



PREFEITURA DE SÃO PAULO

Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP)
Secretaria Municipal da Saúde (SMS)
Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde (SEABEVS)
Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA)
Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE)
Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS)
Núcleo de Doenças de Transmissão por vetores e outras Zoonoses (NDTVZ)
Núcleo Municipal de Prevenção e Controle de IRAS (NMCIH)

Informe Técnico DVE/COVISA

Doença pelo Vírus Ebola (Bundibugyo Ebolavirus)

Junho 2026

1º Atualização – 03/06/2026



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada à República Democrática do Congo e Uganda.

1. INTRODUÇÃO

Em 16 de maio de 2026, a Organização Mundial da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII/PHEIC) em decorrência do surto de Doença pelo Vírus Ebola causado pela cepa Bundibugyo (Bundibugyo ebolavirus – BDBV) na República Democrática do Congo, associado à ocorrência de casos importados em Uganda.

O evento representa **o 17º surto de Ebola registrado na RDC e o maior já documentado envolvendo a cepa Bundibugyo**. A ocorrência de transmissão internacional reforça a necessidade de fortalecimento da vigilância epidemiológica, da capacidade de detecção precoce, da preparação da rede assistencial e da articulação entre os diferentes níveis de gestão frente a eventos com potencial de impacto à saúde pública global.

Considerando o contexto de intensa mobilidade internacional e o papel estratégico do município e do estado de São Paulo como principal porta de entrada aérea internacional do país, torna-se fundamental a sensibilização dos serviços de saúde para identificação precoce, isolamento oportuno e adoção imediata de medidas de biossegurança.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

2.1 República Democrática do Congo

Em 5 de maio de 2026, a OMS foi notificada sobre um surto de doença febril de elevada letalidade na zona de saúde de **Mongwalu, província de Ituri, nordeste da RDC**. Posteriormente, análises laboratoriais conduzidas pelo Instituto Nacional de Pesquisa Biomédica de Kinshasa confirmaram a circulação do **Bundibugyo ebolavirus**.

Informe Técnico – Doença pelo Vírus Ebola (Bundibugyo Ebolavirus - BDBV)

A República Democrática do Congo **permanece como o epicentro do atual surto** de Doença pelo Vírus Ebola (DVE) causado pelo Bundibugyo ebolavirus (BDBV), declarado em maio de 2026 e classificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Public Health Emergency of International Concern – PHEIC).

Segundo dados atualizados do Ministério da Saúde da RDC, OMS e ECDC, **até 02/06/2026**, foram registrados:

- 321 casos confirmados;
- 48 óbitos confirmados;
- 116 casos suspeitos sob investigação
- **299 casos confirmaos concentrados em Ituri**
- **19 casos confirmados em North Kivu**
- **3 casos confirmados em South Kivu**

A Província de Ituri permanece como o principal epicentro da epidemia.

Os principais desafios continuam sendo:

- conflitos armados;
- deslocamentos populacionais;
- circulação transfronteiriça RDC–Uganda;
- insegurança para equipes de saúde;
- resistência comunitária;
- atraso na detecção inicial do surto.

Sinais positivos: Apesar da expansão do surto, foram registrados:

- os primeiros pacientes recuperados;

Informe Técnico – Doença pelo Vírus Ebola (Bundibugyo Ebolavirus - BDBV)

- abertura de novos centros de tratamento em Bunia;
- ampliação da capacidade laboratorial;
- reforço da cooperação internacional.

A OMS confirmou pelo menos cinco recuperações clínicas entre os casos confirmados.

2.2 Uganda

Em 15 de maio de 2026, Uganda confirmou um primeiro caso importado proveniente da RDC em Kampala, seguido de um segundo caso confirmado em 16 de maio, sem vínculo epidemiológico aparente.

A situação em Uganda permanece relativamente estável. Dados mais recentes incluem (03/06/2026):

- 15 casos confirmados
- 1 óbito confirmado
- 12 pacientes permanecem em tratamento
- 2 pacientes receberam alta hospitalar
- sem evidências de transmissão comunitária sustentada até o momento.

Segundo as autoridades ugandesas, parte dos novos casos foi identificada durante o monitoramento de contatos previamente conhecidos, indicando efetividade das ações de vigilância.

A maioria dos casos continua associada a importação ou vínculos epidemiológicos com a RDC.

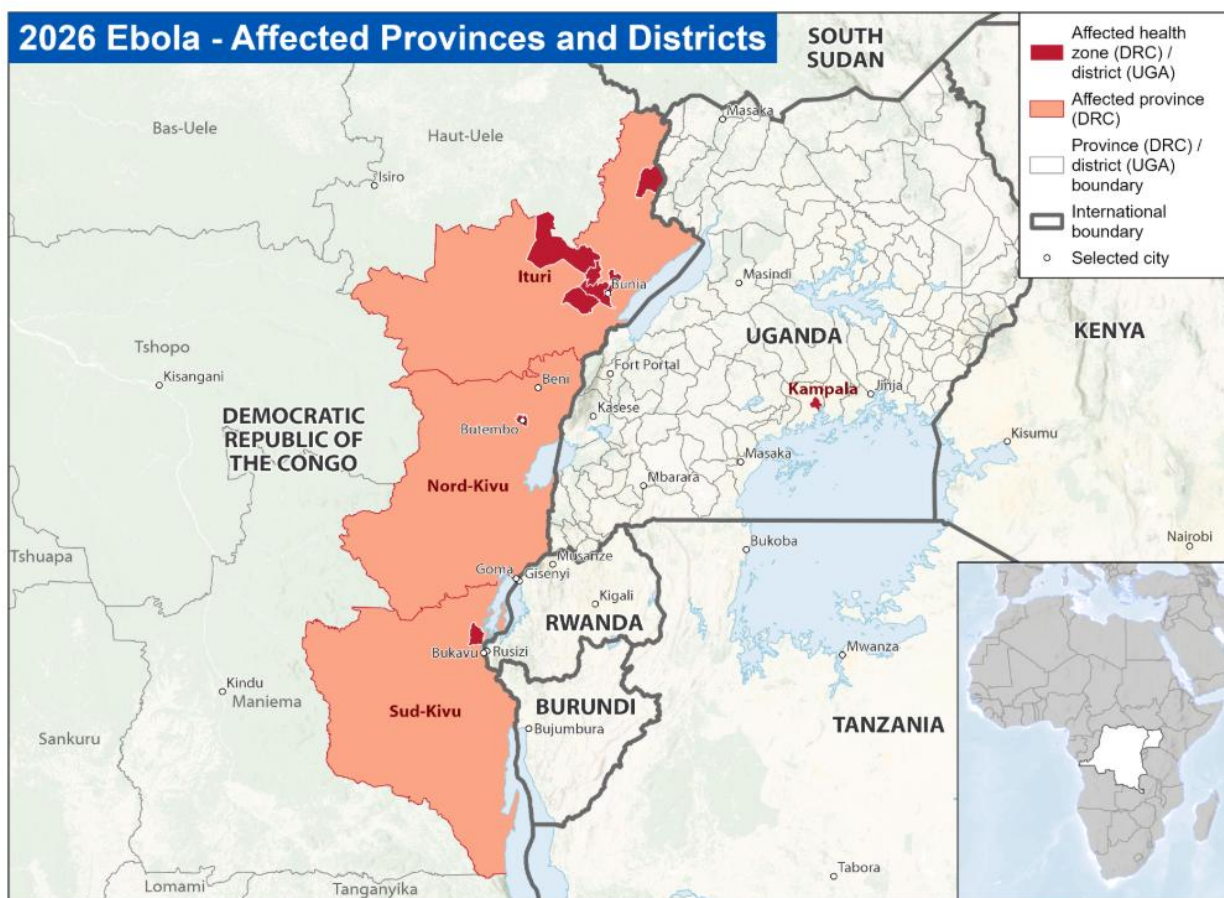
Entretanto, Kampala segue sob vigilância epidemiológica intensificada devido:

- ao risco de transmissão secundária;

- à intensa mobilidade populacional e fronteiras terrestres com Uganda e Sudão do Sul, aumentando o potencial de disseminação regional;
- ao histórico prévio de surtos de Ebola no país. Até o momento, **não há evidências de transmissão sustentada fora das áreas afetadas, tampouco registro de circulação autóctone de filovírus altamente patogênicos nas Américas.** A dinâmica transfronteiriça entre RDC e Uganda representa **importante fator de risco regional**, sobretudo em áreas com fragilidade estrutural dos serviços de saúde, circulação informal de pessoas e limitações de vigilância epidemiológica.

3. MAPA DA SITUAÇÃO ATUAL NA ÁFRICA

Áreas com transmissão confirmada ou com casos importados:



Até ao momento, o surto de Ebola na RDC foi confirmado nas **províncias de Ituri, Kivu do Norte e Kivu do Sul**. Casos **relacionados ao surto na RDC** também foram relatados em **Kampala, capital de Uganda**. (CDC, 01/06/2026)

4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS

4.1 Agente etiológico

O Bundibugyo ebolavirus pertence ao gênero Orthoebolavirus e foi identificado pela primeira vez em Uganda em 2007.

A Doença pelo Vírus Ebola (DVE) caracteriza-se como **febre hemorrágica viral grave**, com elevada letalidade e **potencial de transmissão nosocomial**.

4.2 Modo de transmissão

A transmissão ocorre por:

- contato direto com sangue e fluidos corporais;
- secreções;
- tecidos de indivíduos infectados;
- superfícies e materiais contaminados;
- exposição ocupacional;
- rituais funerários inseguros.

A transmissibilidade ocorre após o aparecimento dos sintomas, sendo maior nas fases avançadas da doença.

4.3 Período de incubação

O período de incubação varia entre 2 e 21 dias.

4.4 Letalidade

Surtos anteriores associados ao Bundibugyo ebolavirus apresentaram letalidade estimada entre 30% e 50%.

4.5 Manifestações clínicas

A doença apresenta início abrupto, podendo evoluir rapidamente para formas graves.

Principais sinais e sintomas:

- febre alta;
- cefaleia intensa;
- mialgia;
- fadiga;
- náuseas e vômitos;
- diarreia;
- dor abdominal;
- manifestações hemorrágicas;
- choque;
- insuficiência multiorgânica.

Quadro resumo de sinais e sintomas em cada fase da doença

Fase Inicial	Fase intermediária	Fase grave
<ul style="list-style-type: none">• febre;• cefaleia intensa;• fraqueza e fadiga;• mialgia;• odinofagia	<ul style="list-style-type: none">• inapetência• Sintomas gastrointestinais: náuseas; vômitos; diarreia; dor abdominal;• conjuntivite;• exantema• dispneia	<ul style="list-style-type: none">• choque;• insuficiência renal;• insuficiência hepática;• sangramentos espontâneos;• falência múltipla de órgãos.

Fonte: CDC adaptado: <https://www.cdc.gov/ebola/signs-symptoms/index.html> Acesso em 03/06/2026.

Nota: Os pacientes que falecem em decorrência da doença de Ebola geralmente desenvolvem sintomas mais graves no início da doença. Os pacientes que sobrevivem podem apresentar febre por vários dias e começam a melhorar cerca de 6 dias após o início dos sintomas.

5. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico laboratorial deve ser realizado em laboratórios de referência, com rigorosas medidas de biossegurança.

No estado de São Paulo, o Instituto Adolfo Lutz é o laboratório de referência para investigação de casos suspeitos de Ebola e diagnóstico diferencial de amostras suspeitas coletadas pelo Instituto de Infectologia Emilio Ribas.

Entre os principais **diagnósticos diferenciais** destacam-se:

- Malária;
- Dengue;
- Gripe (Influenza)
- Febre amarela;
- Febre de Lassa;
- Febre Tifóide
- Pneumonia bacteriana
- Meningococemia;
- Doença pelo vírus Marburg;
- outras febres hemorrágicas virais.

6. DEFINIÇÃO DE CASO E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

6.1 Definição de Caso suspeito

- Indivíduo que, nos últimos 21 dias antes do início dos sintomas, tenha permanecido, residido ou viajado para **local com transmissão ativa** da doença causada pelo vírus Bundibugyo, reconhecido pela OMS: **Província de Ituri (RDC), Província de Kivu do Norte e Kivu do Sul (RDC)***

Ou

- Tenha histórico de viagem proveniente de país com circulação do vírus (RDC e Uganda)*, quando não for possível determinar com segurança os locais visitados durante a estadia,

- **E** apresente **febre e/ou calafrios**, podendo estar acompanhados de **diarreia, vômitos ou manifestações hemorrágicas**, como diarreia sanguinolenta, gengivorragia, enterorragia, sinais purpúricos ou hematúria.

*Região **com transmissão ativa** pelo vírus Bundibugyo reconhecido pela OMS em 01.06.2026, pode ser revisado de acordo com informações disponíveis. Dúvidas consulte o link: <https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/ebola>

6.2 Definição de Caso confirmado

Caso suspeito com resultado laboratorial positivo para vírus Bundibugyo, por Reação de Polimerase em Cadeia (PCR) ou sequenciamento genético viral realizado em laboratórios de referência definidos pelo Ministério da Saúde.

6.3 Definição de Caso Descartado

Caso suspeito com resultado laboratorial negativo para vírus Bundibugyo realizado em Laboratório de Referência definido pelo Ministério da Saúde. Quando a coleta da primeira amostra ocorrer antes de 72 horas do início dos sintomas, deverá ser realizada uma segunda coleta após esse período, sendo necessário resultado negativo em ambas as amostras para o descarte do caso.

6.4 Contactante ou Comunicante

Indivíduos assintomáticos que tiveram contato direto ou indireto com caso suspeito ou confirmado de DVB durante o período sintomático da doença, inclusive após óbito.

Contato direto refere-se ao contato com fluidos ou secreções corporais do caso.

Contato indireto refere-se à permanência no mesmo ambiente e/ou ao contato com objetos ou superfícies compartilhados com o caso, sem comprovação de exposição aos

seus fluidos corporais, incluindo profissionais de saúde que realizaram assistência ao paciente sem relato de exposição direta.

Em caso de **exposição durante o voo**, consideram-se contactantes os passageiros sentados na mesma fileira do caso suspeito, bem como aqueles alocados na fileira imediatamente à frente e na fileira imediatamente atrás.

Os contactantes devem ser orientados quanto aos sinais e sintomas da doença e, enquanto assintomáticos, não necessitam permanecer em quarentena, podendo manter suas atividades habituais. Todos os contactantes/comunicantes de casos suspeitos, prováveis ou confirmados devem ser identificados e monitorados pelas equipes de vigilância, por 21 dias, após a última exposição.

6.5 Notificação

As febres hemorrágicas virais (DVE) são agravos de **notificação compulsória imediata**, devendo ser notificadas em até 24 horas da detecção aos três níveis de gestão.

Os pacientes que preenchem critérios epidemiológicos E clínicos para casos suspeitos devem ser notificados imediatamente à Vigilância Epidemiológica Municipal (todos os dias das 07:00 às 19:00) e ao Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) todos os dias das 19:00 às 07:00. A [UVIS de referência](#) do serviço de saúde também deve ser imediatamente informada e copiada no e-mail.

Contato do Plantão CIEVS Municipal/COVISA/SMS-SP (todos os dias das 07:00 às 19:00)

Telefone: 5465-9420

E-mail: notifica@prefeitura.sp.gov.br

Contato do Plantão CVE/Central de Vigilância/SES-SP (todos os dias das 19:00 às 07:00)

Telefone: 08000-55-54-66

E-mail: notifica@saude.sp.gov.br

A Ficha de Notificação individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), deverá ser preenchida, utilizando o **Código Internacional de Doenças (CID)**

A98.4. Disponível no link:

https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/31117

6.7 Transporte de pacientes

O acionamento para o transporte de urgência deverá ocorrer após a avaliação da notificação do CIEVS/CVE. A remoção dos casos suspeitos será realizada pelo Resgate.

6.7 Hospital de referência

O **Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER)** é a unidade de referência estadual para atendimento de casos suspeitos ou confirmados.

6.8 Orientações para coleta e transporte de amostras biológicas

- **Somente o IIER poderá realizar a coleta de amostras de casos suspeitos;**

6.9 Vigilância Epidemiológica

A investigação epidemiológica deve ser iniciada imediatamente após a identificação de um caso suspeito, incluindo histórico de viagem, possíveis exposições e identificação de contactantes ou comunicantes.

As ações prioritárias incluem:

- **identificação precoce de casos:** Reconhecer oportunamente sinais e sintomas compatíveis com DVE, como febre alta, fraqueza intensa, vômitos, diarreia e manifestações hemorrágicas **em pessoas com histórico de viagem recente para áreas com circulação do vírus Bundibugyo** ou contato com casos suspeitos ou confirmados da doença;
- **orientação do isolamento imediato:** Realizar imediatamente o isolamento do paciente, preferencialmente em quarto privativo com controle de acesso e circulação restrita; definição da equipe de assistência; a realização dos exames laboratoriais ocorrerá nos hospitais de referência;
- **investigação epidemiológica:** Realizar entrevista com o paciente suspeito; (ver Anexo 1- Questionário para investigação de casos - NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 160/2026)
- **rastreamento de contatos:** Identificar e registrar nome completo, tipo de exposição e telefone de todos os indivíduos que atendam à definição de contactante ou comunicante, incluindo familiares, equipe de transporte, profissionais da recepção, dentre outros, e encaminhar a listagem ao CIEVS para monitoramento por 21 dias;

7. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

7.1 Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS)

A Doença pelo Vírus Ebola (DVE) apresenta elevado potencial de transmissão nos serviços de saúde, especialmente em situações de reconhecimento tardio de casos suspeitos, falhas na utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), exposição ocupacional a

fluidos corporais e inadequações no manejo de resíduos, materiais biológicos e superfícies contaminadas.

Historicamente, surtos de Ebola têm sido associados a importante transmissão nosocomial, incluindo ocorrência de casos e óbitos entre profissionais de saúde.

Dessa forma, as medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar devem ser implementadas imediatamente diante da suspeita clínica e epidemiológica da doença, independentemente da confirmação laboratorial.

7.2 Identificação precoce e triagem

Os serviços de saúde devem:

- implementar triagem ativa para identificação de pacientes com febre e histórico de viagem internacional para áreas afetadas nos últimos 21 dias;
- investigar antecedentes epidemiológicos relevantes durante acolhimento e classificação de risco;
- estabelecer previamente fluxo diferenciado para atendimento de casos suspeitos;
- restringir circulação do paciente nas dependências da unidade, quando necessário paciente deverá usar máscara cirúrgica e o profissional deve utilizar EPI recomendado;
- deve-se evitar qualquer contato, procedimento ou manipulação que não seja absolutamente essencial nesse momento, especialmente coleta de amostras biológicas, bem como limitar o número de profissionais em contato com o paciente.

A suspeita deve ser considerada particularmente em pacientes com:

- febre aguda;

Informe Técnico – Doença pelo Vírus Ebola (Bundibugyo Ebolavirus - BDBV)

- manifestações hemorrágicas;
- sintomas gastrointestinais graves;
- histórico de exposição epidemiológica compatível.

7.3 Isolamento do paciente

Casos suspeitos devem ser imediatamente isolados em ambiente privativo, preferencialmente:

- quarto individual;
- banheiro exclusivo;
- porta fechada;
- acesso restrito;
- área sinalizada.

Sempre que possível, recomenda-se:

- isolamento em quarto com pressão negativa;
- antecâmara para paramentação/desparamentação;
- equipe assistencial em escala para atendimento exclusivo do paciente;
- o número de profissionais envolvidos na assistência deve ser minimizado;
- as visitas devem ser restritas e controladas;
- utilização de artigos de uso exclusivo do paciente, realizar limpeza e desinfecção de artigos e EPIs não descartáveis (estetoscópio, termometro, protetor ocular).

7.4 Precauções específicas

Devem ser adotadas simultaneamente:

- precauções padrão;
- precauções de contato;
- precauções para aerossóis.

Procedimentos geradores de aerossóis devem ser evitados sempre que possível. Quando indispensáveis, recomenda-se adoção de precauções para aerossóis, incluindo:

- respirador particulado (N95/PFF2 ou equivalente);
- ambiente com ventilação adequada;
- redução do número de profissionais expostos.

7.5 Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

Os profissionais envolvidos no atendimento devem utilizar:

- avental/capote **impermeável** de mangas longas ou macacão impermeável;
- gorro;
- máscara/respirador PFF2/N95;
- proteção ocular (óculos ou protetor facial completo);
- luvas duplas de procedimento;
- proteção para calçados.

A colocação e retirada dos EPIs representam momentos críticos para exposição ocupacional, devendo ocorrer:

- sob supervisão treinada (supervisionar sequência de paramentação e retirada);
- o objetivo do observador é verificar se não há áreas de pele ou mucosas descobertas durante a paramentação e se não houve contato entre a parte externa dos EPIs e pele ou muco as durante adespamentação;
- seguindo protocolo padronizado;
- com higiene rigorosa das mãos entre etapas;
- não utilizar EPIs fora do ambiente de assistência ao paciente;

Treinamentos periódicos e simulações práticas devem ser realizados pelas instituições de saúde.

7.6 Higienização das mãos

A higienização das mãos constitui medida essencial para prevenção da transmissão.

Deve ser realizada:

- antes e após contato com o paciente;
- após retirada de EPIs;
- após contato com superfícies próximas ao paciente;
- antes da realização de procedimentos assépticos/limpos.

Podem ser utilizados:

- preparação alcoólica a 70%.
- água e sabonete líquido;

7.7 Manejo de resíduos e roupas

Todos os resíduos provenientes da assistência ao caso suspeito ou confirmado devem ser considerados potencialmente infectantes.

Recomenda-se:

- descarte em resíduos do Grupo A1 infectante;
- acondicionamento em recipientes adequados;
- transporte seguro;
- tratamento conforme legislação vigente.

Roupas e enxovais:

- devem ser minimamente manipulados;
- não devem ser sacudidos;
- devem ser acondicionados adequadamente para processamento seguro e devidamente sinalizados.

7.8 Limpeza e desinfecção de superfícies

Superfícies e equipamentos próximos ao paciente devem ser submetidos à limpeza e desinfecção frequentes com produtos regularizados e eficazes contra vírus envelopados.

Áreas prioritárias:

- macas;
- grades;
- bombas de infusão;
- monitores;

- sanitários;
- superfícies de alto toque.

Profissionais da higienização devem utilizar EPI adequado e treinamento específico (proteção para calçados; capote cirúrgico de mangas longas, máscara respiratória de alta eficiência (N95 ou PFF2); gorro cirúrgico; óculos de proteção ou protetor facial completo; e luvas duplas).

7.9 Coleta e transporte de amostras biológicas

A coleta de amostras deve ser realizada apenas por profissionais treinados, utilizando rigorosas medidas de biossegurança.

7.10 Monitoramento de contatos e exposição ocupacional

Profissionais expostos sem proteção adequada bem como pacientes no mesmo serviço de saúde devem ser imediatamente avaliados quanto ao tipo de exposição e classificados conforme risco epidemiológico.

Exposição de baixo risco

- Permanência em unidades de saúde com casos de Ebola;
- Profissionais utilizando EPI adequadamente;
- Contatos sem exposição direta a fluidos corporais;
- Contato com morcegos ou primatas em áreas afetadas.

Exposições de alto risco incluem:

- Exposição percutânea ou mucosa sem EPI;

- Contato direto com fluidos corporais;
- Manipulação laboratorial inadequada;
- Participação em rituais funerários com exposição direta em áreas afetadas.

7.11 Capacitação em serviços de saúde

Os serviços de saúde devem:

- revisar fluxos internos;
- capacitar equipes assistenciais;
- realizar exercícios simulados;
- manter protocolos atualizados para emergências biológicas.

A sensibilização contínua dos profissionais é fundamental para evitar atrasos diagnósticos e reduzir o risco de transmissão nosocomial.

7.12 Manejo de cadáveres

- A manipulação do corpo deve ser restrita ao mínimo necessário e realizada exclusivamente por profissionais treinados e devidamente equipados com os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) recomendados. Não devem ser realizados procedimentos que aumentem o risco de exposição a fluidos corporais, incluindo lavagem do corpo, embalsamamento, tanatopraxia, maquiagem, vestimenta para exibição ou qualquer outra técnica de preparação estética;
- Após os procedimentos necessários, o corpo deve ser acondicionado em dois sacos impermeáveis para transporte de cadáveres, resistentes a vazamentos e com fechamento por zíper. A superfície externa de cada saco deve ser desinfetada com solução de hipoclorito de sódio conforme protocolo vigente. Em seguida, o corpo

deve ser colocado em caixão fechado, cuja superfície externa deverá ser igualmente desinfetada. Antes da remoção do local de preparo, deve-se garantir que a parte externa do caixão esteja livre de contaminação. Após essa etapa, o transporte e o manejo externo do caixão poderão ser realizados por equipe sem utilização de EPI específico para risco biológico;

- Após a remoção do corpo, os ambientes, as superfícies e os equipamentos utilizados devem ser submetidos à limpeza e desinfecção adequadas, e os resíduos gerados devem ser tratados como resíduos infectantes.

8. AVALIAÇÃO DE RISCO GLOBAL, PARA O BRASIL, E A CIDADE DE SÃO PAULO

8.1 Avaliação de Risco da OMS

Até a presente data, a OMS mantém a seguinte classificação:

Nível	Avaliação
RDC	Muito Alto
Regional (África Central)	Alto
Global	Baixo

A manutenção do risco global como "baixo" ocorre porque:

- a transmissão permanece concentrada na África Central;
- não existe transmissão sustentada fora da região;
- o Ebola continua exigindo contato direto com fluidos corporais;
- os casos internacionais detectados permanecem epidemiologicamente vinculados ao surto principal.

8.2 Avaliação de risco no Brasil

Considerando o elevado potencial de gravidade da doença e a possibilidade de importação de casos, recomenda-se que os serviços de saúde, laboratórios, pontos de entrada, gestores e demais componentes do Sistema Único de Saúde mantenham estado de prontidão para identificação precoce, notificação imediata e adoção das medidas de prevenção e controle previstas em Notas Técnicas oficiais no Plano de Contingência Nacional para Febres Hemorrágicas Virais.

O risco atual de introdução da Doença pelo Vírus Ebola no Brasil é considerado baixo.

Entre os fatores que sustentam esta avaliação destacam-se:

- ausência histórica de transmissão autóctone nas Américas;
- inexistência de voos diretos entre áreas afetadas e América do Sul;
- necessidade de contato direto com fluidos corporais de indivíduos sintomáticos para transmissão.

Entretanto, o cenário internacional exige manutenção de vigilância sensível, considerando:

- intensa mobilidade global;
- conexões aéreas internacionais;
- possibilidade de casos importados;
- risco de transmissão nosocomial;
- inespecificidade clínica inicial.

8.3 Contexto específico do Município de São Paulo

São Paulo apresenta características que justificam especial atenção:

- grande fluxo aéreo;

Informe Técnico – Doença pelo Vírus Ebola (Bundibugyo Ebolavirus - BDBV)

- elevada densidade populacional;
- ampla rede hospitalar;
- intensa circulação de viajantes internacionais;
- grande concentração de serviços de referência.

Por outro lado, dispõe de importante capacidade instalada para resposta, incluindo:

- integração na atuação do CIEVS estadual e municipal;
- rede hospitalar estruturada;
- referência assistencial no Instituto de Infectologia Emílio Ribas;
- capacidade laboratorial especializada;

9. COMUNICAÇÃO DE RISCO

A comunicação de risco representa componente estratégico da resposta a emergências em saúde pública. Recomenda-se:

- divulgação de informações baseadas em evidências;
- prevenção da desinformação;
- combate à estigmatização;
- sensibilização dos profissionais de saúde;
- orientação adequada aos viajantes internacionais.

A OMS não recomenda fechamento de fronteiras ou restrições a viagens e comércio internacional neste momento epidemiológico.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o risco atual de introdução da Doença pelo Vírus Ebola no Brasil seja considerado **baixo**, a **ocorrência de transmissão internacional** associada ao Bundibugyo ebolavirus e o **risco de exposição nosocomial**, bem como a **declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela OMS** reforçam a necessidade de manutenção de vigilância epidemiológica sensível e capacidade de resposta oportuna.

A preparação contínua dos serviços de saúde, a atualização de fluxos assistenciais, o fortalecimento da vigilância baseada em eventos e a capacitação das equipes assistenciais são fundamentais para detecção precoce, contenção de potenciais casos importados e mitigação de riscos à saúde pública.

11. REFERÊNCIAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disease Outbreak News: Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda. Geneva: WHO, 2026. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON602> . Acesso em: 21 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disease Outbreak News: Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda. Geneva: WHO, 2026. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON605> Acesso em 01/06/2026

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Ebola Bundibugyo Virus Disease in the Democratic Republic of the Congo – Level 2: Practice Enhanced Precautions. Atlanta: CDC, 2026. Disponível em: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/alert/ebola-democratic-republic-of-the-congo> . Acesso em: 21 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Plano de contingência nacional para febres hemorrágicas virais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/febres-hemorragicas-virais/plano-de-contingencia-nacional-para-febres-hemorragicas-virais.pdf>. Acesso em: 21 maio 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional relacionada à doença causada pelo vírus Bundibugyo na República Democrática do Congo e em Uganda: implicações para as Américas. Washington, DC: OPAS, 2026. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/public->

Informe Técnico – Doença pelo Vírus Ebola (Bundibugyo Ebolavirus - BDBV)

[health-emergency-international-concern-pheic-related-bundibugyo-virus-disease](#)

Acesso em: 21 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Risk communication and community engagement readiness and response toolkit: Ebola disease. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240099335> . Acesso em: 21 maio 2026.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Risk Communication and Community Engagement for Ebola Virus Disease Preparedness and Response: lessons learnt and recommendations from Burundi, Rwanda, South Sudan, Tanzania and Uganda. Nairobi: UNICEF Eastern and Southern Africa Regional Office, 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/esa/reports/risk-communication-and-community-engagement-ebola-virus-disease-preparedness-and-response>. Acesso em: 21 maio 2026.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica. Instituto Adolfo Lutz. Nota Informativa Conjunta nº 01/2026-CVE/IAL/CCD/SES-SP – Doença pelo Vírus Ebola. São Paulo: SES-SP, 2026. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/homepage/destaques/doenca-pelo-virus-ebola> Acesso em: 21 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Emergências em Saúde Pública. Coordenação-Geral do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde. Alerta Epidemiológico nº 01/2026 – Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional relacionada à doença causada pelo vírus Bundibugyo na República Democrática do Congo e em Uganda. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. (documento não publicado)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Health Regulations (2005). 3. ed. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580498>. Acesso em: 21 maio 2026.

AFRICA CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (Africa CDC). Comunicados epidemiológicos sobre doença pelo vírus Ebola – maio de 2026. Addis Ababa: Africa CDC, 2026. Disponível em: <https://africacdc.org> . Acesso em: 21 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Infection prevention and control guidance for care of patients in health-care settings, with focus on Ebola. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2014.4-rev1>. Acesso em: 21 maio 2026.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Infection Prevention and Control Recommendations for Hospitalized Patients with Known or Suspected Ebola Virus Disease in U.S. Hospitals. Atlanta: CDC, 2025. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/clinicians/evd/infection-control.html> . Acesso em: 21 maio 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle para atendimento de casos suspeitos de doença pelo vírus Ebola. Brasília, DF: ANVISA, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2014/ebola-anvisa-divulga-orientacoes-para-servicos-de-saude>. Acesso em: 21 maio 2026.

Informe Técnico – Doença pelo Vírus Ebola (Bundibugyo Ebolavirus - BDBV)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical management of patients with viral haemorrhagic fever: a pocket guide for front-line health workers. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/130883> . Acesso em: 21 maio 2026.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC). Safe use of personal protective equipment in the treatment of infectious diseases of high consequence. Stockholm: ECDC, 2014. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/safe-use-personal-protective-equipment-treatment-high-consequence-infectious> . Acesso em: 21 maio 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf> . Acesso em: 21 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Saúde e Ambiente. AUDE. SECRETARIA DE VIGILANCIA EM SAUDE E AMBIENTE. SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE. NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 160/2026/SVSA/SAES/MS. 2026. Disponível em: <https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/NOTA%20TÉCNICA%20CONJUNTA%20N%20%20160%202026-DEMSP%20SVSA%20MS%20E%20DAHU%20SAES%20MS%20assinada.pdf>

Anexo 1 - Questionário para investigação de casos – autoaplicável

Anexo 1. Questionário para investigação de casos – autoaplicável

INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS RELACIONADOS À DOENÇA PELO VÍRUS BUNDIBUGYO

Entrevistador(a): Data da Entrevista: / /

DADOS DO(A) ENTREVISTADO(A)

Nome: Telefone:
Grau de Parentesco/Vínculo:

1. Nome:
2. Endereço:
3. Município de residência ou permanência:
4. Data de nascimento: / / 5. Sexo:
6. Ocupação: 7. Se profissional de saúde, local de trabalho:
8. Quando começou a doença? Início de sintomas: / /
9. Local de procedência (local com transmissão de Bundibugyo):
10. País: Estado: Município: Região:
11. Data de partida desse local: / /
12. Atividade realizada no local:
13. Foi exposto(a) a algumas destas situações nos últimos 21 dias? (Marcar o que for relatado)
 - Contato direto com sangue, tecidos ou fluidos corporais de suspeitos de vírus Bundibugyo? () Sim () Não - Data de exposição: //
 - Contato com superfícies ou objetos contaminados por casos suspeitos? () Sim () Não - Data de exposição: //
 - Participou de funerais ou rituais fúnebres de suspeitos? () Sim () Não - Data de exposição: //
14. Teve contato com animais doentes ou mortos? () Sim () Não - Data de exposição: //
15. Que animais? Tipo de exposição:
16. Visitou hospital? () Sim () Não - Data: // Local:
17. Foi hospitalizado(a)? () Sim () Não - Data: // Local:
18. Houve contato com outras pessoas após iniciar os sintomas? () Sim () Não. (Descrever o que for relatado)

LISTA DE CONTACTANTES COM CASO SUSPEITO						
	NOME	TELEFONE	ENDEREÇO	RELAÇÃO COM O SUSPEITO	DATA DO CONTATO	TIPO* DE CONTATO
1						
2						
3						
4						
5						

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