junho de 2014 às autoridades de saúde das Secretarias Municipais, Estaduais e à Secretaria de Vigilância em Saúde por meio dos seguintes meios: telefone 0800.644.6645; e-mail: notifica@saude.gov.br ou formulário eletrônico no site da SVS: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.phd?id_aplicação=6742

AÇÕES A SEREM EXECUTADAS PELAS EQUIPES DO APH

Antes da Remoção

1. Tomar conhecimento das condições clínicas do paciente a ser transportado ou atendido;
2. Realizar o *checklist* da ambulância, verificando todos os itens de Biossegurança e precaução de contatos necessários que estejam disponíveis e retirar os materiais (equipamentos, excesso de descartáveis e insumos estratégicos, etc) que não serão utilizados;
3. Utilizar os EPI padronizados e em boas condições de uso antes de abordar o paciente;
4. Envelopar com plástico filme os equipamentos de suporte avançado que poderão ser utilizados no atendimento. (oxímetro, desfibrilador, ventilador)
5. Ao acessar o paciente, isola-lo com:
 1. Bata/avental de abertura posterior – a equipe deve auxiliá-lo a vestir-se; ou
 2. Manta Térmica/TNT ou saco plástico impermeável, resistente, para “envelopamento” do paciente.
6. Preparar o paciente para transporte, ***realizando todos os procedimentos necessários de Suporte Básico ou Avançado de Vida para minimizar ao máximo as intervenções e manipulações durante o transporte;***
7. Medidas assistenciais:
8. Em caso de Óbito durante o transporte prosseguir para o Hospital de referência, ou outro local pactuado pelo Gestor.
9. Registrar documentalmente todos os dados e intercorrências referentes ao atendimento tanto relativos ao paciente quanto à equipe de intervenção.

Durante Transporte

1. Garantir um transporte seguro e confortável para o paciente e para a equipe;
2. Monitorar o paciente e prestar assistência quando necessária;
3. Evitar manipulações desnecessárias para evitar possibilidade de contaminação da equipe/material;
4. Oferecer oxigenioterapia se necessário;
5. Durante o Transporte realizar somente os procedimentos invasivos estritamente necessários à manutenção da vida. Caso utilize o Respirador deve-se utilizar filtro de barreira biológica com eficiência de filtração de 95%;
6. Identificar todos os materiais que entraram em contato diretamente com o paciente;
7. Evitar manipular caneta, telefone celular, óculos de grau ou outro objeto pessoal para evitar contaminação;

8. Restringir o acesso da cabine ao salão da ambulância;
9. Fazer a entrega do paciente no hospital de referência garantido os cuidados de proteção às equipes receptoras;
10. Caso ocorra óbito na ambulância durante o transporte:
 - a) Colocar paciente em saco plástico impermeável e a prova de vazamentos observando as precauções de segurança. Caso o paciente já esteja “envelopado” manter o dispositivo de proteção.
 - b) Não deixar orifícios no saco que possibilite contato com o corpo da vítima;
 - c) Colocar o corpo da vítima no necrotério do hospital;
 - d) Seguir os processos de desinfecção descritos a seguir.

Após o Transporte

1. Todo material utilizado no atendimento (roupas, seringas, cateteres, etc) devem ser descartados no mesmo local onde será realizada a desinfecção da ambulância.

Higienização da Ambulância

1. Imediatamente após o paciente ser entregue ao hospital de referência, realizar a limpeza da ambulância, de todos os materiais, superfícies e equipamentos, com os EPI's utilizados durante o transporte.
2. Os materiais descartáveis utilizados deverão ser acondicionados em sacos vermelhos ou brancos com identificação, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.
3. Evitar o uso de altas pressões de água e não pulverizar o produto químico desinfetante de procedimentos que gerem aerossóis e respingos, quando estiver fazendo a limpeza da ambulância.
4. No caso de haver matéria orgânica (sangue, vômito, fezes, secreções) visíveis no interior da ambulância, deve-se inicialmente proceder à retirada do excesso com papel/tecido absorvente e posteriormente realizar a limpeza (com água e sabão) e a desinfecção.
5. Todos os itens com os quais o paciente tiver contato e as superfícies das bancadas e piso da ambulância devem ser submetidos à desinfecção com álcool a 70% ou hipoclorito de sódio 10.000 ppm ou 1% de cloro ativo (com 10 minutos de contato).
6. Uma vez terminada a limpeza e desinfecção da ambulância, a equipe deverá fazer a remoção dos EPI de acordo com a técnica adequada (vide anexo) e acondicionar em sacos vermelhos ou brancos identificados pelo símbolo de substância infectante. Esses EPI deverão ser deixados no hospital para os procedimentos de descarte. A equipe deve proceder a higienização das mãos imediatamente após a remoção do EPI, utilizando o álcool-gel ou soluções degermantes (clorexidina a 2% ou PVPI 10%).

Transporte Aeromédico de pacientes com suspeita de Doença por Vírus Ebola (DVE)

Devem ser utilizadas as mesmas orientações para o transporte de ambulância, observando as seguintes peculiaridades:

1. O transporte de pacientes com DVE deve ser feito em aeronave exclusiva e dedicada para remoção aeromédica;
2. O piloto e co-piloto sempre que houver a possibilidade de contato com a vítima ou fluídos, deverão utilizar os EPI'S
3. Após o término do transporte, efetuar a limpeza utilizando os mesmos padrões da limpeza das ambulâncias.

7.6 Orientações para Manejo de Pacientes com Suspeita da Febre do Ebola

Introdução

A doença viral hemorrágica causada pelo vírus Ebola (DVE), foi identificada pela primeira vez em 1976, no Zaire, atual República Democrática do Congo e, desde então, tem produzido surtos no continente africano.

Desde o final de 2013, vem ocorrendo um surto em países da região ocidental da África, sendo o mais extenso e duradouro surto de DVE já identificado no mundo e associado à alta taxa de letalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a epidemia do Ebola como uma emergência internacional em saúde pública. Pelas características da transmissão do vírus, é considerada pouco provável disseminação para outros continentes. Entretanto, a detecção de casos importados procedentes dos países com transmissão ativa pode ocorrer em qualquer país do mundo.

A DVE é causada por infecção por um vírus da família *Filoviridae*, gênero *Ebolavirus*. Quando a infecção ocorre, os sintomas geralmente começam de forma abrupta. Há cinco subespécies identificadas na família. Quatro tem causado doenças em humanos.

A transmissão do vírus se dá por meio do contato direto com sangue, tecidos ou fluidos corporais de indivíduos infectados (incluindo cadáveres) ou do contato com superfícies e objetos contaminados. Não se dispõe de vacina e o tratamento - ainda que drogas específicas experimentais já tenham sido utilizadas em caráter extraordinário - fundamenta-se em medidas de suporte vital, como suporte hemodinâmico; suporte nutricional; diálise; reposição de hemácias, plasma e plaquetas, suporte ventilatório e tratamento de infecções bacterianas secundárias.

Este Guia apresenta orientações referentes ao manejo dos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo vírus Ebola, com recomendações para o diagnóstico clínico e laboratorial, manejo clínico e medidas de biossegurança para minimizar o risco de transmissão para os profissionais de saúde.

Definições

Caso suspeito: Indivíduo procedente, nos últimos 21 dias, de país com transmissão disseminada ou intensa de Ebola* que apresente febre de início súbito, podendo ser acompanhada de sinais de hemorragia, como: diarreia sanguinolenta, gengivorragia, enterorregia, hemorragias internas, sinais purpúricos e hematúria. Apenas serão considerados suspeitos os indivíduos que relatem contato com pessoa com suspeita ou com diagnóstico de Ebola.

* Libéria, Guiné e Serra Leoa

Caso provável: caso suspeito com histórico de contato com pessoa doente, participação em funerais ou rituais fúnebres de pessoas com suspeita da doença ou contato com animais doentes ou mortos.

Caso confirmado: Caso suspeito com resultado laboratorial conclusivo para Ebola realizado em laboratório de referência pela técnica de reação de polimerização em cadeia.

Contactante: Indivíduo que teve contato com sangue, fluido ou secreção de caso suspeito ou confirmado; ou que dormiu na mesma casa; ou teve contato físico direto com casos suspeitos ou com corpo de casos suspeitos que foram a óbito (funeral); ou teve contato com roupa ou roupa de cama de casos suspeitos, ou ainda bebê que tenha sido amamentado por caso suspeito.

Sinais e sintomas

Os sinais e sintomas podem aparecer depois de um período de incubação de 2 a 21 dias após a exposição ao *Ebolavirus*, embora a média seja de 8-10 dias. Incluem, em uma fase inicial:

- * Febre (superior a 38 ° C)
- * Forte dor de cabeça
- * Mialgia
- * Prostração intensa
- * Diarreia
- * Vômitos
- * Dor abdominal
- * Falta de apetite
- * Hiperemia conjuntival
- * Hepatomegalia dolorosa
- * Linfadenomegalia
- * Hemorragia inespecífica, ou seja, sem característica típica quanto à com intensidade e ao local de sangramento.

Após a primeira semana de infecção, alguns pacientes com DVE podem se recuperar, mas habitualmente a doença evolui para formas graves. A viremia aumenta drasticamente acompanhando o agravamento do quadro clínico. Os pacientes podem desenvolver um rash cutâneo (exantema) difuso, seguido de descamação da pele. Na

evolução, podem ocorrer diarreia grave, náuseas e vômitos acompanhados de dor abdominal, comprometimento das funções hepáticas e renais e, frequentemente, coagulação intravascular disseminada levando a hemorragias internas e externas variadas.

De acordo com o Consenso n.º 9188/2014 do Superior Conselho de Saúde da Bélgica, são considerados sinais relevantes/frequentes de gravidade: hemorragia nasal; melena; aumento significativo de transaminases (TGO e TGP); queda abrupta de plaquetas; sinais de choque e baixa saturação de O₂.

Os óbitos normalmente ocorrem na segunda semana da doença e estão relacionados à instabilidade hemodinâmica, choque (colapso circulatório), infecções bacterianas secundárias e/ou coagulação intravascular disseminada.

Exames inespecíficos

Uma pessoa que se enquadre na definição de caso suspeito de DVE deverá permanecer em área de isolamento de contato e somente será entrevistada, tocada e examinada por profissionais devidamente paramentados. No hospital de referência estadual somente serão colhidas amostras do paciente para encaminhamento ao laboratório de referência nacional e para testes à beira do leito, conforme a disponibilidade tecnológica do hospital:

- Malária por teste rápido: sempre;
- Outros testes (bioquímica, hematologia e outros): caso estritamente necessário, se for disponível técnica para realizar a beira do leito respeitando as condições de biossegurança.

Outros exames de patologia clínica somente serão realizados após a transferência para hospital de referência nacional ou no laboratório de referência nacional.

Caso sejam necessários exames de imagem, deve-se dar preferência para equipamentos portáteis que possam ser devidamente protegidos e levados ao quarto de isolamento. Se for necessário deslocar o paciente, a CCIH do hospital deve orientar os fluxos e a utilização de EPIs pelo paciente.

Os achados de exames laboratoriais inespecíficos incluem inicialmente leucopenia e linfopenia. Posteriormente ocorre aumento de linfócitos atípicos, plaquetopenia, elevação dos níveis séricos de enzimas hepáticas (transaminases), predominantemente AST, e marcadores bioquímicos de insuficiência renal, além de distúrbios hidroeletrólíticos e alterações nas provas de hemostasia. Hipocalcemia e hipoalbuminemia são achados comuns.

Diagnóstico

A partir de uma suspeita de DVE, o paciente deve ser direcionado para área de isolamento apropriada da unidade de saúde e a notificação imediata ao serviço de vigilância epidemiológica. Este caso será atendido no hospital de referência do Estado e encaminhado posteriormente para o hospital de referência nacional tão logo seja possível seu deslocamento.

No hospital de referência estadual, devem ser colhidas amostras de sangue para o diagnóstico laboratorial específico do Ebola e para os testes diferenciais. O teste rápido de malária deverá ser realizado a beira do leito por meio de punção da polpa digital. A equipe do hospital é responsável por esta colheita, sob orientação dos profissionais designados pelo Lacen e pela SVS, que acondicionarão a amostra que será encaminhada ao Laboratório de Referência (Instituto Evandro Chagas – IEC – Pará). A equipe de saúde deve seguir as orientações do serviço de vigilância para este procedimento e utilizar os equipamentos de proteção individual especificados na Nota Técnica 2/2014 GGES/ANVISA.

O laboratório de referência nacional fará o diagnóstico por Reação em Cadeia da Polimerase (PCR). Também serão realizados exames para outras doenças do diagnóstico diferencial. Caso a primeira amostra seja negativa para vírus Ebola, nova colheita deverá ser realizada 48 horas após a primeira amostra. Os casos suspeitos serão descartados somente após dois resultados de PCR negativos. O teste rápido confirmatório para malária não descarta a suspeita de DVE.

Diagnóstico Diferencial

A DVE é uma síndrome febril hemorrágica aguda cujos diagnósticos diferenciais principais são: malária, febre tifoide, shigelose, cólera, leptospirose, peste, rickettsiose, febre recorrente, doença meningocócica, hepatite, febre amarela, dengue grave e outras febres hemorrágicas.

Tratamento

Não existe vacina ou tratamento específico para DVE. O tratamento, a princípio, se restringe a controle dos sintomas e medidas de suporte/estabilização do paciente. É importante iniciar o tratamento de maneira oportuna para aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes.

É recomendada a expansão volêmica, correção dos distúrbios hidroeletrolíticos, estabilização hemodinâmica, correção de hipoxemia e manutenção oferta de oxigênio tecidual e tratamento de infecções bacterianas.

Há tratamentos em fase de pesquisa clínica e que não estão disponíveis para utilização.

Conduta

O reconhecimento precoce é fundamental para o controle da infecção.

Os profissionais de saúde, em todos os níveis de complexidade, de serviços públicos e privados devem estar sensibilizados para detectar casos suspeitos de DVE a partir de elementos clínicos e epidemiológicos.

Considerando a emergência internacional, é importante que, no primeiro contato com paciente febril, os serviços de saúde obtenham informações detalhadas acerca do histórico de viagem nos últimos 21 dias para os países onde há registro de casos autóctones de Ebola. Em caso afirmativo, o paciente será considerado como caso suspeito e deverão ser adotadas em tempo oportuno todas as medidas de biossegurança indicadas, evitando-se qualquer contato, procedimento ou manipulação do paciente e seus fluídos que não seja absolutamente essencial naquele momento.

É importante definir equipe mínima para avaliação inicial e, com a utilização dos equipamentos de proteção individual, encaminhar o paciente suspeito para uma área isolada ou restrita na unidade.

Após a adoção das medidas apropriadas de prevenção e controle, devem ser obtidos dados clínicos e epidemiológicos a serem registrados de maneira detalhada no prontuário do paciente, visando: histórico de viagem, a data de início de sintomas, sinais e sintomas iniciais, sinais vitais (pressão arterial, nível de consciência, volume de pulso, enchimento capilar, frequência respiratória, frequência cardíaca e temperatura). Este atendimento inicial visa identificar precocemente a ocorrência de sinais de choque. Os registros clínicos não devem ser levados para a área de isolamento do paciente, evitando a possibilidade de transmissão indireta.

Qualquer serviço de saúde público ou privado que atender o caso suspeito de Ebola deverá notificar imediatamente a Secretaria Municipal, Estadual de Saúde e/ou a SVS; e acionar o SAMU 192 ou serviço indicado pela Secretaria Estadual de Saúde, que será responsável pelo transporte do paciente ao hospital de referência estadual. Deve-se manter o paciente em isolamento e aguardar a chegada da equipe que fará a remoção. As equipes dos hospitais de referência, juntamente com as comissões de controle de infecção hospitalar deverão definir condições, fluxos, procedimentos e responsáveis pelo atendimento dos casos suspeitos de Ebola, considerando as recomendações publicadas pelo Ministério da Saúde e Anvisa.

Nos hospitais de referência todas as atividades que envolvem o atendimento ao paciente e o manuseio de qualquer material que teve contato com ele ou com seus fluídos corporais deverão ser realizadas adotando-se as medidas de precaução e controle conforme a Nota Técnica 2/2014 GGES/ANVISA.

O paciente permanecerá no hospital de referência estadual até que seja possível a sua transferência para o hospital de referência nacional (Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, no Rio de Janeiro – RJ). Caso a condição clínica do paciente não permita a transferência do mesmo de forma imediata, a reavaliação do quadro

clínico deve ser periodicamente realizada e, tão logo seja possível, o SAMU 192 ou serviço indicado deve ser acionado para realização do transporte do paciente para a aeronave que o levará para o Rio de Janeiro para a continuidade do atendimento.

Os hospitais de referência estaduais deverão adotar os seguintes procedimentos específicos frente a um caso suspeito:

1. Internar o paciente em quarto privativo com banheiro, em isolamento, com estrutura capaz de garantir medidas de suporte à vida.
2. Monitoramento de sinais vitais (pressão arterial, nível de consciência, volume de pulso, enchimento capilar, frequência respiratória, frequência cardíaca, débito urinário/volume de diurese, sinais de desidratação, temperatura, oximetria de pulso/saturação O₂).
3. Realizar medidas antropométricas (peso, altura).
4. Pesquisar/monitorar sangramentos.
5. Realizar o exame físico completo.
6. Iniciar a hidratação oral ou endovenosa, conforme avaliação clínica e ocorrência de sinais de gravidade e necessidade de reposição volêmica e estabilização hemodinâmica.
7. O uso de drogas sintomáticas são recomendados para pacientes com febre, dores articulares, mialgia e cefaléia. Recomenda-se a utilização de Paracetamol ou Dipirona. Em casos de dor refratária pode ser utilizada codeína ou morfina. Os salicilatos e antiinflamatórios não hormonais são contra indicados. Na ocorrência de vômitos e náuseas os antieméticos podem ser usados.
8. Iniciar antibioticoterapia com cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona) conforme prescrição médica. A antibioticoterapia é de caráter empírico tendo em vista, a possibilidade de que hipóteses como doença meningocócica e febre tifóide, que são diagnósticos diferenciais possíveis e que justificam a intervenção precoce.
9. Notificar imediatamente a Secretaria Municipal, Estadual de Saúde ou a SVS.
10. Monitorar continuamente a condição clínica do paciente para verificar a possibilidade de transferência para o hospital de referência nacional (pressão arterial, nível de consciência, volume de

pulso, enchimento capilar, frequência respiratória, frequência cardíaca, débito urinário/volume de diurese, grau de hidratação, temperatura, oximetria de pulso/saturação O₂).

11. Orientar o paciente e acompanhante sobre os procedimentos que serão adotados.
12. Realizar primeira coleta de material do paciente (10 mL de sangue total) para o diagnóstico confirmatório de Ebola e para exames diferenciais. A coleta da amostra deve ser realizada de modo asséptico. O responsável pela coleta deve estar protegido com equipamentos de proteção individual (EPI) especificados anteriormente. O descarte dos materiais usados para a coleta e transporte incluindo os EPIs deve seguir as recomendações da RDC ANVISA n.º 306 de 07 de dezembro de 2004. Não é necessário, na fase aguda, separar o soro do sangue, procedimento que pode aumentar significativamente o risco de infecção acidental. É obrigatório o uso de sistema de coleta de sangue a vácuo com tubos plásticos secos estéreis selados. As amostras somente deverão ser colhidas após a chegada da caixa de transporte à área adjacente ao quarto de isolamento onde está o paciente.

No caso de óbito em que não se tenha obtido o sangue, fragmento de pele (sugere-se do pescoço) e swab de orofaringe (swab de rayon) deverão ser colhidos e transportados em tubos secos para o IEC/PA, adotando-se os mesmos cuidados de proteção. **A necropsia não deverá ser realizada.**

13. O teste rápido para malária deverá ser realizado em todos os casos suspeitos à beira do leito, por meio de punção da polpa digital. Caso o teste seja positivo para malária, iniciar a terapêutica específica (conforme recomendações do Programa Nacional de Malária). Esse diagnóstico não descarta a suspeita de Ebola;
15. A amostra para diagnóstico etiológico será transportada por empresa contratada pelo Ministério da Saúde para o laboratório de referência nacional Instituto Evandro Chagas (IEC) – Pará, em até 24 horas.
16. Frente a um resultado laboratorial negativo para Ebola (PCR negativo), e caso o paciente não apresente condições para transferência para o hospital de referência nacional, colher uma segunda amostra de sangue total 48 horas após a primeira colheita e encaminhá-la para o laboratório de referência. O paciente deve permanecer em isolamento com todas as medidas de biossegurança. Monitorar continuamente a condição clínica do paciente até a possibilidade de transferência para o hospital de referência nacional (pressão arterial, nível de consciência, volume de pulso, enchimento capilar, frequência respiratória, frequência cardíaca, débito urinário/volume de diurese, grau de hidratação, temperatura, oximetria de pulso/saturação O₂).

17. Se houver um resultado positivo para vírus Ebola por PCR, o diagnóstico será confirmado para Ebola.
18. É importante que o hospital de referência estadual garanta as condições necessárias de suporte para a transferência do paciente ao hospital de referência nacional, como oxigenioterapia em todas as situações de choque e/ou de insuficiência respiratória (máscara, CPAP, cateter nasal, ventilação invasiva, TOT), acesso venoso, expansão volumétrica, monitoramento de pressão arterial e da saturação de oxigênio.
19. Sendo negativos os resultados de ambas as análises laboratoriais para pesquisa de vírus Ebola por PCR realizadas pelo laboratório de referência, o caso será descartado para Ebola.

ORIENTAÇÕES PARA ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL DE EMERGÊNCIA Esta situação se caracteriza pela necessidade de atendimento transfusional imediato, em caráter emergencial, nas unidades hospitalares de atendimento inicial (referências estaduais) onde não se realizará exames laboratoriais exceto a coleta de amostra para diagnóstico que será encaminhada aos laboratórios de referência para confirmação diagnóstica.

Nesta situação, objetivando a redução dos riscos associados à manipulação de amostras de sangue potencialmente contaminadas, sem a disponibilidade de laboratórios de referência com nível de segurança adequado preconiza-se o atendimento transfusional de EMERGÊNCIA como previsto na portaria MS nº 2.712/2013 art. 171. Recomenda-se a utilização:

- Concentrado de Hemácias (CH) O RhD negativo, na hipótese de não haver o tipo de sangue em estoque suficiente no serviço de hemoterapia, poderá ser usado O RhD positivo, sobretudo em pacientes do sexo masculino ou em pacientes de qualquer sexo com mais de 45 (quarenta e cinco) anos de idade;
- Plasma Fresco Congelado (PFC/PFC24) AB RhD positivo ou negativo, na hipótese de estoque insuficiente deste grupo sanguíneo poderá ser usado A RhD positivo ou negativo com pesquisa de hemolisina anti-A e anti-B negativas (método quantitativo ou qualitativo);
- Concentrado de Plaquetas (CP) O RhD positivo ou negativo, com pesquisa de hemolisina anti-A e anti-B negativas (método quantitativo ou qualitativo);
- Crioprecipitado (CRIO) de qualquer grupo sanguíneo.

Como definido na legislação de referência, citada acima, os serviços de atendimento inicial nas situações assinaladas devem possuir protocolo específico aprovado pelo Comitê Transfusional prevendo o atendimento nesta situação e a equipe médica assistente deve ter ciência do risco inerente ao atendimento transfusional sem a realização dos testes pré-transfusionais.

Os critérios para a indicação de transfusão de hemocomponentes estão baseados em evidências clínicas, não sendo disponível a avaliação laboratorial, portanto as indicações devem ser criteriosas e somente na evidência de situação de EMERGÊNCIA bem caracterizada pela equipe médica assistente e discutida com o responsável técnico da agência transfusional do serviço hospitalar.

Observações:

1. **Malária** é a causa mais comum de doença febril em pessoas com história de viagem para os países afetados.
2. O paciente com suspeita de DVE deve ser isolado em um quarto privativo (um paciente por quarto) contendo banheiro e com porta fechada. O quarto de isolamento deve ter a entrada sinalizada com **avisos/alertas acerca dos riscos e sinalizando quanto às medidas de precaução a serem adotadas, ou seja, de contato e gotículas** (vide cartazes publicados pela Anvisa).
3. É importante identificar equipe com composição mínima para avaliação e monitoramento do paciente e garantir durante este acompanhamento evoluções médicas e de enfermagem de 6/6hs, atentando principalmente para a avaliação dos sinais vitais e sinais de choque (pressão arterial, nível de consciência, volume de pulso, enchimento capilar, frequência respiratória, frequência cardíaca, débito urinário/volume de diurese, grau de desidratação, temperatura, oximetria de pulso/saturação O₂).
4. Registrar no prontuário e/ou ficha de atendimento as condutas e os cuidados prestados de forma detalhada. Manter os registros sempre fora da área de isolamento.
5. A paramentação e a retirada dos EPI's devem ser realizadas **sempre em dupla**, para a observação e detecção de eventuais erros e/ou negligências nessas ações. Os EPI's devem ser apropriados conforme as recomendações da Nota Técnica n.º 02/2014 GGES/ANVISA.
6. **Restringir visitas:** evitar/limitar a entrada de visitantes no quarto do paciente. Exceções podem ser consideradas caso a caso, para aqueles que são essenciais para o bem-estar do paciente. Devem ser registradas todas as pessoas que entram (sob supervisão/observação de membro da equipe de saúde) no quarto do paciente.
7. **Evitar procedimentos com geração de aerossóis:** Para executar estes procedimentos, deve-se incluir proteção respiratória (máscaras N95 ou superior/respirador máscara de filtragem).
8. Adotar rigorosamente as medidas indicadas para controle de infecção, **limpeza e/ou desinfecção de materiais potencialmente infecciosos e ambientes**, deve ser feita seguindo os protocolos do hospital e recomendações da RDC ANVISA n.º 306 de 07 de dezembro de 2004.
9. **Não manipular caneta, telefone celular, óculos de grau ou outro objeto** pessoal enquanto estiver paramentado para evitar contaminação.

10. Atenção especial deve ser dada aos procedimentos de **lavagem e higienização das mãos**, por parte dos profissionais que realizam os procedimentos, utilizando antisséptico como o álcool-gel ou soluções padronizadas pelo serviço. A higiene das mãos deve ser realizada imediatamente após a remoção dos EPI.
12. Usar **dispositivos descartáveis** para o atendimento ao paciente sempre que possível. Quando não houver dispositivo descartável, implantar o **uso exclusivo para cada paciente**, de esfigmomanômetro e termômetro, que deverão sofrer desinfecção imediatamente após o uso.
13. Evitar o uso de altas pressões de água ou procedimentos que gerem aerossóis e respingos (descarga em vaso sanitário com a respectiva tampa fechada).
14. Usar os EPI recomendados durante a limpeza do meio ambiente e o manuseio de resíduos.
15. Descartar os materiais perfuro-cortantes em recipientes de paredes rígidas, resistentes à punção, com tampa e resistentes à esterilização. Estes recipientes deverão estar localizados próximos à área de uso. Estes resíduos são considerados do Grupo A1.
16. Todos os itens e superfícies com os quais o paciente tiver contato devem ser submetidos à desinfecção com hipoclorito de sódio 10.000 ppm ou 1% de cloro ativo (com 10 minutos de contato) ou álcool a 70%. Este procedimento deve ser repetido a cada troca de plantão ou conforme necessidade, de acordo com o Manual Segurança do Paciente Limpeza e Desinfecção de Superfícies da ANVISA.

7.7 Manejo de cadáver

7.7.1 Traslado do corpo:

Nas situações em que ocorrer o óbito no Brasil ou se chegar em ponto de entrada no país cadáver com causa de morte suspeita de Ebola, os procedimentos para recolher o corpo deveram ser estabelecidos pelos gestores locais por meio de articulação com o Instituto Médico Legal (IML), Serviço de Verificação de Óbito (SVO) ou outro mecanismo disponível. Caso não se tenha obtido o sangue, realizar a coleta de fragmento de pele (tubo estéril de vidro ou plástico com tampa de borracha ou tubo de vidro com tampa de rosca) e secreção de orofaringe (swab de rayon). A coleta da amostra deve ser realizada de modo asséptico, destacando no procedimento a obrigatoriedade de proteção com o uso dos EPI adequados.

A realização de tal procedimento deve ser estabelecida em detalhes pela Secretaria de Estado da Saúde.

O SAMU – Serviço Médico de Urgência não tem atribuição legal para manuseio ou transporte de cadáver.

A norma que dispõe sobre **Controle e Fiscalização Sanitária do Traslado de Restos Mortais Humanos** é a RDC nº 33 de 2011 da Anvisa (http://j.mp/rdc33_2011). Conforme Art. 10 desta norma, fica vedada, em todo o território

nacional, a prestação de serviço de conservação e traslado de restos mortais humanos, em que o óbito tenha tido como causa a encefalite espongiforme, febre hemorrágica ou outra nova doença infectocontagiosa que, porventura, venha a surgir, a critério da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS).

Com base nesta norma, caso o paciente seja residente em estado ou país diferente do local do óbito, os restos mortais deverão ser enterrados ou cremados no município de ocorrência do óbito, podendo ser transportadas apenas as cinzas, quando a opção da família for a cremação. Ao poder público cabe dar orientação e apoio às famílias, no âmbito de suas competências.

7.7.2 Apoio diplomático

Diante de casos suspeitos de ebola envolvendo estrangeiros e necessidade de comunicação ao país de origem, cabe à Secretaria de Saúde do Estado ou Município a comunicação ao COES Ebola para que o Ministério da Saúde possa ativar o fluxo de comunicação com o Ministério das Relações Exteriores, por meio da Assessoria Internacional.

FLUXOGRAMA

