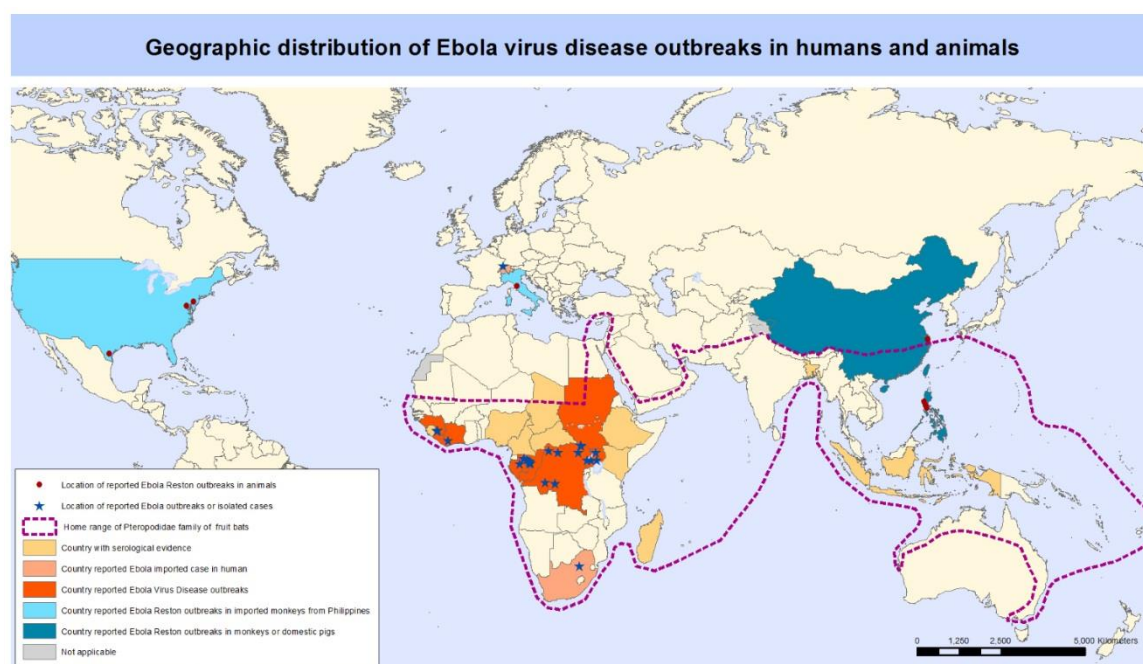


FEBRE HEMORRÁGICA POR VÍRUS ÉBOLA

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E RESPOSTA FACE A UMA EVENTUAL ENTRADA DE CASOS EM CABO VERDE

✦ PLANO DE CONTINGÊNCIA NACIONAL ✦



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Health Statistics and
Information Systems (HSI)
World Health Organization

 World Health
Organization
© WHO 2014. All rights reserved.

A Todos,

Este Plano de Contingência Nacional contra a Febre Hemorrágica pelo vírus Ébola é feito à intenção de todos os profissionais de saúde e de outras instituições públicas e privadas de Cabo Verde envolvidas na preparação e resposta à ameaça da Ébola, face à situação vigente em países vizinhos da nossa Sub-região Oeste-Africana.

Ele resulta da compilação de orientações, normas de conduta e ensinamentos colhidos de várias fontes com particular relevância para o Regulamento Sanitário Internacional (2005) e documentos sobre a matéria da OMS, entidade orientadora e coordenadora da luta contra epidemias no mundo.

Contém, numa forma compilada e sequenciada, muitas orientações e instruções já transmitidas pelo serviço de Vigilância Epidemiológica da Direção Nacional de Saúde e outros órgãos decisórios às diferentes estruturas de saúde e enviadas a outros setores, para que TODOS possamos melhor nos preparar para o pior cenário, evitando-o mas, sobretudo, para contribuir para impedir, a todo o custo, que a entrada no nosso país da epidemia de Ébola ou, não conseguido esse desiderato, circunscrever o 1º caso que aparecer e minimizar os danos.

Recomendo um estudo atento do documento, uma memorização detalhada das intervenções em situações de urgência, numa atitude de prudência que torna FUNDAMENTAL medidas de prevenção e proteção de novos contactos, sabendo que os profissionais da linha da frente estão mais expostos.

A prevenção está em tuas MÃOS! Ela requer coragem, discernimento, determinação e conhecimento!

Conseguiremos.

Direção Nacional da Saúde na Praia, 08 de Agosto de 2014.

O Diretor Nacional da Saúde



/Dr. António Pedro C. Delgado/

INDICE

1. Contexto	5
2. Informações gerais sobre o vírus Ébola e a doença	7
Principais factos.....	8
Transmissão.....	8
Tratamento.....	8
Prevenção.....	9
Níveis de risco de contágio /transmissão do Vírus Ébola.....	9
3. Avaliação dos riscos de entrada do vírus em Cabo Verde	10
3.1. - Imigrantes que visitam familiares nos países de origem.....	10
3.2. - Passageiros que viajaram com sintomas ou durante o período de incubação”....	11
4. Resposta a nível Regional	13
5. Resposta Nacional	15
5.1 - Numa situação de ausência de casos/epidemia.....	15
5.1.1. - Objetivo - Impedir a introdução do vírus Ébola no território nacional.....	15
5.1.2. Coordenação intersectorial.....	15
5.1.3. Preparação para fazer face a uma eventual entrada do vírus Ébola....	15
5.1.3.1.4 - Elaboração de Planos de contingência.....	18
5.2. Perante a suspeita/confirmação de uma epidemia	19
5.2.1. - Objetivo.....	19
5.2.2. - Definições padronizadas de caso.....	19
5.2.3 - Notificação caso a caso e imediata.....	20
5.2.4. Confirmação Laboratorial.....	21
5.2.5. Tratamento e seguimento dos doentes.....	21
5.2.6. Transporte dos doentes.....	21
5.2.7. - Saneamento e Higiene/cuidados de enfermagem.....	22
5.2.8 - Gestão e eliminação segura dos resíduos.....	25
5.2.9 Desinfeção dos consumíveis e equipamentos reutilizáveis e limpeza das áreas contaminadas.....	25
5.2.10 Utilização de práticas seguras de enterro dos cadáveres.....	25
5.2.11 Vigilância, busca ativa e seguimento dos contactos.....	25
6. Resposta à ameaça de Epidemia de doença por Vírus Ébola	25
6.1 Equipa Técnica de Intervenção Rápida Nacional / ETNIR, e Local.....	25
6.2 Comissão Nacional e as Locais Intersectoriais de resposta à epidemia.....	27
6.3 Planificação e definição de um quadro de distribuição de tarefas e responsabilidade por níveis do Serviço Nacional de Saúde.....	27
6.3.1.1. Autoridades Nacionais	27
6.3.1.2. Autoridades Concelhias - Delegacia de Saúde	28
6.3.1.3. Estruturas de saúde prestadoras de cuidados	29
6.4 – Comunicação com o público.....	29
7. Medidas de Controlo de Infeção aplicada nas Estruturas de Saúde aos Casos de Doença por vírus Ébola	31
7.1 Nos Hospitais e Centros de Saúde.....	31
7.1.1 Atendimento direto ao paciente suspeito ou confirmado de febre hemorrágica viral por ébola	31
7.2 Nas atividades de busca de casos e contactos de casos suspeitos ou confirmados de febre hemorrágica de ébola.....	32
7.2.1. Busca ativa na comunidade	32
7.3 Nas atividades de diagnóstico laboratorial.....	33
7.4 Transporte e enterro de cadáveres.....	33
7.5 Limpeza e desinfeção (ver anexo 5).....	34
7.6 Gestão de resíduos durante surtos de doença por vírus ébola.....	34
7.7 Gestão da exposição à infeção.....	35

7.8. Exame “Post-mortem”	36
8. Mobilização Social e participação comunitária	37
9. Recursos	37
9.1. Recursos Humanos.....	37
9.2. Recursos Materiais *	38
9.3. Recursos Financeiros	39
9.4. Orçamento	39
10. ANEXOS	41
Anexo 1 - Formulário de Notificação de casos suspeitos de Doença por Vírus Ebola ..	41
Anexo 2 - Formulário de seguimento/Busca Activa dos contatos de casos suspeitos de Doença por Vírus Ebola	44
Anexo 3 - Procedimento para Diagnostico Biológico de Febre hemorrágica viral por Ébola.....	46
Anexo 4 - Precauções “padrão” no Controle de Infecção nos Serviços que prestam cuidados de saúde ¹	53
ANEXO 5 Preparação de soluções desinfectantes com produtos à base de cloro ..	55
Anexo 6 -Interpretação do quadro clínico	56
ANEXO 7 - Doença por vírus de Ébola - Epidemia em curso em Guiné Conacri, Libéria e Serra Leoa	58
ANEXO 8 - Como vestir e despir por ordem o equipamento de proteção individual	69
ANEXO 9 - Lista dos itens necessários para uso na sala de isolamento dos pacientes a serem adquiridos localmente.....	71
ANEXO 10 – Como organizar a área de isolamento.....	72
Bibliografia.....	74

1. Contexto

Uma epidemia de uma Febre Hemorrágica Viral eclodiu em Fevereiro de 2014 na Guiné Conacri, país da África Ocidental, cujas amostras de sangue enviadas ao Instituto Pasteur de Lyon foram confirmadas em finais do mês de Março como infeção pelo Zaire ébola vírus, altura em que a OMS deu o alerta mundial para a existência de um evento de Saúde Pública em curso naquela zona.

A Doença propagou-se a partir de Gueckedou, foco principal, para vários municípios do país, incluindo a capital Conacri, sendo a 1ª vez na história da doença que o vírus Ébola chega a uma cidade capital.

Esta é, também, a 1ª vez que a Doença por vírus Ébola atinge os países da África Ocidental, não obstante em 1994/95 ter-se registado em Côte d'Ivoire um caso humano, numa cientista de nacionalidade suíça que foi infetada durante a necropsia que efetuava a um chimpanzé infetado com o tipo TaiForest Ébolavirus, devido ao Tai Nacional Park em Cote d'Ivoire onde o caso ocorreu.

O epicentro inicial da epidemia de Doença por vírus Ébola em curso foi no município de Gueckedou na Guiné Conacri, situado junto à fronteira com a **Serra Leoa** e a **Libéria**, cujas populações se contactam permanentemente através de atividades culturais, sociais e económicas e a doença propagou-se rapidamente às comunidades vizinhas dos três países, alastrando-se a outros municípios, mas também às suas capitais: Conacri, Monróvia e Freetown.

A 22 de Julho de 2014 um cidadão de nacionalidade liberiana viajou com sintomas de avião a Lagos, via Lomé, tendo sido imediatamente, à chegada ao aeroporto de Lagos, Nigéria, identificado como suspeito de Ébola e colocado sob quarentena num hospital privado. Foi-lhe feita uma colheita de amostra de sangue para confirmação laboratorial no dia 22 de Julho e no dia 25 de Julho o indivíduo faleceu.

A origem da infeção é desconhecida, porém pesquisas realizadas levantaram a hipótese do 1º caso humano ter sido infetado através do contacto com um animal infetado, provavelmente um morcego de fruta que representa um dos reservatórios naturais do vírus.

Os grupos mais afetados pela doença são os familiares dos doentes, devido ao contacto direto com secreções das pessoas vivas ou mortas, este último, ligado a práticas tradicionais que envolvem o contacto direto com cadáveres durante as cerimónias fúnebres e os profissionais da saúde através do contacto direto com fluidos corporais no momento de prestação de cuidados aos pacientes.

Até 4 de Agosto de 2014, o total cumulativo de casos de Doença por Vírus Ébola (confirmados laboratorialmente, casos prováveis e casos suspeitos) nos três países era **1 711**, incluindo **932** mortes. A distribuição/ classificação dos casos por país era a seguinte:

- Guiné: 495 casos (351 confirmados, 133 prováveis e 11 suspeitos) e 363 óbitos;
- Libéria: 516 casos (143 confirmados, 252 prováveis e 121 suspeitos) e 282 óbitos;
- Serra Leoa: 691 casos (576 confirmados, 49 prováveis e 66 suspeitos) e 286 óbitos;
- Nigéria - 9 casos, incluindo 1 morte.

Geographical distribution of Ebola outbreak(s) in West Africa January to June 2014. As of 29 June 2014



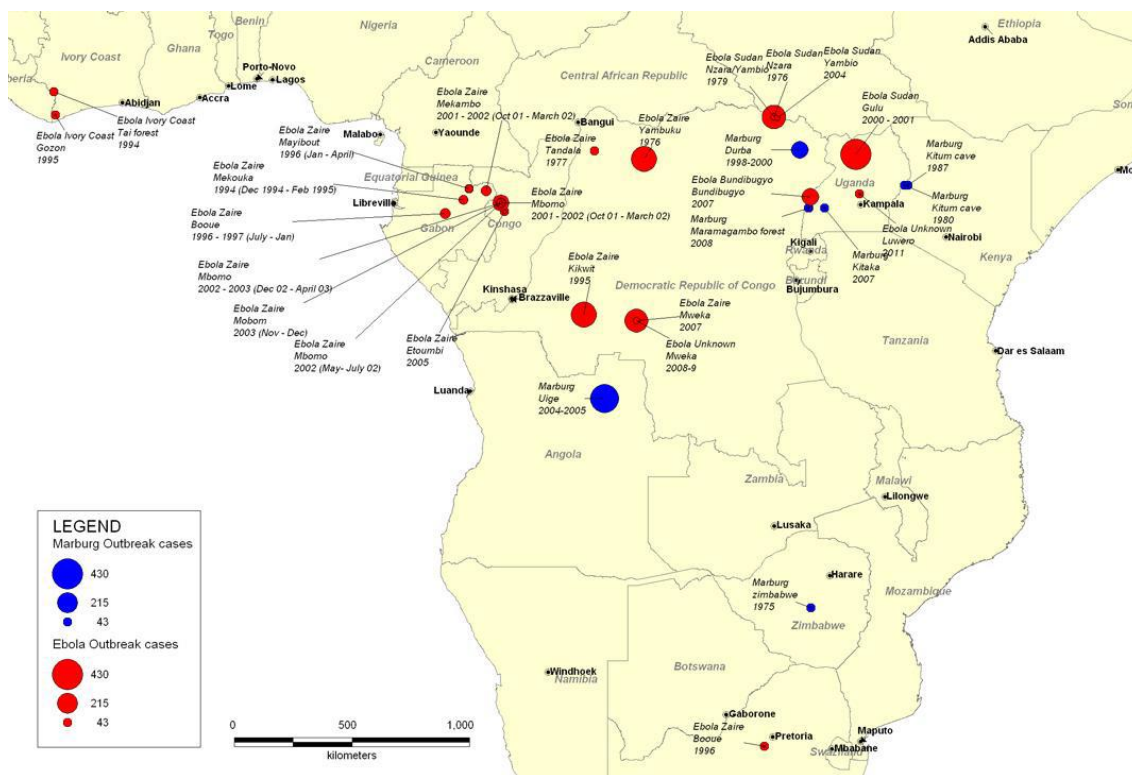
2. Informações gerais sobre o vírus Ébola e a doença

O vírus de Ébola apareceu pela primeira vez em 1976 em dois focos simultâneos, em Nzara, Sudão e em Yambuku, República Democrática do Congo (ex-Zaire). Este último ocorreu num vilarejo situado perto do Rio Ébola, daí a designação do vírus.

O vírus Ébola é composto por cinco espécies distintas da espécie Ébolavírus (Filoviridae family), a saber: Zaire ebolavirus, Sudan ebolavirus, Reston ebolavirus, Tai Forest ebolavirus e Bundibugyo ebolavirus. O vírus Ébola é o mais virulento de todos

Ébola vírus e Marburgo vírus, um outro membro da Família Filoviridae estão classificados como patógenos de “Biossegurança 4 (BSL – 4; grupo de risco 4), requerendo medidas especiais de contenção e proteção de barreira particularmente para os profissionais de saúde.

A Febre Hemorrágica provocada pelo tipo Zaire Ebolavirus é o mais virulento de todos, podendo atingir taxas de letalidade até 90% dos casos. A figura seguinte mostra a localização das epidemias anteriores ocorridas em vários países da África central.



Principais factos

- ✓ O vírus Ébola provoca surtos de febre hemorrágica viral grave (EHF) em seres humanos.
- ✓ Surtos de febre hemorrágica viral têm uma taxa de mortalidade até 90%.
- ✓ O vírus é transmitido para as pessoas, de animais selvagens e se espalha na população humana pela transmissão de pessoa a pessoa.
- ✓ Morcegos da família *Pteropodidae* são considerados os hospedeiros naturais do vírus Ébola.

Transmissão

- ✓ O vírus de Ébola é introduzido na população humana através de contato direto com sangue, secreções, órgãos ou outros fluidos corporais de animais infetados;
- ✓ Em África, a infeção tem sido documentada através da manipulação de animais infetados, chimpanzés, gorilas, morcegos frugívoros, macacos, antílopes de floresta e porcos-espinhos encontrados mortos ou doentes na floresta tropical;
- ✓ Posteriormente o vírus Ébola se propaga na comunidade através da transmissão de pessoa a pessoa, resultante de contato com sangue, secreções, órgãos ou outros fluidos corporais de pessoas infetadas;
- ✓ Cerimónias fúnebres onde rezadeiras têm contato direto com o corpo da pessoa falecida podem também desempenhar um papel importante na transmissão do Ébola;
- ✓ Transmissão por via de sêmen infetado pode ocorrer até sete (7) semanas após a recuperação clínica;
- ✓ Trabalhadores de saúde são frequentemente infetados ao tratar os doentes de Ébola;
- ✓ Isto ocorre através de contato íntimo, sem o uso de precauções de controlo de infeção correta e adequada barreira, procedimentos de enfermagem. Por exemplo, trabalhadores de saúde ao não usarem luvas, máscaras ou óculos de proteção podem ser expostos ao contato direto com o sangue dos pacientes infetados estão em risco;
- ✓ O risco de transmissão de pessoa a pessoa é maior na fase final da doença quando a concentração do vírus é maior. A última fase da doença é caracterizada por vômitos, diarreia, choque e hemorragias;
- ✓ Nenhum caso de infeção por vírus Ébola foi notificado em pessoas cujo contacto com uma pessoa infetada ocorreu somente durante o período de incubação (ou seja, antes do início da febre);
- ✓ O período de incubação dura de 2 a 21 dias.

Tratamento

- ✓ Não há tratamento específico e nem vacina.
- ✓ Durante uma epidemia de Doença por Vírus Ébola a desidratação grave provoca um número elevado de mortes. O tratamento é sintomático à base de

reidratação do paciente, uso de analgésicos e anti vômitos. A reposição dos fatores de coagulação e plaquetas pode ser de grande utilidade.

Prevenção

- ✓ A única forma de prevenção é o isolamento dos doentes e utilização do Equipamento de Proteção individual, EPI, para aqueles com risco de contaminação; toda a equipa médica e de enfermagem, pessoal de laboratório, pessoal de limpeza da área de isolamento, pessoal encarregado do enterro seguro dos mortos, entre outros;
- ✓ Toda a equipa médica que atende os pacientes deve usar um macacão impermeável, luvas, máscaras, óculos de proteção, além de ficar sempre alerta durante os procedimentos;
- ✓ Áreas de descontaminação devem ser instaladas entre a área de isolamento dos pacientes e o ambiente exterior;
- ✓ É igualmente importante refazer a cadeia de contactos (contact tracing) dos pacientes para examinar e seguir os potenciais infetados e avaliar se há necessidade de os isolar;
- ✓ Deve-se também educar as comunidades atingidas sobre a doença e as precauções a ter para reduzir o risco de contágio.

Níveis de risco de contágio /transmissão do Vírus Ébola

De acordo com o tipo de contacto com um paciente infetado ou doente:

NÍVEIS DE RISCO	TIPO DE CONTACTO
Muito baixo ou não reconhecido	Contacto casual com um doente febril. Exemplo: partilhar um assento num transporte público, tarefas de atendimento do público (rececionista, etc.).
Baixo risco	Contacto próximo “face a face” com um doente em tratamento ambulatorio. Exemplo: exame físico, medição de temperatura ou da tensão arterial.
Risco moderado	Contacto face a face sem proteção individual apropriada (incluindo uso óculos protetores) com um paciente com sintomas respiratórios ou vômitos, hemorragias nasais ou com diarreia.
Alto risco	1.Picada com agulha de uma seringa ou exposição da mucosa a sangue contaminado, fluidos corporais, tecidos e amostras biológicas laboratoriais de doente grave, suspeito e confirmado; 2.Contacto com corpos de pessoas que morreram de Doença por Vírus Ébola

Fontes: RRA – West Africa – 8 April 2014 (www.europa.eu)

3. Avaliação dos riscos de entrada do vírus em Cabo Verde

De acordo com avaliação da OMS, o risco de disseminação da doença é considerado alto nos países fronteiriços, moderado no restante do continente africano e baixo no restante do mundo.

A 28 de Julho a Diretora Geral da OMS declarou Grau 3 – máximo o risco para os países da África Ocidental.

Cabo Verde é um país de origem vulcânica, constituído por dez ilhas. Está localizado no Oceano Atlântico, a 640 km a oeste de Dakar, Senegal, possuindo uma população estimada em 512 173 (Dados das projeções do INE).

Tem como vizinhos para além do Senegal, todos os países da faixa costeira da África Ocidental, particularmente Mauritânia, Gâmbia, Guiné-Bissau, entre outros.

O país está integrado na Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental, CEDEAO, sendo parte dos Acordos de Livre circulação de pessoas e bens em vigor na região.

Do ponto de vista de análise do risco de entrada que o país apresenta enquadra-se em dois grupos seguintes, quais sejam:

3.1. - Imigrantes que visitam familiares nos países de origem

“O risco para os viajantes que visitam amigos e familiares nos países/áreas afetadas é igualmente baixo, a menos que o viajante tenha contacto físico direto com uma pessoa ou animal doente ou morto, infetados com o vírus Ébola. Nesse caso, deve-se entrar em contacto com a pessoa para averiguar se houve exposição e assim evitar a propagação da doença, através do seguimento médico do viajante se este for considerado como tendo sido exposto ao vírus”

Com efeito, de um país de emigrantes, o país passou a ser, também, nas últimas décadas, um espaço de atracção de imigrantes, oriundos principalmente dos países da África, mas também da Europa e Ásia. O Censo de 2010 revelou que dos 491.875 indivíduos recenseados em todo o país, entre 16 a 30 de Junho desse ano, 14.373 eram estrangeiros, correspondente a 2.9% da população total do país.

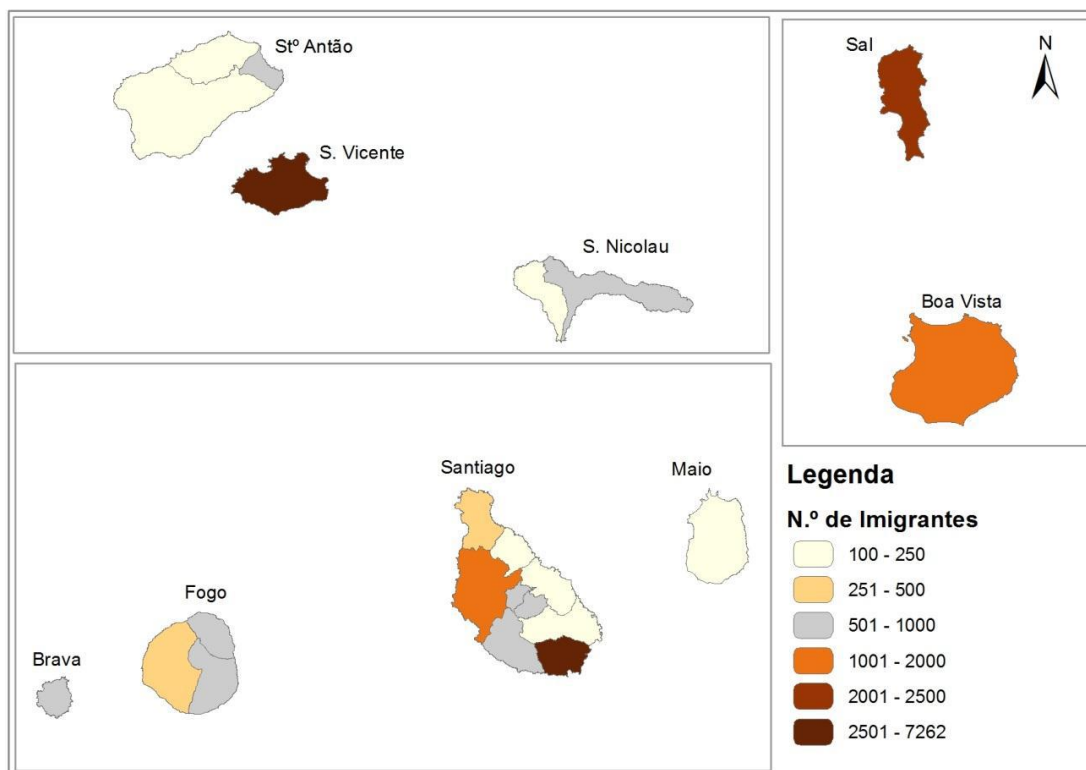
A distribuição por continente revela que 71,7 desse total é proveniente do continente africano e, **8 738 indivíduos**, o equivalente a 61%, são da África Ocidental.

Os cidadãos provenientes de, por país:

- (i) Guiné Bissau - constituem o grosso da comunidade contabilizando **5 544** indivíduos dos estrangeiros provenientes da África;
- (ii) Senegal - são a segunda comunidade africana mais expressiva a residir atualmente em Cabo Verde, com cerca **de 1 634** indivíduos;
- (iii) Nigéria - seguem-se, quantificados em **740** pessoas;
- (iv) Guiné Conacri que são estimados em **456** indivíduos.

Por concelho de residência dos imigrantes, a figura abaixo mostra que **Praia, São Vicente, Sal, Boavista e Santa Catarina** acolhem maior número de imigrantes.

Fig. 1: Repartição espacial dos imigrantes por concelho (Fonte INE, 2013)



3.2. - Passageiros que viajaram com sintomas ou durante o período de incubação”

” Existe a possibilidade de que uma pessoa que tenha estado exposta ao vírus Ébola e tenha desenvolvido sintomas possa embarcar num voo comercial ou outro meio de transporte sem dar a conhecer aos membros da tripulação do voo da sua condição”.

“É contudo, altamente provável que esse passageiro que apresenta sintomas atraia a atenção do pessoal de saúde presente no aeroporto, no momento de chegada, devendo ser colocado imediatamente em isolamento para evitar a transmissão da doença a outras pessoas” No caso de à chegada ainda não apresentar sintomas a deteção ocorrerá posteriormente à viagem provavelmente na altura da procura de cuidados nas estruturas de saúde aquando do surgimento”

Sendo um país arquipelágico, as nossas fronteiras se restringem ao espaço aéreo e marítimo, através dos aeroportos e portos internacionais.

Os principais pontos de entrada no país de qualquer doença transmissível são pela via dos aeroportos e portos internacionais, nomeadamente, Praia, Mindelo, ilha do Sal e da Boa Vista.

Relativamente à via aérea, atualmente, os voos “de” e “para” o continente africano processam-se via Dakar, Bissau e Banjul, através das companhias aéreas TACV, Air Senegal e Royal Air Maroc, sendo bastante significativo o número de passageiros dos voos entre as duas capitais: Praia e Dakar.

Pela via marítima, a questão põe-se relativamente a embarcações de carga, abastecimento de combustível, barcos que pescam na sub-região, mas também de transporte de passageiros clandestinos na zona.

Desde a declaração da Epidemia de Doença por Vírus Ébola na Guiné Conacri, Libéria e Serra Leoa, o Porto do Mindelo tem recebido com alguma frequência, embarcações de pesca que operam na costa marítima dos três países afetados: Conacri, Freetown e Monróvia, bem como navios que chegam a Mindelo para reparação naval na CABNAVE.

Considerando a avaliação feita pela OMS e as especificidades do país do ponto do acima exposto pode-se concluir que o RISCO DE INTRODUÇÃO do vírus Ébola em Cabo Verde é MODERADO.

Contudo, caso a doença venha a propagar-se à Guiné Bissau e/ou Senegal, o RISCO aumentará consideravelmente, visto haver uma circulação/contacto frequentes entre as pessoas residentes e seus familiares nos seus países de origem.

A acontecer, o país deverá:

- 1 - Intensificar as ações de prevenção e informação junto dos passageiros provenientes de Dakar e de outros pontos do continente africano;
- 2 – Exigir à tripulação de todas as aeronaves provenientes de Dakar ou outra rota (se necessário) que, à chegada, preencha e entregue “**A parte da Saúde da Declaração Geral da Aeronave** (RSI, anexo 9).
- 3 - Se houver um motivo especial para acreditar que possa ter havido exposição à infeção a bordo de uma aeronave, as companhias aéreas podem também pedir a alguns, ou a todos os passageiros, para fornecerem informações sobre o seu próximo itinerário e os seus contactos. Por exemplo, pedir para preencherem o “**Formulário de localização de passageiros para fins de saúde pública da ICAO**) ”.
- 4 – Relativamente ao sector marítimo, a autoridade sanitária local, neste caso a Delegacia de Saúde no concelho pode exigir que, à chegada, os navios preencham e entreguem a **Declaração Marítima de Saúde (RSI, anexo 8) e outras informações que se mostrarem necessárias (RSI, anexo 3).**
- 5 -Relativamente aos serviços de saúde deve-se reforçar a vigilância **epidemiológica de todas as síndromes febris**, em particular nos viajantes e potenciais contactos, bem como realizar “simulacros” para testar os planos de contingência locais, municipais e nacional.

4. Resposta a nível Regional

Os Ministérios da Saúde dos países afetados, com o apoio da OMS e outros parceiros lançaram no terreno atividades visando conter a propagação da epidemia, através do envio de especialistas para o tratamento e aplicação de medidas de controlo de infeção, epidemiologistas, especialistas em informação e comunicação, logísticos, disponibilização de kits de proteção individual, produtos de desinfeção, entre outros.

Com o agravamento da situação na sub-região em meados do mês de Maio e inícios do mês de Junho com o surto na Guiné Conacri a recrudescer, após um período de acalmia de 2 semanas em finais do mês de Abril e princípios do mês de Maio, por um lado, e, por outro lado, o incremento da transmissão do vírus na Libéria e Serra Leoa contrariamente ao registado durante os meses anteriores, a OMS realizou nos dias 2 e 3 de Julho em Acra, Gana uma Reunião de Coordenação Regional e de Mobilização de Recursos, na qual participaram os Ministros da Saúde de 11 países da sub-região a saber: Benim, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guiné Bissau, Guiné Conacri, Mali, Libéria, Senegal, Serra Leoa, Gana, Gambia, bem como países registaram surtos de Ébola no passado, nomeadamente Uganda, RDC, etc., e os parceiros internacionais nesta luta.

Como resultado da Reunião Regional foi criado, em Conacri, um **Centro Sub-Regional de Coordenação da Resposta à Epidemia do Vírus Ébola (CSRCE)** que funcionará como plataforma de controlo e coordenação para a consolidação e harmonização do apoio técnico aos países da África Ocidental, apoiando também na mobilização de recursos.

O Centro Sub-regional será responsável para assegurar a utilização eficaz dos recursos, definição de prioridades em função dos objetivos acordados. A organização e coordenação de funções de suporte chave e operações de terreno deverão se aproximar das áreas de epidemia e/ou pontos críticos.

Além disso, o CSRCE irá:

- Garantir o apoio e recursos técnicos e operacionais suficientes para dar suporte as atividades de resposta no terreno; facilitar a coordenação dos parceiros da Rede GOARN; preparar materiais e atividades de comunicação com o público e participar na elaboração de planos de contingência;
- Participar nas avaliações de risco e dimensionamento das operações, conforme necessário, e garantir um ambiente que permita a execução de operações de terrenos eficazes e bem-sucedidas;
- Definir as metas operacionais acordadas para atingir os objetivos fixados e assegurar o planeamento, a coordenação e a ótima utilização dos recursos de "per si" limitados, assim como a continuidade das ações e de gestão;
- Direcionar os recursos materiais e humanos para a comunicação e mobilização social, investigação de alertas a novos surtos, busca ativa de casos e contactos, rastreio e fiscalização, gestão dos dados, prestação de cuidados de tratamento

aos pacientes, logística, armazenamento e envio de equipamentos de proteção individual para as áreas-chave;

- Dar orientação técnica e recursos para apoiar a comunicação, a tomada de decisão e a elaboração de relatórios para todas as equipas de terreno da sub-região, entre outros.

5. Resposta Nacional

5.1 - Numa situação de ausência de casos/epidemia

5.1.1. - Objetivo - Impedir a introdução do vírus Ébola no território nacional

Medidas: reforço da vigilância junto dos portos e aeroportos internacionais, com medidas específicas de informação e vigilância ativa dirigida aos passageiros provenientes da Guiné Conacri, Libéria e Serra Leoa ou de outros países em função da evolução da situação atual.

5.1.2. Coordenação intersectorial

Medidas:

- Sensibilização das autoridades ligadas ao sector aeroportuário e marítimo para a aplicação rigorosa das suas obrigações no âmbito do RSI (2005). Ver Anexo 1.B requisitos mínimos para aeroportos, portos e postos-fronteira.
- As companhias aéreas que operam “de” e “para” Cabo Verde devem estar conscientes do seu papel na prevenção e deteção de casos suspeitos de doença transmissível durante um voo, devendo aplicar rigorosamente as recomendações da Associação Internacional dos Transportes Aéreos, IATA para *“Suspeita de Doença transmissível a Bordo de uma aeronave”*.
- Para fazer face à ameaça específica da doença por Vírus de Ébola em curso nos países vizinhos, a Agência Nacional de Aviação Civil /AAC em colaboração com o Ministério da Saúde elaborou a Instrução Nº 001/FAL/AAC/14 destinada a todos os operadores aéreos. A referida Instrução entrou em vigor a 28 de Março de 2014.
- Realização de reuniões periódicas das diferentes comissões, a saber:
 - Comissão Nacional de Prevenção e Luta contra Epidemias;
 - Comissões FALSEC NACIONAL E LOCAL, que reúne todos os intervenientes ao redor da atividade aeroportuária;
 - Intervenientes do sector marítimo e portuário;
 - Membros da Equipa Técnica Nacional de Intervenção Rápida /ETNIR, bem como a nível de cada Delegacia de Saúde;
- Divulgação regular da informação atualizada da evolução da Epidemia a todos os serviços de saúde e parceiros extras sectoriais;
- Divulgação das Normas e recomendações da OMS

5.1.3. Preparação para fazer face a uma eventual entrada do vírus Ébola

5.1.3.1. Vigilância Epidemiológica

5.1.3.1.1. Deteção de casos

ATENÇÃO:

No seguimento do alerta dada pela OMS em finais do mês de Março de 2014 sobre a confirmação de atividade epidémica do vírus Ébola na Guiné-Conacri, Libéria e Serra Leoa, torna-se IMPERIOSO que, no caso de ser colocada a presunção de diagnóstico de Doença por Vírus Ébola num doente com quadro clínico sugestivo e que tenha regressado, recentemente (até 21 dias), de regiões onde o vírus esteja em atividade, devem todas as estruturas de saúde, quer sejam públicas ou privadas:

1. Proceder ao isolamento imediato do doente;
2. Tomar todas as medidas de controlo de infeção para a Doença por Vírus Ébola;
2. Notificar o caso **IMEDIATAMENTE** ao Delegado de Saúde do concelho que por sua vez notificará o caso, também, imediatamente ao Serviço de Vigilância Epidemiológica da Direção Nacional de Saúde, através dos números de telefone **261 01 61/ 991 42 43/ 981 13 44**.

A Febre Hemorrágica é uma doença de **notificação obrigatória** e **1 caso suspeito/confirmado** equivale a uma **EPIDEMIA**.

Nesta fase, um caso suspeito de Doença por Vírus Ébola é todo o paciente com início súbito de febre alta acompanhada de um ou mais dos seguintes sintomas: dor de cabeça, fraqueza, dor muscular, dor de garganta, vômitos, diarreia, erupção cutânea e sangramento.

Numa situação de ausência de epidemia, a suspeita de um CASO ISOLADO de Doença por Vírus de Ébola pode ser difícil, visto que os sintomas iniciais da doença são também sintomas da maioria de infeções frequentes que demandam os serviços de saúde.

Deve-se também proceder ao diagnóstico diferencial, descartando outras patologias tais como, paludismo, dengue, febre tifoide ou outras doenças virais e bacterianas.

No entanto, é de EXTREMA IMPORTÂNCIA que o profissional da saúde esteja bem INFORMADO E ALERTA para a possibilidade de atender um caso suspeito visto que, quanto mais cedo o caso for detetado; as medidas de controlo de infeção forem aplicadas e o alerta for dado, através da notificação IMEDIATA, o número de pessoas exposta será menor e a resposta mais eficaz.

Quando ainda não há confirmação da circulação do vírus Ébola no país, a **SUSPEITA** de casos de Doença por Vírus Ébola deve ser feita em pessoas com os sintomas acima mencionados e que nas três semanas (21 dias) antes do início da febre:

- 1) Viajaram para áreas ou países onde casos de Doença por Vírus Ébola ocorreram recentemente ou está em curso uma epidemia;
- 2) Tiveram contacto desprotegido com sangue, fluidos biológicos, secreções ou excreções de uma pessoa com a doença;

- 3) Tiveram uma provável exposição no laboratório durante a manipulação de amostras contaminadas com o vírus.

De realçar porém, que, mesmo quando o paciente NEGA qualquer contacto com um caso suspeito e/ou confirmado de Ébola, se o quadro clínico do paciente é grave, deve-se colocar a SUSPEITA de ÉBOLA, tomar todas as precauções de controlo de infeção e dar o alerta às autoridades sanitárias.

Note Bem:

Nesta fase é essencial que os profissionais de saúde apliquem a TODOS OS PACIENTES e em todas AS ESTRUTURAS DE SAÚDE as “**Precauções padrão para Controlo de Infeção**”, através do reforço da prática de **(i)** lavagem das mãos, **(ii)** disposição e evacuação segura dos resíduos infecciosos, **(iii)** uso de máscaras, luvas e outros e **(iv)** reforço das práticas de desinfeção, conforme referido no Anexo 1.

5.1.3.1.2 - Capacitação de todo o pessoal:

- Epidemiologia, clínica e diagnóstico laboratorial da Doença por Vírus Ébola;
- Gestão e tratamento dos casos;
- Aplicação das medidas de controlo de infeção a todos os níveis (hospitais e centros de saúde, laboratórios, etc.);
- Investigação, busca ativa e seguimento dos contactos;
- Preparação, desinfeção e enterro seguro dos cadáveres;
- Comunicação e mobilização social;
- Desinfeção e limpeza das áreas e objetos contaminadas;
- Educação, comunicação e mobilização social.

5.1.3.1.3 - Constituição de um stock de medicamentos, materiais e equipamentos necessários:

- Kits de proteção individual (EPI) em quantidade suficiente;
- Medicamentos em quantidade suficiente;
- Produtos desinfetantes, em quantidade suficiente,
- Reagentes e consumíveis para diagnóstico, em quantidade suficiente;
- Materiais para transporte de amostras, em quantidade suficiente.

5.1.3.1.4 - Elaboração de Planos de contingência

1. - Identificar e preparar espaços para isolamento dos pacientes no concelho;
2. - Designar as equipas para trabalhar exclusivamente na área de isolamento e sua formação rigorosa;
3. - Elaborar normas de vigilância, busca ativa e seguimento dos contactos;
4. - Definir o protocolo de gestão e tratamento dos doentes;
5. - Identificar e formar dos parceiros;
6. – Definir como será efetuado o transporte dos pacientes;
7. – Disponibilizar os n^{os} de telefone para contacto imediato;
8. - Designar as pessoas a contactar de acordo /e por ordem das funções que desempenham;
9. - Definir por escrito normas claras de funcionamento da estrutura/Delegacia de Saúde numa situação dessa natureza;
- 10.- Estabelecer por escrito e, de forma clara, os mecanismos de articulação entre os diferentes serviços internos do Ministério da Saúde e intervenientes externos: quais sejam, portos e aeroportos, entre outros;

5.1.3.1.5 - Comunicação e mobilização social

- Elaboração de materiais educativos para viajantes e público em geral, nomeadamente, desdobráveis, cartazes, mensagens áudio e vídeo, etc.;
- Identificação e formação dos membros das organizações de base comunitária, ONG e outros que podem apoiar durante uma eventual epidemia;
- Difusão de mensagens de prevenção da doença

5.2. Perante a suspeita/confirmação de uma epidemia

5.2.1. - Objetivo

Conter a propagação do vírus Ébola e minimizar o impacto da doença do ponto de vista humano, social e económico

Convém realçar que 1 (um) caso suspeito ou confirmado de Doença por Vírus Ébola em qualquer parte do território nacional EQUIVALE a uma **EPIDEMIA SUSPEITA OU CONFIRMADA**

Devido à forma de transmissão do vírus Ébola, numa situação de epidemia, é mais comum ocorrerem vários casos, ao mesmo tempo, apresentando-se em grupos ou “clusters”.

5.2.2. - Definições padronizadas de caso

5.2.2.1 - Caso suspeito (ou clínico) é:

Todo o indivíduo doente com uma febre alta (ou que morreu na sequência de uma febre), acompanhada de sintomas agudos e sinais de hemorragia, como: **sangramento das gengivas, nariz e conjuntivas (vermelhidão nos olhos), erupções cutâneas, sangramento nas fezes e/ou melena (fezes líquidas escuras), ou vômitos com sangue (Hematémese).**

Atenção: Nesta fase não é essencial que haja referência a contacto anterior com um caso de Doença por Vírus de Ébola.

5.2.2.2 - Caso provável (com ou sem sangramento):

“Todo o indivíduo vivo ou morto que apresenta (ou apresentou) febre e pelo menos três dos sintomas seguintes: cefaleias, vômitos, náuseas, perda de apetite, diarreia, fraqueza ou grande cansaço, dores abdominais, dores musculares ou articulares generalizados, dificuldades de engolir, dificuldades respiratórias, soluços, etc.”

Ou

“Todo o óbito por febre alta sem explicação.”

5.2.2.3 - Contacto

“Pessoa que embora não apresente sintomas esteve em contacto físico com um caso ou com fluidos biológicos de um paciente durante as últimas 3 semanas”.

5.2.2.4 - Onde podem ser detetados os casos

- ✓ Qualquer estabelecimento de saúde do país, quer seja público ou privado, que presta cuidados de saúde, nomeadamente nos Bancos de Urgência dos Hospitais, Centros de Saúde, Clínicas e Consultórios privados, Postos de

Saúde, entre outros, para onde as pessoas com sintomas se dirigem pode detetar casos suspeitos de DOENÇA POR VÍRUS DE ÉBOLA;

- ✓ Por outro lado, sendo o período de incubação de 2 a 21 dias, em média de 5 a 12 dias, pode ocorrer também, que uma pessoa que se tenha infetado no (s) país (s) onde a doença por vírus de Ébola esteja em curso viaje para outro país durante o período de incubação e a doença só venha a se manifestar alguns dias depois da sua chegada ao país de destino;
- ✓ Pode ocorrer também que a doença comece a manifestar-se durante a viagem de avião ou de barco;
- ✓ Pode ocorrer também durante o seguimento médico de todas as pessoas que estiveram em contacto direto com casos suspeitos e confirmados, por exemplo, pessoal de saúde que atendeu o caso, incluindo o pessoal do laboratório e de limpeza, outros pacientes, familiares, tripulação e passageiros do voo ou da viagem marítima, pessoal de limpeza da aeronave ou embarcação afetada, etc.

5.2.3 - Notificação caso a caso e imediata

O médico ao suspeitar de um caso Doença por Vírus Ébola **DEVE informar** oral ou por escrito imediatamente o responsável da Estrutura de Saúde onde o caso foi atendido que, por sua vez, **DEVE** notificar imediatamente o caso ao Delegado de Saúde. Significa que, logo a seguir à observação do caso com suspeita, quer seja dia ou noite, a informação deve ser dada ao Delegado de Saúde do concelho e, este, ao Serviço de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde e ao Director Nacional de Saúde.

É preciso realçar que a ocorrência de um único caso suspeito de Doença por Vírus Ébola está sujeita à aplicação do Regulamento Sanitário Internacional, RSI (2005), devendo ser notificado à OMS num prazo de 24 horas, pelo que todo e qualquer caso suspeito deve ser imediatamente notificado ao Serviço de Vigilância Epidemiológica, SVE do Ministério da Saúde, via telefone, pelos nºs **261 01 61/991 42 43 ou 261 01 73/981 13 44**, seguido do envio ao Serviço de Vigilância Epidemiológica da Direção Nacional de saúde do Formulário de Notificação específico (anexo 1), por email ou Fax, num prazo máximo de 24 horas.

Perante um Caso suspeito o pessoal da saúde deve **IMEDIATAMENTE**:

- ✓ **COLOCAR**, de forma correta e completa, o Equipamento de proteção individual (EPI) apropriado;
- ✓ **ISOLAR** o paciente;
- ✓ **NOTIFICAR** o caso à Autoridade Sanitária Local e Nacional.

O preenchimento correto e completo do Formulário de Notificação para Casos de Doença por Vírus Ébola é fundamental (ver Anexo 1).

O Ministério da Saúde notificará o (s) caso (s) suspeito (s) à OMS num prazo máximo de 24 horas em conformidade com o exposto no Regulamento Sanitário Internacional, RSI (2005).

Em caso de confirmação laboratorial da presença do vírus Ébola no território nacional, o Governo de Cabo Verde solicitará apoio **IMEDIATO** da OMS, OOAS e outros parceiros para fazer face à epidemia.

5.2.4. Confirmação Laboratorial

Os laboratórios do país não apresentam condições de biossegurança de nível 4 para a manipulação de amostras potencialmente infetadas com Filovírus (Ébola, Marburgo) devendo as amostras serem enviadas a um Laboratório Internacional de Referência para Diagnóstico de Ébola conforme indicado pela Organização Mundial da Saúde, OMS.

Assim o pessoal de laboratório ao ser informado pela Estrutura de Saúde da existência de um caso suspeito no concelho, deve contactar imediatamente o ponto focal Nacional para o Laboratório através do telefone nº 993 71 74.

Ver anexo 3: Instruções ao pessoal do laboratório para a recolha de amostras

5.2.5. Tratamento e seguimento dos doentes

O protocolo de tratamento já foi elaborado e será enviado em separado.

5.2.6. Transporte dos doentes

Perante uma eventual epidemia é preciso prever o espaço onde os doentes serão isolados e tratados. Os doentes (ou suspeitos) terão a necessidade de serem transportados do seu domicílio ou de uma estrutura de cuidados primários para um hospital que estará mais bem equipado para tratar esse tipo de doente por requerer uma grande atenção médica.

No entanto, a evacuação pode apresentar perigos para o pessoal que acompanha o doente caso não existam transportes adequados e as medidas de proteção não estejam disponíveis (EPI).

Assim o transporte do doente só é recomendado, quando:

- O paciente foi detetado numa estrutura de saúde local com poucos recursos e sem condições para proceder ao isolamento dos casos e tratamento dos doentes;
- O risco de exposição para a população local é elevado;
- O transporte pode ser realizado em boas condições (qualidade e segurança);
- A área de isolamento foi identificada previamente e está pronta para receber o paciente.

O transporte de um doente com suspeita ou com confirmação de Doença por Vírus Ébola deve ser feito pela via mais segura e mais rápida. Deve-se ter no veículo, equipamento de proteção para o pessoal que acompanha o paciente; deve haver possibilidade de isolar o doente e de assegurar a descontaminação do veículo após o transporte. Todas as pessoas que vão participar no transporte de doentes devem ser formadas sobre as precauções de controlo de infeção a serem aplicadas.

5.2.7. - Saneamento e Higiene/cuidados de enfermagem

É preciso tomar medidas para evitar lesões cutâneas ao utilizar agulhas, seringas e outros instrumentos pontiagudos. Consultar o Centro Colaboradores da OMS se o paciente requer precauções específicas para atos cirúrgicos ou obstétricos.

✓ Vestuário de proteção:

Todos os artigos de proteção individual utilizados pelo pessoal hospitalar e as pessoas que se ocupam dos doentes estão potencialmente contaminados. É preciso, por isso, que sejam deixados na zona do isolamento antes de serem desinfetados ou (se são descartáveis) destruídos após uso.

✓ Lavagem das mãos

Deve-se lavar as mãos após cada contacto com o doente ou o material contaminado. Primeiro lavam-se as mãos com uma solução desinfetante e só depois com água e sabão. O desinfetante e as instalações para lavar as mãos devem estar logo à saída da sala de isolamento. A água deve ser eliminada na rede de esgoto.

✓ Instrumentos e outros materiais

Cada doente deve ter um estetoscópio devidamente etiquetado com o seu nome, que deve ser mantido num recipiente contendo desinfetante. O estetoscópio será descontaminado, bem como a braçadeira para medir a tensão arterial, após cada utilização, enxaguando-os, utilizando uma solução de desinfetante. Todos os instrumentos reutilizáveis devem ser mergulhados numa solução com desinfetantes após cada utilização.

✓ Proteção da cama/colchão

É indispensável cobrir completamente o colchão com plástico para evitar que seja contaminado. Serão desinfetados rigorosamente após alta ou morte do paciente.

✓ Roupa de cama

Toda a roupa de cama deve ser colocada em sacos esterilizados (mergulhando-os numa solução desinfetante, depois passando-os no autoclave ou fervura) antes de lavar.

✓ Alimentação

Cabe ao hospital fornecer a alimentação a fim de limitar o contacto com o paciente. Cada doente deve ter o seu próprio prato e talheres que serão lavados e desinfetados na zona do isolamento. O resto da comida deixada no prato está

contaminado, devendo ser eliminado, após desinfecção.

- ✓ Quadros e *dossiers* clínicos.

Nenhum quadro, nenhuma nota e nenhum *dossier* clínico deve penetrar na zona do isolamento, devendo ser redigidos e guardados no exterior.

- ✓ Métodos de desinfecção com lixívia:

O vírus é muito sensível às soluções de lixívia. Morre após ser mergulhado, durante 10 minutos, numa solução a 1%.

- ✓ Água e sabão:

A limpeza dos objetos contaminados com água e sabão antes da desinfecção permite eliminar os traços dos líquidos fisiológicos e outras matérias infecciosas, tornando mais eficaz a ação do desinfetante.

- ✓ Esterilização:

A esterilização pelo calor exige equipamento especial (autoclave ou esterilizador a vapor). Se este equipamento funciona mal ou não está disponível, pode-se destruir o vírus por fervura durante 20 minutos. Isto para os objetos resistentes ao calor.

- ✓ Isolamento dos doentes:

As estruturas de saúde devem instalar medidas rigorosas de isolamento num espaço à parte, separado dos restantes serviços, ou num quarto separado com acesso estritamente limitado.

O pessoal e o material destinado ao isolamento nunca devem circular ou ser levado para outros serviços. Uma boa ventilação é desejável, evitando sempre os ventiladores que possam levantar poeiras e aerossóis.

O local de isolamento deve estar assinalado à entrada com quadros ou cartazes advertindo para PERIGO BIOLÓGICO.

Os doentes ficam isolados até recuperação completa.

A decisão de dar ALTA ao paciente do isolamento deve ser tomada na base clínica e requer que o doente tenha passado pelo menos 7 dias sem febre e sejam decorridos pelo menos 21 dias após o início da doença.

- ✓ Material que apresenta risco biológico

A ameaça de infeção apresentada por este material é grave, devendo serem observadas medidas estritas no tocante aos líquidos fisiológicos e as fezes.

As fezes, os vômitos, a expetoração, o sangue do doente e todos os objetos que estiveram em contacto com o mesmo deverão ser desinfetados com lixívia.

São desinfetados igualmente o material de laboratório utilizado para realizar testes sanguíneos. Sempre que possível utilizar-se-ão os métodos de desinfecção pelo calor (autoclave, incineração e ebulição).

Quando necessário inativar-se-á o sêrum pelo calor passando-o a 60°C durante uma hora. Pode-se também utilizar vapores de formaldeído.

A eliminação correta das agulhas e todo o material hospitalar é essencial.

Todos os profissionais de saúde que tenham uma lesão na pele ou nas mucosas expostas ao sangue ou outro fluido biológico, secreções ou excreções de um doente devem, imediatamente lavar as superfícies afetadas com um desinfetante e depois com água e sabão. A conjuntiva será lavada com água ou solução ocular.

Esses profissionais serão considerados como contactos e serão seguidos durante 21 dias para detetar precocemente o aparecimento de sinais e sintomas da doença.

✓ Gestão e manipulação dos cadáveres

Os cadáveres devem ser envoltos em sacos hermeticamente fechados (sacos mortuários).

Não podem ser embalsamados mas enterrados (ou incinerados) imediatamente num caixão selado. Deve-se proceder imediatamente à desinfecção ou incineração de todos os objetos que pertenceram ao defunto.

O transporte até o cemitério deve ser pela via mais rápida para evitar o risco biológico.

✓ Enterro /Locais de enterro

É importante decidir rapidamente onde serão enterrados os mortos a fim de obter a autorização das autoridades locais e organizar o seu transporte. É preciso evitar todo e qualquer contacto físico com o defunto e com seus fluidos biológicos. A comunidade deve se informada que essas medidas destinam-se a evitar a propagação da doença.

✓ Logística/ capacitação do pessoal de saúde e voluntários

Todas as pessoas que tenham ou que possam estar em contacto com casos suspeitos/confirmados ou cadáveres devem estar devidamente capacitadas sobre os métodos corretos do combate ao vírus Ébola. Devem ser formados sobre a forma de encaminhamento dos casos para a zona do isolamento e de tratamento dos casos.

A vigilância deve ser associada a uma educação sanitária para evitar contactos com os doentes. Os técnicos encarregados da vigilância epidemiológica devem receber instruções sobre a forma de realizar inquéritos por forma a obter dados exatos e a cooperação com a população local afetada.

Deve-se trabalhar par que a população compreenda os riscos da epidemia, levando em conta os aspetos culturais por forma a obter a confiança da comunidade em questão.

5.2.8 - Gestão e eliminação segura dos resíduos

Elaborar o protocolo para a gestão e eliminação segura dos resíduos na Estrutura de Saúde e estabelecer uma equipa responsável pela aplicação rigorosa do mesmo. (ver ponto 7.6 – Medidas de controle de infeção).

5.2.9 Desinfeção dos consumíveis e equipamentos reutilizáveis e limpeza das áreas contaminadas

Cada Estrutura de Saúde deve estabelecer um protocolo interno e zelar pelo seu cumprimento

5.2.10 Utilização de práticas seguras de enterro dos cadáveres

Estabelecer o protocolo e as normas a seguir rigorosamente em cada concelho. (ver ponto 7.4 – Medidas de controle de infeção)

5.2.11 Vigilância, busca ativa e seguimento dos contactos

Em presença de um caso suspeito de Doença por vírus de Ébola os serviços de saúde que atenderam o indivíduo suspeito devem aplicar os mesmos procedimentos como se de caso confirmado se trata.

Isto inclui:

- Implementar a “busca ativa de contactos” entre os funcionários e os pacientes que tiveram contato direto com o paciente suspeito;
- Implementar a observação médica dos contactos identificados (verificação de febre e sintomas prodrómicos);
- Colocar todas as pessoas que contactaram com o paciente e que ainda não apresentam sintomas, em quarentena (pode ser domiciliar);
- Instituir, sob a supervisão diária de um médico ou enfermeiro, a:
 - Auto monitorização “PASSIVA” da temperatura (por exemplo, monitorização da temperatura apenas se sentir febre e outros sintomas);
 - Ou “ACTIVA” para aqueles com maior nível de exposição ao risco, nomeadamente pessoal da saúde, familiares do doente, etc., através da auto monitorização (por exemplo, medição regular de temperatura duas vezes ao dia) durante 21 dias

Os mesmos procedimentos se aplicam aos passageiros de um voo quando há identificação de um caso suspeito e/ou de uma viagem marítima (ver anexo 6)

6. Resposta à ameaça de Epidemia de doença por Vírus Ébola

6.1 Equipa Técnica de Intervenção Rápida Nacional / ETNIR, e Local

Com o persistir da ameaça pelo evoluir da situação da epidemia de Ébola na sub-região nos países afetados e provável expansão a outros, foi reativada a Equipa Técnica Nacional de Intervenção Rápida existente a nível central para situações do tipo, com a seguinte composição adaptada:

Membros	Responsabilidade	Contactos
---------	------------------	-----------

FEBRE HEMORRÁGICA POR VÍRUS DE ÉBOLA

Dr. António Pedro Delgado	Diretor Nacional da Saúde; Coordenador da Equipa	981 13 44
Dra. M ^a de Lourdes Monteiro, Dr. Júlio Monteiro Tec. Alcinda Ramos Fortes	Vigilância e Busca Ativa; Seguimento dos contactos; Elaboração e difusão do Boletim diário da epidemia	261 01 61 991 42 43 992 66 28 993 96 27
Dr Tomás Valdez	Director da Região Sanitária de Santiago Norte; DNS	991 77 43
Dr. Jorge Barreto Noel Dr. António Moreira	Gestão, tratamento e controle de infecção nos estabelecimentos de prestação de cuidados	981 25 26 987 84 72
Dra. Maria Filomena Moniz Dra. Jéssica de Pina Ramos	Diagnóstico laboratorial Controle de infecção nos estabelecimentos de prestação de cuidados, incluindo laboratórios	993 71 74 986 39 82
Dra. Ângela Silvestre Dra. Jacira Vera Cruz	Aprovisionamento em EPI, medicamentos, consumíveis, produtos desinfetantes	592 21 13 ()
Dr. Artur Correia /CNDS	Educação, comunicação e mobilização social	996 40 15
Dr. Franklim Tavares Sr. Aladino Barbosa	Aspetos financeiros Aspetos logísticos	954 62 09 992 89 70
Dra. Carolina Leite/ DPC/OMS	Epidemiologista/ PF OMS	993 90 58

Ao primeiro SINAL DE ALERTA, de suspeição esta Equipa agirá IMEDIATAMENTE no sentido de prestar todo o auxílio à (s) Delegacia (s) de Saúde afetada (s) do ponto de vista técnico, nomeadamente:

- Confirmação laboratorial do (s) caso (s);
- Vigilância epidemiológica, busca ativa e seguimento dos contactos;
- Tratamento dos casos e aplicação rigorosa das normas de controlo de infecção;
- Disponibilização de EPI e outros materiais, reagentes e consumíveis;
- Investigação de rumores;
- Práticas seguras de ENTERRO de cadáveres;
- Desinfecção e limpeza;
- Gestão e eliminação segura dos resíduos

A nível local deve ser também, PREVIAMENTE, constituída uma **Equipa técnica local de intervenção rápida, nominal**, baseada nas seguintes FUNÇÕES:

- . o (a) Delegado (a) de saúde
- . o (a) Director (a) clinico de hospital
- . o (a) Director/responsável de laboratório
- . o (a) Responsável da Vigilância epidemiológica
- . o (a) Responsável da Farmácia
- . o (a) Responsável da Câmara Municipal
- . o (a) Director do aeroporto
- . o (a) Director do Porto

- . o (a) Ponto Focal do MDR
- . um Psicólogo e/ou mobilizador social
- . um logístico/financeiro
- . Outras que couberem.

A nível de cada Delegacia de Saúde, em concertação com o hospital de referência clínica devem, também ser criadas e capacitadas PREVIAMENTE as seguintes equipas:

- Equipa que se encarregará do tratamento, desinfeção e enterro dos cadáveres, constituída de técnicos da saúde e da Camara Municipal;
- Equipa para o transporte de doentes;
- Equipa para o controlo de infecção e eliminação segura dos resíduos nas estruturas de saúde;
- Equipa de limpeza e desinfeção na estrutura de saúde;
- Equipa para a Vigilância, busca activa e seguimento dos contactos;
- Equipa para a Educação, comunicação e mobilização da comunidade
- Outras que se mostrarem necessárias.

6.2 Comissão Nacional e as Locais Intersectoriais de resposta à epidemia

Em se tratando duma situação sanitária muito específica, caberá à Sra Ministra Adjunta e da Saúde coordenar ao mais alto nível a preparação intersectorial da resposta à Epidemia de Ébola no país, coadjuvada pela Ministra da Administração Interna.

A Comissão Nacional engloba representantes a alto nível de todos os sectores públicos e privados e parceiros internacionais.

As operações de logística serão asseguradas pelas estruturas de saúde a nível nacional e municipal, em estreita parceria com o Serviço Nacional de Protecção Civil e as Câmaras Municipais.

6.3 Planificação e definição de um quadro de distribuição de tarefas e responsabilidade por níveis do Serviço Nacional de Saúde

6.3.1. **Autoridades Nacionais, Delegacias de Saúde e Estruturas de Saúde**

A hierarquia das responsabilidades visa estabelecer as regras para uma ação concertada entre os diferentes intervenientes, aumentar a eficácia e rentabilizar os recursos disponibilizados na luta contra a doença por vírus Ébola.

6.3.1.1. **Autoridades Nacionais**

A este nível é feita a coordenação nacional de todas as medidas de luta contra a epidemia, bem como a coordenação da ajuda internacional nomeadamente com a OMS, ONG's e parceiros internacionais.

Assim, cabe ao nível nacional emanar orientações, normas e regulamentação para:

- Difundir informação correta ao público sobre a epidemia;
- Notificar imediatamente todos os casos suspeitos ou confirmados à OMS;
- Garantir a confirmação laboratorial dos casos, em colaboração com o Laboratório Regional de referência e com o apoio da OMS;
- Ativar a Comissão Nacional Intersectorial contra a Epidemia e atribuir responsabilidades a cada instituição membro;
- Prestar, através da ETNIR, apoio às Delegacias e Estruturas de Saúde em todos os aspetos técnicos para o tratamento, confirmação laboratorial dos casos, realização de inquéritos epidemiológicos, busca ativa e seguimento dos contactos;
- Mobilizar os recursos necessários e apoio técnico e gerir os donativos, sejam financeiros ou materiais, provenientes dos parceiros nacionais e internacionais para a luta contra a epidemia;

6.3.1.2. Autoridades Concelhias - Delegacia de Saúde

O Delegado de saúde é a AUTORIDADE SANITÁRIA no Concelho.

A Delegacia de Saúde COORDENA, em colaboração com o Hospital de referência, com a Câmara Municipal e demais entidades intervenientes, TODA A RESPOSTA AO NÍVEL DO CONCELHO, planificando as intervenções e realizando todo o trabalho a esse nível em estreita articulação com os hospitais regionais ou centrais (se no concelho) e o nível nacional de resposta.

Tem como responsabilidades específicas:

- Desenvolver ATIVIDADES DE PREVENÇÃO junto dos portos e aeroportos internacionais, informando os passageiros e controlando a chegada dos passageiros das zonas afetadas;
- PLANIFICAR ANTECIPADAMENTE uma eventual resposta a um caso suspeito no concelho;
- Proceder à VIGILÂNCIA E NOTIFICAÇÃO IMEDIATA ao nível nacional os casos suspeitos de Ébola;
- Proceder à ANÁLISE local dos dados;
- Realizar INQUÉRITOS em caso de suspeita de epidemia em concertação com o nível nacional;
- Proceder à BUSCA ATIVA DOS CONTACTOS e estabelecer a sua observação clínica durante o período de incubação máximo (21 dias);
- Proceder ao ENTERRO SEGURO dos cadáveres em articulação com o serviço de

saúde onde o óbito ocorreu;

- Garantir que as estruturas de saúde de prestação de cuidados a pacientes CUMPRAM AS NORMAS EMANADAS e aplicam rigorosamente as medidas de controlo de infeção;
- Garantir que as estruturas de saúde cumpram as NORMAS DE VIGILÂNCIA para Ébola;
- Identificar os GRUPOS DE ALTO RISCO e informar do risco de Ébola;
- Fazer a GESTÃO DO STOCK do material necessário para as estruturas de saúde;
- Fazer o SEGUIMENTO DA EVOLUÇÃO da epidemia e das medidas de luta;
- Notificar, através de um RELATÓRIO DIÁRIO E SEMANAL, agregando os dados da vigilância epidemiológica, divulgado para todos os poderes públicos e serviços de prestação de cuidados do concelho;
- DIFUNDIR INFORMAÇÃO ao público da evolução da epidemia no concelho;
- Desenvolver um PROGRAMA DE EDUCAÇÃO DO PÚBLICO em geral sobre a doença.

6.3.1.3. Estruturas de saúde prestadoras de cuidados

As responsabilidades a este nível compreendem:

- Vigilância Epidemiológica e notificação;
- Identificar os casos de febre hemorrágica pelo vírus Ébola;
- Recolher as informações sobre os casos e contactos;
- Proceder à notificação IMEDIATA de todos os casos suspeitos e prováveis atendidos na estrutura à Delegacia de Saúde;
- Proceder de imediato para a confirmação laboratorial dos primeiros casos em colaboração com a Delegacia de Saúde e com o apoio da Rede Nacional de Laboratórios e o Serviço de Vigilância Epidemiológica;
- Tratar e seguir os casos, administrando tratamento de acordo com o protocolo;
- Zelar para que todas as medidas de controlo de infeção sejam rigorosamente implementadas;
- Analisar as necessidades e solicitar apoio suplementar se necessário;
- Assegurar a disponibilidade de recursos e fazer a gestão do stock de medicamentos, EPI, produtos de desinfeção e de limpeza;
- Gerir a informação ao público e fazer a educação sanitária;
- Divulgar informações técnicas sobre a epidemia e as medidas a tomar;
- Garantir que a população tenha um conhecimento correto e completo sobre a epidemia.

6.4 – Comunicação com o público

1º - O Porta-voz nacional é o Diretor Nacional de Saúde.

2º - O Porta-voz no concelho é o Delegado da Saúde;

- 3º - Nos Hospitais Centrais e Regionais o Porta-voz é o Diretor Clínico ou o Diretor do Hospital, para assuntos internos a estas estruturas de saúde;
- 4º - Na Região Sanitária de Santiago Norte o Porta-voz é o Diretor da Região, para assuntos internos a estas estruturas de saúde, em concertação com as Delegacias de Saúde/estruturas de saúde da região.
- 5º - Uma informação diária sobre a evolução da situação será divulgada pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde.

7. Medidas de Controlo de Infeção aplicada nas Estruturas de Saúde aos Casos de Doença por vírus Ébola

7.1 Nos Hospitais e Centros de Saúde

7.1.1 Atendimento direto ao paciente suspeito ou confirmado de febre hemorrágica viral por ébola

- ✓ Restringir o acesso à área de atendimento aos pacientes;
- ✓ Definir e manter uma “lista nominal” de pessoas que estão autorizadas entrar na área de isolamento;
- ✓ Limitar o número de visitantes com permissão de acesso ao paciente aos que são estritamente necessários para garantir o bem-estar e cuidados ao paciente, p. ex. os pais em caso de criança;
- ✓ Certificar-se de que todos os visitantes usam equipamento de proteção individual (EPI), de acordo com o guia de orientação do serviço de saúde e garantir a prática de higienização das mãos antes da entrada para a sala/área de isolamento;
- ✓ Não permitir que outros visitantes entrem na área de cuidados e assegure que todos os visitantes que desejam ver o paciente o façam a uma adequada distância da área de cuidados (cerca de 15 m);
- ✓ Aplicar as precauções de controlo de Infeção para evitar qualquer contacto desprotegido com sangue e fluidos corporais aquando da prestação de cuidados a qualquer paciente, incluindo os casos suspeitos;
- ✓ Efetuar a higiene das mãos antes e após o atendimento direto ao paciente, após contato com superfícies potencialmente contaminadas e após a remoção do EPI. Negligenciar a higiene das mãos após retirar o EPI reduzirá ou anulará qualquer benefício do EPI;
- ✓ Usar luvas (luvas não estéreis ou luvas cirúrgicas) quando entrar na área de atendimento ao paciente;
- ✓ Usar bata cumprida impermeável e descartável para cobrir o corpo por inteiro para que nenhuma parte da pele e da roupa fique exposta. Use um avental de plástico sobre a bata/macacão/fato caso esta não seja impermeável ou quando esteja a executar uma tarefa de maior risco (ex.: transportando o paciente);
- ✓ Usar proteção facial para evitar salpicos no nariz, boca e olhos. Para proteção facial pode-se utilizar (1) Máscara ou protetor dos olhos (ex.: viseira ou óculos) ou (2) proteção facial “face shield”.
- ✓ Antes de sair da área de isolamento de um paciente descarte o equipamento de proteção individual utilizado;
- ✓ Ao retirar o equipamento de proteção, tenha cuidado para evitar qualquer contato entre os equipamentos contaminados (por exemplo, luvas, batas) e qualquer área do rosto (olhos, nariz ou boca).
- ✓ Assegurar-se de que todo o pessoal (clínicos e não clínico) está destacado, exclusivamente, para trabalhar na área de isolamento e que os membros dessa

equipa não circulam livremente entre a área do isolamento e outras áreas do estabelecimento de saúde durante a epidemia;

- ✓ Limitar ao mínimo possível o uso de agulhas e outros objetos pontiagudos;
- ✓ Limitar ao mínimo necessário o uso de flebotomia e exames laboratoriais para avaliação diagnóstica essencial e atendimento ao paciente;
- ✓ Caso não seja possível evitar o uso de objetos pontiagudos, garantir que as seguintes precauções são observadas:
 - Nunca recolocar a tampa numa agulha usada;
 - Nunca direcionar a ponta de uma agulha usada para qualquer parte do corpo;
 - Não retirar, com as mãos, as agulhas usadas das seringas descartáveis e não dobrar, quebrar ou manipular as agulhas manualmente;
 - Nunca reutilizar seringas ou agulhas;
- ✓ Descartar, em recipientes apropriados para agulhas, lâminas de bisturi, seringas e outro material cortante:
 - Certificar-se de que os recipientes para objetos cortantes são colocados o mais próximo possível da área imediata onde os objetos estão sendo usados (ponto de uso) para limitar a distância entre o uso e o descarte e garantir que os recipientes permaneçam a todo o tempo na posição vertical;
 - Certificar-se de que os recipientes são hermeticamente fechados e selados quando estejam cheios a $\frac{3}{4}$ e substituídos por outro recipiente;
 - Garantir que os recipientes são colocados num local que não é facilmente acessível aos visitantes, principalmente crianças (por exemplo, os recipientes não devem ser colocados no chão, ou em prateleiras inferiores dos carrinhos em áreas onde as crianças possam alcançar);
 - Sapatos fechados e resistentes (por exemplo, botas) devem ser usados por todos os indivíduos na área de atendimento ao paciente para evitar acidentes com objetos afiados contaminados descartados em local inapropriado.

7.2 Nas atividades de busca de casos e contactos de casos suspeitos ou confirmados de febre hemorrágica de ébola

7.2.1. **Busca ativa na comunidade**

- A busca ativa de contactos e a realização de entrevistas devem ser conduzidas preferencialmente ao ar livre e sempre que possível uma distância de mais de um (1) metro deve ser mantida entre o entrevistador e o entrevistado;
- Equipamento de proteção individual não é necessário se essa distância for assegurada;
- Equipamento de proteção individual não é necessário ao entrevistar indivíduos assintomáticos.

7.3 Nas atividades de diagnóstico laboratorial

- Atividades, como micro-pipetagem e centrifugação podem gerar mecanicamente aerossóis e representar um risco de transmissão da infecção através da inalação;
- Pessoal de laboratório, que manipula amostras clínicas potencialmente infetadas como o da Ébola ou Marburgo devem usar EPI, tais como macacão, luvas e máscara de proteção para partículas respiradores (por exemplo, N95), óculos de proteção dos olhos e rosto, ou quando “aliquotting”, ou durante a centrifugação ou quando está a realizar qualquer outro procedimento que possa gerar aerossóis;
- Ao retirar o equipamento de proteção, evite qualquer contacto entre o material contaminado (ex. luvas, batas, etc.) com a pele, área da face, (ou seja, olhos, nariz ou boca);
- A higiene das mãos deve ser realizada imediatamente após a remoção do equipamento de proteção utilizado durante a manipulação da amostra e após qualquer contacto com superfícies potencialmente contaminadas;
- Colocar as amostras em recipientes devidamente rotulados, que não sejam de vidro, à prova de vazamento e entregar diretamente à área especificamente designada para recção e manipulação de amostras no laboratório;
- Desinfetar, rigorosamente, antes do seu transporte, todas as superfícies externas dos recipientes contendo a amostra (usando um desinfetante eficaz). Exemplo de desinfetante eficaz: hipoclorito de sódio a 0,05%, 500 ppm de cloro disponível (ou seja, diluição 1:100 diluição de lixívia para uso doméstico à concentração a 5%).

7.4 Transporte e enterro de cadáveres

- A manipulação de cadáveres deve ser reduzida ao mínimo necessário seguindo rigorosamente as seguintes recomendações:
 - Não devem ser pulverizados, lavados ou embalsamados;
 - Somente pessoal treinado deve manipular os corpos durante a epidemia;
 - O pessoal destacado para lidar com cadáveres deve utilizar Equipamento de Proteção Individual (EPI), nomeadamente, fato/macacão, batas, avental impermeável, máscaras cirúrgicas, óculos protetores e botas;
 - A utilização de EPI não é necessária para os condutores de carros de transporte de cadáveres;
 - O equipamento de proteção individual deve ser vestido no local de recolha de cadáver que deve ser colocado num saco específico para cadáveres e de seguida no caixão;
 - O equipamento de proteção individual só deve ser removido após a colocação do cadáver dentro do caixão;
- O enterro dever ser realizado imediatamente e de forma segura

7.5 Limpeza e desinfecção (ver anexo 5)

- Superfícies ou objetos contaminados com sangue, outros fluidos biológicos, secreções ou excreções DEVEM SER LIMPOS E DESINFETADOS utilizando detergentes/ desinfetantes utilizados nos hospitais. A aplicação do desinfetante deve ser precedida de limpeza.
- NUNCA PULVERIZAR com desinfetante as instalações destinadas aos pacientes suspeitos ou confirmados quer estejam ocupadas ou desocupadas. Esta é uma prática potencialmente perigosa cujo benefício para o controle da doença nunca foi demonstrado;
- Usar luvas, fato/bata e sapatos fechados resistentes (por exemplo, botas) e proteção facial para a limpeza do ambiente e tratamento dos resíduos infecciosos. LIMPEZA DE SUPERFÍCIES MUITO SUJAS/ contaminadas (por exemplo, com vômito ou sangue) AUMENTA O RISCO DE SALPICOS;
- ROUPA DE CAMA SUJA/ contaminada deve ser colocada em sacos impermeáveis ou em baldes devidamente rotulados num local previamente identificado para material contaminado e as superfícies externas do recipiente devem ser desinfetadas (usando um desinfetante eficaz) antes da sua remoção do local;
- ROUPA DE CAMA DEVE SER TRANSPORTADA DIRETAMENTE para a área de serviço e lavada imediatamente com água e detergente. Em caso de lavagem a baixa temperatura deve lavar com água e detergente, enxague e de seguida mergulhe a roupa numa solução de cloro a 0,05% durante aproximadamente 30 minutos. A roupa de cama deve ser secada de acordo com procedimentos e padrões de rotina.
- ROUPA DE CAMA, que foi usada por doentes de Ébola está fortemente contaminada com fluidos biológicos (sangue, vômito) e PODE DAR ORIGEM A SALPICOS durante a manipulação. Aquando da manipulação de roupa de cama contaminada devem usar obrigatoriamente luvas, batas/vestuário, sapatos fechados e proteção facial.
- SE NÃO FOR POSSÍVEL garantir uma limpeza e desinfecção seguras da roupa de cama altamente contaminada É PRUDENTE QUEIMA-LA para evitar riscos desnecessários para o pessoal de saúde.

7.6. Gestão de resíduos durante surtos de doença por vírus ébola

- Os resíduos devem ser TRIADOS para permitir o seu tratamento seguro e adequado;
- Os OBJETOS CORTANTES (agulhas, seringas, artigos de vidro) e tubos que estiveram em contato com sangue devem ser colocados em recipientes resistentes próprios. Estes recipientes devem estar situados o mais próximo possível da área de trabalho;
- Recolher todos os RESÍDUOS SÓLIDOS, não-cortantes, usando baldes de lixo com tampa revestidos de sacos de lixo impermeáveis;

- Os resíduos devem ser colocados numa VALA PREVIAMENTE IDENTIFICADA COM PROFUNDIDADE APROPRIADA (POR EXEMPLO, 2 M DE PROFUNDIDA). Cada despejo deve ser coberto com uma camada de terra de 10 a 15 cm;
- Um INCINERADOR PODE SER UTILIZADO POR PERÍODOS CURTOS durante uma epidemia para destruir os resíduos sólidos. Contudo, deve-se garantir que a inceneração completa seja realizada. Deve ter muito cuidado quando manipula material inflamável e quando se usa luvas devido a risco de queimaduras;
- PLACENTA E AMOSTRAS ANATÔMICAS devem ser enterradas numa vala/cova separada;
- A ÁREA DESIGNADA para o tratamento final e disposição dos resíduos DEVE TER ACESSO CONTROLADO para impedir a entrada de animais, pessoal inexperiente ou crianças;
- USAR LUVAS, VESTUÁRIO DE PROTEÇÃO E SAPATOS FECHADOS (por exemplo, botas) ao manusear resíduos sólidos infecciosos;
- Resíduos, tais como FEZES, URINA E VÔMITO E OS RESÍDUOS LÍQUIDOS da lavagem, podem ser eliminados na latrina sanitária esgoto ou vala. TRATAMENTO ADICIONAL NÃO É NECESSÁRIO;
- USAR LUVAS, VESTUÁRIO, SAPATOS FECHADOS E PROTEÇÃO FACIAL, DURANTE A MANIPULAÇÃO E TRATAMENTO DOS RESÍDUOS LÍQUIDOS INFECCIOSOS (por exemplo, qualquer secreção ou excreção com sangue visível mesmo que proveniente de uma área do corpo não contaminado. Evite salpicos durante a eliminação de resíduos líquidos infecciosos. O ato de despejar resíduos líquidos para um balde provoca salpicos de baixo para cima e, neste caso, o uso de óculos fornece maior proteção do que as viseiras;

7.7. Gestão da exposição à infeção

- Pessoas, incluindo profissionais da saúde, que tiveram contacto pela via percutânea ou mucocutânea com sangue, fluidos biológicos, secreções, ou excreções provenientes de doentes suspeitos ou confirmados por Febre Hemorrágica de Ébola devem imediatamente lavar as superfícies da pele afetadas com água e sabão. Membranas mucosas (por exemplo, conjuntiva) devem ser irrigadas com grande quantidade de água ou solução de lavagem ocular (colírio);
- Pessoas que foram expostas devem ser avaliadas e seguidas por um profissional de saúde, incluindo a monitorização da febre, duas vezes por dia, durante 21 dias após a exposição. Caso desenvolva febre no período de 21 dias deve ser encaminhado para observação médica e tomar todas as medidas recomendadas nesse caso;
- Profissionais de saúde suspeitos de estarem infetados devem ser isolados como recomendado para os casos suspeitos até que o diagnóstico negativo seja confirmado. A procura ativa de contactos e seguimento dos membros da família, amigos, colegas de trabalho e outros pacientes que poderão ter sido

expostos ao vírus de Ébola, através de contacto próximo com o profissional infetado é essencial.

7.8. Exame “Post-mortem”

- Exame dos restos mortais de um paciente infetado com FHE (Febre Hemorrágica por Ébola) deve ser limitado apenas a avaliações essenciais e somente deve ser realizada por pessoal devidamente treinado;
- O exame deve ser realizado usando obrigatoriamente equipamento de proteção, tais como, óculos, máscara, luvas e fato/bata/macacão e avental impermeável como recomendado para o tratamento do paciente;
- Adicionalmente, o pessoal que realiza autópsias de casos suspeitos ou confirmados de Ébola deve utilizar máscaras do tipo N95 para os olhos e rosto;
- Ao retirar o equipamento de proteção, evite qualquer contato entre as luvas sujas ou restante equipamento e o rosto (olhos, nariz ou boca).
- A higiene das mãos deve ser realizada imediatamente após a remoção do equipamento de proteção utilizado durante o exame de avaliação *post-mortem* e/ou que possa ter estado em contato com qualquer superfície potencialmente contaminada;
- Colocar as amostras em recipientes devidamente rotulados, que não sejam de vidro, à prova de vazamento e entregar diretamente na área especificamente designada para recepção e manipulação de amostras;
- Todas as superfícies externas dos recipientes de amostras devem ser cuidadosamente desinfetadas (usando um desinfetante eficaz) antes do seu transporte.
- Tecidos ou fluidos corporais a serem descartados devem ser colocados em recipientes rotulados devidamente para o efeito e selados para serem incinerados.

8. Mobilização Social e participação comunitária

Está em elaboração um Plano de Comunicação que tem em conta as diferentes fases da Doença por Vírus Ébola pelo CNDS em colaboração com a Direção Nacional da Saúde, os Hospitais Centrais e Delegacias de Saúde, que será distribuído brevemente.

9. Recursos

9.1. Recursos Humanos

Todos os técnicos sem exceção serão chamados a integrar as diferentes equipas de resposta, de acordo com as suas funções, especialidade, ou experiência profissional nas diferentes áreas de atuação.

Todos os médicos especialistas e gerais, enfermeiros, técnicos de laboratório, psicólogos, sociólogos, técnicos de estatística e higiene e epidemiologia, economistas, agentes de serviços gerais, deverão estar disponíveis para a luta contra a Doença por Vírus Ébola

Ao mais alto nível, Presidência da República e Governo devem-se engajar ativamente na mobilização e disponibilizar dos recursos necessários, logo ao 1º sinal de alerta, para CONTER a propagação da epidemia.

O envolvimento da sociedade civil, ONG's, Cruz Vermelha de Cabo Verde, confissões religiosas, associações comunitárias é fundamental para minimizar o impacto da doença.

FEBRE HEMORRÁGICA POR VÍRUS DE ÉBOLA

9.2. Recursos Materiais *

Lista de Materiais para recolha e transporte de amostras e tratamento dos casos suspeitos/confirmados de febre hemorrágicas pelo Vírus Ébola

	Quantity	Presentation	Unit cost (\$)	Total cost(\$)
Transport media:				
VIROCULT- Swab and virus transport medium	1 000			\$0,00
Materiais				\$0,00
Embalagem tripla para transporte de material biológico:				\$0,00
Packaging Category A, UN 2814	1 000	50 ml specimen		\$0,00
Packaging Category B, UN 3373	1 000	5L specimen		\$0,00
Packaging Exempt for transport of biological material	1 000	1-5L specimen		\$0,00
Adicional labels for packaging of category A, B and Exempt	1 000			\$0,00
PPE (EPI)Kit*:				\$0,00
Gown/overall in one piece - fato de proteção descartavel XL	100 000	each	\$7,55	\$755 000,00
Gown/overall in one piece - fato de proteção descartavel L	100 000	each	\$7,72	\$772 000,00
Gown/overall in one piece - fato de proteção descartavel M	100 000	each	\$7,72	\$772 000,00
Scrub suit	300 000			\$0,00
Apron - Avental lavavel*	3 000	each		\$0,00
Rubber boots - botas size 42 *	750	pairs	\$9,57	\$7 177,50
Rubber boots - botas size 43 *	750	pairs	\$9,57	\$7 177,50
Rubber boots - botas size 44 *	500	pairs	\$9,57	\$4 785,00
Overboots	5 000	pairs	\$0,08	\$400,00
Boat remover	2 000	pairs		\$0,00
surgical gloves	5 000	pairs		\$0,00
Seringas 2,5 cc	20 000			\$0,00
Seringas 5 cc;10 cc	50 000			\$0,00
Seringas 10 cc	10 000			\$0,00
Disposable gloves - luvas não esteril- M EMBALAGENS DE 100 UNIDADES	30 000	pairs	\$0,06	\$1 800,00
Disposable gloves - luvas não esteril-L EMBALAGENS DE 100 UNIDADES	10 000	pairs	\$0,07	\$700,00
Disposable gloves - luvas não esteril- S EMBALAGENS DE 100 UNIDADES	15 000	pairs	\$0,06	\$900,00
Heavy duty gloves - luvas de limpeza de plastico*	3 000	pairs	\$0,30	\$900,00
Head Cap – toucas	300 000	each	\$0,03	\$9 000,00
Surgical Masks - mascaras cirúrgicas	300 000	each	\$0,09	\$27 000,00
N95/FFP2 masks	5 000	each	\$1,10	\$5 500,00
face shield - proteção FACIAL	10 000	each	\$2,26	\$22 600,00
Goggles- oculos de proteção	5 000	each	\$8,15	\$40 750,00
Tubes w/ EDTA - tubos EDTA Vaacutainer	10 000			\$0,00
Body bag" (mortuary sack)	100	each	\$55,30	\$5 530,00
Autoclavable bags	5 000			\$0,00
Disposable bags	5 000			\$0,00
Hazardous container,2L	5 000			\$0,00
Hazardous container,45L	2 000			\$0,00
Medications:				\$0,00
Paracetamol, 500mg	20 000	pack of tablets		\$0,00
Ringer lactate hidration sérum	4 000			\$0,00

PLANO DE CONTINGÊNCIA NACIONAL, 2014

Sodium chloride , 0.9%	12 000			\$0,00
Glucose, 5%	5 000	pack of ... liters		\$0,00
Antiseptic and other products;				\$0,00
Etanol, 96%, 20 L package	100	pack of 20 liters		\$0,00
Formaldehide 40%, 2L / pack	50	pack of 2 liters		\$0,00
Acohol Gel , 1L	5 000			\$0,00
Alcool 70% unidoses em saquetas	20 000			\$0,00
Sabão Líquido boião de 20 ltros	10			\$0,00
Pulverizadores para solução com desinfetante	30			\$0,00
Cobertura para colchão em plástico	1 000			\$0,00
Sacos para recolha de materiais reutilizáveis para lavanderia	1 000			\$0,00
Estetoscópio	100			\$0,00
esfigmomanometro Manual	100			\$0,00
Termómetro clinico	100			\$0,00
Colchão	60			\$0,00
Rolos de Papel	10 000			\$0,00
Arrastadeiras descartáveis de plástico	100			\$0,00
	200			
HIPOCLORITO DE SÓDIO EM EM PÓ SAQUETAS	KILOS			#VALOR!

*Elaborado pela Direção Geral da Farmácia e do Medicamento em colaboração com o Serviço de Vigilância Epidemiológica e a Rede Nacional de Laboratórios

9.3. Recursos Financeiros

Devem ser disponibilizados recursos financeiros para fazer face às necessidades de prevenção e luta contra a epidemia, nomeadamente, para:

- Aquisição no país de vários itens que compõem o equipamento completo de proteção individual, tais como luvas e botas de borracha (entre outros), vários metros de plástico para cobrir os colchões, camas, bacias, etc.
- Combustível para os carros envolvidos no transporte de doentes e de cadáveres;
- Desinfetantes - Lixívia, sabão e água;
- Alimentação de todos os envolvidos na luta
- Combustível para QUEIMA dos equipamentos e materiais de uso único
- Elaboração e difusão dos materiais educativos;
- Transporte das equipas de terreno.

9.4. Orçamento

Nesta fase não é possível estimar os custos da resposta a uma eventual epidemia da Doença Por vírus Ébola no país dada à imprevisibilidade da mesma, sendo certo que, em caso de necessidade o Governo de Cabo Verde, com o apoio dos seus parceiros internacionais e bilaterais, nomeadamente OMS, OOAS e outros, disponibilizará todos os recursos necessários.

Do Gabinete do Sr. Primeiro Ministro de Cabo Verde, deverá sair um Despacho para que todos os serviços públicos e privados do Estado ponham à disposição do Ministério da Saúde todos os recursos necessários para conter a propagação do vírus Ébola.



Direcção Nacional de Saúde
Serviço de Vigilância Epidemiológica

10. ANEXOS

Anexo 1 - Formulário de Notificação de casos suspeitos de Doença por Vírus Ebola

I. IDENTIFICAÇÃO		Data: __/__/__
Ilha: _____	Concelho: _____	Estrutura de Saúde: _____
Delegacia de Saúde: _____	Nome do doente: _____	
Alcunha _____	<input type="checkbox"/>	
Data de Nascimento: __/__/__	Idade: _____	Sexo: M= Masculino Profissão: _____
		F= Feminino
Morada: Zona/Bairro: _____	Telefone/Móvel: _____	
Nome do chefe de família _____		
Nome da mãe (para crianças) _____	Nome do Hospital: _____	
Data de admissão: __/__/__	Data de saída: _____	
Notificação do caso (faça um circulo à volta da opção a que corresponde):		
1. Rumor	2. Óbitos	3. Vigilância passiva
		4. Vigilância activa
Existem outras pessoas à volta deste caso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sim	Não
Se sim, precisar e indicar os sintomas: _____		
II. ESTADO CLINICO		
Vivo _____	Óbito _____	Data do óbito __/__/__

FEBRE HEMORRÁGICA POR VÍRUS DE ÉBOLA

(Data da colheita cutânea post mortem) ____/____/____

Febre alta: Sim Data de início: ____/____/____ Não Desconhecido

Contacto com um caso de Febre Hemorrágica por Ebola Sim Não Desconhecido

Nome do último contacto _____

Relação _____

Data do último contacto ____/____/____

Tipo de contacto _____

Médico / Serviço _____

Nome _____ Data ____/____/____

Verificar a presença dos seguintes sintomas:

Cefaleias Sim Data de início ____/____/____ Vômitos Sim Data de início ____/____/____
Não Não

Diarreia Sim Data de início ____/____/____ Anorexia /perda de apetite Sim Data de início ____/____/____
Não Não

Cansaço intenso Sim Data de início ____/____/____ Dores abdominais Sim Data de início ____/____/____
Não Não

Mialgias / artralgias Sim Data de início ____/____/____ Dificuldades em engolir Sim Data de início ____/____/____
Não Não

Dificuldades respiratórias Sim Data de início ____/____/____ Soluços Sim Data de início ____/____/____
Não Não

Sinais de hemorragia

Sangramento das gengivas Sim Não Data de inicio ___/___/___

Sangramentos nos olhos Sim Não Data de inicio ___/___/___

Petéquias /púrpura Sim Não Data de inicio ___/___/___ Sangue nas fezes Sim

Não Data de inicio ___/___/___

Vômitos com sangue Sim Não Data de inicio ___/___/___

Sangramento pelo Nariz Sim Não Data de inicio ___/___/___

Outros: _____

Definição de caso: (faça um circulo na opção a que corresponde) Suspeito Provável Outra causa

III. LABORATÓRIO

Amostra 1: Data ___/___/___

Resultado:

Amostra 2: Data ___/___/___

Resultado:



Direcção Nacional de Saúde
Serviço de Vigilância Epidemiológica

Anexo 2 - Formulário de seguimento/Busca Activa dos contactos de casos suspeitos de Doença por Vírus Ebola

Equipa: _____ Data da primeira observação: ___/___/___ Duração do seguimento: _____

O seguimento deve durar no mínimo 21 dias após a data de despistagem do caso

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome do paciente _____ Classificação: Suspeito Confirmado
Provável

Nome do chefe de família _____ Endereço _____ Morada: Zona/Bairro _____

Perto de _____ Alcunha _____ Telefone / Movel _____ Numero de pessoas na casa _____

II. Listar todas as pessoas que vivem nessa casa e seu estado de saúde

N ^o	Nome completo	Grau de parentesco	Sexo	Idade	Data do ultimo contacto	Tipo de contacto			
						Prestação de cuidados	Enterro de cadáver	Físico	Presença
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									

Assinalar com uma **X** se presença dos sintomas

PLANO DE CONTINGÊNCIA NACIONAL, 2014

Sintomas	Número correspondente ao contacto de acordo com o quadro acima															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Febre alta																
Cefaleias																
Náuseas / vômitos																
Perda de apetite																
Diarreia																
Cansaço intenso																
Dores abdominais																
Dor generalizada																
Dificuldade em engolir																
Dificuldade em respirar																
Soluços																
Gengivite																
Sangramento nos olhos																
Petéquias / púrpura																
Sangue nas fezes																
Vômitos com sangue																
Sangramneto pelo nariz																
Outros																

III. OBSERVAÇÃO / COMENTÁRIOS

Anexo 3 - Procedimento para Diagnóstico Biológico de Febre hemorrágica viral por Ébola

Técnicas de Manipulação Segura de Material Biológico no Laboratório

Para além de amostras para diagnóstico viral, os laboratórios terão a necessidade de manipular amostras para controlo hematológicos e bioquímicos dos pacientes suspeitos de ébola.

A seguir relembramos os cuidados que **todos** devemos ter com as manipulações de amostras biológicas, cuidados que devem ser rigorosamente seguidos em situação de suspeita de ébola.

1. Recolha das amostras

A recolha das amostras requer cuidados de biossegurança para proteção do profissional e do ambiente circundante

- a) a recolha de amostra de sangue deve ser realizada por funcionários treinados e experientes;
- b) as amostras são acompanhadas de solicitação de exame, devidamente assinada pelo médico, na qual constem os dados de identificação do paciente, finalidade do exame, procedência, tipo de material e técnica de colheita (quando for o caso);
- c) após a punção venosa, a agulha é retirada da seringa sendo a seguir colocada na caixa de descarte para perfuro cortantes;
- d) as requisições que acompanham as amostras são entregues separadamente,
- e) Deve-se sempre utilizar tubos Vacutainer descartáveis para recolha de amostras.
- f) Idealmente amostras de sangue para isolamento de vírus devem ser conservados em tubo original e conservado a 4°C
- a) Os tubos de amostra e respetivos fichas devem ser corretos e completamente identificados com dados do paciente, data e nome da estrutura
- b) Deve-se ter cuidado de não deixar nenhum resíduo de amostra nas faces externas do recipiente, limpando as faces com papel absorvente embebido em desinfetante
- c) É obrigatório o uso de material de proteção individual em todas as tarefas.

2. Separação de soro (para testes bioquímicos)

As amostras para testes serológicos ou bioquímicos que não possam ser processados imediatamente devem ser congeladas.

- a) o sangue e o soro devem ser manipulados o mínimo possível.
- b) na superfície da bancada de trabalho, deve-se sempre, colocar um papel absorvente, com o objetivo de evitar a dispersão de material infeccioso, se este vazar acidentalmente da pipeta. O papel é descartado no saco próprio para resíduo infeccioso após o uso;
- c) Após o uso, todo o material utilizado deve ser colocado em solução de hipoclorito de sódio a 2% durante 24 horas, antes de serem descartadas ou esterilizadas e lavadas para nova utilização;
- d) os frascos com material infeccioso contendo coágulo de sangue destinados ao descarte são colocados em sacos apropriados para esterilização em autoclave;

- e) Desinfetantes adequados estão disponíveis para limpar salpicos e derramamentos;
- f) Todo o equipamento utilizado deve ser devidamente desinfetado com desinfetante adequado após utilização
- g) Para este procedimento o uso de EPI é também obrigatório.

3. Transporte de amostras biológicas e materiais infecciosos

3.1 Transporte intra-hospitalar

Amostras de pacientes suspeito de febre hemorrágica viral são classificadas como substâncias infecciosas e **obrigatoriamente** são transportadas em **embalagens triplas de categoria A**.

O transporte das amostras clínicas necessita de cuidados especiais para evitar que ocorram acidentes:

- a) Para o transporte destes materiais são usadas caixas resistentes à ação de desinfetantes químicos. Estas caixas devem permitir que o material a ser transportado fique em posição que evite derramamentos e são desinfetadas após cada uso;
- b) Na preparação de amostras para o transporte o técnico deve utilizar material de proteção individual;
- c) as requisições que acompanham as amostras são entregues separadamente, e **não enroladas em volta dos recipientes com as amostras**.

3.2 Transporte inter-laboratorial

Substâncias infecciosas para diagnóstico são classificadas como mercadorias perigosas, sendo expressamente proibida o envio não identificado desses materiais, de acordo com as regulamentações nacionais e internacionais para o transporte seguro de materiais infecciosos por qualquer via de transporte (aérea, marítima ou via superfície.)

É necessário que os remetentes de substâncias infecciosas e amostras para diagnóstico conheçam suas responsabilidades em relação às regulamentações pertinentes.

Os princípios do transporte seguro por via terrestre são os mesmos que para o aéreo ou internacional. O material não deve vazar da embalagem em condições normais de transporte.

3.3 Transporte de amostras

Procedimentos especiais para transporte de substâncias infecciosas deve ser rigorosamente respeitado

Para ser eficiente, o transporte das substâncias infecciosas depende da perfeita coordenação entre remetente, transportadora e laboratório de destino.

a) **Responsabilidades do remetente:**

- Estabelecer um entendimento prévio com a empresa de transporte e o destinatário, a fim de garantir que as amostras sejam recebidas, evitando sua

chegada num final de semana ou dia não-útil, e a remessa seja feita pela via mais direta;

- Preparar a documentação necessária para o envio;
- Informar o destinatário em tempo útil sobre todos os dados relativos ao transporte.

b) Responsabilidades do destinatário:

- Tomar todas as medidas para receber a amostra da forma mais eficiente e oportuna logo que esta chegue ao seu destino;
- Avisar o laboratório remetente imediatamente sobre a receção da amostra.

3.4 Exigências em Relação à Embalagem

As amostras (substâncias infecciosas e materiais biológicos para fins de diagnóstico) são acondicionadas para transporte num sistema de embalagem tripla, como pode ser observado nas ilustrações a seguir. A embalagem apropriada serve para assegurar a integridade dos materiais enviados e minimizar o risco potencial de danos durante o seu transporte.

O sistema triplo básico para embalagem consiste de três recipientes:

3.4.1. Recipiente primário:

- a) é um recipiente à prova de vazamento, etiquetado, que contém a amostra, como um tubo de cultura, um tubo com anticoagulante Vacutainer, um frasco de vidro ou outros recipientes similares;
- b) o recipiente primário é envolvido em material absorvente suficiente para absorver todo o fluido em caso de rutura;
- c) Usa-se um sistema de selagem a prova de vazamentos;
- d) As tampas de rosca são reforçadas com fita adesiva ou filme plástico.

3.4.2 Recipiente secundário:

- a) é um segundo recipiente à prova de vazamentos, que encerra e protege o (s) recipiente (s) primário (s);
- b) Podem ser colocados vários recipientes primários num recipiente secundário;
- c) Quando forem colocados vários recipientes primários dentro de um secundário, os primários são envoltos de forma individual;
- d) É usado material absorvente suficiente para proteger todos os recipientes primários e evitar choques entre eles.

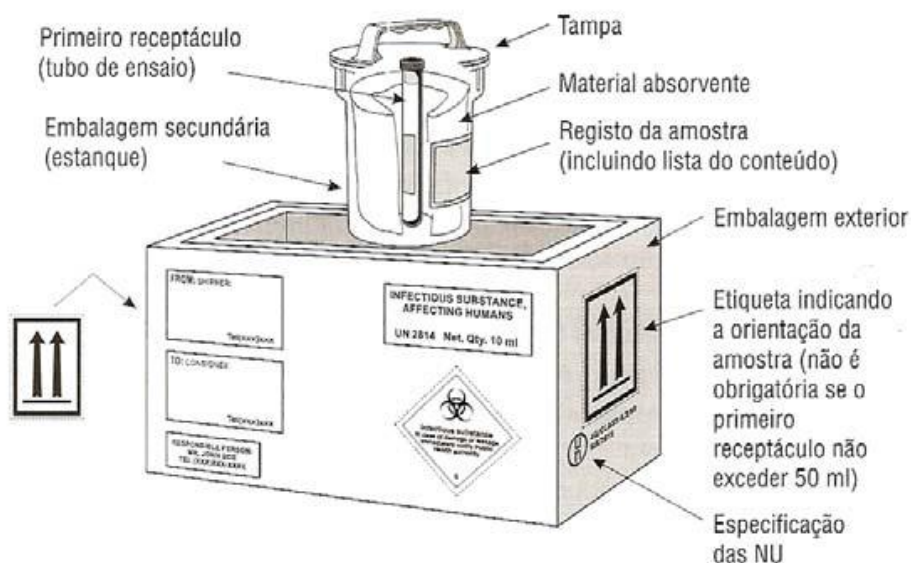
3.4.3 Embalagem externa

- a) destinada a proteger o recipiente secundário e o seu conteúdo de fatores externos, tais como o impacto físico e a água, durante o transporte;
- b) entre o recipiente secundário e a embalagem externa vão os formulários com dados da amostra, cartas e outras informações que identifiquem ou descrevam a amostra e também que identifiquem o remetente e o destinatário;
- c) Substâncias infecciosas são classificadas como mercadorias perigosas. As embalagens contendo estes materiais precisam ter rótulo que defina o conteúdo como substância infecciosa:
 - na classificação de risco das Nações Unidas (NU ou UN) a Classe 6 se refere às Substâncias Tóxicas e Infecciosas;
 - a divisão 6.2 inclui substâncias que são infecciosas para os seres humanos e/ou para os animais, organismos e microrganismos modificados geneticamente, produtos biológicos, amostras para diagnóstico e resíduos clínicos e médicos;

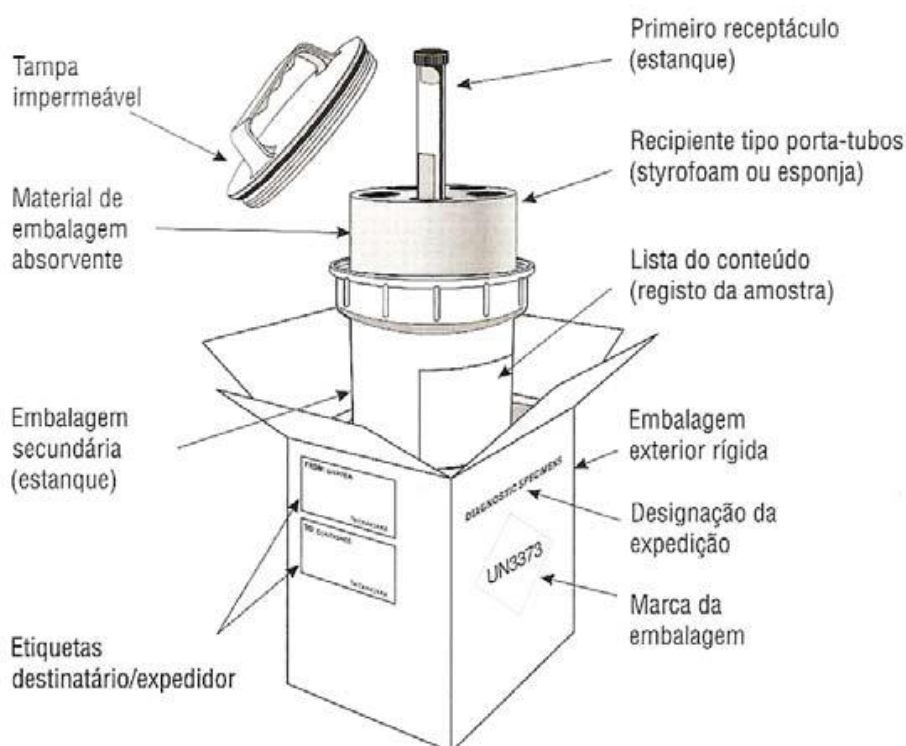
- as remessas contêm substâncias infecciosas para os seres humanos e/ou animais (categoria A) apresentam no rótulo o símbolo de risco biológico e ainda outro rótulo com os dizeres *Substâncias Infecciosas que afetam seres humanos e/ou animais*, o nome do agente biológico e as letras UN seguidas do número 2814, conforme mostra a figura ilustrativa a seguir.



Embalagem e etiquetagem de substâncias infecciosas de Categoria A



Embalagem e etiquetagem de substâncias infecciosas de Categoria B



3.5 Receção das amostras

3.5.1 Abertura das embalagens

Os funcionários que recebem e desembalam as amostras são informados dos possíveis riscos para a sua saúde, e solicitam ajuda de outros profissionais

capacitados, toda vez que lidarem com recipientes quebrados ou que apresentem vazamento.

- a) o uso de EPI é obrigatório;
- b) os desinfetantes são mantidos à mão;
- c) as amostras são abertas sobre bandejas;
- d) toda amostra identificada com rótulo “substância infecciosa” deve ser retirada

3.5.2 Como proceder diante de embalagens danificadas

Algumas medidas de segurança são recomendadas diante de embalagens danificadas ou avariadas que se supõe conter material infeccioso:

- a) estas embalagens devem ser abertas em CSB;
- b) É obrigatório a utilização de EPI;
- c) no caso de vazamento de algum líquido da embalagem, desinfetar a área contaminada;
- d) diante da presença visível de vidro quebrado ou objetos pontiagudos, juntá-los com o auxílio de escova e pá de lixo, ou de uma pinça, tendo cuidado para não se ferir;
- e) com a luva pegar a embalagem e colocar num saco de autoclave.
- f) g) fechar o saco plástico e encaminhar para ser autoclavado, acondicionando-o num recipiente rígido quando da presença de material perfuro cortante;
- h) lavar as mãos cuidadosamente
- i) Retirar o EPI cuidadosamente;

4. Circuito de Envio de transporte de amostras

The special procedure for shipping blood samples and other specimens (see below) must be strictly applied

Em caso de suspeita de doença hemorrágica viral, todas as estruturas devem recolher, acondicionar adequadamente e enviar em segurança todas as amostras ao nível imediatamente superior.

Amostras que não podem ser transportadas imediatamente devem ser conservadas a (-20°C) até o envio, conservando a cadeia de frio em todo o percurso.

As amostras devem respeitar rigorosamente as condições e os circuitos de transporte de amostras como se descreve a seguir:

1. Centros de Saúde periféricos devem recolher, embalar adequadamente e enviar amostras a estrutura de referência regional (HR, HBS)
2. Estrutura de referência regional deve enviar amostra ao Laboratório de referência Nacional (Lab. HAN)
3. O laboratório de Referência Nacional prepara a amostra e os documentos necessários para o seu envio ao Laboratório de Referência Sub-Regional identificado pela OMS, para o diagnóstico da doença hemorrágica viral,
4. Todo o envio deve respeitar rigorosamente as responsabilidades do remetente e do destinatário.

Fonte: WHO/EMC/DIS/97.7 6 WHO GUIDELINES FOR EPIDEMIC PREPAREDNESS AND RESPONSE: EBOLA HAEMORRHAGIC FEVER

Anexo 4 - Precauções “padrão” no Controle de Infecção nos Serviços que prestam cuidados de saúde¹

1. As precauções “padrão” visam reduzir o risco de transmissão da doença no ambiente prestação de cuidados de saúde, mesmo quando a fonte de infecção ainda não é conhecida.

Precauções padrão são recomendadas para uso em todos os pacientes que se apresentam nos serviços que prestam cuidados de saúde e se aplicam a:

- Sangue e na maioria dos fluidos corporais quer contenham ou não sangue
- Feridas na pele e nas membranas mucosas.

Para reduzir o risco de transmissão de uma doença no ambiente de prestação de cuidados de saúde deve seguir rigorosamente as precauções padrão seguintes:

1. Lave as mãos imediatamente com água e sabão antes e depois de examinar os pacientes e após contato com sangue, fluidos corporais e outros objetos quer tenha ou não utilizado luvas. São recomendados sabão contendo um desinfetante.
2. Use luvas finas limpas e ordinárias sempre que houver contato com sangue, fluidos corporais, membrana mucosa e aberturas na pele. Trocar as luvas entre tarefas ou procedimentos no mesmo paciente. Antes de mudar para outro paciente, retirar de imediato as luvas e lavar as mãos imediatamente e em seguida colocar novas luvas.
3. Use uma máscara, óculos de proteção e uma bata durante a prestação de cuidados a um paciente sempre que há risco de salpicos e de aerossóis. Retire o vestuário sujo, logo que possível e lave as mãos com água e sabão.
4. Manipule com segurança agulhas e outros instrumentos cortantes com segurança.
5. Nunca re-capsule as agulhas. Certifique-se de que os materiais contaminados não são reutilizados noutro paciente antes de serem lavados, desinfetados e esterilizados corretamente. Coloque as seringas e outros instrumentos cortantes utilizados em recipientes resistentes e não sujeitos a perfurações.
6. Limpe e desinfete sistematicamente superfícies que são tocadas com frequência, incluindo camas, trilhos da cama, mesas de exame do paciente e mesinhas de cabeceira, etc.
7. Lave e desinfete a roupa suja com segurança. Evite o contato direto com materiais e outros objetos sujos com sangue e fluidos corporais.
8. Coloque o paciente, cujo sangue e fluidos corporais podem contaminar superfícies ou outros pacientes numa sala de isolamento ou área.
9. Reduza o uso de procedimentos invasivos para evitar uma potencial lesão e exposição accidental. Use medicamentos orais em vez de injetáveis sempre que possível.

2. Perante um caso suspeito/confirmado da Doença por Vírus Ébola aplique imediatamente as precauções específicas recomendadas:

1. Coloque o paciente no **quarto/área de isolamento** e limite o acesso à área;
2. Utilize todos os **equipamentos de proteção individual** recomendados para a doença de Ébola durante os procedimentos (luvas, óculos protetores, vestuário adequado, botas, avental, touca, etc.). Use duas camadas de roupa de proteção;
3. Reforce a **lavagem das mãos** em todo o estabelecimento de saúde;
4. **Limite a circulação do paciente** à sala de isolamento.
5. Separe o **equipamento de uso exclusivo para cada paciente**. Se não for possível, limpe e desinfete os equipamentos muito bem antes de os usar no próximo paciente.

ANEXO 5 Preparação de soluções desinfectantes com produtos à base de cloro

Durante uma actividade de resposta a um surto epidémico de qualquer doença transmitida através de contacto directo com fluidos corporais infecciosos (por exemplo, sangue, urina, fezes, sémen e expectoração), pode-se utilizar um método acessível de prevenção, usando desinfectante doméstico vulgar.

O quadro que se segue descreve o modo de fazer soluções de cloro a 1:10 e 1:100 com lixívia doméstica e outros produtos à base de cloro.

Produto à base de cloro a utilizar	Para fazer uma solução a 1:10 para desinfetar:	Para fazer uma solução a 1:100 para desinfetar:
	-- <i>Excreções</i> -- <i>Cadáveres</i> -- <i>Fluidos corporais infecciosos</i>	-- <i>Mãos com luvas</i> -- <i>Mãos e pele nuas</i> -- <i>Pavimentos</i> -- <i>Vestuário</i> -- <i>Equipamento</i> -- <i>Camas</i>
Lixívia doméstica com 5% de cloro activo	1 litro de lixívia para 9 litros de água . Solução a 1:10	100 ml para 10 litros de água, ou 1 litro de solução de lixívia a 1:10
Pó ou grânulos de hipocloreto de cálcio 70% (HTH)	7 gramas ou ½ colher de sopa para 1 litro de água	7 gramas ou ½ colher de sopa para 10 litros de água
Lixívia doméstica com 30% de cloro activo	16 gramas ou 1 colher de sopa para 1 litro de água	16 gramas ou 1 colher de sopa para 10 litros de água

Para desinfetar o vestuário:

- Desinfetar rápida e completamente os artigos pessoais do doente e a área circundante, usando um dos seguintes desinfectantes:

- Cal clorada
- Solução de cloro a 1%
- Solução de fenol a 1% ou 2%

- Desinfetar rápida e completamente o vestuário do doente:

- Lavar a roupa com água e sabão
- Fervê-la ou deixar durante algum tempo numa solução desinfectante
- Secar ao sol e passar a ferro
- Lavar os utensílios com água fervida ou com uma solução desinfectante

Não lavar os artigos contaminados em levadas, ribeiras ou nascentes que possam constituir fontes de água potável, nem perto de poços.

Anexo 6 - Interpretação do quadro clínico

A compreensão do quadro clínico e dos diferentes diagnósticos laboratoriais é muito importante para a exatidão da deteção e tratamento dos casos suspeitos.

As manifestações clínicas da Febre hemorrágica pelo vírus Ébola podem variar em função da estirpe implicada. A descrição seguinte baseia-se em observações registadas nos pacientes na República Democrática do Congo (ex-Zaire) e no Gabão.

Evolução clínica: Período de incubação de **2 a 21 dias** após os quais seguem-se:

Dias 1 - 2: A pessoa apresenta uma **Febre que pode atingir 39°C, uma transpiração abundante, mal-estar, prostração, cefaleias na parte frontal e temporal, mialgias, dores nos olhos e conjuntivas vermelhas**. A febre é acompanhada de uma relativa bradicardia, náuseas e vômitos abundantes, diarreia aquosa e dores abdominais difusas podem ocorrer. O sangramento pode aparecer dentro de dois dias nos vômitos e nas fezes, frequentemente descritas como “diarreia vermelha”.

Dias 3 - 6: Pode ocorrer uma tumefação dos gânglios linfáticos na região occipital do pescoço, na região axilar ou na nuca. A irritação da garganta com dificuldades para engolir é frequente. No véu palatino pode haver um exantema. Nesta fase a desidratação é generalizada.

Dias 5 - 7: Uma reação hemorrágica fulminante aparece em 50% dos doentes e pode se manifestar por epistaxes espontâneas, hemorragias gengivais, sangramentos digestivos e genitais (na mulher), e uma hematúria. A hemorragia da conjuntiva é frequente. Uma erupção eritematosa difusa pode ocorrer.

Dias 8 - 16: O aparecimento de SOLUÇOS persistentes é raro e está associado sempre a um mau prognóstico. Na ausência de tratamento sintomático, a desidratação é grave. A maior parte dos óbitos ocorre normalmente por entre o 7º e o 12º dia com manifestações clínicas de insuficiência generalizada, nomeadamente ao nível do fígado e rins. Pode haver edema. Às vezes pode haver envolvimento do SNC, com coma e uma síndrome de choque terminal, antecede a morte imediata.

Nos pacientes que evoluem favoravelmente a erupção desaparece por volta do 12º dia e pode-se observar uma descamação da palma das mãos e da planta dos pés entre os dias 14 e 16. Entre as sequelas imediatas notam-se orquites, hepatites recorrentes, mielite transversa e uveítes.

Diagnostico diferencial

Shigellose e outras infeções entéricas bacterianas:

Confundem-se frequentemente com a febre por Ébola no seu início (“diarreia vermelha”). A doença apresenta-se como uma diarreia sanguinolenta acompanhada de febre, náuseas e às vezes uma toxemia, vômitos, câibras e tenesmo. Tipicamente as fezes contêm sangue e muco. Pesquisar-se-á possíveis sinais de infecção bacteriana e far-se-á uma cultura e exames de sangue para despistagem da presença da Shigella. A presença em grande número de leucócitos distingue as infeções bacterianas.

Febre tifoide:

Ela se manifesta por uma febre, cefaleias, uma erupção, transtornos digestivos, adenopatias, uma bradicardia relativa, tosse, uma leucopenia e às vezes uma irritação da garganta. Análises laboratoriais podem por em evidência o agente causal.

Paludismo:

Manifesta-se por uma forte febre, cefaleias, e às vezes diarreia (nas crianças). Pesquisar-se-á os parasitas no exame sanguíneo de gota espessa. Contudo a presença do parasita do Paludismo Não exclui de todo a existência de uma infecção viral concomitante. Pode-se, se não há evidência de exposição ao vírus de Ébola, iniciar um tratamento anti palúdico e seguir de perto o paciente para verificar se responde ou não favoravelmente ao tratamento.

Febre de Lassa:

A instalação da doença é normalmente progressiva, acompanhada de febre, garganta irritada, tosse, faringite e de edema facial numa fase mais tardia. A inflamação e exsudação da faringe e da conjuntiva são frequentes.

Febre-amarela e outras infeções provocadas pela família Faviviridae (Dengue hemorrágica):

Manifestam-se por complicações hemorrágicas. O inquérito epidemiológico pode revelar uma transmissão por mosquito vetor. O isolamento do agente causal em estudos serológicos permitem distinguir os vírus. A confirmação da vacinação contra a febre-amarela nos antecedentes do doente também pode ajudar a excluir a febre-amarela.

Outras patologias:

Hepatite viral, leptospirose, typhus e mononucleose podem também apresentar sintomas que se confundem com Ébola na sua fase inicial.

OBSERVAÇÃO:

*A evidência de uma transmissão **de pessoa a pessoa**, através do contacto próximo com doentes (por exemplo durante a prestação de cuidados ou enterros) é uma característica da Febre provocada pelo vírus Ébola e ela evoca fortemente este diagnóstico se além do mais se faz acompanhar de uma **taxa de letalidade anormalmente elevada** nos adultos. Isto é particularmente verdadeiro nas zonas de endemia do Ébola ou em áreas afetadas pelo vírus.*

ANEXO 7 - Doença por vírus de Ébola - Epidemia em curso em Guiné Conacri, Libéria e Serra Leoa

(Publicado no site do RSI/OMS em língua inglesa, Abril de 2014)

Avaliação de risco para viagens e transportes. Recomendação para as autoridades nacionais de saúde pública e sectores dos transportes aéreos e marítimos.

1. Resumo dos factos epidemiológicos

- ✓ O período de incubação da Doença do vírus Ébola varia de 2 a 21 dias;
- ✓ A Transmissão de pessoa a pessoa através de contato direto com pessoas infetadas ou seus fluidos/secreções corporais é considerada a principal via de transmissão do vírus;
- ✓ Um estudo realizado junto de famílias das pessoas infetadas concluiu que a transmissão secundária ocorreu somente quando houve contato físico direto com o familiar doente;
- ✓ Nenhum caso de transmissão foi relatado na ausência de contato direto. A transmissão por via aérea não foi documentada durante os surtos anteriores de Ébola;
- ✓ Não existe risco de transmissão durante o período de incubação, bem como na fase inicial da doença;
- ✓ Durante o transporte de pessoas o risco de infeção pode ser minimizado através da aplicação rigorosa das precauções de controlo de infeção (ver pontos 3.2 e 3.3);
- ✓ Na atual epidemia de Ébola na Guiné Conacri pessoas infetadas atravessaram a fronteira terrestre com os países vizinhos, nomeadamente, Libéria e Serra Leoa, propagando a doença nesses países vizinhos, com risco de uma propagação mais ampla na sub-região da África Ocidental;
- ✓ Historicamente, vários casos de febre hemorrágica viral (Ébola, Marburgo, Lassa, febre hemorrágica da Crimeia-Congo) foram diagnosticados após viagens de longa distância, mas nenhum caso desenvolveu sintomas durante a viagem internacional. Os viajantes de longa distância (por exemplo, entre os continentes) que se infetaram em países/áreas afetadas podem chegar no país de destino ainda durante o período de incubação da doença e desenvolver sintomas compatíveis com a Doença por Vírus de Ébola somente alguns dias após a chegada.

2. Risco de Doença por Vírus de Ébola para diferentes grupos

2.1. Turistas, empresários ou outras pessoas que regressam das áreas/ países afetados

O risco de um turista, empresário ou outro viajante se infectar com o vírus de Ébola durante uma viagem/visita a países/áreas afetadas e desenvolver a doença após o regresso é extremamente baixo, mesmo que a visita tenha incluído viagens para áreas onde estão a ocorrer casos de Doença por Vírus de Ébola.

A transmissão requer contacto direto com sangue e outras secreções corporais, órgãos ou outros fluidos corporais de pessoas infectadas vivas ou mortas e animais infectados vivos ou mortos. Esse tipo de contacto é improvável para a maioria dos viajantes.

No entanto, turistas ou outros viajantes são aconselhados a evitar esse tipo de contacto durante a viagem.

2.2. Pessoas que visitam familiares

O risco para os viajantes que visitam amigos e familiares nos países/áreas afetadas é igualmente baixo, a menos que o viajante tenha contacto físico direto com uma pessoa ou animal doente ou morto infectado com o vírus Ébola. Nesse caso, deve-se entrar em contacto com a pessoa para averiguar se houve exposição e assim evitar a propagação da doença, através do seguimento médico do viajante se este for considerado como tendo sido exposto ao vírus.

2.3. Passageiros que viajaram com sintomas e outros passageiros

- ✓ Existe a possibilidade de que uma pessoa que tenha estado exposta ao vírus Ébola e tenha desenvolvido sintomas, possa embarcar num voo comercial ou outro meio de transporte sem dar a conhecer aos membros da tripulação do voo da sua condição.
- ✓ É, contudo, altamente provável que esse passageiro que apresenta sintomas atraia a atenção do pessoal de saúde presente no aeroporto, no momento de chegada, devendo ser colocado imediatamente em isolamento para evitar a transmissão da doença a outras pessoas.
- ✓ Embora o risco para os restantes passageiros do voo seja baixo, a busca ativa de contactos deve ser encetada imediatamente em tais circunstâncias.

2.4. Risco para os profissionais de saúde que trabalham em países/áreas afetadas

- ✓ Existe risco para os trabalhadores de saúde e todos aqueles que trabalham numa estrutura de saúde, especialmente se envolvidos no atendimento de pacientes, limpeza das áreas de isolamento, lavagem da roupa e enterramento de cadáveres. No entanto, se as precauções recomendadas

para controlo de infeção forem aplicadas rigorosamente, a transmissão da doença deverá ser evitada.

✓ O nível de risco pode ser considerado de “muito baixo a baixo”, a menos que as precauções recomendadas não sejam aplicadas, por exemplo:

- Não uso de equipamento de proteção individual;
- Não atenção aos cuidados para não se picar acidentalmente com a agulha ou outro material cortante;
- Entre outros.

3. Recomendações para as autoridades de saúde pública e setores dos transportes

3.1. Recomendação para os países

3.1.1. Aumentar a sensibilização e o conhecimento dos viajantes sobre as formas de Prevenção.

Os viajantes que “partem para” ou que “chegam de um país/área” onde está em curso um surto epidémico de Doença provocada pelo Vírus de Ébola devem ser informados nos pontos de entrada (por exemplo, nos aeroportos ou portos nas áreas de embarque ou de chegada) sobre o risco potencial de contrair a doença. A informação deve também ser divulgada junto das comunidades que vivem próximo da fronteira com o país/área afetada, bem como em outras fronteiras internacionais relevantes.

As informações fornecidas devem enfatizar que os viajantes ou residentes nas áreas afetadas podem minimizar qualquer risco de se infetar da seguinte forma:

EVITANDO:

- ✓ O contato com sangue ou fluidos corporais de uma pessoa ou cadáver infetado com o vírus Ébola;
- ✓ O contato ou manuseio de animais silvestres, vivos ou mortos ou sua carne crua ou mal cozida;
- ✓ Ter relações sexuais com uma pessoa doente ou uma pessoa em fase de convalescença por pelo menos 7 semanas;
- ✓ Ter contato com qualquer objeto, como agulhas, que tenham sido contaminadas com sangue ou fluidos corporais.

Os viajantes devem ser informados sobre “Onde” obter assistência médica à chegada e serem informados sobre, por exemplo: números de telefone dos serviços de saúde a contactar, ou outra informação.

Ao regressar de um país/área afetada, os viajantes devem ser alertados de que, se desenvolverem sintomas de doenças infecciosas (tais como febre, fraqueza, dor muscular, dor de cabeça, dor de garganta, vômitos, diarreia, erupção cutânea, ou sangramento) dentro de 3 semanas após o regresso, ou se acreditam que tenham

sido expostos ao vírus de Ébola (por exemplo, o pessoal que trabalhou nos serviços de saúde, etc.), devem procurar atendimento rápido e mencionar ao médico assistente a sua recente viagem.

Exemplo de mensagens para os viajantes e Doença Viral por Ébola:

- ✓ A Doença por vírus de Ébola é rara;
- ✓ A infecção dá-se por contato direto com sangue ou fluidos corporais de uma pessoa infetada ou de um animal infetado ou ainda através do contato com objetos contaminados;
- ✓ Os sintomas suspeitos incluem: febre, fraqueza, dor muscular, dor de cabeça e dor de garganta, seguido por vômitos, diarreia, prurido, e em alguns casos hemorragia;
- ✓ Sobre os países áreas onde há registo de casos suspeitos e confirmados de Doença por vírus de Ébola, total de casos e óbitos já registados, entre outros;
- ✓ As pessoas que tiveram contato direto com fluidos corporais de uma pessoa infetada ou animal infetado estão em risco de desenvolver a doença.
- ✓ Não existe vacina e nem tratamento específico;
- ✓ Pratique cuidados de higiene, como lavar sempre as mãos com água e sabão;
- ✓ Evite o contato com sangue e fluidos corporais de pessoas ou animais infetados;
- ✓ Para não manusear objetos, cadáveres ou outros equipamentos que possam ter estado em contato com sangue ou fluidos corporais de uma pessoa infetada;
- ✓ Se esteve num país ou áreas onde há casos de Doença por vírus de Ébola procure atendimento médico imediatamente se sentir febre, dor de cabeça, dores musculares, dor de garganta, diarreia, vômitos, dor no estômago, erupção cutânea, olhos vermelhos e hemorragias.

3.1.2. Aumentar a sensibilização e o conhecimento de todos os profissionais de saúde sobre a Doença por Vírus de Ébola

Os profissionais de saúde que fazem o controlo sanitário na fronteira (aeroportos e portos internacionais) devem questionar os viajantes sobre a história de viagem e considerar a possibilidade de Doença por Vírus de Ébola no caso de haver sintomas ou tenha havido risco de exposição.

Se o risco de exposição é considerado muito baixo, a pessoa deve ser tranquilizada, devendo ser aconselhada a monitorizar a temperatura durante 21

dias e a procurar assistência médica imediatamente se desenvolver sintomas. Outras patologias por exemplo, paludismo, febre-amarela, ou outra, devem ser investigadas e o paciente deve ser seguido regularmente ao domicílio. A hospitalização nesta fase não é necessária.

As informações essenciais que os profissionais de saúde devem saber incluem o seguinte:

- ✓ Os sintomas mais comuns apresentados por pessoas infetadas com o vírus de Ébola são: (i) o aparecimento súbito de febre; (ii) fraqueza intensa; (iii) dores musculares; (iv) dor de cabeça e dor de garganta, seguido de vômitos, diarreia, erupções cutâneas, função hepática e renal deficiente e numa fase avançada, hemorragias tanto internas como externas;
- ✓ Os resultados laboratoriais incluem diminuição dos glóbulos brancos e da contagem de plaquetas e aumento das enzimas hepáticas;
- ✓ O período de incubação (intervalo entre a infeção e o início dos sintomas) varia entre 2 a 21 dias;
- ✓ As pessoas doentes são contagiosas (podendo transmitir o vírus a outras pessoas) enquanto tiverem o vírus no sangue e nas secreções corporais;
- ✓ Os pacientes do sexo masculino podem transmitir o vírus de Ébola através do sêmen até (7) sete semanas após a recuperação da doença;
- ✓ Paludismo, febre tifoide, Shigelose, Leptospirose, Febre-amarela, dengue e outras Febres Hemorrágicas virais são diagnósticos diferenciais a considerar nestes pacientes;
- ✓ Se o risco de exposição for considerado alto (por exemplo, um profissional de saúde ter sofrido uma lesão por picada de agulha potencialmente contaminada) deve ser considerada uma transferência para um centro especializado, com monitorização ativa da febre e outros sintomas durante 21 dias.

3.1.3. Preparar a Resposta do Serviço Nacional de Saúde

Na expectativa de uma eventual introdução de casos de Doença por vírus de Ébola no país, as autoridades de saúde pública devem:

- ✓ Sensibilizar o pessoal que trabalha nos " Pontos de Entrada " e nos serviços de saúde envolvidos na primeira fase da resposta:
(serviços de urgência, serviços de ambulância, bombeiros, defesa civil, operadores aeroportuários, operadores de aeronaves, operadores marítimos, a autoridade sanitária local, etc.) Para os sintomas iniciais e avançados da Febre Hemorrágica viral por Ébola;
- ✓ Enfatizar o registo sistemático da história de viagem das pessoas com sintomas relevantes nas estruturas de saúde;
- ✓ Estabelecer um procedimento de diagnóstico padrão para a Doença por vírus de Ébola para o diagnóstico diferencial das doenças mais comuns numa fase inicial (por exemplo, paludismo, dengue, febre tifoide, shigelose, cólera, leptospirose, peste, rickettsiose, febre recorrente, meningite, hepatite, febre amarela e outras febres hemorrágicas virais);

- ✓ Estabelecer as regras de notificação à autoridade sanitária no concelho e a nível nacional em caso de ocorrência de um caso suspeito;
- ✓ Identificar e estabelecer as normas e procedimentos laboratoriais, bem como os canais operacionais para envio de amostras e/ou realização do teste de diagnóstico do vírus Ébola no país, ao Instituto Pasteur de Dakar na qualidade de Centro Colaborador da OMS para a sub-região Oeste Africana;
- ✓ Assegurar uma formação básica dos profissionais de saúde sobre as precauções de controlo de infeção e uso de equipamentos de proteção individual, EPI;
- ✓ Enfatizar, junto do pessoal que trabalha nos portos e aeroportos, a importância dos métodos de controlo de infeção.
- ✓ Manter as autoridades reguladoras (por exemplo, autoridade nacional de aviação civil e marítima) informadas e envolvidas na tomada de decisão.

Se houver suspeita de um caso de Doença por vírus de Ébola num passageiro, os serviços de saúde que atenderam o indivíduo suspeito devem aplicar os mesmos procedimentos como se de caso confirmado se trata.

Isto inclui:

- ✓ Implementar a “busca ativa de contactos” entre os funcionários e os pacientes que tiveram contato direto com o paciente suspeito;
- ✓ Implementar a observação médica dos contatos identificados (verificação de febre e sintomas prodrómicos);
- ✓ Notificar imediatamente às autoridades sanitárias competentes;
- ✓ Assegurar uma gestão de barreira em todas as áreas onde o paciente com suspeita foi atendido e/ou tratado;
- ✓ Reter os resíduos e qualquer tipo de fluidos corporais na área reservada ao isolamento do paciente até que sejam tomadas todas as disposições de descontaminação e eliminação apropriadas;
- ✓ Manusear e transportar amostras biológicas do paciente de acordo com os procedimentos internacionais de "transporte de substâncias infecciosas da categoria A".

Casos suspeitos procedentes de áreas afetadas (por exemplo, viajantes que regressaram com sintomas identificados num avião) devem receber imediatamente atenção médica e serem isolados para evitar a transmissão do vírus a outras pessoas (ver 3.2).

3.1.4. O rastreio de passageiros nos Pontos de Entrada (portos, aeroportos ou postos de fronteira terrestre) Não é recomendado

- ✓ O rastreio dos passageiros nos pontos de entrada (chegada ou partida) é caro e tem impacto muito limitado porque, é improvável que se possa detetar à chegada qualquer pessoa infetada com o vírus. Isto é particularmente verdadeiro para a Doença por vírus de Ébola, cujo período de incubação é de 2 a 21 dias e os sintomas apresentados pelo paciente não são específicos;
- ✓ Para além disso, o uso de scanners para a deteção da temperatura depende se a pessoa apresenta ' febre ' à chegada é oneroso e pouco provável que possa detetar que uma pessoa esteja infetada com o vírus de Ébola, não sendo pois incentivada essa prática.

Restrições de viagem e encerramento de fronteiras nos pontos de entrada (portos, aeroportos e postos fronteira terrestres) Não são recomendados

3.2. Recomendações para o transporte aéreo internacional

No caso de um passageiro apresentar sintomas compatíveis com a Doença por Vírus de Ébola (febre, fraqueza, dor muscular, dor de cabeça, dor de garganta, vômitos, diarreia, sangramento) a bordo de uma aeronave, as seguintes medidas devem ser imediatamente consideradas, de acordo com os procedimentos operacionais recomendados pela International Air Transport Association (IATA):

- Distanciamento de outros passageiros, se possível, a partir do passageiro sintomático (reinstalar noutro assento), preferencialmente perto de uma tolete para seu uso exclusivo;
- Cobrindo o nariz e a boca do paciente com uma máscara cirúrgica (se tolerado);
- Limitar ao mínimo necessário os contactos com esse passageiro. Ou seja, apenas um ou dois (se passageiro o doente requer maior assistência) membros da tripulação de cabine deve (m) cuidar do passageiro doente e, de preferência, somente o membro da tripulação de cabina que já tenha estado em contacto com o passageiro.
 - Este (s) membro (s) da tripulação deve (m) usar o Kit Universal de precaução recomendado pela OACI (ICAO);
- ✓ E lavagem das mãos com água e sabão depois de todo e qualquer contato direto ou indireto com o passageiro.
- ✓ Notificação imediata às autoridades no aeroporto de destino, de acordo com os procedimentos promulgados pela Organização da Aviação Civil Internacional (OACI);
- ✓ Isolamento imediato do passageiro à chegada;

- ✓ O (s) membro (s) da tripulação destacado (s) para cuidar do passageiro doente deve (m) continuar a usar o equipamento de proteção individual adequado (EPI), tal como recomendado pela ICAO Universal Precaução Kit (<http://www.capsca.org/CAPSCARefs.html>) para lidar com o passageiro doente e para procedimentos de limpeza a bordo, conforme necessário.

A possibilidade de ter havido transmissão do vírus a outros membros da tripulação e/ou a outros passageiros a bordo da aeronave deve ser avaliada pelos profissionais de saúde no momento da chegada.

Se a investigação concluir que o passageiro apresenta sintomas compatíveis com a Doença por vírus de Ébola e teve uma exposição de risco, nos últimos 21 dias, num país/área afetada, os passageiros, bem como os membros da tripulação, podem ter estado em risco caso tenham tido contacto direto com fluidos corporais (sangue, vômitos, urina, fezes, etc.) ou objetos que foram eventualmente contaminados.

As seguintes medidas epidemiológicas baseadas na proximidade com o paciente índice devem ser consideradas:

Passageiros e tripulantes com contacto direto referido

As informações sobre o registo de eventos significativos ocorridos durante o voo devem ser obtidas junto da companhia aérea. Os restantes passageiros do voo e tripulantes que referem ter tido contacto físico direto com o caso índice devem ser submetidos a observação médica por um período de 21 dias.

Passageiros sentados num lugar a seguir ao paciente índice

Como a transmissão do vírus de Ébola se dá essencialmente por contacto direto somente os passageiros que estavam sentados num assento adjacente ao passageiro doente ao lado, na frente e atrás, inclusive através do corredor, devem ser incluídos no protocolo para busca ativa e seguimento médico durante 21 dias.

Pessoal de limpeza da seção da aeronave afetada

Caso a doença for detetada e/ou diagnosticada depois de sair do avião, o pessoal que limpou a seção e assento onde o passageiro esteve sentado também deve ser submetido para busca de contacto e seguimento médico por 21 dias rastreamento.

O pedido da autoridade sanitária no aeroporto, se houver um motivo especial para acreditar que possa ter havido exposição à infeção a bordo de uma aeronave, as companhias aéreas podem também pedir a alguns, ou a todos os passageiros, para fornecerem informações sobre o seu próximo itinerário e os seus contactos. Por exemplo, pedir para

preencherem o “Formulário de localização de passageiros para fins de saúde pública da ICAO) ”.

Além disso, os países podem exigir à tripulação da aeronave que, à chegada, preencha e entregue “a parte da Saúde da Declaração Geral da Aeronave (nos casos em que as informações não são comunicadas ao aeroporto de chegada durante o voo) sobre pessoas a bordo com suspeita de doenças transmissíveis ou de fontes de infecção (IHR anexo 9).

Os passageiros, tripulantes e pessoal de limpeza que foram identificados através da busca ativa de contatos devem ser avaliados por forma a se conhecer o nível específico de exposição e aconselhados a fazer:

- Auto monitorização “passiva” da temperatura (por exemplo, monitorização da temperatura apenas se sentir febre e outros sintomas) ou “Ativa” para aqueles com maior nível de exposição ao risco, através da Auto monitorização (por exemplo, medição regular de temperatura duas vezes ao dia) durante 21 dias.

Estas medidas também devem ser aplicadas àqueles que embora tenham apresentado sintomas durante o vôo, venham a ser identificadas como suspeitos somente após a chegada.

3.3 . Recomendações para navios e autoridades portuárias e marítimas

No caso de um passageiro com sintomas compatíveis com Doença por vírus de Ébola (febre, fraqueza, dor muscular, dor de cabeça, dor de garganta, vômitos, diarreia, sangramento) a bordo de um navio, as seguintes precauções devem ser tomadas:

- ✓ Se não há possibilidade de colocar o passageiro numa sala de isolamento médico a bordo, mantenha a porta da cabine do passageiro doente sempre fechado;
- ✓ Forneça informações sobre o risco de transmissão do vírus de Ébola às pessoas que serão incumbidas de cuidar do paciente ou que são obrigadas a entrar na área de isolamento;
- ✓ Elabore e mantenha uma “lista de todas as pessoas” que, pelas suas tarefas, são obrigadas a entrar na cabine/área de isolamento;
- ✓ Todas as pessoas que entram na cabine para prestar cuidados ao doente ou para limpar a cabine devem utilizar o seguinte equipamento de proteção individual (EPI):
 - Máscara de proteção cirúrgica;
 - Proteção para os olhos ou protetor facial;
 - Luvas não estéreis de exame ou luvas cirúrgicas;
 - Vestuário impermeável descartável para cobrir a roupa e a pele exposta;
 - Um avental de plástico lavável deve ser usado sobre o vestuário impermeável ou quando entra em contato íntimo com o passageiro doente em isolamento;

- Antes de sair do isolamento o EPI deve ser removido de modo a evitar o contacto com os artigos sujos e com qualquer área da face ou do corpo;
- Limitar a circulação e o transporte do paciente da cabine/isolamento apenas para fins essenciais. Se o transporte for necessário, o paciente deve usar uma máscara cirúrgica;
- Limpar e desinfetar os derramamentos de fluidos corporais sem pulverizar para não provocar aerossóis;
- Os objetos usados pelo paciente, tais como, roupas de cama, utensílios de cozinha e para comer, ou outro objeto qualquer em contacto com os fluidos corporais do paciente devem ser recolhidos separadamente e desinfetados de forma a não provocar aerossóis ou qualquer contacto com pessoas, bem como para não contaminar o meio ambiente;
- O desinfetante eficaz é uma diluição de hipoclorito de sódio a 0,05 ou 500 ppm de cloro ativo, com um tempo de contacto recomendado de 30 minutos;
- Todos os resíduos produzidos na cabine de isolamento devem ser tratados de acordo com o protocolo do navio para resíduos hospitalares;
- Se existe um incinerador disponível a bordo os resíduos devem ser incinerados imediatamente;
- Se os resíduos devem ser entregues à chegada, no porto de destino, então devem ser tomadas precauções especiais, devendo a autoridade portuária e sanitária ser informada com antecedência;
- Dê início à investigação do caso imediatamente;
- Ao entrevistar passageiros e outras pessoas que não tenham sintomas, quando a distância de 1 metro é mantida, não é necessário utilizar equipamento de proteção individual;
- Os contatos próximos devem ser identificados e aconselhados a fazerem o Auto monitoramento passivo da temperatura (por exemplo, monitorização da temperatura apenas se sentir febre e outros sintomas), ou a fazer auto monitoramento, ativo, (por exemplo, com medição da temperatura duas vezes ao dia durante 21 dias).

Em caso de suspeita de diagnóstico de Doença por vírus de Ébola num navio, deve-se solicitar a opinião de um médico especializado imediatamente e o evento deve ser comunicado pelo Capitão, o mais rápido possível, às autoridades do próximo porto de escala.

O paciente deve desembarcar de forma a evitar qualquer contato com os passageiros saudáveis e usando uma máscara cirúrgica.

Do mesmo modo, o pessoal que esteve em contacto com o passageiro doente deve usar uma máscara de proteção cirúrgica e equipamento de proteção individual durante a evacuação médica.

As autoridades competentes do porto, dependendo da situação, podem necessitar:

- ✓ Organizar a evacuação médica ou de aplicar um regime especial para o desembarque, isolamento do paciente ou outro dispositivo como consta do Anexo B do RSI.

Os passageiros, membros da tripulação e pessoal de limpeza que forem identificados por meio da busca ativa de contatos e rastreamento devem ser avaliados de acordo com o nível específico de exposição. A auto monitorização passiva ou ativa deve ser aplicada, conforme o caso.

Se houver uma razão especial para acreditar que possa ter havido exposição à infeção a bordo de um navio, a pedido da autoridade saúde local, os operadores dos navios devem facilitar a obtenção de informações sobre o próximo itinerário e/ou dados de contato de alguns ou de todos os passageiros caso precisem de ser contactados.

Além disso, a autoridade sanitária local (ou do porto) em questão, neste caso a Delegacia de Saúde no concelho pode exigir que, à chegada, os navios preencham e entreguem a Declaração Marítima de Saúde (RSI, anexo 8).

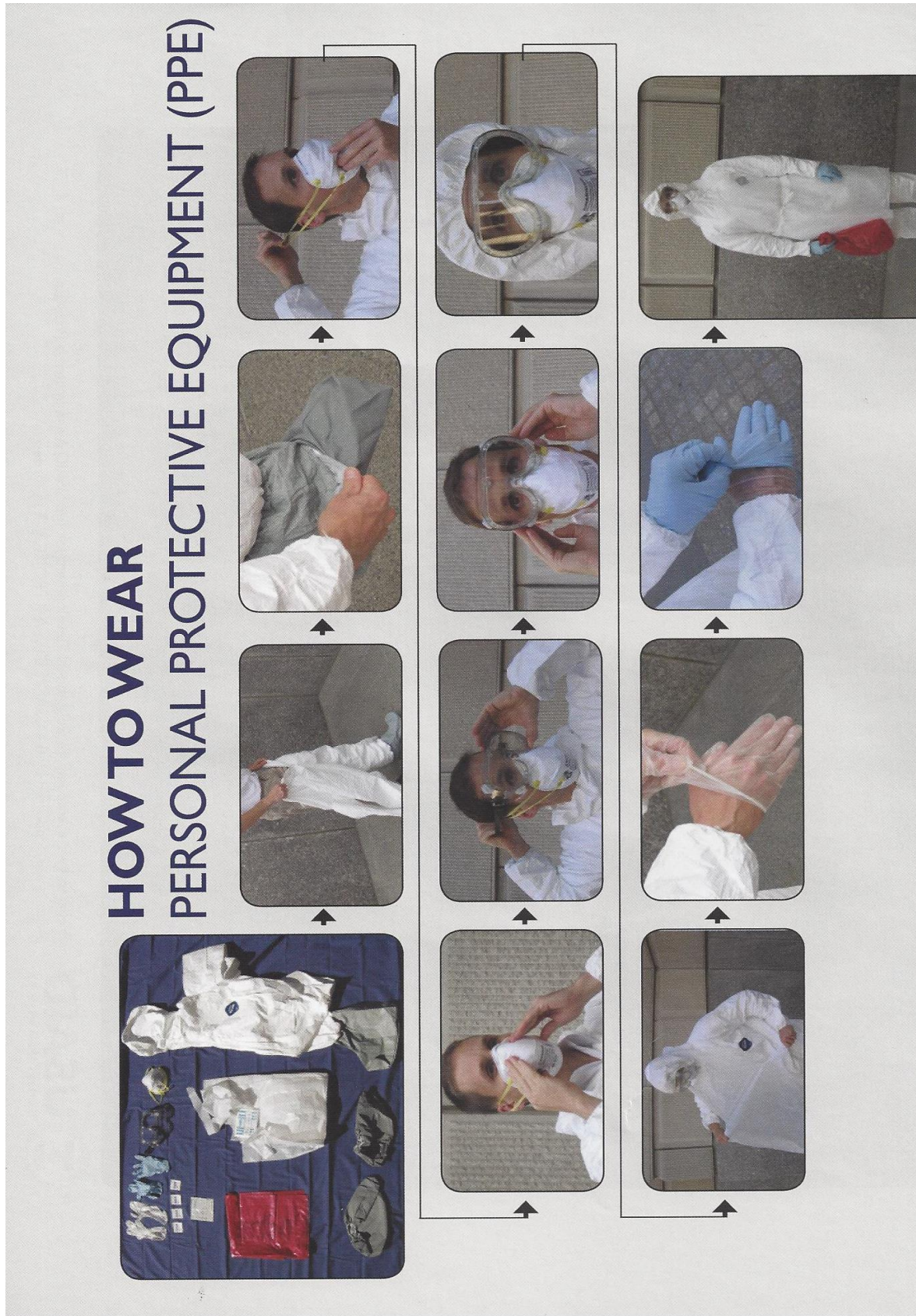
Adicionalmente as medidas tomadas a bordo devem ser anotadas no Certificado de Controlo Sanitário do Navio (RSI, Anexo 3)

Referências bibliográficas:

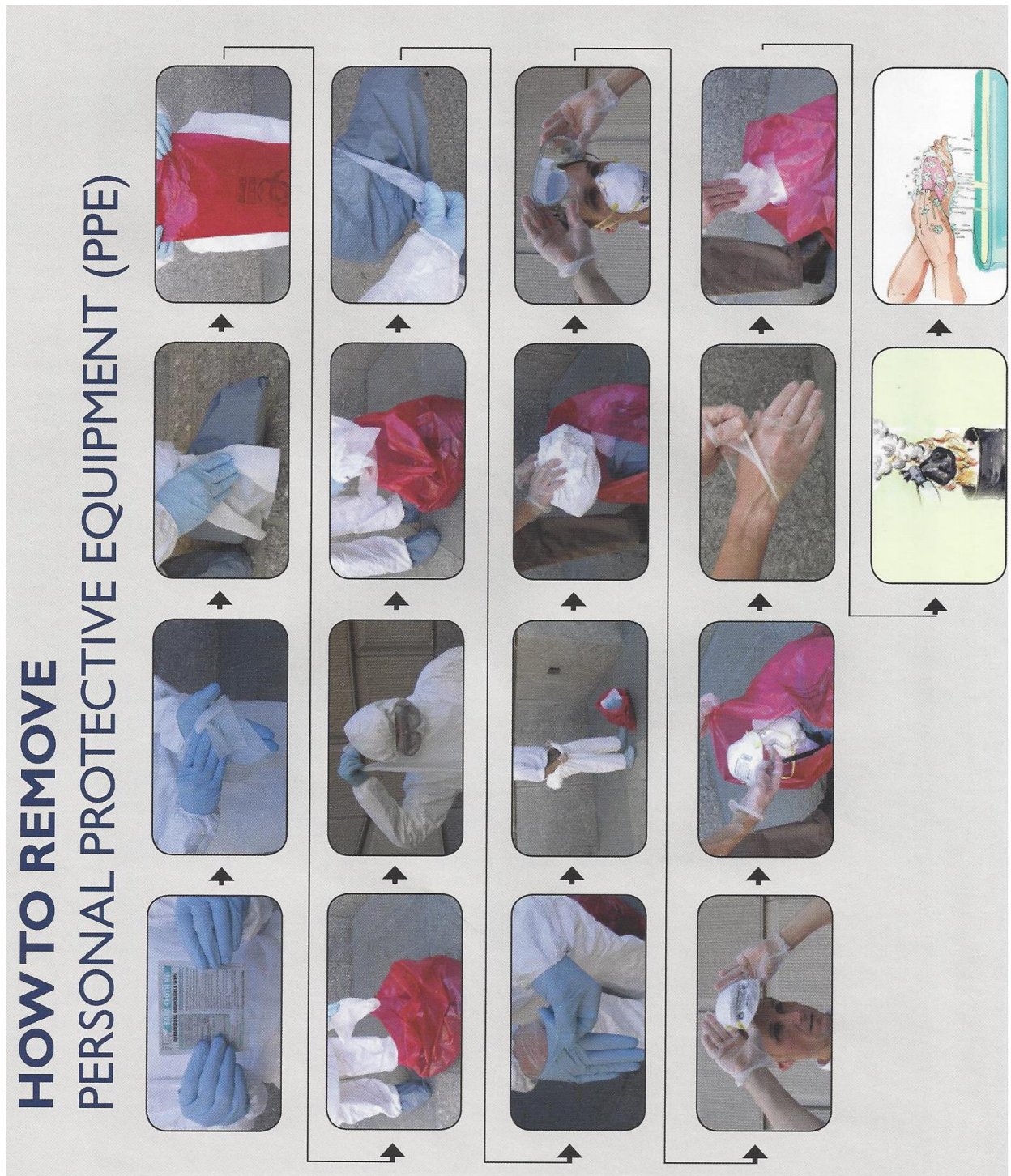
- www.who.int/ihr
- Diretrizes da IATA para a tripulação de ar para gerir uma doença transmissível suspeita ou outra emergência de saúde pública a bordo.
- Diretriz IATA para a limpeza da tripulação de uma aeronave que chegam com um caso suspeito de doença transmissível
- Documentos relacionados ICAO da Saúde (1) Procedimentos para Serviços de Navegação Aérea; (2) O anexo 6 – Suprimentos Médicos
- Guia Aviação OMS, que inclui informações sobre higienização de aeronaves
- Diretrizes IMO, e outras organizações internacionais marítimas
- Recomendações da OMS para controlo de infeção em caso de FHE
- WHO.EMC_DIS_07.7

Nota: Este documento foi traduzido e adaptado para português por Maria de Lourdes Monteiro – Médica Epidemiologista - Serviço de Vigilância Epidemiológica, - DNS/Ministério da Saúde

ANEXO 8 - Como vestir e despir por ordem o equipamento de proteção individual



**HOW TO REMOVE
PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT (PPE)**



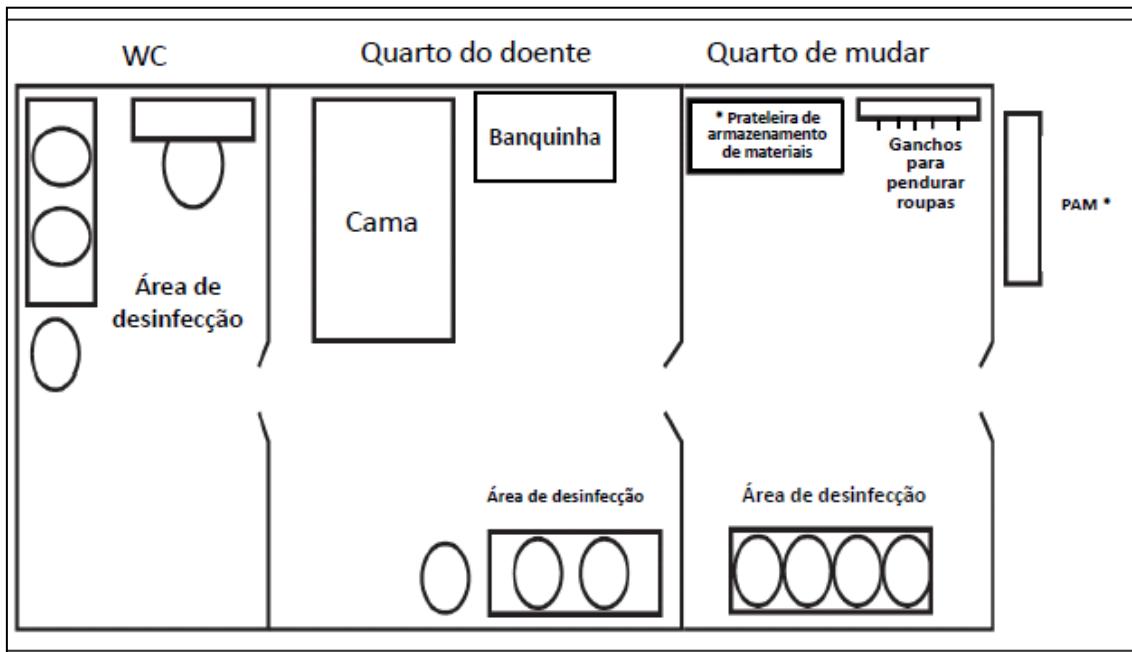
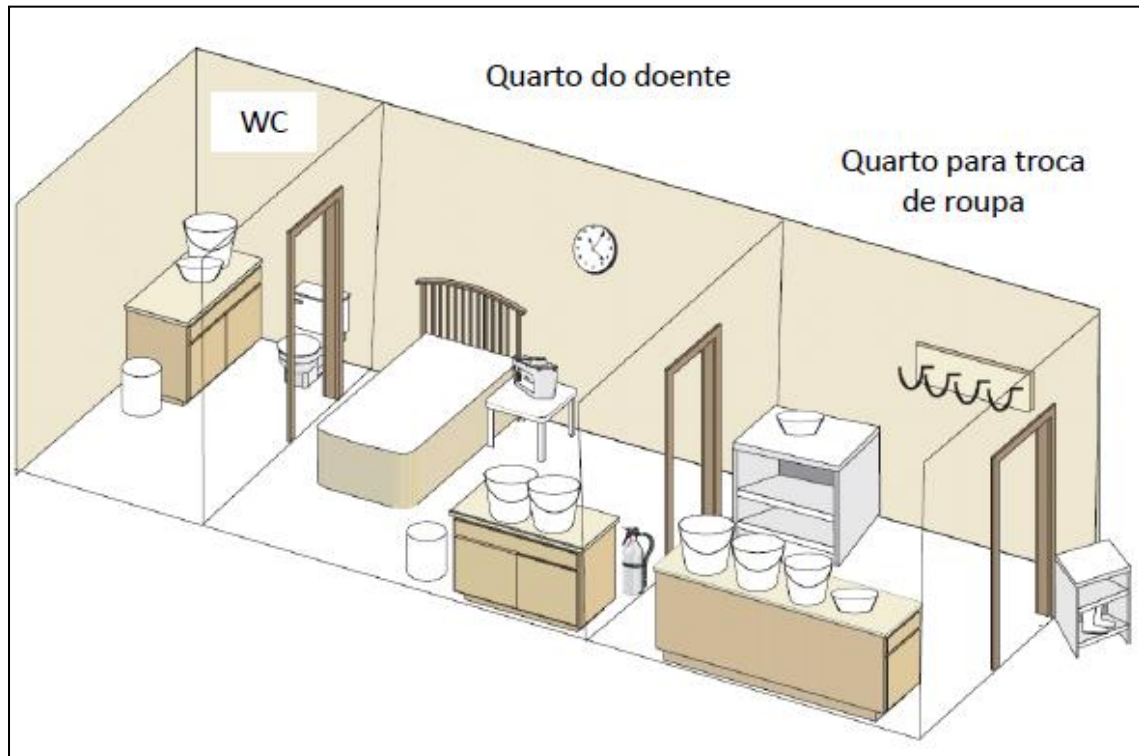
Nota: O CNDS deverá elaborar um cartaz para ser distribuído para todas as Estruturas de Saúde, Hospitais, Centros de Saúde, postos sanitários, portos e aeroportos, etc.

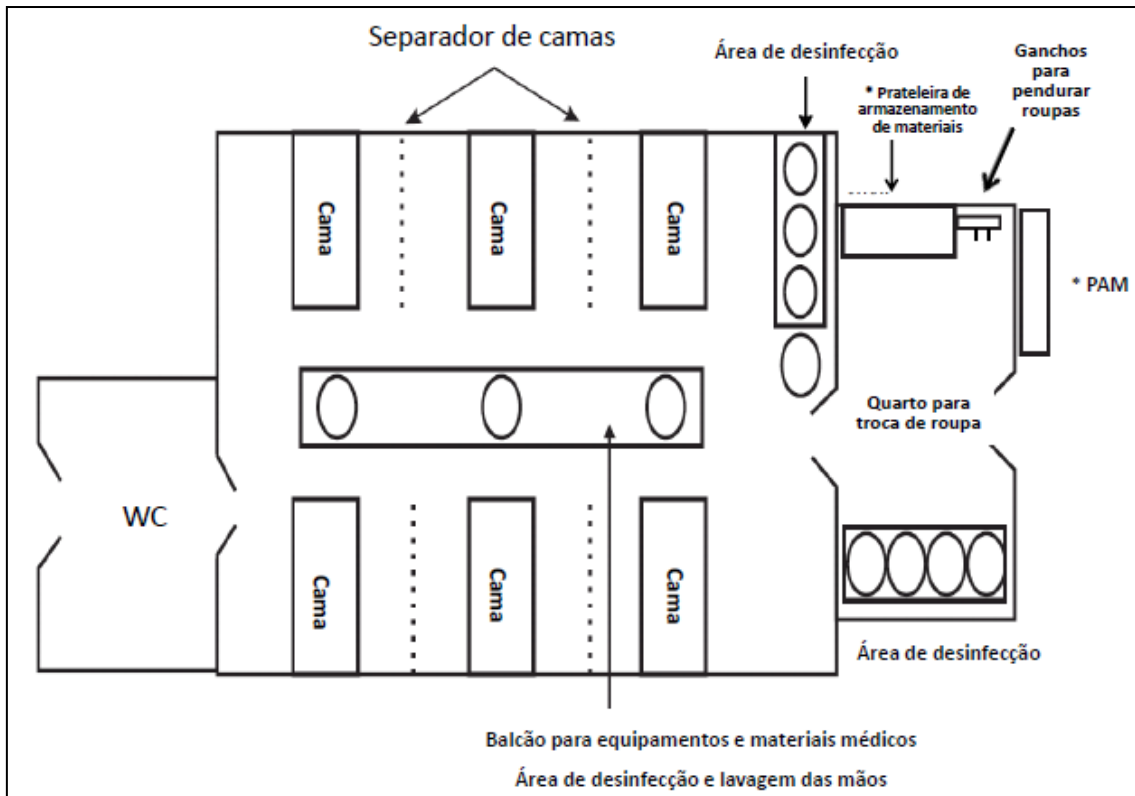
ANEXO 9 - Lista dos itens necessários para uso na sala de isolamento dos pacientes a serem adquiridos localmente

- ✓ Cama e colchão para cada paciente;
- ✓ Plástico para cobrir o colchão de contaminação. Esta é fortemente recomendado por forma a poder ser limpado facilmente e pode ser desinfetado.
- ✓ Um termômetro, estetoscópio aparelho de Tensão arterial por paciente. Mantenha-os na área de isolamento para reutilização com o mesmo paciente. Se não houver equipamento suficiente para abastecer um cada um desses itens por paciente atribuir uma peça de equipamento para uso somente com os pacientes na área de isolamento;
- ✓ Recipiente com álcool ou solução de água sanitária utilizada para desinfetar termômetro. A utilização eficaz e estetoscópio com cada paciente.
- ✓ Recipiente resistente a perfurações para a recolha de agulhas descartáveis usadas, seringas e outros instrumentos cortantes. Resistente a perfurações;
- ✓ Mesa ou prateleira de cabeceira pra colocar todos os instrumentos médicos,
- ✓ Relógio de parede grande para medir a respiração e pulso.
- ✓ Bacia para cada paciente.
- ✓ Recipientes com água de sabão;
- ✓ Recipientes dom desinfetante a 1:10 e 1:100, correspondendo a 0,5 e 0,05%, respetivamente.
- ✓ Suporte para retirar as botas.

ANEXO 10 – Como organizar a área de isolamento

Área de isolamento





Bibliografia

- 1 – Organização Mundial da Saúde, *Recomendações para controlo de infeção para prestadores de cuidados de saúde aos pacientes suspeitos e/ou confirmados de Febre Hemorrágica Viral* (Filo vírus: Ébola, Marburgo) - BDP/EPR/WHO, Genebra, March 2008
- 2 - CDC Atlanta, *Interim guidance for managing patients with suspected Viral Hemorrhagic Fever in U.S Hospitals*, Atlanta, May 19, 2005.
- 3 – Organisation mondiale de la santé, *Guide OMS pour la préparation et la riposte aux épidémies: Fièvre hémorragique á virus Ébola, WHO/EMC/DIS/97.7* — Division des Maladies émergentes et autres maladies transmissibles - Surveillance et Lutte.
- 4 - Organização Mundial da Saúde, *Recomendações da OMS para controlo de infeção em caso de FHE*,
- 5 -Organização Mundial da Saúde, *Recomendações da OMS para os sectores da saúde, aeroportuário e marítimo* (Viagens e saúde internacional, www.who.int)
- 6 – Instituto Nacional de Estatística – *Nacionalidades, CENSO 2010*, Cabo Verde
- 7 – www.ecdc.europa.eu, Ébola - RRA –West África – 8April2014
- 8 - CDC Atlanta, *Infection Control for Viral Hemorrhagic Fevers in the African health care Setting*, World Health Organization e U.S department of Health & Human services, Atlanta
- 9 – Ministério da Saúde de Cabo Verde, *Guia Técnico Nacional par a Vigilância Integrada das Doenças e Resposta, VID-R*, adaptado do Guia Técnico da OMS em 2003 e revisto em 2007 com a entrada em vigor do RSI (2005).