



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)
Secretaria Executiva de Atenção Hospitalar (SEAH)
Secretaria Executiva de Regulação, Monitoramento, Avaliação e Parcerias (SERMAP)
Secretaria Executiva de Gestão Administrativa (SEGA)

Nota Técnica

Conduta frente a caso suspeito de doença pelo vírus ebola

Versão 2

Setembro/2026



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SECRETARIA
DA SAÚDE

EXPEDIENTE

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde – SEABEVS

Coordenadoria de Vigilância em Saúde
Coordenadoria de Atenção Básica
Núcleo Técnico de UPAs/APH Fixo 24H

Secretaria Executiva de Atenção Hospitalar – SEAH

Coordenadoria de Assistência Hospitalar
Coordenadoria de Urgência e Emergências

Secretaria Executiva de Regulação, Monitoramento, Avaliação e Parcerias – SERMAP

Coordenadoria de Regulação

Secretaria-Executiva de Gestão Administrativa – SEGA

Coordenadoria de Administração e Suprimentos

Rua Dr. Siqueira Campos, 172 - Bairro Liberdade - São Paulo/SP

SUMÁRIO

1. Introdução

2. Objetivos

3. Cenário epidemiológico

3.1 Situação epidemiológica internacional

3.2 Avaliação de risco global para o Brasil e a cidade de São Paulo

3.2.1 Avaliação de Risco da OMS

3.2.2 Avaliação de risco no Brasil

3.2.3 Contexto específico do Município de São Paulo

4. Vigilância em saúde

4.1 Agente etiológico

4.2 Modo de transmissão

4.3 Período de incubação

4.4 Letalidade

4.5 Manifestações clínicas

4.6 Definição de caso

4.6.1 Definição de Caso suspeito

4.6.2 Definição de Caso confirmado

4.6.3 Definição de Caso Descartado

4.6.4 Contactante ou Comunicante

4.7 Diagnóstico laboratorial

4.8 Diagnósticos diferenciais

4.9 Notificação

4.10 Comunicação de risco

5. Medidas de controle de infecção

5.1 Controle de infecção relacionada à assistência à saúde

5.2 Isolamento do paciente

5.3 Precauções específicas

5.3.1 Quem deve adotar as medidas de precaução

5.3.2 Medidas para visitantes e acompanhantes

5.4 Equipamentos de proteção individual

5.5 Higienização das mãos

5.6 Manejo de resíduos e roupas

5.7 Limpeza e desinfecção de superfícies

5.8 Coleta e transporte de amostras biológicas

5.9 Manejo de cadáveres

5.10 Capacitação em serviços de saúde

6. Regulação de vagas

6.1 Hospital de referência

6.2 Transporte de pacientes para a unidade de referência

7. Assistência

7.1 Atenção básica

- 7.1.1 Acolhimento/classificação de risco
- 7.1.2 Medidas de controle de infecção
 - 7.1.2.1 Limpeza e desinfecção de superfície
 - 7.1.2.2 Manejo de resíduos
- 7.1.3 Fluxo de isolamento do paciente
- 7.1.4 Comunicação/regulação da vaga/notificação
- 7.1.5 Monitoramento do paciente
- 7.1.6 Identificação dos contactantes na comunidade e ocupacional

7.2 Atendimento pré-hospitalar fixo 24h

- 7.2.1 Classificação de risco
- 7.2.2 Medidas de controle de infecção
 - 7.2.2.1 Limpeza e desinfecção de superfície
 - 7.2.2.2 Manejo de resíduos e roupas
- 7.2.3 Fluxo de isolamento do paciente
- 7.2.4 Monitoramento do paciente
- 7.2.5 Comunicação/regulação da vaga/notificação
- 7.2.6 Identificação dos contactantes na comunidade e ocupacional

7.3 Atendimento pré-hospitalar móvel - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

- 7.3.1 Organização operacional
- 7.3.2 Comunicação/regulação da vaga
 - 7.3.2.1 Atendimento de chamados identificados como suspeitos pela central de regulação
 - 7.3.2.2 Atendimento de casos suspeitos identificados pela equipe em cena
- 7.3.3 Medidas de controle de infecção
- 7.3.4 Estratégias de isolamento do paciente
- 7.3.5 Monitoramento do paciente
- 7.3.6 Identificação dos contactantes ocupacionais

7.4 Atendimento hospitalar

- 7.4.1 Acolhimento/classificação de risco
- 7.4.2 Orientações às equipes hospitalares
- 7.4.3 Medidas de controle de infecção
 - 7.4.3.1 Limpeza e desinfecção de superfície
 - 7.4.3.2 Manejo de resíduos e roupas
- 7.4.4 Fluxo de isolamento do paciente
- 7.4.5 Monitoramento do paciente
- 7.4.6 Comunicação/regulação de vaga/notificação
- 7.4.7 Identificação dos contactantes na comunidade e ocupacional

8. Referências

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 (DVE), 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.

2. OBJETIVOS

Orientar e sensibilizar os serviços assistenciais e de vigilância em saúde do município de São Paulo quanto às ações a serem adotadas para a identificação precoce de casos suspeitos, implementação oportuna das medidas de isolamento e adoção imediata das medidas de biossegurança, considerando o contexto de intensa mobilidade internacional e o papel estratégico do município como principal porta de entrada aérea internacional do país.

3. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

3.1. Situação epidemiológica internacional

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 **Mongbwalu, província de Ituri, nordeste da RDC**. Posteriormente, análises laboratoriais conduzidas pelo Instituto Nacional de Pesquisa Biomédica de Kinshasa confirmaram a circulação do **Bundibugyo ebolavirus**.

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 14/07/2026**, foram registrados:

- **2.073 casos confirmados;**
- **796 óbitos confirmados;**
- **Letalidade de 38%**
- 418 casos suspeitos sob investigação

- Centenas de pacientes recuperados
- transmissão sustentada em múltiplas cadeias comunitárias
- aproximadamente 80% dos casos recentes ainda estão associados a cadeias de transmissão inicialmente desconhecidas, o que dificulta o controle do surto.

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

Nas primeiras semanas do surto, mais de 97% dos casos estavam restritos a Ituri, North Kivu e South Kivu. Entretanto, nas últimas atualizações houve confirmação da expansão para Tshopo e Haut-Uélé, indicando ampliação geográfica da transmissão:

Província	Situação epidemiológica
Ituri	Principal epicentro, concentrando a maior parte dos casos e óbitos.
North Kivu	Transmissão comunitária estabelecida e aumento contínuo de casos.
South Kivu	Baixa transmissão, porém com casos confirmados persistentes.
Tshopo	Nova expansão do surto, com transmissão confirmada.
Haut-Uélé	Casos confirmados recentes, sob intensa vigilância.

Principais cidades e zonas de saúde

As áreas que continuam concentrando a resposta operacional incluem:

- Bunia
- Rwampara
- Mongbwalu
- Nyankunde
- Mandima
- Komanda
- Mambasa

Essas localidades permanecem como foco das ações de vigilância, diagnóstico laboratorial, tratamento e rastreamento de contatos.

As principais preocupações atualmente são:

- expansão da transmissão para novas províncias (Tshopo e Haut-Uélé);
- elevado número de cadeias de transmissão não identificadas;
- dificuldades persistentes de rastreamento de contatos em áreas de conflito;
- ataques a equipes de resposta e restrições de acesso em algumas regiões;

- ausência de vacina licenciada específica para o Bundibugyo ebolavirus, embora estudos clínicos estejam em andamento.

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 estável. Dados mais recentes de **15/07/2026**, incluem:

- **20 casos confirmados**
- **2 óbitos confirmados**
- **Letalidade de 10%**
- 17 pacientes recuperados
- sem evidências de transmissão comunitária sustentada
- nenhum novo caso desde 21 de junho de 2026.

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 foi associada a importação ou vínculos epidemiológicos com a RDC.

Em **16 de julho de 2026**, Uganda informou a alta do último paciente internado por Ebola e iniciou oficialmente a contagem de **42 dias**, conforme o protocolo da OMS, para declarar o fim do surto, caso não ocorram novos casos.

França

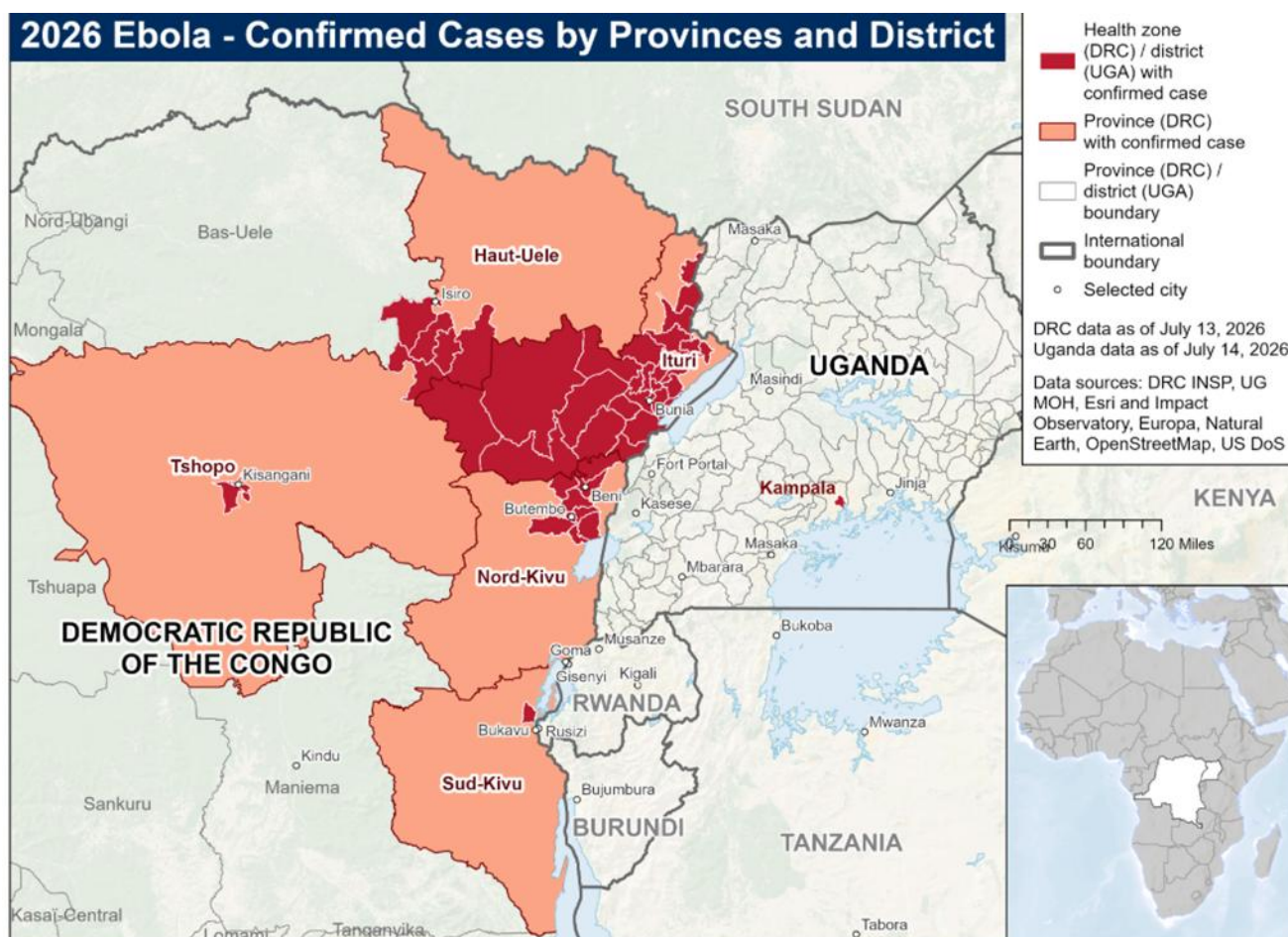
Em **24/06/2026**, a França informou um caso confirmado, com antecedente de vínculo com a RDC. Até o momento:

- 1 caso importado (médico retornando da RDC)
- sem transmissão secundária documentada
- todos os contatos completaram acompanhamento conforme os protocolos das autoridades francesas e da OMS.

Até esta data, **não há evidências de transmissão sustentada fora das áreas afetadas na África Central, tampouco registro de circulação autóctone de filovírus altamente patogênicos nas Américas.**

Permanecem sistemas reforçados de vigilância em diversos países, especialmente para viajantes provenientes da RDC e de Uganda.

Áreas com transmissão confirmada ou com casos importados:



Fonte: <https://www.who.int/emergencies/alert-and-response>; <https://www.cdc.gov/ebola/situation-summary/index.html> (15/07/2026)

Até o momento, o surto de Ebola na RDC foi confirmado nas seguintes províncias: **Haut-Uele, Ituri, Kivu do Norte, Kivu do Sul e Tshopo**. Casos **relacionados ao surto na RDC** também foram relatados em **Kampala, capital de Uganda**. (CDC, 15/07/2026).

3.2 Avaliação de risco global, para o Brasil e a cidade de São Paulo

3.2.1 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

Apesar da confirmação de um caso importado na França, a OMS continua considerando o risco global baixo, pois não há transmissão sustentada fora da região afetada.

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.

3.2.2 Avaliação de risco no Brasil

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.

3.2.3 Contexto específico do Município de São Paulo

São Paulo apresenta características que justificam especial atenção:

- grande fluxo aéreo;
- 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;

4. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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
• febre; • cefaleia intensa; • fraqueza e fadiga; • mialgia; • odinofagia	• inapetência • Sintomas gastrointestinais: náuseas; vômitos; diarreia; dor abdominal; • conjuntivite; • exantema • dispneia	• 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.

4.6 Definição de caso

4.6.1 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: **Províncias de Haut-Uele, Ituri, Kivu do Norte, Kivu do Sul e Tshopo (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 16/07/2026 pode ser revisado de acordo com informações disponíveis. Dúvidas consulte o link: <https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/ebola>

4.6.2 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.

4.6.3 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.

4.6.4 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.

4.7 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.

4.8 Diagnósticos diferenciais

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

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

4.9 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 comunicados imediatamente por telefone à Divisão de Vigilância Epidemiológica Municipal através do CIEVS municipal, todos os dias das 07:00 às 19:00.

No período noturno, a comunicação de casos suspeitos deve ser realizada imediatamente por telefone ao Centro de Vigilância Epidemiológica Estadual, através do CIEVS estadual, todos os dias das 19:00 às 07:00.

Contato do Plantão CIEVS Municipal/DVE/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 CIEVS Estadual/CVE/SES-SP (todos os dias das 19:00 às 07:00)

Telefone: 08000-55-54-66

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

Após o contato telefônico, se mantida a suspeita do caso pelo plantão CIEVS, realizar a notificação através da 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/311117

A ficha de notificação deverá ser encaminhada por e-mail para o plantão CIEVS com cópia para a UVIS de referência do serviço.

A notificação do caso será repassada pela DVE/COVISA à Central/CIEVS do Estado de São Paulo, que é o órgão responsável pelo acionamento do transporte e transferência do paciente, bem como reservar a vaga de leito e informar o Hospital Emilio Ribas.

4.10 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.

5. MEDIDAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO

5.1 Controle de infecção relacionada à assistência à saúde

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.

As medidas de prevenção e controle de infecções são aplicáveis a qualquer ambiente de saúde e incluem, entre outras: higiene das mãos, equipamentos de proteção individual e gestão adequada de resíduos.

5.2 Isolamento do paciente

Os serviços de assistência à saúde devem estabelecer e implementar protocolos de triagem para identificar de forma eficaz e rápida os pacientes que possam ter DVE seguindo a definição de

caso padronizada. Ao identificar a suspeita os serviços devem assegurar a existência de fluxo (transporte seguro) para manejo de pessoas triadas que se enquadrem na definição de suspeita.

Pacientes com suspeita ou confirmação de DVE devem ser isolados em quarto privativo e os profissionais de saúde e de assistência devem utilizar EPI ao entrar no isolamento. O isolamento de pacientes deverá ser realizado em quartos individuais, com pressão negativa ou ambiente com ventilação adequada, porta fechada e preferencialmente com banheiro privativo até a transferência ao hospital de referência. Restringir a circulação do paciente nas dependências da unidade, quando necessário o transporte/locomução, o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica e os profissionais responsáveis pelo transporte devem utilizar EPI recomendado ao agravo.

Caso o serviço não disponha de quartos individuais de isolamento suficiente para atender o quantitativo de pacientes na unidade, poderá optar por realizar coortes de isolamento separando pacientes suspeitos de pacientes confirmados de DVE.

Limitar o acesso ao isolamento apenas aos profissionais de saúde essenciais com escala exclusiva e equipe mínima para o atendimento do paciente e restringir o acesso de pessoal não essencial e visitantes à área de atendimento ao paciente.

Monitore o isolamento em todos os momentos e registre a entrada e a saída de todos os profissionais de saúde e da equipe de limpeza que entrarem no quarto do paciente para a captação e acompanhamento de contactantes expostos.

5.3 Precauções específicas

Para casos suspeitos de ebola os serviços de saúde devem instituir precauções **padrão** associadas a precauções de **contato** e **aerossóis**. O isolamento terá duração de todo o período de internação do caso ou até o descarte da suspeita.

Precauções padrão:

São medidas de cuidado e higiene aplicadas a todos os pacientes em serviços de saúde e envolvem: Higiene das Mãos e equipamentos de proteção individual (considerando o risco de exposição a fluídos e secreções biológicas durante a assistência ao paciente e/ou contato com pele não íntegra e mucosas).

Precaução Padrão

Devem ser seguidas para TODOS OS PACIENTES, independente da suspeita ou não de infecções.



Higienização das mãos



Luas e Avental



Óculos e Máscara



Caixa pérfuro-cortante

- Higienização das mãos: lave com água e sabonete ou friccione as mãos com álcool a 70% (se as mãos não estiverem visivelmente sujas) antes e após o contato com qualquer paciente, após a remoção das luvas e após o contato com sangue ou secreções.
- Use luvas apenas quando houver risco de contato com sangue, secreções ou membranas mucosas. Calce-as imediatamente antes do contato com o paciente e retire-as logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.
- Use óculos, máscara e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção da mucosa de olhos, boca, nariz, roupa e superfícies corporais.
- Descarte, em recipientes apropriados, seringas e agulhas, sem desconectá-las ou reencapá-las.

Precauções por contato:

Precaução de Contato



Higienização das mãos



Avental



Luas



Quarto privativo

- Indicações: infecção ou colonização por microrganismo multirresistente, varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido, etc.
- Use luvas e avental durante toda manipulação do paciente, de cateteres e sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou as superfícies e retire-os logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre os leitos deve ser de um metro.
- Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.

A precaução de contato é utilizada para evitar disseminação de microrganismos epidemiologicamente importantes, os quais são transmitidos por contato direto ou indireto com o paciente e/ou com o ambiente ao redor do paciente.

Precauções por aerossóis:

A transmissão por aerossóis ocorre quando partículas menores que 5μ são eliminadas (podendo ser por meio de procedimentos como a aspiração de vias aéreas em sistema aberto) e permanecem suspensas no ar, além de alcançar maiores distâncias através de correntes de ar.

Precauções para Aerossóis



Higienização das mãos



Máscara PFF2 (N-95)
(profissional)



Máscara Cirúrgica
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

- Precaução padrão: higienize as mãos antes e após o contato com o paciente, use óculos, máscara cirúrgica e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, descarte adequadamente os perfuro-cortantes.
- Mantenha a porta do quarto **SEMPRE** fechada e coloque a máscara antes de entrar no quarto.

- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros pacientes com infecção pelo mesmo microrganismo. Pacientes com suspeita de tuberculose resistente ao tratamento não podem dividir o mesmo quarto com outros pacientes com tuberculose.
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas quando necessário o paciente deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

5.3.1 Quem deve adotar as medidas de precaução:

1 - Todos os profissionais de saúde que prestam assistência direta ao paciente (ex: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, entre outros);

2 - Toda a equipe de apoio diagnóstico e logístico, que necessite entrar no quarto de isolamento, incluindo equipe de radiologia, laboratório, pessoal de limpeza, nutrição e responsáveis pela manipulação e retirada de produtos, roupa suja e resíduos (observando-se a orientação de restringir o número de pessoas que entram no quarto);

3 - Outros profissionais que necessitem entrar em contato com pacientes suspeitos de infecção pelo DVE.

Sinalizar a porta do quarto do paciente com o tipo de isolamento com o objetivo de assegurar o acesso apenas por profissionais paramentados. Dentro do quarto de isolamento devem ser

disponibilizados: estrutura para higiene das mãos, lixeira com tampa e abertura sem contato manual de resíduo infectante, recipiente para dispensação de resíduos perfurocortantes e estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetros para uso exclusivo.

5.3.2 Medidas para visitantes e acompanhantes:

Evitar/limitar a entrada de visitantes no quarto do paciente. Exceções podem ser consideradas caso a caso, para aqueles que são essenciais para o bem-estar do paciente ou previstos em lei.

Na necessidade da presença de acompanhante dentro do isolamento o serviço de saúde deverá disponibilizar EPI preconizado para casos de DVE, assim como supervisionar a paramentação e desparamentação. O acompanhante/visitante deve ser orientado a não circular fora do isolamento com EPI e a realização da higienização as mãos.

Devem ser registradas todas as pessoas que entram (sob supervisão/observação de membro da equipe de saúde) no quarto do paciente.

5.4 Equipamentos de proteção individual

Todos os profissionais envolvidos na assistência direta ou indireta a pacientes com suspeita ou confirmação de DVE devem utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

EPI recomendado para unidades do primeiro atendimento até a transferência:

- proteção para calçados;
- capote cirúrgico/avental impermeável de mangas longas ou macacão impermeável e descartável;
- máscara respiratória de alta eficiência (N95 ou PFF2);
- gorro cirúrgico;
- óculos de proteção ou protetor facial completo;
- luvas duplas descartáveis.

No ponto de assistência recomenda-se:

- Higienizar as mãos com solução alcoólica ou água e sabonete antes da paramentação e após a desparamentação;
- Retirar adornos (correntes, anéis, relógios, crachás, celulares, canetas);
- Utilizar calçados fechados;
- Para unidades que não disponibilizam quarto com antecâmara para paramentação designar área na entrada com espaço físico adequado considerando disponibilidade de EPI suficiente na entrada do isolamento;
- Fixar roteiro de colocação dos EPI antes da entrada do quarto de isolamento ou na antecâmara;
- Fixar roteiro de retirada do EPI dentro do quarto de isolamento ou no local de retirada do EPI;
- Não utilizar EPI fora do ambiente de assistência e evitar tocar superfícies com as luvas ou outros EPI contaminados ou com mãos contaminadas;

- Sempre trabalhar em duplas durante o atendimento de pacientes com suspeita ou confirmação de DVE e definir um supervisor para orientar e observar o passo-a-passo da colocação e retirada dos EPI;
- Após a paramentação observar se há partes do corpo descobertas, observar se a luva interna está fixada sob o punho do avental;
- Sugestões para segurança: Utilizar um espelho, que possibilite a visualização total do profissional paramentado e desparamentado, no local de colocação e retirada dos EPI para orientá-lo, evitando possíveis erros. Utilizar fitas adesivas fixadas no chão para sinalização de segurança e risco (vermelha, amarela ou verde) dentro da área de paramentação e desparamentação;
- Inspecionar os EPIs antes de vesti-los: condições de uso, tamanho adequado. No momento da retirada: em busca de contaminação visível, cortes ou rasgos.

**ORIENTAÇÕES SOBRE PARAMENTAÇÃO NA UNIDADE DO PRIMEIRO
ATENDIMENTO ATÉ A TRANSFERÊNCIA
ETAPAS PARA COLOCAÇÃO DOS EPIS**

1.	Higienizar as mãos
2.	Colocar proteção para calçados, sobre sapatos fechados
3.	Higienizar as mãos
4.	Colocar o primeiro par de luvas (luvas internas. Certifique-se que a luva cobre o punho o máximo permitido)
5.	Vestir avental/capote impermeável descartável (Certifique-se que os punhos do avental estejam por cima dos punhos das luvas internas)
6.	Máscara de proteção respiratória N95 ou PFF2 (fixando adequadamente na face – fazer teste de vedação)
7.	Colocar o capuz/ou gorro por cima dos elásticos da máscara
8.	Calçar segundo par de luvas (luvas externas acima do punho do capote/avental)
9.	Colocar os óculos/protetor facial descartável (Verifique a cobertura das laterais do rosto. Em casos em que há grande quantidade de sangue ou de fluidos corporais, vômitos e fezes no ambiente, dar preferência ao protetor facial.)

NÃO TOCAR NO ROSTO COM MÃOS OU LUVAS SUJAS

ETAPAS PARA RETIRADA DOS EPIS

1.	Higienizar as mãos enluvadas*
2.	Retirar o protetor para calçados.
3.	Higienizar as mãos enluvadas*
4.	Retirar luvas externas (cuidado para não contaminar as luvas internas)
5.	Higienizar as mãos enluvadas*
6.	Retirar o protetor facial (retirar pelo elástico por trás da cabeça)
7.	Higienizar as mãos enluvadas*
8.	Retirar o gorro
9.	Retirar o avental enrolando-se de dentro para fora, não tocar a parte externa
10.	Higienizar as mãos enluvadas*
11.	Retirar as luvas internas
12.	Higienizar as mãos
13.	Sair do quarto de isolamento/área destinada a desparamentação
14.	Higienizar as mãos
15.	Retirar a máscara N95 ou PFF2 (Retirar pelos elásticos, iniciando pelo elástico inferior e depois o superior, sem tocar na parte frontal)
16.	Higienizar as mãos
Descartar EPI após o uso como resíduo infectante em lixeira com tampa abertura sem contato manual	

*O ato de higienizar as mãos enluvadas deve ser realizado apenas na desparamentação em casos suspeitos de Doença pelo Vírus Ebola. Em serviços de assistência à saúde, usar luvas somente quando indicado. O uso de luvas não altera e nem substitui a higiene das mãos.

O checklist para a paramentação e desparamentação encontra-se no anexo 1.

5.5 Higienização das mãos

A higiene das mãos (HM) é hoje considerada uma prática padrão – parte integrante das medidas das precauções padrão, sendo uma das mais eficientes para a prevenção da transmissão microbiana e das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), com forte evidência científica que apoia o papel da higiene das mãos na redução do risco de infecção e na melhoria dos resultados dos pacientes.

A disponibilidade (facilidade em repor produto), a conveniência (fácil acesso) e o devido funcionamentos dos dispensadores são requisitos importantes para a adesão dos profissionais de saúde.

São indicações para a higiene das mãos em serviços de saúde:

- Antes e após tocar o paciente;
- Antes de manusear dispositivo invasivo para o atendimento ao paciente, independentemente do uso ou não de luvas;
- Após tocar fluidos corporais ou excreções, membranas mucosas, pele não íntacta ou curativos;
- Em caso de deslocamento de um local contaminado do corpo para outro local do corpo durante atendimento do mesmo paciente;
- Após tocar superfícies e objetos inanimados (inclusive equipamentos para a saúde) nas áreas próximas ao paciente;
- Após remoção de luvas (estéreis ou de procedimento);
- Antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos, realizar a higiene das mãos com preparação alcoólica (gel, líquida ou solução, espuma, spray e outras) ou com água e sabonete (líquido ou espuma) associado ou não a antisséptico.

As mãos dos profissionais que atuam em serviços de saúde podem ser higienizadas utilizando-se água e sabonete líquido ou espuma (associado ou não a antisséptico) ou ainda, a preparação alcoólica para higiene das mãos nas diversas formas.

A eficácia da higiene das mãos depende da duração e da técnica empregada. Antes de iniciar qualquer uma dessas técnicas, é necessário retirar adornos, como anéis, pulseiras e relógios, pois tais objetos podem acumular microrganismos.



A unidade de saúde deverá dispor de insumos para higiene das mãos incluindo os pontos:

- Entrada do isolamento e área destinada a paramentação;
- Dentro do quarto de isolamento;
- Área destinada a desparamentação;
- Área de triagem de pacientes do serviço de saúde e salas de espera.

5.6 Manejo de resíduos e roupas

Todos os resíduos gerados pelo atendimento, incluindo EPIs, devem ser descartados em sacos de lixo infectante.

Segundo classificação de resíduos em serviços de saúde (RDC ANVISA 222/2018) resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção são classificados como Grupo A. Resíduos resultantes de atenção à saúde de indivíduos com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido são classificados como A1.

Recomenda-se:

- Os recipientes com o resíduo infectante devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas;
- Acondicionar os resíduos em saco vermelho destinado a resíduo infectante, na ausência deste no serviço utilizar saco branco e atentar ao símbolo de substância infectante:



- acondicionamento em recipientes adequados;
- transporte seguro dentro da instituição de saúde e estabelecer juntamente com a empresa responsável pela coleta, transporte e tratamento dos resíduos critérios e rotina de trabalho para o gerenciamento dos resíduos em relação aos horários de coleta e fluxos;
- tratamento conforme legislação vigente (RDC ANVISA 222/2018)

Roupas e enxovais:

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

- Não utilizar saco de tecido para transporte de roupas, o hamper deve ser abastecido com saco impermeável.
- Após a confirmação da suspeita, se for necessária a troca de vestimentas do paciente devido à presença de sujidades antes da transferência para o hospital de referência, recomenda-se que as roupas removidas sejam descartadas como resíduo infectante, em recipiente devidamente sinalizado e identificado.

5.7 Limpeza e desinfecção de superfícies

Os princípios de prevenção e controle de infecções relacionados ao ambiente devem ser seguidos com a rotina de limpeza concorrente e terminal. Superfícies visivelmente sujas exigem limpeza e remoção de carga orgânica antes da desinfecção. Produtos considerados classificados como críticos devem ser submetidos à esterilização conforme RDC/ANVISA nº15/2015. A unidade de saúde estabelecerá profissional responsável, procedimentos, frequência e fluxos para tais procedimentos, devem ser seguidos os protocolos já estabelecidos pelo serviço, conforme estabelece normas sanitárias sobre o tema.

Superfícies e equipamentos próximos ao paciente devem ser submetidos à limpeza e desinfecção frequentes. Áreas prioritárias:

- macas;
- grades;
- bombas de infusão;
- monitores;
- sanitários;
- superfícies de alto toque.

Realizar a limpeza e desinfecção ou esterilização de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na assistência ao paciente (e que, porventura, não sejam de uso exclusivo no quarto de isolamento), estabelecendo profissional responsável, procedimentos, frequência e fluxo para tais procedimentos. Todos os utensílios utilizados para alimentação do paciente devem ser descartáveis.

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).

Utilizar desinfetantes regularizados pela Anvisa e com ação em vírus envelopados já padronizados pelo serviço de saúde.

5.8 Coleta e transporte de amostras biológicas

Deve-se evitar qualquer contato, procedimento ou manipulação que não seja absolutamente essencial nesse momento, especialmente coleta de amostras biológicas. Somente o IIER poderá realizar a coleta de amostras de casos suspeitos.

5.9 Manejo de cadáveres

Os procedimentos pós-óbito devem ser realizados ainda no quarto de isolamento, com porta fechada e pelo menor número possível de profissionais treinados e devidamente paramentados com os EPI recomendados.

Não devem ser realizados procedimentos que aumentem o risco de exposição a fluidos corporais incluindo lavagem do corpo, embalsamento, 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 selado. A superfície externa de cada saco deve ser desinfetada conforme protocolo vigente na instituição. 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.

5.10 Capacitação em serviços de saúde

A capacitação em serviços de saúde envolve a qualificação contínua para aprimoramento das ações de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). No contexto da DVE os serviços devem priorizar as seguintes capacitações:

- Identificação e triagem de casos suspeitos;
- Disseminação de fluxos de atendimento de casos incluindo simulações;
- Contato de profissionais de referência para comunicação rápida de suspeita intra institucional e para autoridades sanitárias do município;
- Utilização correta de EPI, assim como a colocação e retirada destes.

6. REGULAÇÃO DE VAGAS

6.1 Hospital de referência

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

6.2 Transporte de pacientes para a unidade de referência

O transporte deverá ser realizado pelo serviço de resgate, conforme fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde. O acionamento do serviço será realizado exclusivamente pelo CIEVS/CVE, após avaliação do caso.

7. ASSISTÊNCIA

7.1 Atenção básica

7.1.1 Acolhimento/classificação de risco

Considerando a necessidade de reorganizar a rotina e reestruturar as práticas assistenciais para a triagem e o acolhimento, aos usuários nas **Unidades Básicas de Saúde (UBS)**, em suas necessidades de saúde, seguem orientações a fim de incorporar critérios de acolhimento e avaliações de risco, levando em conta a complexidade da situação epidemiológica atual da Doença do Vírus Ebola, considerada ***Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada à República Democrática do Congo e Uganda.***

Verificar a definição de caso suspeito no item 4.6 e atentar para as províncias citadas e a atualização dos locais com transmissão ativa da doença. Detalhes podem ser consultados no link: <https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/ebola>

No acolhimento, seguir os passos a seguir:

Passo 1: Os Profissionais que acolhem o usuário, na porta de entrada da UBS, e profissionais da recepção devem estar de máscara cirúrgica, estabelecer a comunicação sem tocar no paciente, identificando a demanda.

Passo 2: Se a necessidade for de acolhimento e escuta qualificada por sintomas de doença recente (aguda), nos últimos 21 dias, questionar:

- Viagem recente? Para onde?

Se SIM e se o usuário for de origem das províncias citadas na definição de caso no item 4.6, encaminhar o paciente para sala restrita, com uso de máscara cirúrgica no deslocamento, sem nenhum contato físico, e acionar o time de urgência/ emergência, para continuidade do cuidado.

OBS: utilizar estratégias como mapas para que o usuário possa apontar/identificar sua origem/passagem

Se NÃO, sem viagem recente, ou com viagem para outros locais, seguir o fluxo do acolhimento da Unidade.

Orientações às equipes da Atenção Básica:

As equipes deverão ser treinadas para o atendimento inicial, reconhecendo oportunamente **sinais e sintomas compatíveis com Doença do Vírus Ebola, conforme descrito no item 4.5, como febre alta, fraqueza intensa, vômitos, diarreia e manifestações hemorrágicas** em pessoas com histórico de viagem recente, para áreas com circulação do vírus Bundibugyo conforme descrito no item 4.6 ou contato com casos suspeitos ou confirmados da doença.

O Núcleo de Vigilância em Saúde da Unidade (NUVIS-AB) deve sensibilizar todos os profissionais de saúde sobre a situação epidemiológica da Doença do Vírus Ebola e a necessidade de seguir as orientações contidas nesse documento.

7.1.2 Medidas de controle de infecção

Como se trata de doença com histórico de transmissão nosocomial, com registro de casos e surtos entre profissionais de saúde, é imperativo que todas as medidas de controle de infecção sejam adotadas nas Unidades. As situações risco devem receber total atenção das equipes como: reconhecimento tardio dos casos suspeitos, falhas na utilização de EPI, inclusive para a retirada da paramentação, inadequações no manejo de resíduos e na limpeza de superfícies.

A Unidade deve adotar todas as medidas de controle de infecção, descritas nesse documento no item 5, independentemente da confirmação laboratorial do caso.

7.1.2.1 Limpeza e desinfecção de superfície

Seguir orientações padronizadas pela COVISA, descritas no item 5.7.

7.1.2.2 Manejo de resíduos

Seguir orientações padronizadas pela COVISA, descritas no item 5.6.

7.1.3 Fluxo de isolamento do paciente

- **Manter o paciente isolado**, em local privativo com controle de acesso e circulação restrita, conforme descrito no item 5.2.
- O paciente deve utilizar a máscara cirúrgica no deslocamento para a sala de isolamento e para o transporte.
- Dentro do local de isolamento devem ser disponibilizados:
 - ✓ Lixeira com tampa e abertura sem contato manual
 - ✓ Recipiente para dispensação de resíduos perfuro cortante
 - ✓ Estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetros para uso exclusivo.
 - ✓ Sempre que possível, outros equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados no cuidado do paciente com suspeita de infecção devem ser de uso exclusivo do mesmo.
- As equipes deverão estar paramentadas adequadamente para início de atendimento ao paciente, considerando o elevado potencial de transmissão, conforme item 5.4. Atentar para 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.
- Verificar as etapas de paramentação e retirada de EPIs nos quadros do item 5.4

- Deve-se evitar qualquer contato, procedimento ou manipulação que não seja absolutamente essencial, nesse momento, não realizar coleta de amostras biológicas e limitar o número de profissionais em contato com o paciente.
- Registrar, nominalmente, os profissionais que tiveram contato com o caso suspeito.
- Os profissionais envolvidos no atendimento devem utilizar simultaneamente: precauções padrão; precauções de contato; precauções para aerossóis, conforme item 5.4.

7.1.4 Comunicação/regulação da vaga/notificação

Atenção! A comunicação deve ser imediata, pelo telefone 5465-9420 - CIEVS /COVISA - das 7h às 19h. Para a comunicação imediata, são necessárias informações sobre sintomas e deslocamentos.

O NUVIS-AB da UBS deve ser acionado para apoio da comunicação.

Após discussão do caso e orientação do CIEVS/COVISA, o paciente suspeito será transferido ao Hospital Emílio Ribas, onde fará exames laboratoriais e seguirá com a investigação.

A UBS não deve regular para vaga em Hospital da Rede. Aguardar as orientações!

Notificação compulsória imediata:

Após discussão do caso por telefone com o CIEVS e mantida a suspeita do caso, deve-se realizar a notificação do caso utilizando a ficha de notificação individual do SINAN, como descrito no item 4.9.

O Núcleo de Vigilância em Saúde da Unidade (NUVIS-AB) deve qualificar a ficha de notificação, antes do envio e certificar-se de que está sendo **notificado imediatamente**. Deve auxiliar **na comunicação imediata com o CIEVS /COVISA e seguir as orientações passadas**.

7.1.5 Monitoramento do paciente

Enquanto aguarda pela transferência, o paciente deve ser monitorado em seus sinais vitais e mantido todo o suporte necessário.

7.1.6 Identificação dos contactantes na comunidade e ocupacional

Se confirmada a suspeita pelo CIEVS/COVISA, é necessária a investigação dos contatos do paciente.

Como a transmissão do vírus se dá após o início dos sintomas, é importante identificar a data do início dos sintomas e as pessoas que tiveram contato com o paciente a partir dessa data. Deve-se registrar o nome, tipo de contato, onde se deu o contato (avião, trabalho, festa, residência etc.), dados de endereço e telefone para localização.

A UBS deve desencadear a busca ativa pelos contatos do caso suspeito e/ou confirmado em residência, instituição e/ou local de trabalho. Deve repassar, por meio da UVIS, informações sobre todos os possíveis contatos. A equipe que fará busca ativa deverá atentar-se para medidas de segurança e riscos (evitar qualquer contato físico com contactantes sintomáticas).

Importante atentar para a definição de contato contido no item 4.6 - Contactante ou Comunicante

7.2. Atendimento pré-hospitalar fixo 24h

7.2.1 Classificação de risco

Observar o histórico epidemiológico, verificando a permanência, residência ou viagens provenientes de regiões endêmicas conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) e descritas no item 4.6.

Atentar-se para as manifestações clínicas descritas no item 4.5, em especial no quadro resumo de sinais e sintomas em casa fase da doença.

O enfermeiro classificador deve fornecer imediatamente uma máscara cirúrgica ao paciente e conduzi-lo, por rota predefinida, direto para a sala de isolamento, acionando a equipe médica de plantão devido ao risco de deterioração rápida e de biossegurança.

Limitar o número de profissionais que entrará em contato com o paciente. Deve-se definir a equipe responsável pela assistência, registrando o nome dos profissionais que tiveram contato com o paciente.

7.2.2 Medidas de controle de infecção

O Ebola exige isolamento imediato do paciente, com precauções padrão, de contato e para aerossóis (em procedimentos geradores). Seguir os itens descritos no capítulo 5. Medidas de controle de infecção.

7.2.2.1 Limpeza e desinfecção de superfícies

Os princípios de prevenção e controle de infecções relacionados ao ambiente devem ser seguidos com a rotina de limpeza concorrente e terminal. Superfícies visivelmente sujas exigem limpeza e remoção de carga orgânica antes da desinfecção. Produtos considerados classificados como críticos devem ser submetidos à esterilização conforme RDC/ANVISA nº15/2015. A unidade de saúde estabelecerá profissional responsável, procedimentos, frequência e fluxos para tais procedimentos, devem ser seguidos os protocolos já estabelecidos pelo serviço, conforme estabelece normas sanitárias sobre o tema.

Seguir as orientações contidas no item 5.7

7.2.2.2 Manejo de resíduos e roupas

Todos os resíduos gerados pelo atendimento, incluindo EPIs, devem ser descartados em sacos de lixo infectante.

Roupas e enxovais devem ser minimamente manipulados e devem ser acondicionados adequadamente para processamento seguro e devidamente sinalizados.

Seguir as orientações contidas no item 5.6

7.2.3 Fluxo de isolamento do paciente

- **Isolamento imediato:** o paciente não deve circular pelas áreas comuns da UPA. Deve permanecer em quarto individual de isolamento com porta fechada, idealmente dotado de sanitário próprio e exclusivo. O paciente deve utilizar a máscara cirúrgica no deslocamento para a sala de isolamento e para o transporte.
- **Restrição de acesso:** apenas profissionais estritamente necessários para a assistência direta e devidamente paramentados podem entrar no isolamento. Ficam proibidas visitas ou acompanhantes (salvo amparo legal de menores/idosos, que também deverão ser paramentados e isolados).
- **Sinalização:** placa de advertência na porta sinalizando "Isolamento de Alto Risco – Acesso Restrito".
- **Resíduos (RSS):** todos os resíduos gerados no isolamento são classificados como Grupo A1 (RDC ANVISA nº 222/2018). Exigem acondicionamento em saco vermelho duplo, preenchido até 2/3 da capacidade, lacrado e submetido a tratamento prévio por autoclavagem antes da destinação final.
- **Restrição absoluta de circulação:** proibição de acompanhantes e visitas. Casos excepcionais amparados por lei (menores/idosos) exigem assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e paramentação idêntica à da equipe de saúde.
- Realizar limpeza frequente com desinfetantes adequados, com foco em superfícies de alto toque, como macas, grades, maçanetas, mesa de cabeceira, suporte de soro e equipamentos.

7.2.4 Monitoramento do paciente

Equipamentos exclusivos: estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro devem ser de uso exclusivo dentro do quarto de isolamento e descartados ou desinfetados, conforme protocolo rigoroso, após a transferência.

Realizar desinfecção frequente com produtos regularizados e eficazes contra vírus envelopados.

Minimização de procedimentos invasivos: utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) antes do atendimento do indivíduo.

Fazer o controle dos sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial e ritmo cardíaco).

Evitar ao máximo punções venosas desnecessárias ou uso de objetos cortantes, a fim de reduzir o risco biológico para a equipe.

Anotar os sinais e sintomas observados em cada fase (inicial, intermediária e grave).

Realizar o suporte de vida inicial (manutenção de vias aéreas, hidratação venosa cautelosa para evitar edema, correção de distúrbios eletrolíticos e manejo de sintomas como vômito e diarreia).

Se necessário, a abordagem de via aérea deve utilizar preferencialmente dispositivo supraglótico acoplado a Filtro de Partículas de Alta Eficiência (HEPA).

7.2.5 Comunicação/regulação da vaga/notificação

Atenção! A comunicação deve ser imediata, com o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), conforme descrito no item 4.10.

Para a comunicação imediata, são necessárias informações sobre sintomas e deslocamentos. Após discussão do caso e orientação do CIEVS, o paciente suspeito será transferido ao Hospital Emílio Ribas, onde fará exames laboratoriais e seguirá com a investigação.

UPA e AMA 24h não devem regular para vaga em Hospital da Rede. Aguardar as orientações.

Notificação compulsória imediata:

Após discussão do caso por telefone com o CIEVS e mantida a suspeita do caso, deve-se realizar a notificação do caso utilizando a ficha de notificação individual do SINAN, como descrito no item 4.10.

7.2.6 Identificação dos contactantes na comunidade e ocupacional

Se confirmada a suspeita pelo CIEVS/COVISA, é necessária a investigação dos contatos do paciente. A definição de contatos está contida no item 4.6 - Contactante ou Comunicante.

Como a transmissão do vírus se dá após o início dos sintomas, é importante identificar a data do início dos sintomas e as pessoas que tiveram contato com o paciente a partir dessa data. Deve-se registrar o nome, tipo de contato, onde se deu o contato (avião, trabalho, festa, residência etc.), dados de endereço e telefone para localização.

A equipe multidisciplinar que obteve contato físico próximo com o paciente nos últimos 21 dias deve ser identificada pela chefia imediata, que providenciará uma lista nominal (cargo e função) a ser entregue imediatamente à equipe de Vigilância Epidemiológica da UVIS de referência, para monitoramento pelo período de 21 dias.

As UPAS e AMAS 24h deverão encaminhar essas informações para a UVIS de sua referência.

7.3 Atendimento pré-hospitalar móvel - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

7.3.1 Organização Operacional

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) São Paulo atuará na identificação precoce, regulação médica e adoção das medidas iniciais de segurança frente aos casos suspeitos de Doença pelo Vírus Ebola (DVE), em articulação com o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) Estadual e com o Grupo de Resgate e Atenção às Urgências e Emergências (GRAU).

O SAMU 192 São Paulo manterá protocolos para identificação dos casos suspeitos durante a regulação médica e durante os atendimentos em cena, adotando medidas iniciais de biossegurança até a definição da conduta pela Central de Regulação das Urgências.

7.3.2 Comunicação/regulação da vaga

7.3.2.1 Atendimento de chamados identificados como suspeitos pela central de regulação

A Central de Regulação das Urgências (CRU) do SAMU 192 São Paulo dispõe de protocolo específico para identificação de casos suspeitos de Doença pelo Vírus Ebola (DVE), baseado nos critérios clínicos e epidemiológicos vigentes.

Durante o atendimento inicial da chamada, o Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM) realizará a triagem utilizando o protocolo institucional. Caso a solicitante informe febre associada a antecedente epidemiológico compatível, conforme descrito em item 3 desta nota técnica, será aberto o Protocolo 36 – Risco Epidemiológico.

Consideram-se antecedentes epidemiológicos compatíveis:

- Viagem, permanência ou procedência, nos últimos 21 dias, de país ou região com transmissão do vírus Ebola (descritos no item 4.6 desta nota técnica);
- Contato, nos últimos 21 dias, com caso suspeito ou confirmado de DVE ou com seus fluidos corporais.

Após a abertura do Protocolo 36, o chamado será imediatamente transferido ao Médico Regulador, que realizará a avaliação clínica e epidemiológica por meio dos seguintes questionamentos:

1. O paciente apresenta febre ou apresentou febre nos últimos dias, associada ou não a vômitos, diarreia ou sangramentos?
2. Nos últimos 21 dias, o paciente viajou, permaneceu ou procedeu de país ou região com circulação do vírus Ebola? (descritos no item 4.6 desta nota técnica)

3. Nos últimos 21 dias, o paciente teve contato próximo com pessoa suspeita ou confirmada para Doença pelo Vírus Ebola, ou com seus fluidos corporais (sangue, vômito, fezes, urina ou outras secreções)?
4. O paciente apresenta sinais de gravidade, tais como vômitos ou diarreia intensos, sangramentos, confusão mental, prostração importante ou dificuldade respiratória?

Será considerada suspeita de Doença pelo Vírus Ebola (DVE) quando houver:

- Resposta afirmativa à Pergunta 1 (febre); e
- Resposta afirmativa à Pergunta 2 ou à Pergunta 3 (antecedente epidemiológico compatível).

A resposta à Pergunta 4 será utilizada para avaliação da gravidade clínica do paciente e subsidiará a definição das prioridades assistenciais.

Confirmada a suspeita clínica e epidemiológica, o Médico Regulador comunicará imediatamente o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) Estadual, conforme o fluxo pactuado entre as Secretarias Municipal e Estadual da Saúde.

O CIEVS Estadual será responsável pela avaliação epidemiológica do caso e pelo acionamento do Grupo de Resgate e Atenção às Urgências e Emergências (GRAU), que realizará o atendimento pré-hospitalar especializado e o transporte do paciente para a unidade hospitalar de referência.

Enquanto aguarda a chegada da equipe do GRAU, a Central de Regulação orientará o solicitante quanto às medidas de isolamento do paciente, restrição do contato com outras pessoas e demais cuidados necessários para minimizar o risco de exposição, conforme protocolo vigente.

7.3.2.2 Atendimento de casos suspeitos identificados pela equipe em cena

Caso a suspeita de DVE seja identificada apenas durante o atendimento em cena, a equipe do SAMU deverá interromper procedimentos que aumentem o risco de exposição ocupacional, comunicar imediatamente a Central de Regulação das Urgências e informar os critérios clínicos e epidemiológicos observados.

Os profissionais envolvidos deverão adotar imediatamente as Precauções para Aerossóis, utilizando, no mínimo, máscara respiratória PFF2/N95, proteção ocular, luvas e avental impermeável, conforme disponibilidade institucional.

Sempre que possível, deverá ser colocado avental impermeável e máscara cirúrgica no paciente, restringindo sua movimentação e orientando-o a permanecer afastado de outras pessoas até a chegada da equipe especializada.

A equipe deverá promover o isolamento do ambiente, orientar familiares e demais presentes quanto à necessidade de evitar contato direto com o paciente e aguardar novas orientações da Central de Regulação.

Após acionamento do CIEVS Estadual, o atendimento será assumido pelo Grupo de Resgate e Atenção às Urgências e Emergências (GRAU), responsável pela avaliação especializada e transporte do paciente, conforme fluxo estadual vigente.

7.3.3 Medidas de controle de infecção

As equipes do SAMU 192 São Paulo utilizarão os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) disponíveis institucionalmente para atendimento de pacientes com suspeita de doenças transmissíveis por gotículas e aerossóis, conforme avaliação de risco e protocolos vigentes.

Todas as ambulâncias e URAM manterão kit para alto risco biológico contendo, entre outros:

- Luvas de procedimento;
- Máscara respiratória tipo PFF2/N95;
- Avental impermeável;
- Avental impermeável para o paciente;
- Óculos ou protetor facial;
- Máscara cirúrgica para o paciente;

Desparramentação, manejo de resíduos e descontaminação

A retirada dos equipamentos de proteção individual será realizada preferencialmente no hospital de referência, em local previamente definido pela instituição e sob observação adequada.

O manejo dos resíduos gerados durante o atendimento seguirá as normas vigentes de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e os fluxos estabelecidos pelo hospital de referência. A descrição do manejo estará definida em protocolo institucional.

Capacitação e prontidão operacional

As equipes do SAMU receberão treinamento para reconhecimento precoce dos casos suspeitos, utilização dos Equipamentos de Proteção Individual disponíveis, medidas iniciais de biossegurança, isolamento do paciente, comunicação com a Central de Regulação e acionamento do fluxo estadual estabelecido para atendimento dos casos suspeitos de Doença pelo Vírus Ebola.

7.3.4 Estratégias de isolamento do paciente

Atendimento na cena e regulação

Após identificação do caso suspeito pela Central de Regulação ou pela equipe em atendimento, deverá ser realizado o acionamento do CIEVS Estadual, responsável pela mobilização do Grupo de Resgate e Atenção às Urgências e Emergências (GRAU), que efetuará o transporte do paciente para a unidade hospitalar de referência.

Nos atendimentos realizados em domicílios, serviços de acolhimento ou outros estabelecimentos, o paciente deverá permanecer, sempre que possível, em ambiente privativo, como um quarto, e afastado de outras pessoas até a chegada da equipe do Resgate Estadual. Deverão ser adotadas medidas para restringir a circulação de pessoas no local e minimizar potenciais exposições.

7.3.5 Monitoramento do paciente

Atendimento na cena e regulação

Durante a permanência da equipe do SAMU no local, até a chegada do Grupo de Resgate Estadual (GRAU), deverão ser mantidas as medidas de isolamento e biossegurança, evitando-se procedimentos que aumentem o risco de exposição ocupacional.

O acompanhamento do paciente irá se restringir à observação clínica e à identificação de sinais de agravamento que possam ser informados à Central de Regulação das Urgências.

7.3.6 - Identificação dos contactantes ocupacionais

O SAMU 192 São Paulo realizará o controle e acompanhamento dos profissionais envolvidos diretamente no atendimento destes pacientes. A equipe multidisciplinar que obteve contato com o caso deve ser identificada pela chefia imediata, que providenciará uma lista nominal (contendo nome, cargo e função) a ser entregue imediatamente à equipe de Vigilância Epidemiológica da UVIS de referência, responsável pelo monitoramento dos profissionais pelo período de até 21 dias após a assistência prestada.

7.4 Atendimento hospitalar

7.4.1 Acolhimento/Classificação de Risco

Considerando a necessidade de reorganizar os fluxos assistenciais e fortalecer as práticas relacionadas ao acolhimento, à triagem e à classificação de risco nas unidades hospitalares, estabelecem-se as orientações a seguir com o objetivo de assegurar a identificação precoce de casos suspeitos da Doença pelo Vírus Ebola (DVE), promover a adoção imediata das medidas de prevenção e controle de infecção e reduzir o risco de transmissão no ambiente hospitalar.

As recomendações apresentadas neste documento consideram o atual cenário epidemiológico da DVE, classificada como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), em razão dos eventos registrados na República Democrática do Congo e em Uganda, reforçando a necessidade de vigilância permanente diante da possibilidade de ocorrência de casos importados.

Todo paciente que procurar atendimento na unidade hospitalar deverá realizar cadastro e ser submetido à Classificação de Risco utilizando o Sistema de Triage de Manchester ou outro protocolo institucional oficialmente adotado.

Durante essa avaliação inicial, os profissionais deverão investigar a presença de sinais e sintomas compatíveis com DVE, conforme descrito no **Item 4.5 – Manifestações Clínicas**, bem como realizar investigação epidemiológica criteriosa, conforme **Item 4.6 – Definição de Caso**.

Deverão ser investigados:

- viagem ou permanência, nos últimos 21 dias, em países ou áreas com circulação do vírus Ebola;
- contato com casos suspeitos, prováveis ou confirmados de DVE;
- contato com pessoas provenientes dessas regiões;
- exposição a sangue, secreções ou outros materiais biológicos potencialmente contaminados.

A associação entre critérios clínicos e epidemiológicos caracteriza um caso suspeito de DVE e determina a adoção imediata das medidas de isolamento, biossegurança e notificação previstas neste documento.

7.4.2 Orientações às Equipes Hospitalares

As equipes responsáveis pelo acolhimento, triagem e classificação de risco deverão estar permanentemente capacitadas para reconhecer precocemente pacientes com suspeita de DVE.

Os profissionais deverão ser capazes de identificar manifestações clínicas sugestivas da doença, incluindo febre de início súbito, cefaleia intensa, fraqueza, mialgia, vômitos, diarreia e manifestações hemorrágicas, sempre associando a avaliação clínica ao histórico epidemiológico.

Compete ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), em conjunto com o Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica (NHVE) e o setor de Educação Permanente, promover ações permanentes de:

- capacitação das equipes assistenciais;
- atualização sobre a situação epidemiológica;
- divulgação dos critérios de definição de caso;
- treinamento sobre medidas de prevenção e controle de infecção;
- treinamento para utilização correta dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) conforme item 5.4 deste documento;
- realização periódica de exercícios simulados para avaliação dos fluxos assistenciais.

Essas ações deverão envolver todos os profissionais que atuam na unidade hospitalar, incluindo equipes assistenciais, recepção, segurança, transporte, higiene, apoio e demais colaboradores.

7.4.3 Medidas de Controle de Infecção

Na identificação de um caso suspeito de Doença pelo Vírus Ebola (DVE), deverão ser instituídas imediatamente medidas rigorosas de prevenção e controle de infecção.

A principal medida de controle consiste no isolamento imediato do paciente em quarto privativo, com banheiro exclusivo e, preferencialmente.

A assistência deverá ser prestada por equipe mínima previamente definida, reduzindo ao máximo o número de profissionais expostos.

Será obrigatório o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), conforme estabelecido no **Item 5.4 – Equipamentos de Proteção Individual**.

Não deverá ser coletado exames.

Todos os profissionais deverão receber treinamento contínuo sobre os procedimentos corretos de paramentação e desparamentação, conforme descrito no **Item 5.4** deste documento. O hospital deverá manter programa permanente de capacitação em biossegurança, atualização dos protocolos clínicos e realização periódica de simulações práticas.

Deverá ser mantido registro de todos os profissionais que prestarem assistência direta ao paciente ou que acessarem a área de isolamento.

A equipe responsável pela higiene e limpeza deverá receber treinamento específico para os procedimentos de paramentação e desparamentação, utilizando o mesmo nível de proteção adotado pela equipe assistencial.

7.4.3.1 Limpeza e desinfecção de superfície

A limpeza e a desinfecção de superfícies após o atendimento de um caso suspeito ou confirmado de Doença pelo Vírus Ebola (DVE) deverão seguir rigorosamente os protocolos de biossegurança, considerando o elevado risco de exposição ocupacional.

A limpeza e a desinfecção das superfícies deverão seguir integralmente as orientações estabelecidas no **Item 5.7 – Limpeza e Desinfecção de Superfícies** deste documento.

7.4.3.2 Manejo de resíduos e roupas

O manejo dos resíduos gerados durante a assistência a pacientes com suspeita ou confirmação de Doença pelo Vírus Ebola (DVE) deverá seguir rigorosamente os protocolos de biossegurança aplicáveis aos agentes biológicos classificados como Classe de Risco 4.

Toda a segregação dos resíduos deverá ocorrer no próprio quarto de isolamento, sendo realizada exclusivamente por profissionais devidamente paramentados **item 5.4** deste documento.

Os resíduos deverão ser acondicionados conforme estabelecido na RDC Anvisa nº 222/2018, sendo classificados como resíduos do Grupo A1, por se tratar de resíduos provenientes da assistência à saúde de indivíduos com suspeita ou confirmação de contaminação por agente biológico **Classe de Risco 4**, de relevância epidemiológica e elevado potencial de disseminação.

O acondicionamento deverá observar os seguintes requisitos:

- utilização de **duplo ensacamento**, com sacos resistentes à ruptura e vazamento, impermeáveis e em conformidade com a **ABNT NBR 9191**;
- utilização de **sacos vermelhos** destinados aos resíduos infectantes;
- acondicionamento em recipientes laváveis exclusivo para este resíduo de **Classe de Risco 4**, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, providos de tampa com abertura sem contato manual, cantos arredondados e resistência ao tombamento;
- identificação com o símbolo internacional de risco biológico;
- solicitação da coleta externa pelo hospital, por meio do sistema da LOGA ou da Ecourbis, conforme a área de abrangência (como é feita a solicitação de retirada de coleta de resíduo do grupo B pela plataforma das referidas concessionárias);
- retirada dos resíduos por equipe exclusiva, devidamente treinada e paramentada.

7.4.4 Fluxo de Isolamento do Paciente

Após a identificação do caso suspeito, o paciente deverá ser imediatamente encaminhado para quarto privativo com banheiro exclusivo, mantendo-se rigoroso controle de acesso ao ambiente, conforme item 5.2.

O paciente não deverá permanecer em áreas comuns da unidade.

Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos deverão ser limitados aos estritamente necessários para estabilização clínica.

O kit institucional destinado ao atendimento de casos suspeitos de DVE deverá ser disponibilizado imediatamente.

O paciente deverá permanecer em isolamento, observando rigorosamente todas as medidas de biossegurança.

Após a remoção do paciente, deverá ser realizada limpeza terminal completa do ambiente.

Equipamentos reutilizáveis permanecerão isolados até avaliação e liberação pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

7.4.5 Monitoramento do Paciente

Durante toda a permanência na unidade hospitalar, o paciente deverá permanecer sob monitoramento clínico contínuo.

Deverão ser monitorados os sinais vitais, a evolução clínica, as manifestações hemorrágicas, as alterações hemodinâmicas e quaisquer sinais de comprometimento multissistêmico.

Os exames laboratoriais deverão ser coletados exclusivamente pelos hospitais de referência definidos para o atendimento de casos suspeitos de Doença pelo Vírus Ebola (DVE).

Toda a assistência prestada deverá ser registrada em prontuário, contemplando a evolução clínica, os procedimentos realizados e a identificação dos profissionais envolvidos.

O acompanhamento do caso deverá ocorrer de forma integrada entre a equipe assistencial, o Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica (NHVE) e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

7.4.6 Comunicação, Regulação da Vaga e Notificação

Após a identificação de um caso suspeito de Doença pelo Vírus Ebola (DVE), deverão ser acionados imediatamente:

- Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica (NHVE);
- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH);
- Divisão de Vigilância Epidemiológica Municipal, por meio do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS Municipal), diariamente, das **7h às 19h**.

No período noturno, das **19h às 7h**, bem como aos finais de semana e feriados, a comunicação do caso suspeito deverá ser realizada imediatamente, por telefone, ao **Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde Estadual (CIEVS Estadual)**, conforme estabelecido no **Item 4.9** deste documento.

Observação: O **Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER)** é a unidade de referência estadual para o atendimento de casos suspeitos ou confirmados de DVE, conforme disposto no **Item 6.1** deste documento.

Os hospitais de origem **não deverão realizar a regulação da vaga**, devendo aguardar as orientações do CIEVS competente para definição da unidade de referência e da transferência do paciente.

O transporte do paciente deverá ser realizado conforme as orientações descritas no **Item 6.2** deste documento.

Mantida a suspeita após a discussão técnica com a vigilância epidemiológica, deverá ser realizada a notificação do caso por meio da **Ficha de Notificação Individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**, conforme descrito no **Item 4.10** deste documento. Durante todo o processo de notificação, regulação da vaga e transferência do paciente, deverá ser mantida comunicação contínua entre o hospital notificante, o CIEVS Municipal ou Estadual e os demais órgãos envolvidos, garantindo o fluxo oportuno das informações e a adequada coordenação das ações assistenciais e de vigilância epidemiológica.

7.4.7 Identificação dos contactantes na comunidade e ocupacional

Se confirmada a suspeita pelo CIEVS/COVISA, é necessária a investigação dos contatos do paciente. A definição de contatos está contida no item 4.6 - Contactante ou Comunicante.

Como a transmissão do vírus se dá após o início dos sintomas, é importante identificar a data do início dos sintomas e as pessoas que tiveram contato com o paciente a partir dessa data. Deve-se registrar o nome, tipo de contato, onde se deu o contato (avião, trabalho, festa, residência etc.), dados de endereço e telefone para localização.

O hospital deverá manter registro atualizado de todos os profissionais que prestaram assistência direta ao paciente ou acessaram áreas de isolamento, assegurando a rastreabilidade das exposições.

Os colaboradores identificados como contactantes deverão ser monitorados diariamente pela instituição, conforme protocolo vigente, utilizando a planilha padronizada de monitoramento e encaminhando as informações diariamente ao endereço eletrônico institucional definido pela Vigilância em Saúde.

Os hospitais deverão encaminhar essas informações para a UVIS de sua referência e ao Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica.

8. REFERÊNCIAS

1. Africa Centres for Disease Control and Prevention. Comunicados epidemiológicos sobre doença pelo vírus Ebola – maio de 2026 [Internet]. Addis Ababa: Africa CDC; 2026 [citado 2026 maio 21]. Disponível em: <https://africacdc.org>.
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretrizes para precauções padrão e baseadas na transmissão em serviços de saúde [Internet]. Brasília: Anvisa; 2022 [citado 2026 jul 1]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa>.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) em serviços de saúde [Internet]. Brasília: Anvisa; [s.d.] [citado 2026 jul 1]. Disponível em: <http://www.gov.br/anvisa>.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle para atendimento de casos suspeitos de doença pelo vírus Ebola [Internet]. Brasília: Anvisa; 2014 [citado 2026 maio 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2014/ebola-anvisa-divulga-orientacoes-para-servicos-de-saude>.
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 222, de 28 de março de 2018. Diário Oficial da União. 2018 mar 29 [citado 2026 jul 1]. Disponível em: <http://www.gov.br/anvisa>.
6. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: higiene das mãos [Internet]. Brasília: Anvisa; 2026 [citado 2026 jun 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/manuais/serie-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-2013-2025-6>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) [Internet]. Brasília: MS/Anvisa; 2021 [citado 2026 jul 1]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Doença pelo vírus Ebola: guia de manejo clínico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2026 jul 1]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de contingência nacional para doenças de alta consequência infecciosa (DACI) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2026 jul 1]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Emergências em Saúde Pública. 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: Ministério da Saúde; 2026. Documento não publicado.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Plano de contingência nacional para febres hemorrágicas virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2026 maio 21]. 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>.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Ebola Bundibugyo virus disease in the Democratic Republic of the Congo – Level 2: Practice Enhanced Precautions [Internet]. Atlanta: CDC; 2026 [citado 2026 maio 21]. Disponível em: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/alert/ebola-democratic-republic-of-the-congo>.

13. Centers for Disease Control and Prevention. Ebola outbreak: current situation [Internet]. Atlanta: CDC; 2026 [citado 2026 jul 16]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ebola/situation-summary/index.html>.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Infection prevention and control recommendations for hospitalized patients with known or suspected Ebola virus disease in U.S. hospitals [Internet]. Atlanta: CDC; 2025 [citado 2026 maio 21]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/clinicians/evd/infection-control.html>.
15. Centers for Disease Control and Prevention. PPE: confirmed patients and clinically unstable patients suspected to have VHF [Internet]. Atlanta: CDC [citado 2026 maio 23]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/viral-hemorrhagic-fevers/hcp/guidance/ppe-clinically-unstable.html>.
16. Organização Pan-Americana da Saúde. 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 [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2026 [citado 2026 maio 21]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/public-health-emergency-international-concern-pheic-related-bundibugyo-virus-disease>.
17. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Instituto Adolfo Lutz. Nota Informativa Conjunta nº 02/2026-CVE/IAL/CCD/SES-SP – Doença pelo Vírus Ebola [Internet]. São Paulo: SES-SP; 2026 [citado 2026 jun 3]. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/homepage/destaques/doenca-pelo-virus-ebola>.
18. São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Informe Técnico: Doença pelo Vírus Ebola (Bundibugyo Ebolavirus) [Internet]. São Paulo: SMS/COVISA/DVE; 2026 jun [citado 2026 jul 15]. Disponível em: <https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/ebola>.
19. São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Fluxo de notificação de doenças de transmissão elevada e agravos de notificação compulsória [Internet]. São Paulo: SMS; [s.d.] [citado 2026 jul 1]. Disponível em: <https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/>.
20. United Nations Children's Fund. Risk communication and community engagement for Ebola virus disease preparedness and response: lessons learnt and recommendations from Burundi, Rwanda, South Sudan, Tanzania and Uganda [Internet]. Nairobi: UNICEF Eastern and Southern Africa Regional Office; 2020 [citado 2026 maio 21]. Disponível em: <https://www.unicef.org/esa/reports/risk-communication-and-community-engagement-ebola-virus-disease-preparedness-and-response>.
21. World Health Organization. Clinical management of patients with viral haemorrhagic fever: a pocket guide for front-line health workers [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado 2026 maio 21]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/130883>.
22. World Health Organization. Disease Outbreak News: Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda. DON602 [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [citado 2026 maio 21]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON602>.
23. World Health Organization. Disease Outbreak News: Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda. DON605 [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [citado 2026 jun 22]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON605>.

24. World Health Organization. Disease Outbreak News: Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda. DON612 [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [citado 2026 jul 3]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON612>.

25. World Health Organization. Infection prevention and control guidance for care of patients in health-care settings, with focus on Ebola [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado 2026 maio 21]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2014.4-rev1>.

26. World Health Organization. International Health Regulations (2005). 3rd ed. Geneva: WHO; 2016 [citado 2026 maio 21]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580498>.

27. World Health Organization. Risk communication and community engagement readiness and response toolkit: Ebola disease [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 2026 maio 21]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240099335>.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE5/Anvisa nº 06/2026: orientações para prevenção e controle da doença causada pelo vírus Ebola em serviços de saúde. Brasília: Anvisa; 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-dire5-anvisa-no-06-2026>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente; Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 160/2026/SVSA/SAES/MS: definição de caso, orientações para o manejo de casos suspeitos e contactantes e para investigação epidemiológica e laboratorial da doença pelo vírus Bundibugyo [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2026/nota-tecnica-conjunta-no-160-2026-svsa-saes-ms.pdf/view>

ANEXO 1 – CHECKLIST PARA PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO

Recomenda-se que a paramentação e a desparamentação sejam supervisionadas por pessoa treinada, responsável por identificar e sinalizar imediatamente eventuais falhas, a fim de possibilitar sua correção oportuna.

A. Etapas para colocação dos EPIs

Item	Realizado Integralmente	Realizado Parcialmente	Não Realizado
1. Higienizar as mãos.			
2. Colocar proteção para calçados sobre sapatos fechados.			
3. Higienizar as mãos.			
4. Calçar o 1º par de luvas (luvas internas. Certifique-se que a luva cobre o punho máximo permitido).			
5. Vestir avental/capote impermeável descartável (certifique-se que os punhos do avental estejam por cima dos punhos das luvas internas).			
6. Colocar a máscara de proteção respiratória N95 ou PFF2 (fixando adequadamente na face – fazer teste de vedação).			
7. Colocar o capuz/ou gorro por cima dos elásticos da máscara.			
8. Calçar o 2º par de luvas (luvas externas, acima do punho do capote/avental).			
9. Colocar óculos/protetor facial descartável (verifique a cobertura das laterais do rosto. Em casos onde ocorrer grande quantidade de sangue ou de fluidos corporais, vômitos e fezes no ambiente, dar preferência ao protetor facial).			

B. Etapas para retirada dos EPIs

Item	Realizado Integralmente	Realizado Parcialmente	Não Realizado
1. Higienizar as mãos enluvadas.			
2. Retirar o protetor para calçados.			
3. Higienizar as mãos enluvadas.			
4. Retirar luvas externas (cuidado para não contaminar as luvas internas).			
5. Higienizar as mãos enluvadas.			
6. Retirar o protetor facial (retirar pelo elástico por trás da cabeça) e óculos de proteção*.			
7. Higienizar as mãos enluvadas - Retirar o gorro.			
8. Retirar o avental enrolando-se de dentro para fora, não tocar a parte externa.			
9. Higienizar as mãos enluvadas.			
10. Retirar as luvas internas.			
11. Higienizar as mãos.			
12. Sair do quarto de isolamento/área destinada à desparamentação.			
13. Higienizar as mãos.			
14. Retirar a máscara N95 ou PFF2 (retirar pelos elásticos, iniciando pelo elástico inferior e depois o superior, sem tocar na parte frontal).			
15. Higienizar as mãos.			

*Limpeza e desinfecção dos óculos de proteção e descartar o protetor facial.