2014

PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

Doença pelo Vírus Ebola

Brasília – DF
VERSÃO 17

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 17

Novidades da versão atualizada:

Introdução

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

3. 1. AVALIAÇÃO DAS VULNERABILIDADES

7.1. PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA E MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE DOENÇA PELO VÍRUS EBOLA (DVE)

Leia-o na íntegra e envie dúvidas e sugestões para coes.ebola@saude.gov.br

2014 Ministério da Saúde.

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

Tiragem: 1ª edição – 2014 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis
Setor Comercial Sul–Quadra 4 Bloco A, 4º andar
CEP: 70.340-000 – Brasília/DF
Site: <www.saude.gov.br/svs>
E-mail: cgdt@saude.gov.br

Produção
Núcleo de Comunicação/SVS

Organização
Alessandro Pecego Martins Romano
Amanda de Sousa Delácio
Daniel Garkauskas Ramos
Eduardo Pacheco de Caldas
Lidsy Ximenes Fonseca
Marly Maria Lopes Veiga
Melina Erica Santos
Wanessa Tenório Gonçalves Holanda de Oliveira

Colaboração
Alessandra Viana Cardoso
Angela Ribeiro Vargas
Antonio T. Onimaru
Carlos Estênio Freire Brasilino
Cleber Verona
Cristiano Gregis
Daniel Coradi Freitas
Daniela Gomes
Denise Vieira Antunes Amaral
Edison Vale Teixeira Júnior
Fábio de Lima Marques
Fernanda Bruzadelli Paulino da Costa
Flávio Trevellin Forini
Gabriela Andrade Pereira
Ivan Paiva de Mattos Filho
José Nilton Gomes da Costa
João Paulo Toledo
Júlia de Albuquerque Pacheco
Juliana Vieira Borges Vallini
Márcio Xavier de Almeida Barretto
Maria da Conceição Mendonça Costa
Maria Dolores Santos da Purificação
Mariana Pastorello Verotti
Marta Helena Paiva Dantas
Noemi Cabral
Patrícia Miyuki Ohara
Renato Vieira Alves
Ricardo da Rocha Sales Oliveira
Ricardo de Gouvea Costa
Rodrigo Fabiano do Carmo Said
Simone Valéria Costa Pereira
Stefan Vilges de Oliveira
Thaís Poliana Teixeira Ribeiro de Assunção

Revisão técnica
Amanda de Sousa Delácio
Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques
Daniela Buosi
Eduardo Pacheco de Caldas
Sérgio de Andrade Nishioka
Jarbas Barbosa da Silva Júnior
Wanderson Kleber de Oliveira

Agradecimentos
Agradecemos a todos os órgãos e entidades que contribuíram com o desenvolvimento deste plano nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde e demais órgãos do Governo Federal:
Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Ministério da Saúde
Secretarias de Saúde dos Estados
Secretarias de Saúde dos Municípios
Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII)

Diagramação
Núcleo de Comunicação/SVS

Editora responsável
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71.200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: <editora.ms@saude.gov.br>

Equipe editorial
Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva
Revisão: Paulo Henrique de Castro e Khamila Silva

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. 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/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
59p. : il.
Modo de acesso: www.saude.gov.br/svs
ISBN xxx-xx-xxx-xxxx-x
1. Ebola – Plano. 2. Contingência. 3. Saúde Pública. I. Título.

CDU 616-002.5

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0138

Títulos para indexação
Em ingles: ContingencyPlan for Emergency Health Publications Ebola VirusDisease
Em espanhol: Plan de Contingencia para laenfermedadVirus de urgência PublicacionesSalud Ebola

1. INTRODUÇÃO 7
2. OBJETIVOS DO PLANO DE CONTINGÊNCIA 7
3. AVALIAÇÃO DA AMEAÇA DE INTRODUÇÃO DO VÍRUS EBOLA NO BRASIL 7
3.1. AVALIAÇÃO DAS VULNERABILIDADES 8
3.2. SUSCETIBILIDADE, EXPOSIÇÃO E TRANSMISSÃO 9
3.3. FATORES AMBIENTAIS 9
4. ESTRATÉGIA DO PLANO DE CONTINGÊNCIA DE DVE 10
5. NÍVEIS DE RESPOSTA 11
NÍVEL 0 (ATENÇÃO) 11
NÍVEL 1 (ALERTA) 11
NÍVEL 2 (DETECÇÃO) 13
NÍVEL 3 (RESPOSTA) 14
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 15
7. ANEXO 16
7.1. PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA E MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE DOENÇA PELO VÍRUS EBOLA (DVE) 16
7.1.1 DEFINIÇÕES 16
7.1.2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA 16
7.1.3. DETECÇÃO, NOTIFICAÇÃO E REGISTRO 18
7.1.4. CASO SUSPEITO EM PORTOS, AEROPORTOS E FRONTEIRAS 18
7.1.5. ATENDIMENTO DO CASO SUSPEITO EM SERVIÇO DE SAÚDE 19
7.1.6. PROCEDIMENTOS GERAIS A SEREM REALIZADOS NOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO DO PACIENTE 20
7.1.7. ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA ESTADUAL 21
7.1.8. CONTINUIDADE DO ATENDIMENTO DO CASO SUSPEITO NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA NACIONAL 23
7.1.9. PROCEDIMENTOS PARA DIAGNÓSTICO LABORATORIAL 24
7.1.10. INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA 28
ANEXO A1 - PROFISSIONAIS CERTIFICADOS PARA O TRANSPORTE DE SUBSTÂNCIAS INFECCIOSAS 29
ANEXO B1 – ORIENTAÇÕES SOBRE O TRANSPORTE DE AMOSTRAS SUSPEITAS DE DVE 30
ANEXO C1 – QUESTIONÁRIO PARA INVESTIGAÇÃO DE CASOS – AUTOAPLICÁVEL 36
ANEXO C2 – VERSÃO INGLÊS : QUESTIONNAIRE FOR INVESTIGATION OF EBOLA VIRUS DISEASE (EVD) 37
ANEXO C3 – VERSÃO FRANCÊS: QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE DE CAS DE MALADIEDU VÍRUS EBOLA (MVE) 38
7.2. PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DE CONTACTANTES DE CASOS DE DOENÇA PELO VÍRUS EBOLA (DVE) 39
7.2.1. INTRODUÇÃO 39
7.2.2. IDENTIFICAÇÃO DE CONTACTANTES 39
7.2.3. LISTAGEM E MONITORAMENTO DOS CONTACTANTES 40
7.2.4. INSTRUÇÕES PARA A EQUIPE DE MONITORAMENTO DOS CONTACTANTES 41

7.2.5. Procedimentos em relação aos contactantes com sinais e sintomas 42
7.2.6. Alta dos contactantes 42
7.2.7. Precauções de segurança para as equipes de monitoramento de contactantes 42
7.2.8. Estimativas das necessidades e recursos para a identificação de contactantes 43
Anexo A2 - Instruções para os contactantes 44
Anexo B2 – Questionário para investigação de contactantes dos casos de DVE 45
Versão inglês: Instructions for contactees of DVE cases 46
Versão inglês: Questionnaire for investigation of contact persons in cases of EVD 47
Versão Francês: Instructions pour transmetteurs de cas demve 48
Versão Francês: Questionnaired'enquête pour transmetteur de cas de MVE 49
Anexo C2- lista de identificação e monitoramento de contactantes dos casos de DVE 50
7.3. ORIENTAÇÕES SOBRE USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) 51
7.3.1. Orientações para qualquer serviço de saúde que atua como Pronto Atendimento
7.3.2. Orientações para utilização de Equipamentos de Proteção Individual em Serviço de Referência Estadual
7.3.3. Orientações para utilização de Equipamentos de Proteção Individual para limpeza e desinfecção de superfícies e para manejo de cadáver
7.4. PLANO DE COMUNICAÇÃO DE RISCO PARA DVE 60
7.4.1. Introdução 60
7.4.2. Estratégias de comunicação 60
7.4.3. Ações de comunicação 61
7.5. LISTA DE HOSPITAIS DE REFERÊNCIA ESTADUAIS PARA DVE 62
7.6. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA EQUIPE DE RESPOSTA 64
7.7. ORIENTAÇÃO SOBRE ATENDIMENTO E REMOÇÃO DE PACIENTES 65
7.7.1. Biossegurança dos profissionais 66
7.7.2. Ações a serem executadas pelas equipes do APH 66
7.7.3. Transporte aeromédico de pacientes 68
7.8. ORIENTAÇÕES PARA MANEJO DE PACIENTES COM SUSPEITA DVE 69
7.9. MANEJO DE CADÁVER 75
7.9.1. Remoção do corpo 75
7.9.2. Equipamentos e insumos 76
7.9.3. Apoio diplomático 77
7.10. LISTA DE CONTATOS DOS CENTROS DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE (CIEVS - SES) 79

1.INTRODUÇÃO

Desde 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 a 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 as situações de emergência relacionadas a esta doença no Brasil, visando à integralidade das ações de 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 alterações e atualizações, de acordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Cada caso suspeito, será avaliado individualmente pelo Ministério da Saúde para acionamento do protocolo.

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 à doença pelo vírus 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, mesmo nome dado ao vírus(3,4).

Até o momento, foram descritas cinco subespécies de vírus Ebola, sendo que quatro delas afetam humanos e uma delas, apenas primatas não humanos. As espécies são: vírus Ebola (Zaire Ebolavirus); Vírus Sudão (Sudão Ebolavirus); Vírus Taï Forest (Tai Forest Ebolavirus), vírus Bundibugyo (Bundibugyo Ebolavirus) e vírus Reston (Reston Ebolavirus), este último afetando 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-espinho(4).

A infecção pelo vírus Ebola ocasiona febre, cefaleia, fraqueza, diarreia, vômitos, dor abdominal, inapetência, odinofagia e manifestações hemorrágicas. O período de incubação da doença pode variar de 2 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).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou em 8 de agosto de 2014, Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em decorrência da epidemia de Ebola na África Ocidental, iniciada em dezembro de 2013 na Guiné (5). Passado o período desde a declaração da ESPII, e após sucessivas reuniões do Comitê de Emergência em Ebola, na 9ª reunião do Comitê de Emergência, de 29 de março de 2016, foi relatado que os três países completaram o período de observação de 42 dias e período de vigilância reforçada de 90° dia adicionais desde o último caso ligado à cadeia original da transmissão após dois resultados negativos. O último país que alcançou este marco foi a Guiné no dia 27 de Março de 2016, embora tenha ocorrido um novo cluster de casos e mortes relatados, envolvendo uma única cadeia de transmissão. Na opinião do Comitê os países envolvidos têm condições de responder bem a eles, embora novos casos da doença sejam esperados. Peritos concluíram também que a probabilidade de propagação internacional de transporte aéreo é extremamente baixa. Portanto, a situação do Ebola não é mais considerada de ESPII, porém o Comitê considera que deva ser mantido um elevado nível de vigilância e capacidade de resposta para assegurar a capacidade dos países para prevenir infecções do Ebola e para detectar e responder rapidamente a futuros surtos.

3.1. Avaliação das vulnerabilidades

Até a Semana Epidemiológica (SE) 15 de 2016, houve registro de dois casos suspeito de Doença pelo Vírus Ebola no Brasil, segundo definição de caso (Anexo 7.1), porém não foram confirmados laboratorialmente. 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

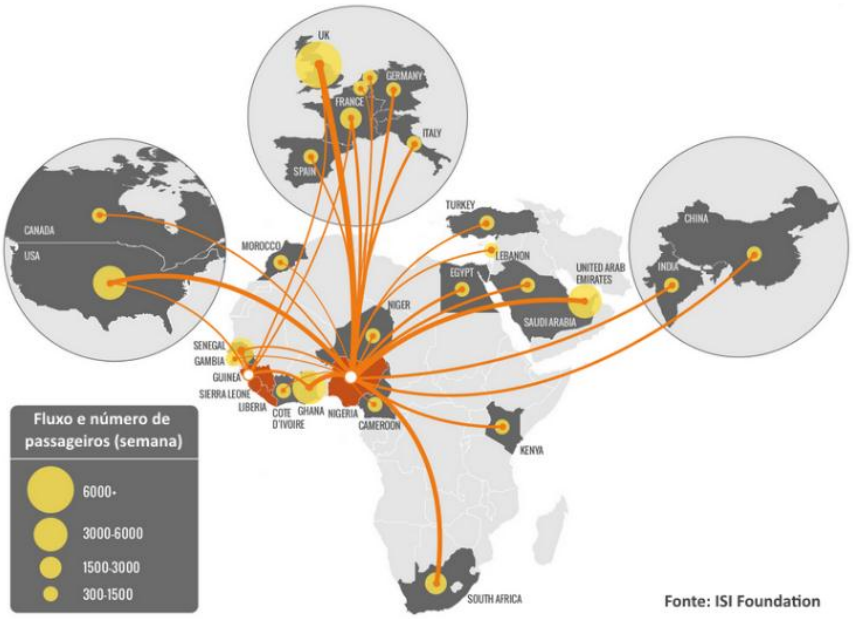
A suscetibilidade ao vírus Ebola é universal. No entanto, a adoção das medidas de prevenção garante segurança no manejo dos pacientes.

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 e sustentabilidade da transmissão do vírus fora da África Ocidental. Não há voos diretos do Brasil com destino aos países da área afetada, nem a partir destes diretamente para o Brasil (Figura 1), além disso o fluxo internacional de embarcações e de viajantes por via aérea ou marítima é limitado.

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

Figura 1. Conexões e fluxo aéreo a partir dos países da África Ocidental para os demais países do globo.

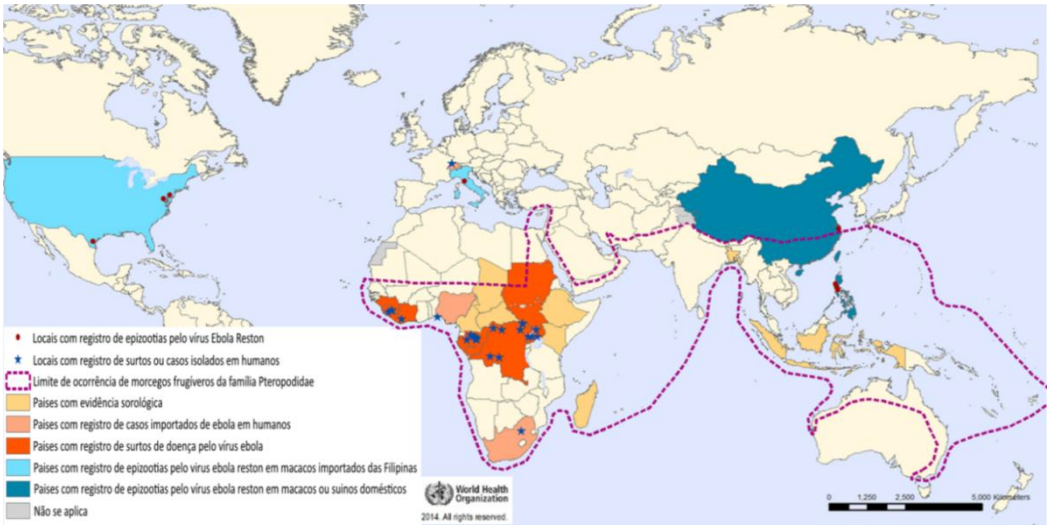


ISI Foundation – Institute for Scientific Interchange.

3.3. Fatores ambientais

Desde a sua descoberta, os vírus Ebola são considerados endêmicos somente no continente africano, embora tenha sido detectado em animais (primatas e suínos), em outros países na Ásia, Europa e nos Estados Unidos. Além disso, estudos apontam o morcego frugívoro da família *Pteropodidae* como possível reservatório do vírus. Este morcego não ocorre nas Américas (Figura 2).

Figura 2. 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 Publica 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 publica.

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, 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 à 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 à 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 os 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

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 do epidemiológica do Ebola no mundo e risco de dispersão internacional.

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 monitoramento 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 Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS).
- Atualizar o site sobre a Doença pelo Vírus Ebola no 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-se com gestores estaduais, com vistas a esclarecer 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 estaduais para isolamento e tratamento de casos suspeitos e/ou 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 com suspeita de DVE;
    - Protocolo das medidas de prevenção e controle de infecção e manejo de resíduos em serviços de saúde;

- 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 confirmado para DVE;
- 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 as 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).
- Avaliar a necessidade de mobilizar ações interministeriais adicionais.
- Avaliar a necessidade de convocação extraordinária do Grupo Executivo Interministerial (GEI), para atualização, discussão e encaminhamentos, objetivando a tomada de decisões.

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 realizar a comunicação por meio dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (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-se com gestores estaduais com vistas a atualizar informações 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 de 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. 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, 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.

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 comunicantes.
- 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 introdução do vírus no Brasil e realizar a comunicação por meio dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Divulgar informe técnico oficial (sistemático) que relate informações sobre casos suspeitos e contatos em acompanhamento.
- Reavaliar a necessidade de recursos humanos e materiais adicionais, assim como reposição de estoque estratégico de insumos.
- Reunir-se com gestores estaduais, com vistas a atualizar 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 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 sua evolução para óbito.
- Avaliar a capacidade de resposta da SES e SMS e acionar equipes de sobreaviso da FN-SUS, bem como verificar a disponibilidade de 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 readequá-los 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 BIBLIOGRÁFICAS

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. ANEXO

7.1. PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA E MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE DOENÇA PELO VÍRUS EBOLA (DVE)

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.

7.1.1 DEFINIÇÕES

- **CASO SUSPEITO:** indivíduo procedente, nos últimos 21 dias, de país com transmissão que apresente febre, podendo ser acompanhada de diarreia, vômitos ou sinais de hemorragia, como: diarreia sanguinolenta, gengivorragia, enterorragia, hemorragias internas, sinais purpúricos e hematúria. Serão considerados também suspeitos os indivíduos que relatarem contato com pessoa com suspeita ou com diagnóstico confirmatório para DVE e que apresentem os sinais e sintomas citados acima.

- **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, sem sinais e sintomas

- **CASO CONFIRMADO:** Caso suspeito com resultado laboratorial de Reação de Polimerase em Cadeia (PCR) positivo para Ebola realizado em laboratório de referência.

- **CASO DESCARTADO:** Caso suspeito com dois resultados laboratoriais de Reação de Polimerase em Cadeia (PCR) negativos para Ebola realizados em Laboratório de Referência definidos pelo Ministério da Saúde, com intervalo mínimo de 48 horas entre as duas colheitas.

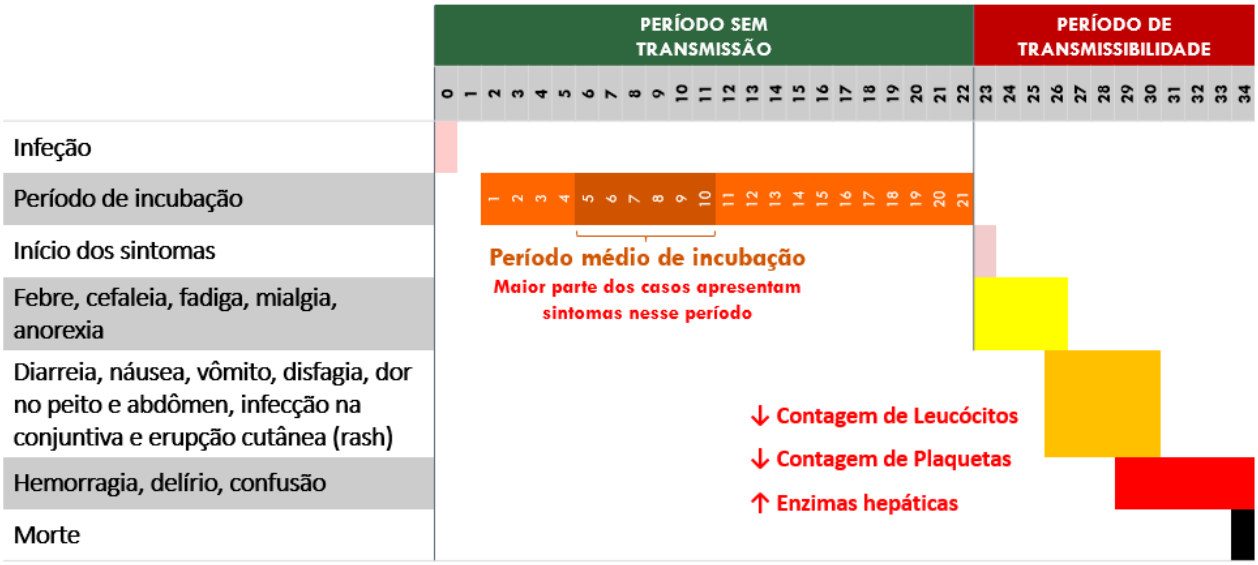
- **CONTACTANTE ou COMUNICANTE:** indivíduos que tiveram contato direto ou indireto com caso suspeito/provável/confirmado (mesmo que falecido) de DVE. CONTATO DIRETO significa contato com fluidos ou secreções corporais do caso e CONTATO INDIRETO, pessoa que frequentou o mesmo ambiente ou TOCOU em objetos ou superfícies compartilhadas com o caso, porém sem comprovação de exposição aos fluidos deste.

7.1.2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período de incubação pode variar de 2 a 21 dias. No entanto, o período mediano é de 5 a 10 dias para a maior parte dos casos (Figura 3).

Figura 3. Características clínicas de casos graves de doença pelo vírus ebola. OMS, 2014.



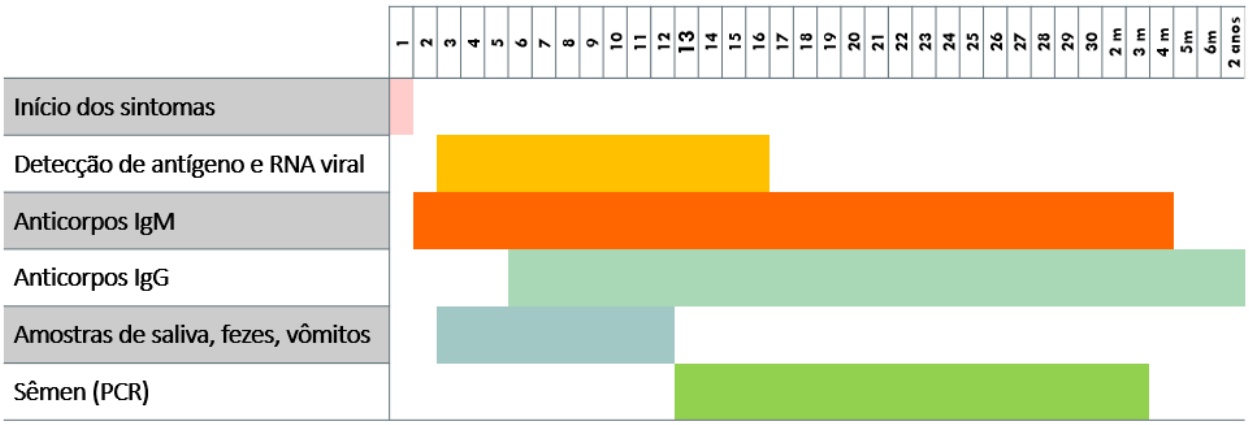
TRANSMISSÃO

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 a partir do contato com superfícies e objetos contaminados. Destaca-se que não há registro na literatura de isolamento do vírus no suor.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

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

Figura 4. Características laboratoriais da doença pelo vírus ebola. OMS, 2014.



TRATAMENTO

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

7.1.3. 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 pelo Disque Notifica (0800-644-6645), bem como pelo 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.

7.1.4. CASO SUSPEITO EM PORTOS, AEROPORTOS E FRONTEIRAS

O manejo do caso suspeito em portos, aeroportos e fronteiras deve seguir os protocolos e procedimentos da ANVISA, de acordo com as orientações dos organismos internacionais.

- **Portos e aeroportos** – Nota Técnica 03/2014 - Prevenção e controle do Ebola em Pontos de Entrada
- **Fronteiras** - Orientações em fronteiras terrestres para Ebola

7.1.5. ATENDIMENTO DO CASO SUSPEITO EM QUALQUER SERVIÇO DE SAÚDE

Considerando a emergência internacional, é importante que, em qualquer serviço de saúde, no primeiro contato com paciente febril, seja verificado o histórico de viagem nos últimos 21 dias para os países com transmissão de Ebola destacados na definição de caso suspeito.

Diante da confirmação da informação da procedência e do período da viagem, classifique-o como caso suspeito e isole o paciente e a área por onde ele transitou.

Após o isolamento do paciente, deve-se notificar imediatamente à Secretaria Municipal, Estadual de Saúde ou à Secretaria de Vigilância em Saúde através dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS (Anexo 7.10) e acionar o SAMU 192 ou serviço indicado pela Secretaria Estadual de Saúde, que será o responsável pelo transporte do paciente ao hospital de referência. Deve ser evitado qualquer contato, procedimento ou manipulação que não seja absolutamente essencial nesse momento.

O membro da equipe que colherá informações e orientará o paciente até a chegada da equipe de remoção deverá paramentar-se com capote, luvas, máscara cirúrgica e óculos de proteção. Deverá ainda certificar-se de que está calçando sapatos fechados.

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 quando tais casos ocorrerem no estado de São Paulo, quando serão encaminhados para o hospital de referência deste estado, o Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

Caso a condição clínica do paciente não permita a transferência do mesmo de forma imediata, este deverá permanecer no hospital de referência estadual, com reavaliação do quadro clínico periodicamente e, tão logo seja possível, o SAMU 192 ou serviço indicado deve ser acionado para transportar o paciente até a aeronave que o levará para o hospital de referência nacional (ou estadual, no caso de pacientes do estado de São Paulo) para continuidade do tratamento.

FLUXO DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTO PARA PACIENTE SUSPEITO DE DVE

7.1.6. 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:

- Todas atividades que envolvam 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;
- todos os profissionais de saúde encarregados do atendimento direto aos pacientes suspeitos de DVE devem estar protegidos utilizando os EPI especificados no anexo "Especificação de EPI para manejo de paciente suspeito/ confirmado de DVE" deste Plano;
- Deve-se 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 realizará o transporte devem utilizar os EPI recomendados;
- não manipular caneta, telefone celular, óculos de grau ou outro objeto pessoal enquanto estiver paramentado, para evitar contaminação;
- recomenda-se que os procedimentos de paramentação e desparamentaçao dos EPI sejam realizados em dupla, permitindo a observação cuidadosa da rotina de biossegurança preconizada;
- atenção especial deve ser dada aos procedimentos de lavagem das mãos, por parte dos profissionais que realizam os procedimentos, utilizando preparação alcoólica a 70% ou água e sabonete. A higiene das mãos deve ser realizada imediatamente após a remoção dos EPI;
- 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;
- 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, termômetro e outros materiais;
- evitar o uso de altas pressões de água e procedimentos que gerem aerossóis e respingos;
- usar os EPI recomendados durante a limpeza do meio ambiente e do manuseio de resíduos;
- 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;
- todos os itens com os quais o paciente tiver contato e superfícies devem ser submetidos a, no mínimo, limpeza e desinfecção.

7.1.7. ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA ESTADUAL

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

O paciente permanecerá no hospital de referência estadual até que seja possível a sua remoção para o hospital de referência nacional (ou estadual, no caso de pacientes do estado de São Paulo). 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 hospital de referência nacional (ou estadual, no caso de pacientes do estado de São Paulo), para dar continuidade ao atendimento.

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

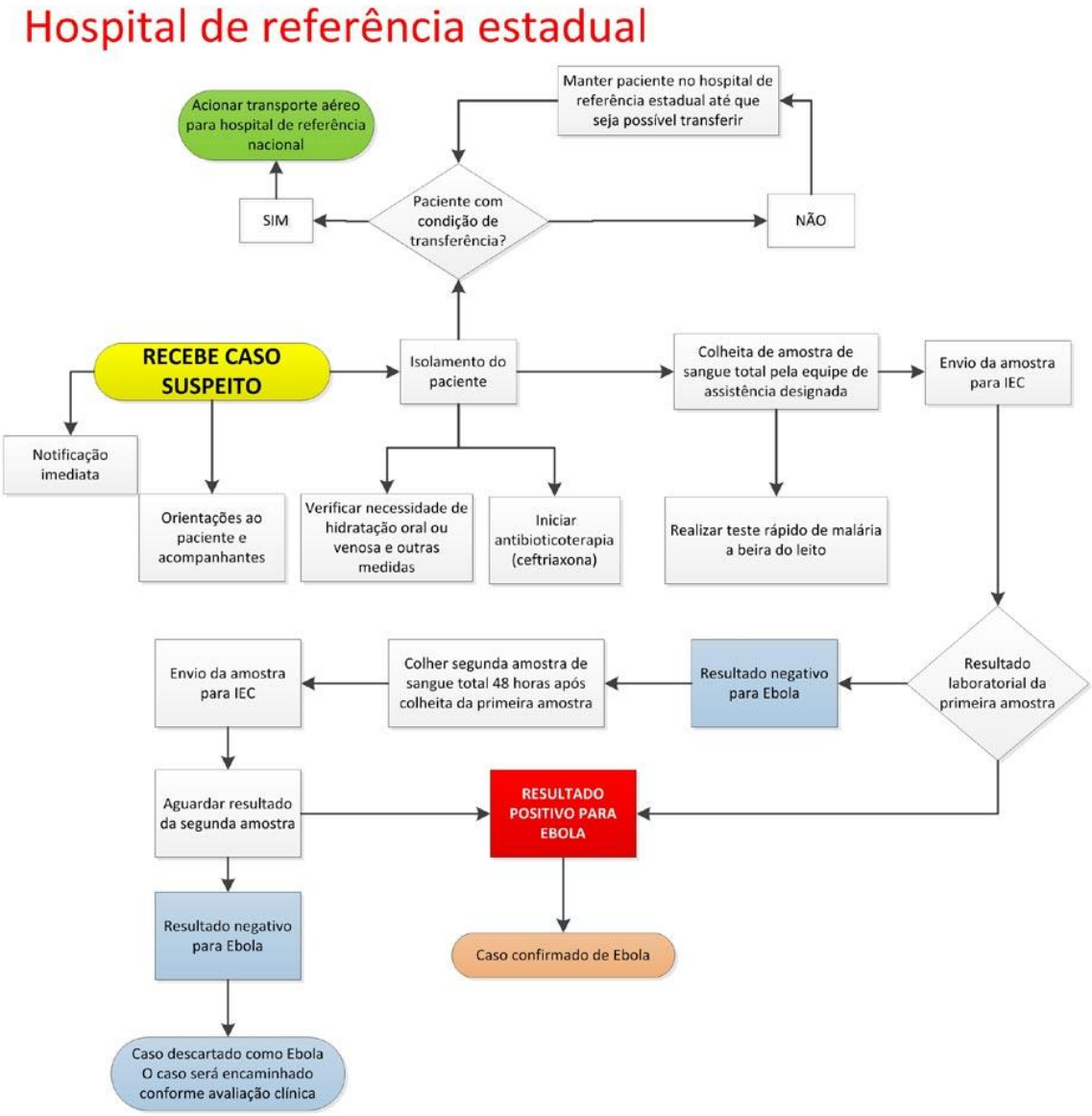
- internar o paciente em quarto privativo com banheiro, em isolamento, com condições de suporte à vida;
- orientar o paciente e familiares/acompanhantes sobre os procedimentos que serão adotados;
- avaliar continuamente a condição clínica do paciente para verificar a possibilidade de transferência para o hospital de referência nacional;
- realizar primeira colheita de material do paciente (10mL sangue total) para o diagnóstico confirmatório de Ebola e exames diferenciais;
- realizar o teste rápido para malária 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--pidos-para-o-diagn--stico-de-mal--ria-transporte--armazenagem-e-utiliza----o.pdf. Caso o teste seja positivo para malária, iniciar a terapêutica específica. IMPORTANTE: esse diagnóstico não descarta a suspeita de Ebola;
- não realizar outros exames de patologia clínica. Estes somente serão realizados no hospital de referência nacional;
- indicar a hidratação oral ou endovenosa, conforme avaliação clínica;
- iniciar antibioticoterapia com cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona);
- frente a um resultado laboratorial negativo para Ebola (PCR negativo), realizar segunda colheita de amostra de sangue total, 48 horas após a primeira colheita e encaminhá-la para o laboratório de referência;
- caso o paciente suspeito necessite de transfusão de sangue, 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. Este

procedimento está descrito detalhadamente no anexo “Orientações para Manejo de Pacientes com Suspeita da Febre do Ebola”.

Observações

- Foram encaminhados, pelo Ministério da Saúde, 05 kits para o teste rápido de malária para os Hospitais de Referência de cada estado.
- Amostra para diagnóstico etiológico será transportada por empresa contratada pelo Ministério da Saúde para o laboratório de referência nacional Instituto Evandro Chagas (IEC) – Pará.
- Caso um resultado para o PCR seja positivo, o diagnóstico será confirmado para Ebola.
- Sendo negativos os resultados de ambas as análises laboratoriais, realizadas pelo laboratório de referência, o caso será descartado para Ebola.

FLUXO DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE SUSPEITO DE DVE



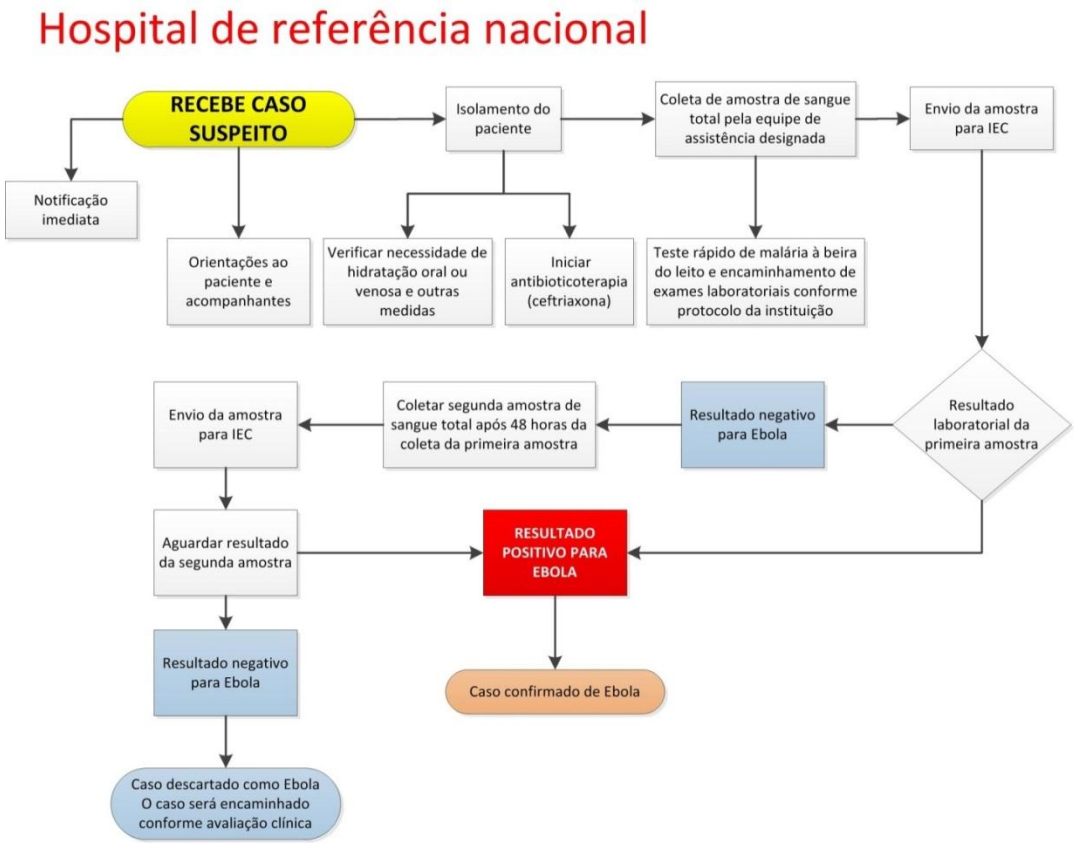
7.1.8. CONTINUIDADE DO ATENDIMENTO DO CASO SUSPEITO NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA NACIONAL

O hospital de referência nacional (ou estadual, no caso de pacientes do estado de São Paulo), além dos procedimentos especificados para os hospitais de referencia estadual, deverá também realizar os exames complementares de patologia clínica.

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

- internar o paciente em quarto privativo com banheiro, em isolamento, com condições de suporte à vida;
- orientar o paciente e familiares/acompanhantes sobre os procedimentos que serão adotados;
- realizar primeira colheita de material do paciente (10mL sangue total) para o diagnóstico confirmatório de Ebola e exames diferenciais;
- realizar o teste rápido para malária 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--pidos-para-o-diagn--stico-de-mal--ria-transporte--armazenagem-e-utiliza----o.pdf.
- caso o teste seja positivo para malária, iniciar a terapêutica específica. IMPORTANTE: esse diagnóstico não descarta a suspeita de Ebola;
- realizar outros exames complementares de patologia clínica;
- indicar a hidratação oral ou endovenosa, conforme avaliação clínica;
- iniciar antibioticoterapia com cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona);
- frente a um resultado laboratorial negativo para Ebola (PCR negativo), realizar segunda colheita de amostra de sangue total, 48 horas após a primeira colheita e encaminhá-la para o laboratório de referência.

FLUXO DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE SUSPEITO DE DVE EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NACIONAL



7.1.9. PROCEDIMENTOS PARA DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

- **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.

- **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, deverão ser colhidos e transportados em tubo seco para o IEC – PA, fragmento de pele (sugere-se do pescoço) e swab de orofaringe (swab de rayon). A colheita 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.

- **Transporte de amostra**

O material biológico (sangue ou tecidos) deve ser transportado com gelo seco (aproximadamente 5 kg) ou gelo reutilizável, 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).

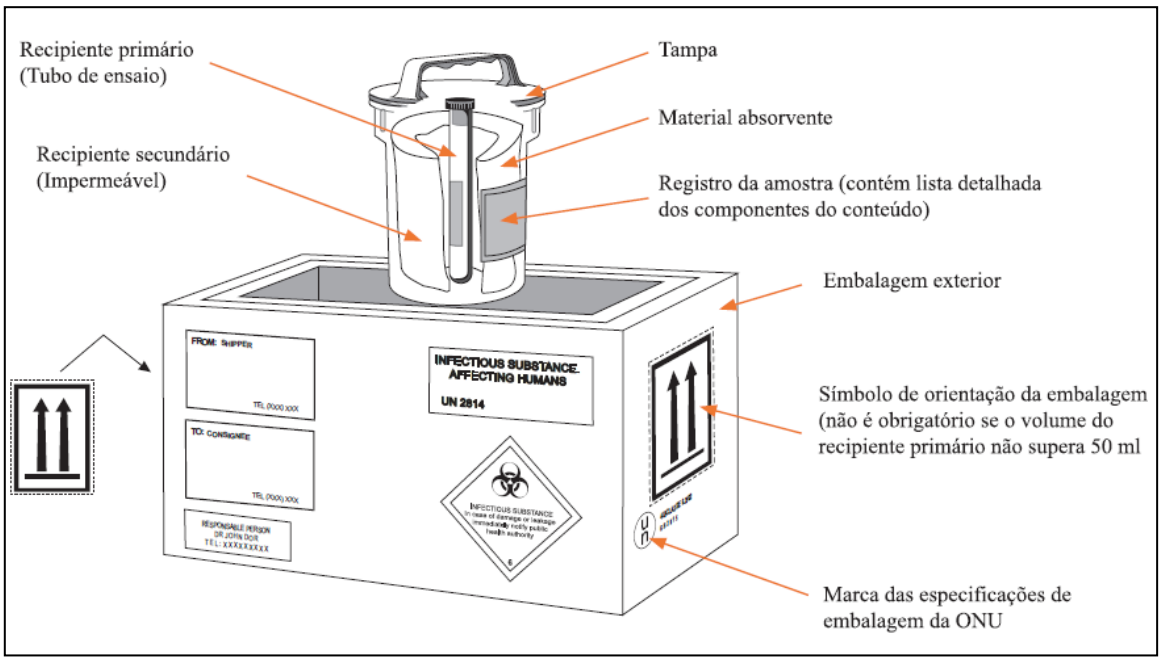


Figura 1. Exemplo de sistema de embalagem tripla para a embalagem e etiquetagem de substâncias infecciosas Categoria A (Guia de Regulamentação de Transporte de Substancias Infecciosas, OMS, 2013-2014).

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 (anexo A1), 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 B1.

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).

Figura 2. Ficha de Conhecimento de Embarque Aéreo

Shipper's Name and Address | Shipper's Account Number

Not Negotiable (Air Consignment note) Issued by

Air WayBill

Copies 1, 2 and 3 of this Air Waybill are originals and have the same validity.

Consignee's Name and Address | Consignee's Account Number

It is agreed that the goods described herein are accepted in apparent good order and condition (except as noted) for carriage SUBJECT TO THE CONDITIONS OF CONTRACT ON THE REVERSE HEREOF. ALL GOODS MAY BE CARRIED BY ANY OTHER MEANS INCLUDING ROAD OR ANY OTHER CARRIER UNLESS SPECIFIC CONTRARY INSTRUCTIONS ARE GIVEN HEREON BY THE SHIPPER, AND SHIPPER AGREES THAT THE SHIPMENT MAY BE CARRIED VIA INTERMEDIATE STOPPING PLACES WHICH THE CARRIER DEEMS APPROPRIATE. THE SHIPPER'S ATTENTION IS DRAWN TO THE NOTICE CONCERNING CARRIER'S LIMITATION OF LIABILITY. Shipper may increase such limitation of liability by declaring a higher value for carriage and paying a supplemental charge if required.

Issuing Carrier's Agent Name and City

Accounting Information

Agent's IATA Code | Account No.

Airport of Departure (Addr. of First Carrier) and Requested Routing

Reference Number | Optional Shipping Information

To | By First Carrier | Routing and Destination | to | by | to | by

Currency | CHGS Code | WT/VAL PPD | WT/VAL COLL | Other PPD | Other COLL

Declared Value for Carriage | Declared Value for Customs

Airport of Destination | Requested Flight/Date

Amount of Insurance

INSURANCE - If carrier offers insurance, and such insurance is requested in accordance with the conditions thereof, indicate amount to be insured in figures in box marked "Amount of Insurance".

Handling Information

SCI

These commodities, technology or software were exported from the United States in accordance with the Export Administration Regulations. Ultimate destination

Diversion contrary to U.S. law prohibited.

No. of Pieces RCP	Gross Weight	kg lb	Rate Class / Commodity Item No.	Chargeable Weight	Rate / Charge	Total	Nature and Quantity of Goods (incl. Dimensions or Volume)
				Volume Weight			

Prepaid | Weight Charge | Collect

Valuation Charge

Tax

Other Charges

Total Other Charges Due Agent

Total Other Charge Due Carrier

Shipper certifies that the particulars on the face hereof are correct and that **insofar as any part of the consignment contains dangerous goods, such part is properly described by name and is in proper condition for carriage by air according to the applicable Dangerous Good Regulations.**

Signature of Shipper or his Agent

Total Prepaid | Total Collect

Currency Conversion Rates | CC Charges in Dest. Currency

Executed on (date) at (place) Signature of Issuing Carrier or its Agent

For Carriers Use only at Destination | Charges at Destination | Total Collect Charges

ORIGINAL 3 (FOR SHIPPER)

Figura 3. Declaração de Mercadoria Perigosa

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 do the operator.	WARNING Failure to comply in all aspectis with the applicable Dangerous Goods Regulations may be in breach of the aplicable law, subject to legal penalties.
TRANSPORT DETAILS This shipment is within the limitations prescribed for: *(Delete non-applicable)* PASSENGER AND CARGO AIRCRAFT / CARGO AIRCRAFT ONLY Airport of Departure:	
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 *(see warning abose)*

7.1.10. INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A partir do histórico de viagem, inicia-se a investigação das atividades de possível exposição ao vírus, e a identificação de possíveis pessoas com quem o caso suspeito teve algum tipo de contato.

Sugere-se que esta primeira investigação seja realizada assim que o paciente seja classificado como caso suspeito de DVE. Para isso, recomenda-se a utilização do questionário para facilitar a obtenção das informações (Anexo C1).

É importante que seja investigada a possibilidade do paciente suspeito ter tido contato com outras pessoas, e a partir desse momento deve-se realizar a busca de contactantes para posterior monitoramento, item 7.2 deste plano.

Anexo A1 - Profissionais certificados para o transporte de substâncias infecciosas

Anexo A1 - Profissionais certificados para o transporte de substâncias infecciosas			
Nome	E-mail	Instituição	Telefone
Kelcinéia 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 Monteiro 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	nathyedm@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
Mario Cesar Althoff	mario.althoff@saude.gov.br	LACEN-DF	61 3213-8286
Bárbara Hoyler	npilacen@gmail.com	LACEN-DF	61 3225 0592
Marcus Vinicius Dias de Oliveira	gpilacen@gmail.com	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 33201 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 Morais de Oliveira	marlene.oliveira@funed.mg.gov.br	LACEN-MG	31 3314 4671
Ana Lúcia Ramires Mendonsa	analuciaramires@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
Aparecida Duarte HG Mussi	_mtl@ses.mt.gov.br	LACEN-MT	65 3624 6095
Verginia Correa de Azevedo e Silva	verginia_correa@hotmail.com	LACEN-MT	65 3622 0599
Claudio Levi dos Santos Mascarenhas	clevibiomed@oi.com.br	LACEN-PA	91 3202 4900
Igor Teles de Menezes Macedo Chaves	igortchaves@gmail.com	LACEN-PA	91 3202 4900
Dalane Loudal Florentino Teixeira	dalane.lacenpb@gmail.com	LACEN-PB	83 3218 5922
Ricardo Morais 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	carmemfreisi@oi.com.br	LACEN-PE	81 3181 6436
Rosiely Felix Bezerra	felixbiomedic@gmail.com	LACEN-PE	81 3181 6416
Edivani 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 Felippe	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	fcm@ioc.fiocruz.br	Fiocruz	21 2562 1754
Leonardo de Rezende Ferreira	leonardorrezende@gmail.com	Fiocruz	21 2332 8606
Milene Miranda Accioly de Mesquita	mmiranda@ioc.fiocruz.br	Fiocruz	21 2562 1754
Christiane Lira de Vasconcelos 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	irenisiamotta@hotmail.com	LACEN-RO	69 3216 5300
Alyene Andrade da Silva Camapum Guedes	controlabvida@yahoo.com.br	LACEN-RR	95 3623 2407
Gabriel Henrique Cidade Turmero	gabrielturmero@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 Araújo Menezes Cavalcante	sandra.cavalcante@fsph.se.gov.br	LACEN-SE	79 3234 6058
Daniela Bernardes Borges da Silva	danielabiologia@bol.com.br	LACEN-SP	11 3068 2913
Denise Ferreira Corrêa de Souza	denise.souza@ial.sp.gov	LACEN-SP	11 3068 2844
Elaine Sanae Sumikawa Werson	elaine.wersom@ial.sp.gov.br	LACEN-SP	11 3068 2805
Kátia Corrêa de Oliveira Santos	katiaocorrea@gmail.com	LACEN-SP	11 3068-2913
Leda Maria Alves dos Santos Mota	ledamota76@hotmail.com	LACEN-TO	63 3218 3238
Mary-lângela Gomes Wanderley Padilha	marylangelagomes@bol.com.br	LACEN-TO	63 3218 3231
Maria da Aparecida Rodrigues Teles	marte.2008@hotmail.com.br	LACEN-TO	63 3218 3238

Anexo B1 – Orientações sobre o transporte de amostras suspeitas de DVE

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

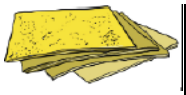
✓ Notificar o laboratório nacional de referência e o epidemiologista principal / diretor médico,que o transporte da amostra está a caminho.

✓ 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

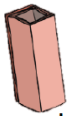


✓ Recipiente secundário à prova de vazamentos

✓ Caixa de transporte rígida

✓ Material de preenchimento, por exemplo, plástico bolha

✓ Fita para selar o pacote exterior (se necessário)



✓ Revestimento interno

<u>Se a refrigeração das amostras for necessária:</u>

✓ Recipiente de isopor

✓ Almofadas de gelo congeladas (gelo reutilizável)

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.

✓ Tubo(s) para colheita de sangue a vácuo, 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.

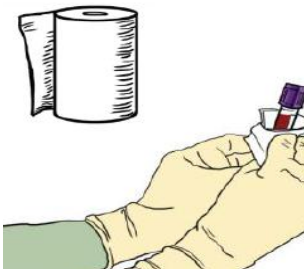
B- Se a amostra não estiver em um recipiente primário de plástico à prova de vazamento, siga os passos B1-B8

✓ Se a amostra não estiver em um recipiente à prova de vazamento, (exemplo, tubos de colheita de sangue a vácuo). NÃO toque nostubos para colheita de sangue a vácuo ou outros 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"]

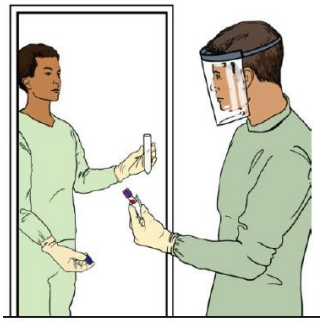
Passo B2. Proteja a amostra durante o transporte envolvendo o tubo de sangue em papel toalha ou material de acolchoamento para evitar sua quebra.

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 a 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 à prova de vazamento.

✓ Tenha cuidado para não tocar no lado de fora do recipiente de plástico primário à 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 à prova de vazamento.

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

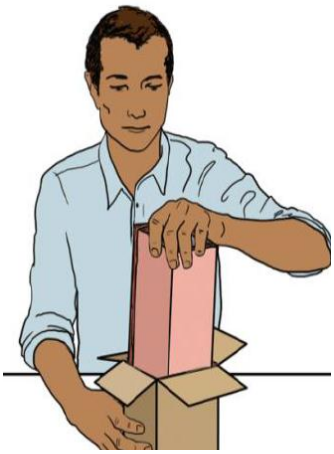
Passo B6. Ambas as pessoas devem retirar seus equipamentos de proteção individual["Click aqui: Como coletar com segurança amostras de sangue de pessoas suspeitas de estarem infectadas com patógenos altamente infecciosos, de transmissão sanguínea"]

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 a 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. Envolva o recipiente primário com material de acolchoamento.

- ✓ Se for embalar mais de uma amostra, enrole cada recipiente primário individualmente com oplástico 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 (ÚLTIMA 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 reutilizável.

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.

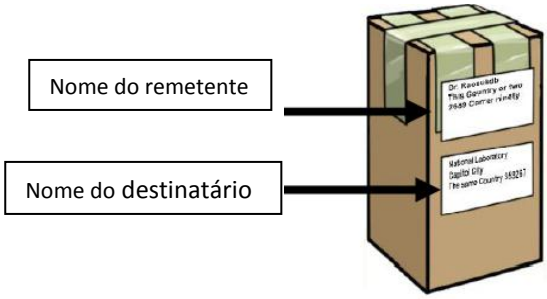
Passo 3l. Feche o topo da caixa(s)

Passo 3m. Lacre a caixa fechada

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

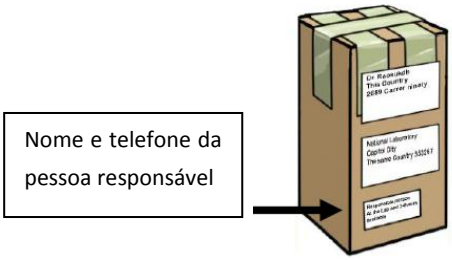
Passo 4a: Escreva o nome e os endereços na caixa.

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



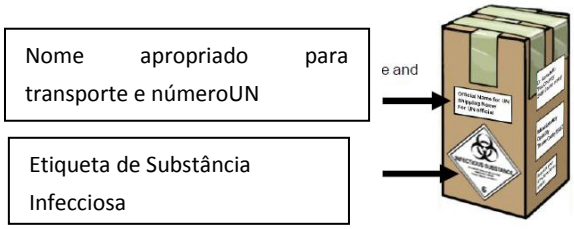
Passo 4b: Escreva o nome e o número de telefone da pessoa de contato no Laboratório de Referência Nacional.

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



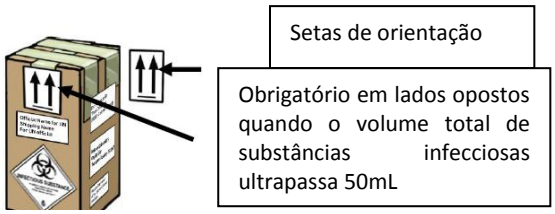
Passo 4c: Coloque a etiqueta de Substâncias Infecciosas na caixa.

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



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



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.

Anexo C1 – Questionário para investigação de casos – autoaplicável

INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS RELACIONADOS À DOENÇA PELO VÍRUS EBOLA

Entrevistador:_____ Data da Entrevista:____/____/____
DADOS DO ENTREVISTADO
Nome: _____
Grau de Parentesco/Vínculo: _____ Telefone: _____

DADOS IDENTIFICAÇÃO DO CASO

1. Nome: _____
2. Endereço: _____
3.Município de residência ou permanência: _____
4. Data de nascimento:____/____/____
5. Sexo: _____
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: _____
Data de partida desse local: __/__/____
10. Atividade realizada no local:_____
11. Foi exposto a algumas destas situações nos últimos 21 dias? **(Marcar o que for relatado)**
12. Contato direto com sangue, tecidos ou fluidos corporais de suspeitos de Ebola?
( ) Sim ( ) Não - Data de exposição: ____/____/___
13. Contato com superfícies ou objetos contaminados por casos suspeitos?
( ) Sim ( ) Não - Data de exposição: ____/____/___
14. Participou de funerais ou rituais fúnebres de suspeitos?
( ) Sim ( ) Não - Data de exposição: ____/____/___
15. Teve contato com animais doentes ou mortos?
( ) Sim ( ) Não - Data de exposição: ____/____/___
16. Que animais? _____Tipo de exposição: _____
17. Visitou hospital? ( ) Sim ( ) Não - Data: ____/____/____ Local: _____
18. Foi hospitalizado? ( ) Sim ( ) Não - Data: ____/____/____ Local: _____

CONTACTANTES

19. Houve contato com outras pessoas após iniciar os sintomas? ( ) Sim ( ) 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						
4						
5						

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

Anexo C2 – VERSÃO INGLÊS: Questionnaire for investigation of Ebola Virus DISEASE (EVD)

Interviewer:_____ Date of the interview:____/____/____

Data of the interviewee:
Name:_____
Relationship /Link: _____ Telephone: _____

CASE IDENTIFICATION DATA

1. Name: _____
2. Address: _____
3. Municipality: _____
4. Date of Birth:____/____/____
5. Gender: (1)Male (2) Female**.** If female, were you pregnant? (1) yes (2) no
6. Occupation: _____
7. If health professional, place of work: _____

EPIDEMIOLOGICAL BACKGROUND

8.When did the disease begin? Beginning of symptoms: ____/____/____

9. Place of origin (place with EBOLA transmission):

Country:_____State: _____ Municipality:_____ Region:_____

10. Activity performed at the location:_____

11. Have you been exposed to any of these situations in the last 21 days? **(Mark what have been reported)**

Direct contact with blood, bodily tissues or fluids of suspected case? (1) Yes (2) No

– Dateof exposure: ___/___/___

-Contact with contaminated surfaces or objects from the of suspected cases? (1) Yes (2) No

– Date of exposure:___/___/___

-Participated in funerals or rituals of suspected cases? (1) Yes (2) No – Date of exposure: ___/___/___

-Did you have contact with sick or dead animals? (1) Yes (2) No – Date of exposure: ___/___/___

Whichanimals? _____Form of exposure: _____

Visited hospital? (1) Yes (2) No – Date: ____/____/____

Place: _____

Were you hospitalized? (1) Yes (2) No – If so, Date: ____/____/____ Place: _____

CONTACTS

12. Was there contact with other persons after the beginning of the symptoms? (1) Yes (2) No.
(Describe what was reported)

_____
_____

	LIST OF CONTACTEES WITH SUSPECTED CASE					
	NAME	**TELEPHONE**	**ADDRESS**	**RELATIONSHIP TO THE SUSPECT**	**DATE OF CONTACT**	**TYPE* OF CONTACT**
1						
2						
3						
4						
5						

* Physical, same environment, slept in the same room, slept in the same bed, handled sample of the suspected case, fluids and secretions, contaminated objects etc.

Anexo C3 – VERSÃO FRANCÊS: Questionnaire d'enquête de cas de MaladieduVírus Ebola (MVE)

Intervieweur : _____ Date de l'entrevue:____/____/____

Donnéesdurépondant

Nom: _____

Degré de parenté / Lien: _____ Téléphone: _____

DONNÉES D'IDENTIFICATIONDE CAS

1.Nom: _____
2. Adresse: _____
3.Municipalité de résidence: _____
4. Date de naissance:____/____/____
5.Sexe: (1) Masculin (2) Féminin**.** SiFéminin, enceinte? (1) Oui(2) non
6. Occupation: _____
7. Siprofessionnel de lasanté, place de travail: _____

CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

8. Quelle est la date dudébut de lamaladie? L'apparition des symptômes: ____/____/____
9. Lieu d'origine (lieu avec transmission d'EBOLA):
Pays: _____ État: _____ Municipalité: _____ Région: _____
10. Activitéexercéesurle site:_____
11. Avez-vousétéexposé à certaines de cessituationsdansles 21 derniersjours? (Marquercequi est rapporté)
- Contactdirectavecsang, fluidescorporels ou tissussoupçonnés? ( ) (1) Oui (2) Non
- Date d'exposition: ____ / ____ / ___
-Contactavecdessurfaces ou desobjetssoupçonnés de cascontaminés? () (1) Oui (2) Non
- Date d'exposition: ___ / ____ / ___
-Participationdesritesfunéraires ou de sépulturedessoupçonnés? ( ) (1) Oui (2) Non
- Date d'exposition: ____ / ____ / ____
Avez-vous eu descontactsavecdesanimauxmalades ou morts? ( ) (1) Oui (2) Non
- Date d'exposition: ____/____/____
Quelssont les animaux? _____
Type d'exposition: _____
Avez-vousvisitéunhôpital? () (1) Oui (2) Non - Date: ____ / ____ / ____ Lieu: _____
Avez-vousétéhospitalisé ? () (1) Oui (2) Non - Date: ____ / ____ / ____ Lieu: _____

TRANSMETTEURS

12. Avez-vous eu untcontactavec d'autresindividusaprèsledébut de symptômes? (1) Oui (2) Non (**Décrirecequi est rapporté**)

_____

_____

	LISTE D'INDIVIDUS AYANT EU UN CONTACT AVECLE CAS SOUPÇONNÉ					
	NOM	**TÉLÉPHONE**	**ADRESSE**	**RELATIONS AVEC L'INDIVIDU SOUPÇONNÉ**	**DATE DU CONTACT**	**TYPE* DE CONTACT**
1						
2						
3						
4						
5						

* Physique, mêmeenvironnement, dormi danslamême chambre, dormi danslemêmelit, manipulél'échantillondessuspects, dessécrétions et desfluides, desobjetscontaminés, etc..

7.2. PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DE CONTACTANTES DE CASOS DE DOENÇA PELO VÍRUS EBOLA (DVE)

7.2.1. Introdução

A detecção de casos suspeitos de DVE em tempo hábil é fundamental para o desencadeamento, pelos serviços de saúde, de uma resposta rápida, efetiva e principalmente para interromper a cadeia de transmissão na eventualidade da introdução do vírus Ebola no país. Nesse sentido, sensibilizar os profissionais de assistência em saúde e da vigilância em saúde para a identificação de casos suspeitos é essencial para garantir uma resposta ampla, coordenada e que contemple todos os eixos de atuação estabelecidos no Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública – DVE.

A identificação e o monitoramento de contactantes de casos suspeitos de DVE têm o objetivo de prevenir e impedir a disseminação do vírus, identificando indivíduos que apresentem algum risco de infecção por contato direto ou indireto com fluidos e secreções corporais do caso suspeito, provável ou confirmado (mesmo que falecido).

O presente protocolo tem como objetivo descrever as orientações para identificar e monitorar os contactantes, frente a um possível caso suspeito, provável ou confirmado de DVE. As definições de caso se encontram no item 7.1 deste plano.

Considerando que a emergência está em curso, este protocolo de identificação e monitoramento de contactantes de casos de DVE poderá sofrer revisões e alterações, a partir de novas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), do cenário epidemiológico vigente e das experiências das ações da vigilância e dos serviços de saúde no Brasil.

7.2.2. Identificação de contactantes

A investigação epidemiológica da DVE inclui o levantamento e registro de informações relacionadas ao caso suspeito, como a identificação de contactantes, o histórico clínico e informações sobre deslocamentos do paciente, coletadas por meio de entrevista utilizando um roteiro padrão.

A identificação de contactantes do caso suspeito deverá ser realizada para encontrar e registrar os dados daqueles indivíduos que tiveram contato com o paciente após o início dos sintomas. Estas informações também poderão ser obtidas junto a pessoas próximas ao caso. Na medida em que a definição de caso suspeito inclui pessoas provenientes dos países de risco há menos de 21 dias, é imperativo considerar a participação de um intérprete da língua nativa falada pelo paciente, durante a investigação.

Levando-se em conta o modo de transmissão da doença, algumas maneiras importantes de contato devem ser consideradas:

- contato com fluidos e secreções corporais (sangue, vômito, fezes, urina entre outros);
- contato físico direto com o caso (mesmo que falecido);
- manuseio de roupa de cama ou vestuário do caso suspeito;

- coabitar ou frequentar os mesmos locais de permanência do caso;
- prestar cuidado (profissionais de saúde) ou processar amostra biológica (profissional de laboratório) de caso sem o uso adequado do equipamento de proteção individual (EPI);

Deverão ser considerados como CONTACTANTES, os indivíduos que tiveram contato direto ou indireto com caso suspeito/provável/confirmado (vivo ou morto) de DVE. CONTATO DIRETO significa contato com fluidos ou secreções corporais do caso. Por CONTATO INDIRETO entende-se que as pessoas frequentaram o mesmo ambiente e TOCARAM objetos ou superfícies compartilhadas com o caso, porém sem comprovação de exposiçãoaos fluidos deste.

Serão considerados possíveis CONTACTANTES:

a) TODAS as pessoas que tiveram contato direto ou indireto com o caso suspeito ou confirmado, desde o início dos primeiros sintomas;
b) TODAS as pessoas que moram junto ou frequentaram os mesmos locais de permanência (casa, hotel, abrigo e outros) do caso(mesmo que falecido)desde o início dos sintomas;
c) TODOS os profissionais de saúde que tiveram contato direto ou indireto ou realizaram algum tipo de procedimento com o caso (mesmo que falecido), em TODAS as unidades de saúde visitadas pelo caso, desde o início dos sintomas;
d) TODOS os profissionais responsáveis pela limpeza e lavanderia que tiveram contato com objetos do caso em TODAS as unidades de saúde visitadas pelo caso, desde o início dos sintomas;
e) indivíduos que foram atendidos no mesmo ambiente de unidade de saúde em que foram tratados casos suspeitos/confirmados, desde o início dos sintomas, até a implementação de rigorosas medidas de isolamento do paciente e de desinfecção do local;
f) TODAS as pessoas que tiveram contato direto ou indireto, com o cadáver de um caso suspeito//confirmado de DVE, durante a preparação do corpo, em cerimônias fúnebres, em procedimentos de necropsia ou outros;
g) TODOS os indivíduos visitados pelo caso ou que o visitaram, ou que frequentaram mesmos locais de trabalho, igrejas, restaurantes, mercados, meios de transporte coletivos (avião, navios e ônibus, etc.) ou outros locais desde o início dos sintomas;

   Para conduta de identificação de contactantes em aeronave, consultar a Nota técnica 3 - Nota Técnica 03/2014 –GGMIV/SUPAF/ANVISA - Prevenção e controle do Ebola em Pontos de Entrada.
h) TODAS as pessoas que relatarem a exposição/contato com caso suspeito/confirmado de Ebola.

7.2.3. Listagem e monitoramento dos contactantes

Cada um dos contactantes deverá ser entrevistado por meio do Questionário para Investigação de Contactantes dos Casos de DVE e registrado na Lista de identificação e monitoramento de contactantes dos casos de DVE (ANEXO C2).É necessário que a identificação de contactantes e seu monitoramento sejam iniciados com a maior brevidade possível. O monitoramento visa identificar a presença de sintomas compatíveis com o Ebola em pessoas que mantiveram algum tipo de contato com um caso suspeito/provável/confirmado (mesmo que falecido), após este manifestar sintomas, e deverá durar 21 dias após o último contato com o caso.

As seguintes medidas são **recomendadas** a TODOS os contactantes:

- verificação de temperatura axilar, duas vezes ao dia e informação das medidas/de tais valores à equipe de investigação (na ocasião da visita da equipe ou por meio de contato telefônico);
- restrição de deslocamento: quaisquer deslocamentos, durante o período de monitoramento, deverão ser avaliados pela equipe de investigação;
- orientação para que entrem IMEDIATAMENTE em contato com a equipe de investigação, se apresentarem febre ou outros sintomas. Esta equipe orientará quanto à condução do caso (os telefones da equipe devem ser disponibilizados no folder de instrução ao contactante - ANEXO A2).

O contactante que apresentar febre com início após o contato com o caso sintomático e até o 21º dia após o último contato com este, será imediatamente considerado caso suspeito e deverá seguir as mesmas recomendações e ser investigado como qualquer caso suspeito, com consequente isolamento e identificação e monitoramento de seus contactantes.

As informações referentes à conduta frente a um caso suspeito estão disponíveis no item 7.1 deste plano.

7.2.4. Instruções para a equipe de monitoramento dos contactantes

A vigilância epidemiológica será a responsável pela identificação dos contactantes e deverá reunir uma equipe capacitada, constituída por profissionais das esferas municipal, estadual e federal do Sistema Único de Saúde (SUS).

As equipes de monitoramento dos contactantes devem estar familiarizadas com as informações básicas sobre a DVE, protocolos, procedimentos e instrumentos para a identificação de contactantes e as necessárias precauções de biossegurança.

Depois de recebidas as orientações, as equipes de monitoramento dos contactantes devem estar equipadas com todos os instrumentos necessários, incluindo:

- formulários para Investigação e Monitoramento de Contactantes (ANEXOS B2 e C2);
- termômetros (de preferência digitais), para distribuição aos contactantes;
- preparação alcoólica a 70% para higienização das mãos e dos termômetros utilizados no monitoramento (disponibilizar para as equipes de visitação e para os contactantes);
- telefones fixos ou celulares, ou outros dispositivos para comunicação com os contactantes;
- instruções para contactantes (ANEXO A2), contendo telefone de contato do profissional da equipe de investigação responsável pelo seu acompanhamento.

7.2.5. Procedimentos em relação aos contactantes com sinais e sintomas

A equipe de monitoramento de contactantes é, normalmente, a primeira a saber quando um contactante desenvolveu sintomas. Isso pode ser feito de forma passiva, por meio de um telefonema do contactante, ou pela constatação da equipe de monitoramento, durante as entrevistas, contatos telefônicos e visitas.

As equipes de monitoramento não devem medir a temperatura dos contactantes sintomáticos. Se um contactante desenvolver sinais e sintomas, ele passa a ser classificado como caso suspeito e a equipe deve notificar imediatamente ao responsável pela investigação no campo e ao Ministério da Saúde por meio de telefone: 0800.644.6645, preferencialmente; e-mail notifica@saude.gov.br ou formulário eletrônico no site da SVS.

Após a notificação, imediatamente uma equipe deverá efetuar a avaliação e encaminhamento, via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), do contato sintomático para o hospital de referência, onde será mantido em isolamento e tratado como caso suspeito.

7.2.6. Alta dos contactantes

Os contactantes que completarem o período de 21 dias de monitoramento devem ser avaliados no último dia. Na ausência de sintomas, os contactantes devem ser informados de que receberam alta do monitoramento.

O monitoramento dos contactantes de caso suspeito, que foi classificado como descartado, deve ser interrompido.

7.2.7. Precauções de segurança para as equipes de monitoramento de contactantes

Diante da possibilidade de novos casos de DVE, as equipes de identificação decontactantes devem adotar precauções para se proteger durante as visitas domiciliares. As seguintes medidas são recomendadas:

- utilizar luvas descartáveis, capote, máscara cirúrgica e óculos de proteção;
- evitar contato físico direto com os indivíduos monitorados, como apertos de mão ou abraços;
- manter uma distância de segurança (mais de 1 metro) em relação às pessoas investigadas;
- evitar entrar na casa ou sentar-se nas cadeiras que lhe são oferecidas;
- evitar tocar ou encostar-se em objetos potencialmente contaminados;
- não aceitar alimentos e bebidas enquanto visita os contactantes;
- se for necessário verificar a temperatura do contactante, proceder da seguinte maneira:
  - ✓ utilizando EPI, o profissional deve pedir ao contato que vire de costas para colocar o termômetro na axila;
  - ✓ o profissional deve evitar tocar no contactante e se afastar enquanto espera pela aferição;
  - ✓ após o tempo indicado, o profissional deve se aproximar para retirar o termômetro e se afastar para efetuar a leitura da temperatura;
  - ✓ o termômetro deve ser descontaminado com algodão embebido em preparação alcoólica a 70% imediatamente após a aferição;
- se o contato estiver visivelmente doente, não aferir a temperatura e informar o investigador responsável imediatamente, que adotará as medidas necessárias para isolamento do paciente;
- como parte das medidas gerais de segurança da equipe de resposta, todos os membros da equipe de monitoramento de contactantes devem aferir a sua própria temperatura, todos os dias;
- o descarte do EPI utilizado nas visitas deve ocorrer conforme o fluxo de descarte de material infectante do local.

7.2.8. Estimativas das necessidades e recursos para a identificação de contactantes

Criar um sistema funcional da identificação de contactantes exige consideráveis recursos humanos e logísticos. Alguns itens relevantes para o planejamento da investigação são:

- disponibilizar profissionais para compor as equipes de monitoramento, cujo número dependerá do número de contactantes identificados e de sua classificação de risco;
- disponibilizar meios de transporte adequados para as visitas domiciliares, além de viabilizar a presença de profissional de segurança pública nos locais de investigação, quando necessário;
- disponibilizar EPI, termômetros e outros materiais e equipamentos necessários à execução dos procedimentos indicados.

Anexo A2 - Instruções para os contactantes

O Ebola é transmitido pelo contato com fluidos e secreções corporais, principalmente sangue, vômitos, fezes e urina dos doentes, ou pelo contato com superfícies e objetos contaminados. A transmissão dessa doença só se dá após o início dos sintomas do doente e o indivíduo pode apresentar febre, dor de cabeça, fraqueza, vômitos, diarreia entre outros.

Você foi considerado um contactante, pois teve contato com um indivíduo suspeito de Ebola ou frequentou o mesmo ambiente e tocou objetos ou superfícies possivelmente contaminadas pelo caso suspeito. Dessa forma, deverá seguir as seguintes recomendações nos próximos 21 dias:

1. medir sua temperatura axilar duas vezes ao dia e repassar os resultados à equipe de investigação (por meio de visita realizada por esta equipe ou contato telefônico);
2. restringir seus deslocamentos: quaisquer deslocamentos que queira fazer durante o período de monitoramento deverão ser discutidos com a equipe de investigação;
3. entrar **IMEDIATAMENTE** em contato com a equipe de investigação se apresentar febre ou outros sintomas, esta vai enviar uma ambulância ou orientar corretamente que serviço de saúde você deve procurar;
4. caso apresente algum sintoma, além de informar imediatamente ao investigador, você não deve utilizar medicamentos sem prescrição médica, principalmente aspirina, ibuprofeno ou diclofenaco (estes medicamentos podem piorar as hemorragias).

Os telefones indicados a seguir, pela Secretaria de Saúde do Município e do Estado, estarão disponíveis 24 horas por dia caso você precise entrar em contato com a equipe de investigação:

Telefone 1: _____

Telefone 2: _____

Anexo B2 – Questionário para investigação de contactantes dos casos de DVE

Nº do Contactante (N): _____Entrevistador:_____
Data da entrevista:___/___/____

DADOS IDENTIFICAÇÃO

1. Nome:_____
2. Data de nascimento:____/____/____
3. Endereço:_____
4. Município _____**5.** Telefone: _____**6.** Sexo: _____ **7.** Profissão: _____
8. É profissional de saúde? () sim () não
9. Se profissional de saúde, local de trabalho: _____
10. Tipo de relação com caso suspeito: () atendeu (profissional de saúde) () esteve no mesmo serviço de saúde () mora junto () Outros: _____

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

11. Tipo de contato com o caso suspeito: ( ) tocou nos fluídos corporais ( ) contato físico ( ) tocou em superfícies ou objetos contaminados ( )esteve no mesmo ambiente sem contato direto ( )manipulou amostras ( )manipulou cadáver ( )Outros:_____
12. Qual a data do último contato com o caso a partir do início de sintomas? ____/____/____
13. Teve febre após contato com o caso?
Tabela para monitoramento durante os 21 dias

Data de monitoramento	Temperatura		Febre (S/N)	Data de monitoramento	Temperatura		Febre (S/N)
	Manhã	Tarde			Manhã	Tarde	

14. Apresentou algum outro sinal ou sintoma clínico após ter contato com o caso? (1) Sim (2) Não
Se sim, quais? Observações: _____

Versão inglês: Instructions for contacteesof DVE cases

Ebola Virus Disease (EVD) is transmitted through contact with bodily fluids and secretions (sweat, saliva, tears, blood, urine, vomit, feces) of people who have been infected or died from the disease, or by contact with contaminated surfaces and objects. The transmission only occurs after the patient begins showing the symptoms and the individual may experience fever, headache, weakness, vomiting and diarrhea among others.

You are considered a contact person, as you have had contact with an individual suspected of having Ebola or attended the same environment and touched objects or possibly contaminated by suspicious surfaces. Accordingly, you should follow these recommendations for the next 21 days:

1. Assess your axillary temperature twice a day and inform the parameters to the investigation team (through visits conducted by this team or telephone contact);

2. Restrict your travels: do not use public transportation (plane, bus, taxi, train and ship). Other trips you may want to take during the monitoring period shall be assessed by the investigation team;

3. IMMEDIATELY contact the investigation team if you have a fever or other symptoms, they shall properly orient the health service that you should look for;

If you present any symptoms, besides immediately informing the investigator, you should not use non-prescription drugs, mainly aspirin, ibuprofen or diclofenac (these drugs may accentuate the bleeding).

The following phones are available 24 hours a day in case you need to contact the investigation team:

Phone: _____

Phone: _____

Versão inglês: Questionnairefor investigation of contact persons in cases of EVD

Nº of the Contact Person (N): _____Interviewer:_____

Dateof theinterview:___/___/____

IDENTIFICATIONDATA

1. Name:_____**2.** Dateof birth:____/____/____

3. Address: _____

4.Municipality:_____**5.** Telephone: _____**6.** Gender: (1) Male (2) Female

7. Occupation_____

8. Are you a health Professional? (1) yes (2) no

9. If health professional, place of work: _____

10. Type of relationship with the suspected case:(1) visited (health professional) (2) were at the same health service(3) live together (4) Other: _____

EPIDEMIOLOGICAL BACKGROUND

11. Type of contact with the suspected case: (1) touched bodily fluids (2) physical contact (3)touched contaminated surfaces or objects (4)were in the same environment, no direct contact (5)handled samples (5)handled cadaver (6)Others:_____

12. Date of last contact with the case from the beginning of the symptoms? ____/____/____

13. Did you have fever after your contact with the case?

Monitoring date	Temperature		Fever (Y/N)		Monitoring date	Temperature		Fever (Y/N)
	Morning	Afternoon				Morning	Afternoon	

14. Presented any other sign or clinical symptom after having contact with the case?(1) yes (2)No

If so, which? _____

15. Observations:_____

VersãoFrancês: Instructions pour transmetteursde casdemve

L'Ebola se transmet par contact avec les fluides et les sécrétions corporels (sueur, salive, larmes, sang, urine, vomi, excréments) des patients, ou par contact avec des objets et surfaces contaminées. La transmission de cette maladie se produit uniquement après l'apparition des symptômes du patient et l'individu peut avoir de la fièvre, des maux de tête, de la faiblesse, des vomissements, de la diarrhée, entre autres.

Vous avez été considéré comme un transmetteur puisque vous aviez été en contact avec un individu soupçonné d'Ebola ou visité le même environnement et touché des objets ou surfaces éventuellement contaminés par le cas soupçonné. Ainsi, vous devez suivre ces recommandations au cours des 21 prochains jours:

1. Évaluer votre température axillaire deux fois par jour et transmettre les paramètres à l'équipe de recherche (par des visites effectuées par cette équipe ou contact téléphonique);
2. Restreindre vosdéplacements: ne pas voyager avec des moyens de transport public (avion, bus, taxi, train et bateau). Tout autre déplacement pendant la période de surveillance devra être évalué par l'équipe de recherche;

3.Contactez **IMMÉDIATEMENT**l' équipe de recherche en cas de fièvre ou d'autres symptômes, celle-civous guidera correctement vers le service de santé que vous devrez vous diriger;

Si vous avez des symptômes, en plus d'informer immédiatement l'enquêteur, vous ne devrez pas utiliser des médicaments sans ordonnance, principalement l'aspirine, l'ibuprofène ou le diclofénac (ces médicaments peuvent aggraver l'hémorragie).

Les téléphones suivants seront disponibles les 24 heures dans le cas où vous aurez besoin de contacter l'équipe de recherche:

téléphones _____

téléphones _____

Versão Francês: Questionnaired'enquête pour transmetteur de cas de MVE

Nº du Transmetteur (N): _____intervieweur:_____

Date del'entrevue:___/___/____

DONNÉES D'IDENTIFICATION

1. Nom:_____**2.** Date de naissance:____/____/____

3. Adresse: _____

4.Municipalité _____**5.** Téléphone: _____**6.** Sexe: (1) Masculin (2) Féminin

7. Profession

8. Êtes-vous un professionnel de la santé? (1) oui (2) non

9. Si professionnel de la santé, place du travail: _____

10. Type de relation avec un cas soupçonné: (1) soigné (professionnel de la santé)

(2) était dans les mêmes soins de santé (3) vit ensemble (4) Autres: _____

CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

11. Type de contact avec le cas soupçonné: (1) touché des fluides corporels (2) contact physique (3)touché des surfaces ou des objets contaminés (4) était dans le même environnement, sans contact direct (5) manipulé des échantillons manipulés (5) manipulé un cadavre

(6) Autres: _____

12.Quelle est la date du dernier contact avec le cas dès l'apparition des symptômes? ____ / ____ / ____

13.Aviez-vous de la fiévre après le contact avec le cas?

Date de surveillance	Température		Fièvre (S/N)		Date de surveillance	Température		Fièvre (O/N)
	Matin	Après-midi				Matin	Après-midi	

14. Avez-vous présenté d'autres signes ou symptômes cliniques après le contact avec le cas? (1) Oui (2) Non

Si oui, lesquels? _____

15. Observations: _____

Anexo C2- lista de identificação e monitoramento de contactantes dos casos de DVE

LISTA DE IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DE CONTACTANTES

Nome do caso suspeito: _____

Data de início de sintomas do caso: ____/____/_____ **Data que interrompeu transmissão:** ____/____/_____

Contactantes																													
N	NOME	DT NASC	ENDEREÇO	TEL	DT ÚLTIMO CONTATO	MONITORAR ATÉ QUE DIA?	DIA DE MONITORAMENTO*																						APRESENTOU SINTOMAS (S/N)
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		

7.3. ORIENTAÇÕES SOBRE USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

ATUALIZAÇÃO: VERSÃO 14 – 19 de junho de 2015

Todos os profissionais envolvidos na assistência direta ou indireta a pacientes com suspeita ou confirmação de doença pelo vírus Ebola (DVE) devem utilizar equipamentos de proteção individual(EPI), de acordo com a situação ou atividade de risco profissional, e também devem certificar-se com antecedência do tamanho adequado dos EPI, para seu uso.

Orienta-se

- ✓ Lavar as mãos com água e sabonete antes e após os procedimentos.
- ✓ Prender os cabelos firmemente, evitando a exposição dos mesmos e possíveis contaminações.
- ✓ Antes da colocação dos EPI, o profissional deve checar seus bolsos, certificando-se de que não há celulares, documentos, entre outros. Retirar também todos os adornos, como brincos, pulseiras, anéis, etc.
- ✓ Fixar roteiro de colocação dos EPI antes da entrada do quarto de isolamento ou na antecâmara.
- ✓ Fixar roteiro de retirada dos EPI dentro do quarto de isolamento ou no local de retirada dos EPI.
- ✓ Utilizar um espelho, que possibilite a visualização total do profissional paramentado e desparamentado, no local de colocação e retirada dos EPI para orientá-lo, evitando possíveis erros.
- ✓ Definir um supervisor para orientar e observar o passo-a-passo da colocação e retirada dos EPI.
- ✓ Sempre trabalhar em duplas, durante o atendimento de pacientes com suspeita ou confirmação de DVE.
- ✓ Utilizar fitas adesivas fixadas no chão para sinalização de segurança e risco (vermelha, amarela ou verde)dentro da área de isolamento.
- ✓ Após a retirada dos EPI, o profissional de saúde deve tomar um banho corporal completo.

7.3.1. Orientações para qualquer serviço de saúde que atua como Pronto Atendimento

Os serviços de saúde, públicos ou privados, que atuam como Pronto Atendimento – UPA ou similar, Pronto Socorro, Policlínicas devem dispor do seguinte conjunto de proteção individual:

- Gorro
- Máscara cirúrgica
- Óculos de proteção individual

- Capote
- Luvas de procedimento

Orienta-se que o paciente seja isolado, até que seja providenciada sua remoção para o Hospital de Referência designado. Também, deve-se evitar manipular o paciente desnecessariamente.

7.3.2. Orientações para utilização de Equipamentos de Proteção Individual em Serviço de Referência Estadual

Atualização: Versão 14 – 19 de junho de 2015

Situação ou atividade	EPI	Sequência de colocação - Paramentação		Sequência de retirada - Desparamentação	
		Opção 1 - quando utilizar macacão	**Opção 2- quando utilizar capote**	**Opção 1 - quando utilizar macacão**	**Opção 2 - quando utilizar capote**
Sem critérios de gravidade (sem vômitos, diarreia e sangramento ativo) – Hospitais de Referência (VESTIR ROUPA PRIVATIVA DA INSTITUIÇÃO)	• - Máscara de proteção respiratória (N 95 ou PFF2) • - Protetor facial • - Gorro • - Dois pares de luvas cirúrgicas ou um par de luvas cirúrgicas e um segundo par de luvas nitrílicas sobre as cirúrgicas • - Caixa de luvas de procedimento* • - Botas de cano longo • - Cobre botas • - Macacão impermeável com capuz, mangas compridas, costuras termoseladas, punhos e tornozelos com elásticos, fechamento frontal por zíper até a região do	Lavar as mãos com água e sabonete ↓ Botas ↓ Cobre botas ↓ Gorro*[1] ↓ Máscara de proteção respiratória*[2] ↓ Macacão e colocar o capuz(sentar-se se necessário) ↓ Protetor facial ↓ Colocar o primeiro par de luvas cirúrgicas, por dentro do macacão. O segundo par de luvas(	Lavar as mãos com água e sabonete ↓ Botas ↓ Cobre botas ↓ Capote ↓ Gorro*[1] ↓ Máscara de proteção respiratória*[2] ↓ balaclava ↓ Protetor facial ↓ Colocar o primeiro par de luvas deve ficar por dentro do punho do capote e o	Retirar o par de luvas externo ↓ ➡ Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcóolica para as mãos a 70% (par interno) ➡ Calçar novo par de luvas de procedimento externo ↓ Retirar o protetor facial, curvando-se para frente*[1] ↓ Retirar o capuz ↓ ➡ Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcóolica para as mãos a 70% (par interno) ➡ Calçar novo par de luvas de procedimento externo ↓ Iniciar a retirada do macacão pelo capuz segurando-o pelo lado de fora e enrolando-o de dentro	Retirar o par de luvas externo ↓ ➡ Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcóolica para as mãos a 70% (par interno) ↓ ➡ Calçar novo par de luvas de procedimento (externo) ↓ Retirar o protetor facial curvando-se para frente*[1] ↓ Retirar baclava segurando pela parte de fora da mesma, curvando-se levemente para frente e fechar os olhos na retirada ↓ Retirar o capote juntamente com o par de luvas externas

	queixo e pala de proteção sobre o zíper **OU** • - Capote impermeável longo (deve ultrapassar parcialmente o cobre botas), de mangas longas • balaclava * Obs: disponibilizar uma caixa de luvas de procedimento dentro do quarto de isolamento, no local da retirada do EPI,pois serão utilizados mais 3 pares de luvas de procedimento nas etapas de retirada dos EPI.	poderá ser nitílicas ou cirúrgicas) por fora do punho do macacão *[1]O gorro é indicado para ajudar a manter os cabelos presos. *[2]Fazer o teste de vedação e ajustá-la no nariz.	segundo par de luvas deve ficar por cima do punho do capote. *[1]O gorro é indicado para ajudar a manter os cabelos presos. *[2] Fazer o teste de vedação e ajustá-la no nariz *[3] O primeiro par de luvas deve ficar por dentro do punho do capote e o segundo par de luvas deve ficar por cima do punho do capote.	para fora *[2]juntamente com o par de luvas externo ⬇ ➡ Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcóolica para as mãos a 70% (par interno) ➡ Calçar novo par de luvas de procedimento externo ⬇ Retirar a máscara, curvando-se para frente Retirar o gorro ⬇ Retirar o cobre botas passando da área vermelha (mais contaminada) para a área amarela (menos contaminada) *[3] ⬇ Retirar os 2 pares de luvas (externo e interno) ⬇ ➡ Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcóolica para as mãos a 70% (par interno) ➡ Calçar novo par de luvas de procedimento externo ⬇ Retirar a máscara de proteção respiratória, segurando pela ponta e descartar ⬇ Retirar os dois pares de luvas (externo e interno) ⬇ ➡ Higienizar as mãos com preparação alcoólica 70% ou água e sabonete	⬇ ➡ Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcóolica para as mãos a 70% (par interno) Calçar novo par de luvas de procedimento externo ⬇ Retirar a máscara de proteção respiratória, curvando-se para frente ⬇ Retirar o gorro ⬇ Retirar o cobre botas passando da área vermelha (mais contaminada) para a área amarela (menos contaminada) ⬇ Retirar os dois pares de luvas (externo e interno) ⬇ ➡Higienizar as mãos com preparação alcoólica 70% ou água e sabonete ⬇ ➡ Sair do quarto de isolamento ⬇ ➡Calçar novo par de luvas de procedimento ⬇ Retirar as botas*[2] e calçar sapatos próprio ou da roupa privativa ⬇

				⬇ ➡Sair do quarto de isolamento ⬇ ➡ Calçar novo par de luvas de procedimento ⬇ Retirar as botas e calçar sapatos próprio ou da roupa privativa*[4] ⬇ Retirar as luvas ⬇ Lavar as mãos com água e sabonete *[1]*[4]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. *[2] Primeiro enrolar o capuz do macacão até a região cervical. Segurar, com as duas mãos o macacão, na altura do ombro, e jogar para trás. Realizar movimento de rotação dos ombros para retirar as mangas do macacão. Quando o macacão estiver na altura da cintura, iniciar movimento de marcha com os pés, para retirar por completo o macacão; orienta-se ao profissional pegar o macacão e	Retirar as luvas ⬇ Lavar as mãos com água e sabonete *[1]*[2]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.

				descartá-lo em local apropriado. *[3] Pode ser retirado junto com o macacão.	

Situação ou atividade	EPI	Sequência de Colocação (Paramentação)	Sequência de Retirada(Desparamentação)
Com critério de gravidade (vômitos, diarreia, sangramento ativo) – Hospitais de Referência **E** **Transporte do paciente** (VESTIR ROUPA PRIVATIVA DA INSTITUIÇÃO)	• - Máscara de proteção respiratória • (N 95 ou PFF2) • - Protetor facial • - Gorro • - Duas luvas cirúrgicas ou um par de luvas cirúrgicas e um segundo par de luvas nitrílicas sobre as cirúrgicas • - Botas de cano longo • - Dois pares de cobre botas • - Macacão impermeável com capuz, mangas compridas, costuras termoseladas, punhos e tornozelos com elásticos, fechamento frontal por zíper até a região do queixo e pala de proteção sobre o zíper. • **E** • - Capote impermeável longo (deve ultrapassar parcialmente o cobre botas) e de mangas longas	Botas ⬇ 1º Cobre botas*[1] ⬇ Gorro ⬇ Máscara de proteção respiratória*[2] ⬇ Macacão e colocar o capuz (sentar- se se necessário) ⬇ 2º Cobre botas*[1] ⬇ Capote ⬇ Protetor facial ⬇ Colocar o primeiro par de luvas (interno) por dentro do punho do macacão,e o segundo par de luvas deve ficar por cima do punho do capote. * [1] O primeiro cobre botas por dentro do	Retirar o par de luvas externo ⬇ ➡ Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcóolica para as mãos a 70% (par interno) ➡ Calçar novo par de luvas de procedimento externo ⬇ Retirar o protetor facial, curvando-se para frente*[1] ⬇ Retirar o capote ⬇ Retirar o cobre botas externo ⬇ Retirar o par de luvas externo ⬇ Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcóolica para as mãos a 70% (par interno) ⬇ ➡ Calçar novo par de luvas de procedimento externo ⬇

		macacão e o segundo por fora. *[2] Fazer o teste de vedação da máscara.	➡ Iniciar a retirada do macacão pelo capuz segurando-o pelo lado de fora e enrolando-o de dentro para fora *[2]juntamente com o par de luvas externo ⬇ ➡ Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcóolica para as mãos a 70% (par interno) Calçar novo par de luvas de procedimento (externo) ⬇ ➡ Retirar a máscara de proteção respiratória, curvando-se para a frente ⬇ Retirar o gorro ⬇ ➡ Retirar o cobre botas interno, passando da área mais contaminada para a área menos contaminada ⬇ Retirar os dois pares de luvas (externo e interno) ⬇ Higienizar as mãos com preparação alcoólica a 70% ou água e sabonete ⬇ Sair do quarto de isolamento ⬇ ➡ Calçar novo par de luvas de procedimento ⬇ Retirar as botas*[3] e calçar sapatos próprios ou da roupa privativa ⬇ Retirar as luvas ⬇ Lavar as mãos com água e sabonete *[1]*[3]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. *[2]Enrolar o capuz do macacão até a região cervical.

7.3.3. Orientações para utilização de Equipamentos de Proteção Individual para limpeza e desinfecção de superfícies e para manejo de cadáver

Situação ou atividade	EPI	Colocação	Retirada
Manejo do cadáver **OU** **Lavanderia, manuseio de materiais usados, limpeza e desinfecção de superfícies e ambientes em serviços de saúde** (VESTIR ROUPA PRIVATIVA DA INSTITUIÇÃO)	- Máscara de proteção respiratória (N 95 ou PFF2) - Protetor facial - Gorro - Duas luvas cirúrgicas + uma luva de borracha - Botas de cano longo - Dois cobre botas - Macacão impermeável com capuz, mangas compridas, costuras termoseladas, punhos e tornozelos com elásticos, fechamento frontal por zíper até a região do queixo e pala de proteção sobre o zíper **E** - Capote impermeável longo (deve ultrapassar o cobre botas) e de mangas longas	Botas ↓ 1º Cobre botas*[1] ↓ Gorro e Máscara de proteção respiratória*[2] ↓ Macacão e colocar o capuz sentar-se se necessário ↓ 2º Cobre botas*[1] ↓ Capote ↓ Protetor facial ↓ Colocar o primeiro par de luvas (interno) por dentro do punho do macacão e o segundo par de luvas deve ficar por cima do punho do capote. * [1] O primeiro cobre botas por dentro do macacão e o segundo por fora *[2] Fazer o teste de vedação da máscara.	Retirar o par de luvas de borracha ↓ → Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcóolica para as mãos a 70% (par interno) ↓ Retirar o protetor facial, curvando-se para frente*[1] ↓ Retirar o capote ↓ Retirar o cobre botas externo ↓ Retirar o par de luvas externo ↓ → Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcóolica para as mãos a 70% (par interno) → Calçar novo par de luvas de procedimento externo ↓ Iniciar a retirada do macacão pelo capuz segurando-o pelo lado de fora e enrolando-o de dentro para fora *[2]juntamente com o par de luvas externo ↓ Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcóolica para as mãos a 70% (par interno) → Calçar novo par de luvas de procedimento externo ↓ → Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcóolica para as mãos a 70% (par interno) ↓ Calçar novo par de luvas de procedimento externo ↓ Retirar a máscara de proteção respiratória ↓ Retirar o gorro

			⬇ Retirar o cobre botas interno, passando da área mais contaminada para a área menos contaminada ⬇ Retirar os dois pares de luvas (externo e interno) ⬇ Higienizar as mãos com preparação alcoólica a 70% ou água e sabonete ⬇ Sair do quarto de isolamento ⬇ ➡ Calçar novo par de luvas de procedimento ⬇ Retirar as botas[3] e calçar sapatos próprios ou da roupa privativa ⬇ Retirar as luvas ⬇ Higienizar as mãos com preparação alcoólica a 70% ou água e sabonete *[1]*[3]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. *[2]Enrolar o capuz do macacão até a região cervical.

7.4. PLANO DE COMUNICAÇÃO DE RISCO PARA DVE

7.4.1. Introdução

Com base no cenário de risco e nível de ativação do Plano de Contingência, 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.

São utilizadas mensagens-chaves sobre a doença e esclarecimentos sobre o 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.

Também são utilizadas coletivas 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. O documento de Perguntas e Respostas atualizado é divulgado 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.

7.4.2. 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-chave

- 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 televisão).
- 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).

7.4.3. Ações de comunicação

- 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 organizado um formato de trabalho em 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, e-mails/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 organizar a comunicação e acordar 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 Programa 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).

7.5. LISTA DE HOSPITAIS DE REFERÊNCIA ESTADUAIS PARA DVE

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 Jerônimo de Albuquerque S/N Bairro Calhau - São Luís Telefone: (98) 3268-6825/3235-2859/3268-5171
Minas Gerais	Hospital Eduardo de Menezes	Rua Doutor Cristiano Resende, 2213 - Barreiro Belo HorizonteTelefone: (31) 3328-5005
Mato Grosso do Sul	CEDIP (Centro de Doenças Infecto Parasitárias)	R: Senhor do Bomfim S/N Bairro: Nova Lima Campo Grande/MS fone: (67)

		3314-8292 (8291)
Mato Grosso	Hospital Universitário Júlio Müller	Rua Luís Phillipe Pereira Leite, s/nº Bairro Alvorada - Cuiabá - MT
	Hospital Metropolitano	Av. Dom Orlando Chaves, sn Bairro Cristo Rei – Várzea Grande/MT Telefone: (65) 3054-9400

UF	Nome do Hospital de Referência	Endereço e Telefone
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
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

7.6. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA EQUIPE DE RESPOSTA

Acionamento das equipes de resposta rápida

COES DVE	ID POP	ATUALIZAÇÃO	PÁGINAS	NOME
	01	27/10/2014	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

Ao ser notificado, o Ministério da Saúde acionará uma equipe de resposta, com integrantes da Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária visando compor as equipes locais e apoiar na resposta, de acordo com as competências de cada órgão.

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.

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, deverão ser solicitadas diárias para 10 (dez) dias e o monitoramento do técnico no campo caberá à área administrativa do setor de origem, visando aos ajustes, no caso de prorrogação.

Fora do horário comercial

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

b) 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.

c) Preparação para saída para o campo

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

d) 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,poderão ser adotados os instrumentos para a coleta de dado (**Anexo**).

e) 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.

f) Retorno e encerramento

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

7.7. ORIENTAÇÃO SOBRE ATENDIMENTO E REMOÇÃO DE PACIENTES

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA ATENDIMENTO E REMOÇÃO DE PACIENTES COM SUSPEITA E/OU CASO CONFIRMADO DE EBOLA PARA OS PROFISSIONAIS DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (APH)

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.

7.7.1. Biossegurança dos profissionais

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 neste plano.

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 EPI 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 no local do atendimento, a Central de Regulação deverá acionar a Vigilância em Saúde e providenciar junto às autoridades locais, o isolamento adequado da área até a remoção do corpo por serviço definido pela Secretaria Estadual de Saúde.

7.7.2. 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, etc).
5. Ao acessar o paciente, isolá-lo com:
   - Bata/avental de abertura posterior – a equipe deve auxiliá-lo a vestir-se; ou

- 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. As Medidas assistenciais durante o transporte serão minimamente para manutenção da vida através de Suporte Básico ou Avançado.
8. 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 oxigenoterapia 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) prosseguir para o hospital de referência, ou outro local pactuado pelo Gestor;
    b) colocaro corpo do 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;
    c) não deixar orifícios no saco que possibilitem contato com o corpo;
    d) colocar o corpo no necrotério do hospital;
    e) seguir os processos de desinfecção descritos a seguir.

Após o Transporte

Todo material utilizado no atendimento (roupas, seringas, cateteres, etc) deve ser descartado no mesmo local onde será realizada a desinfecção da ambulância (hospital de referência).

Higienização da Ambulância

1. Imediatamente após o paciente ser recebido no hospital de referência, realizar a limpeza e desinfecção da ambulância, de todos os materiais, superfícies e equipamentos, com os EPI utilizados durante o transporte, caso a gestão local não tenha equipe especifica e paramentada para realizar a desinfecção.
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 de 0,5 a 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 sustância infectante. Esses EPI deverão ser deixados no hospital ou em local definido pela gestão local para os procedimentos de descarte. A equipe deve proceder à higienização das mãos, imediatamente após a remoção do EPI, utilizando água e sabonete ou preparações alcóolicas para as mãos a 70%. Não é recomendada a degermação das mãos.

7.7.3. Transporte aeromédico de pacientes

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 o copiloto, sempre que houver a possibilidade de contato com a vítima ou fluídos, deverão utilizar os EPI;
3. Após o término do transporte, efetuar a limpeza, utilizando os mesmos padrões da limpeza das ambulâncias.

7.8. ORIENTAÇÕES PARA MANEJO DE PACIENTES COM SUSPEITA DVE

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.

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. Podem incluir, em uma fase inicial:

* febre
* 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 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 O_2.

Os óbitos normalmente ocorrem na segunda semana da doença e estão relacionados a 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 à 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 EPI 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 hidroeletrolíticos 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 a área de isolamento apropriada da unidade de saúde e realizada 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, exceto para o Estado de São Paulo, em que o hospital de referência estadual atenderá os casos suspeitos e/ou confirmadospara DVE do Estado.

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 para exame específico para Ebola (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 no anexo *Especificação de EPI para manejo de paciente suspeito/confirmado de DVE*.

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, shiguelose, cólera, leptospirose, peste, ricketsiose, 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 ao 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 da 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 transmissão 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 de seus fluidos, que não seja absolutamente essencial naquele momento.

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.

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 de saúde.

No hospital de referência, 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.

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 fluidos corporais, deverão ser realizadas adotando-se as medidas de precaução e controle.

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), ou no caso de pacientes do Estado de São Paulo, continuará sob os cuidados do hospital de referência estadual. 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.

- Notificar imediatamente a Secretaria Municipal, Estadual de Saúde ou a SVS.
- Internar o paciente em quarto privativo com banheiro, em isolamento, com estrutura capaz de garantir medidas de suporte à vida.
- Orientar o paciente e acompanhante sobre os procedimentos que serão adotados.
- Monitorar 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 O_2).
- Realizar medidas antropométricas (peso, altura).
- Pesquisar/monitorar sangramentos.
- Realizar o exame físico completo.
- Iniciar a hidratação oral ou endovenosa, conforme avaliação clínica e ocorrência de sinais de gravidade e necessidade de reposição volêmica e estabilização hemodinâmica.
- O uso de drogas sintomáticas é recomendado para pacientes com febre, dores articulares, mialgia e cefaleia. Recomenda-se a utilização de paracetamol ou dipirona. Em casos de dor refratária, pode ser utilizada codeína ou morfina. Os salicilatos e anti-inflamatórios não hormonais são contraindicados. Na ocorrência de vômitos e náuseas, os antieméticos podem ser usados.

- Iniciar antibioticoterapia com cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona), conforme prescrição médica. A antibioticoterapia é de caráter empírico, tendo em vista hipóteses como doença meningocócica e febre tifóide, que são diagnósticos diferenciais possíveis e que justificam a intervenção precoce.
- 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 O_2).
- 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 EPI, 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**.
- 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.
- 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.
- 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 O_2).
- Se houver um resultado positivo para vírus Ebola por PCR, o diagnóstico será confirmado para Ebola.
- 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.

- 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 realizarão 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 de:

- concentradode hemácias (CH) O RhD negativo, na hipótese de não haver o tipo de sangue em estoque suficiente no serviço de hemoterapia, poderá ser usado ORhD 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

- 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.**

- 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 em 6horas, 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 O_2).
- Registrar no prontuário e/ou ficha de atendimentos,as condutas e os cuidados prestados, de forma detalhada. Manter os registros sempre fora da área de isolamento.
- A paramentação e a retirada dos EPI devem ser realizadas **sempre em dupla,** para a observação e detecção de eventuais erros e/ou negligências nessas ações.
- **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.
- Adotar rigorosamente as medidas indicadas para controle de infecção, **limpeza e desinfecção de** materiais **potencialmente infecciosos e ambientes**, deve ser feita seguindo os protocolos do hospital e orientaçõesdo *Manual de limpeza e desinfecção de superfícies*, publicado pela Anvisa. Atenção especial deve ser dada aos procedimentos de **higienização das mãos,** por parte dos profissionais que realizam os procedimentos**,** utilizando água e sabonete ou preparações alcóolicas para as mãos a 70%. A higiene das mãos deve ser realizada imediatamente após aremoção dos EPI.
- Usar os EPI recomendados durante a **limpeza do meio ambiente** e o manuseio de resíduos.

7.9. MANEJO DE CADÁVER

Se ocorrer óbito por DVE, os procedimentos para recolher o corpo deverão ser estabelecidos pelos gestores locais, por meio de articulação com o Instituto Médico Legal (IML), Serviço de Verificação de Óbito (SVO) ou outro serviço estadual competente.

Nos casos em que o óbito tenha ocorrido antes de ser colhida amostra de sangue, deverão ser colhidos o fragmento de pele (sugere-se do pescoço) e/ou o swab de orofaringe, que devem ser transportados em tubo seco para o IEC – PA. A coleta da amostra deve ser realizada de modo asséptico, destacando no procedimento o uso dos EPI recomendados pelo Ministério da Saúde.

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

7.9.1. Remoção do corpo

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

A norma que dispõe sobre **Controle e Fiscalização Sanitária do Translado de Restos Mortais Humanos** é a RDC nº 33 de 2011 da Anvisa (RESOLUÇÃO - RDC Nº 33, DE 8 DE JULHO DE 2011). Conforme o Art. 10 desta norma, fica vedada, em todo o território nacional, a prestação de serviço de conservação e translado 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.

7.9.2. Equipamentos e insumos

Saco para transporte de restos mortais humanos

Cabe a cada Secretaria de Saúde a articulação com o Instituto de Medicina Legal (IML) ou Serviço de Verificação de Óbito (SVO) visando estabelecer o fluxo de ativação e obtenção deste insumo específico. O material é o mesmo já utilizado na rotina destes serviços.

Biossegurança no Manejo de Cadáver

As orientações em relação ao manejo do corpo, tendo ocorrido o óbito no serviço de saúde, estão contidas na Nota Técnica Ebola nº 03 – GGTES/Anvisa.

No caso do óbito de paciente com suspeita de DVE, fora do serviço de saúde (Ex: chegada em ponto de entrada, de cadáver com suspeita de DVE), os profissionais responsáveis pela remoção e transporte do corpo para o IML devem utilizar EPI completo (conforme recomendado pelo Ministério da Saúde) e devem colocar o corpo em dois sacos impermeáveis, íntegros e selado para o transporte do cadáver.

O corpo não deve ser transferido de um local para outro antes de ser colocado nos sacos para transporte.
Após colocação do corpo nos sacos e o seu selamento, e antes de ser colocado dentro do veículo de transporte, a superfície externa do saco deve passar por desinfecção com solução alcoólica a 70% ou solução clorada (0,5 % a 1%) ou outro saneante desinfetante registrado na Anvisa.

Deve ser efetuada a limpeza (com água e sabão/detergente) e a desinfecção do veículo que transportou o corpo até o IML e de todos os materiais e superfícies que entraram em contato com corpo. Para a desinfecção,* pode ser considerada a orientação da Anvisa.

O manuseio do corpo deve ser o menor possível e pelo menor número de profissionais. Além disso, devem ser observadas as seguintes orientações:

- devem ser adotadas as medidas de precaução, incluindo o uso dos EPI (descritos no item 7.3.3 Orientações para utilização de Equipamentos de Proteção Individual para limpeza e desinfecção de superfícies e para manejo de cadáver), neste plano;
- o corpo não deve ser lavado;

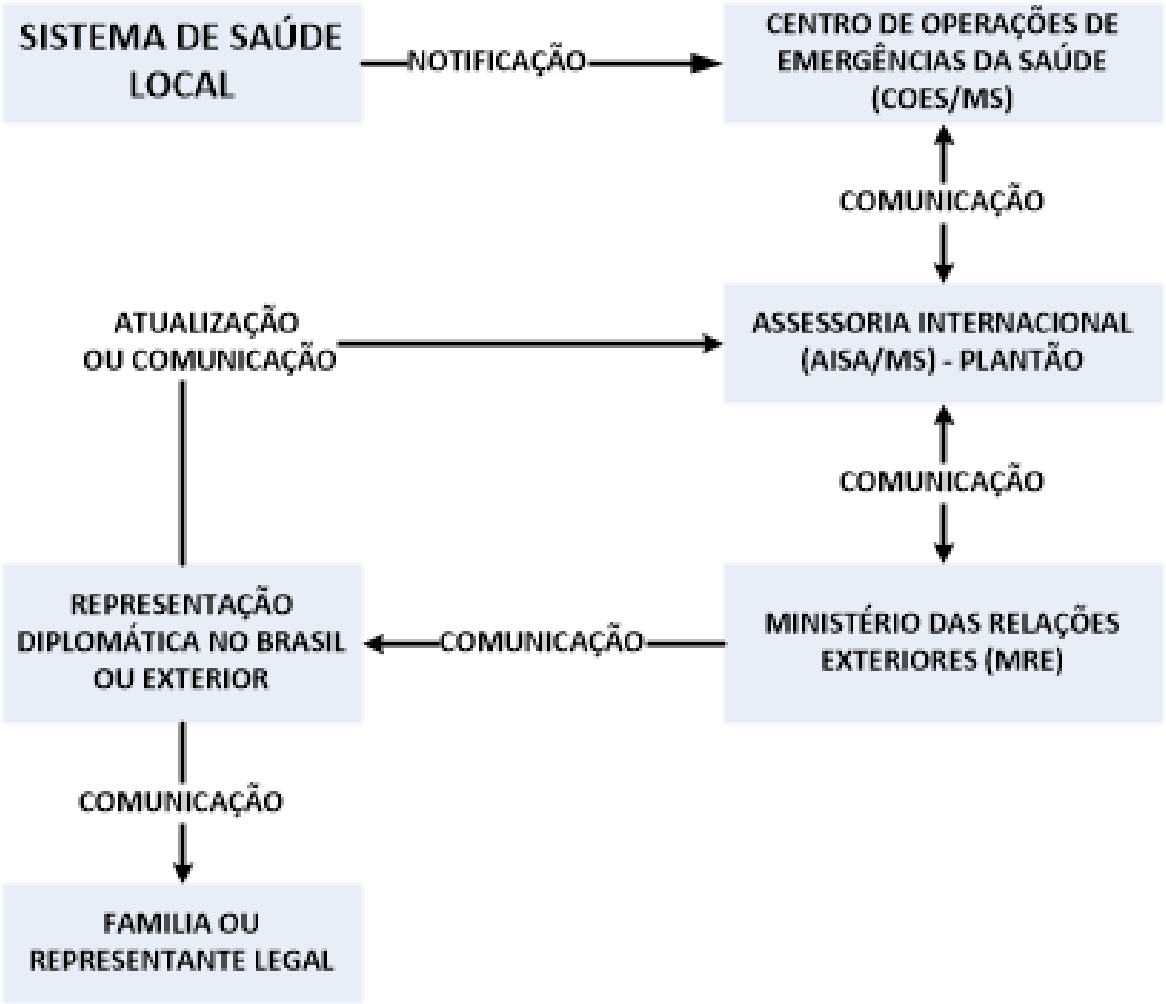
- os sacos devem ser identificados como material infectante, com alerta do risco de contaminação pelo vírus Ebola;
- o corpo ensacado deve ser encaminhado para a câmara fria do IML no menor tempo possível;
- quando o corpo for liberado para a cremação ou sepultamento, os sacos contendo o corpo deve ser colocado em uma urna funerária, ainda dentro do IML. A urna deve ser imediatamente lacrada e encaminhada diretamente para o sepultamento ou cremação, no menor tempo possível;
- todos os profissionais que atuam na colocação dos sacos com o corpo na urna funerária também devem adotar as medidas de precaução, que devem ser mantidas até o seu fechamento. A superfície externada urna funerária deve passar por desinfecção*, antes da saída do IML;
- todos os materiais e superfícies que entraram em contato com o saco contendo o corpo também devem ser limpos e desinfetados;
- todas as superfícies e materiais da sala em que o corpo foi colocado e preparado devem ser submetidas à limpeza com água e sabão/detergente e passar por desinfecção.*
- ressalta-se que o corpo não deve ser encaminhado para serviço funerário;
- não há necessidade de uso de EPI por parte dos motoristas dos veículos, que transportarão o caixão com o corpo, ou dos familiares que acompanharão o translado, considerando que os mesmos não manusearão o corpo.

***solução alcoólica a 70%, solução clorada (0,5% a 1%) ou outro saneante desinfetante registrado na Anvisa.**

7.9.3. Apoio diplomático

Diante de casos suspeitos de ebola, envolvendo estrangeiros, havendo 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 (MRE), por meio da Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde (AISA).

FLUXOGRAMA PARA APOIO DIPLOMÁTICO



7.10 LISTA DE CONTATOS DOS CENTROS DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE (CIEVS – SES)

Após o primeiro atendimento ao paciente, confirmação de viagem aos países afetados e isolamento adequado, conforme descrito no item 7.1.5, deve-se notificar ao CIEVS Estadual por meio dos contatos abaixo. Os CIVES – SES devem notificar ao CIEVS da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

CIEVS- SES	TELEFONE	E-MAIL
ALAGOAS	(82) 3315-2059	notifica@saude.al.gov.br

AMAZONAS	(92) 3182-8567	cievsam@gmail.com
AMAPÁ	(96) 3212-6149	uve@saude.ap.gov.br
BAHIA	(71) 3116-0018	divep.cevesp@saude.ba.gov.br
CEARÁ	(85) 3101-4860	cievsce@saude.ce.gov.br
DISTRITO FEDERAL	(61) 3901-7642	notificadf@gmail.com
ESPÍTO SANTO	(27) 3636-8202	notifica.es@saude.es.gov.br
GOIÁS	(62) 3201-2688	cievsgoias@gmail.com
MARANHÃO	(98) 3212-2232	cievs@saude.ma.gov.br
MINAS GERAIS	(31) 3215-7456/7454	notifica.se@saude.mg.gov.br
MATO GROSSO DO SUL	(67) 3318-1757	cievs@saude.ms.gov.br
MATO GROSSO	(65) 3661-7992	cievs@ses.mt.gov.br
PARÁ	(91) 4006-4308	cievs@sespa.pa.gov.br
PARAÍBA	(83) 3218-7435	notifica@saude.pb.gov.br
PERNAMBUCO	(81) 3184-0191	notifica@saude.pe.gov.br
PIAUÍ	(86) 3213-5829	epidemiologia@saude.pi.gov.br
PARANÁ	(41)3330-4416	urr@sesa.pr.gov.br
RIO DE JANEIRO	(21) 2333-3993	notifica@saude.rj.gov.br
RIO GRANDE DO NORTE	(84) 3232-2801	notifica@rn.gov.br
RONDÔNIA	(69) 3216-5398	cievsro@gmail.com
RORAIMA	(95) 3623-9209	cievsroraima@gmail.com
RIO GRANDE DO SUL	(51) 3901-1138	notifica@saude.rs.gov.br
SANTA CATARINA	(48) 3664-7410/7411	notificaurr@saude.sc.gov.br
SERGIPE	(79) 3226-8348	notifica@saude.se.gov.br
SÃO PAULO	(11) 3066-8750	notifica@saude.sp.gov.br
TOCANTINS	(63) 3218 - 1785	cievsto@gmail.com

Endereço eletrônico da
Secretaria de Vigilância em Saúde:

www.saude.gov.br/svs

Disque Notifica
0800-644-6645
notifica@saude.gov.br

SUS

Ministério da
Saúde